



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**

**2 de noviembre de 2021**

**Número 1**

**Comisión de Salud y Familias**



SERVICIO DE PUBLICACIONES OFICIALES

## ORDEN DEL DÍA

### COMPARECENCIAS

Comparecencias informativas

---

### SUMARIO

Se abre la sesión a las diez horas, treinta y seis minutos del día dos de noviembre de dos mil veintiuno.

### COMPARECENCIAS INFORMATIVAS

*Central Sindical Independiente y de Funcionarios (CSIF) (pág. 5).*

**Intervienen:**

D. Victorino Girela López, presidente del Sector Autonómico de Sanidad de la Central Sindical Independiente y de Funcionarios, CSIF.

D. Eugenio Moltó García, del G.P. Vox en Andalucía.

*Sindicato de Enfermería SATSE Andalucía (comparecencia telemática) (pág. 14 ).*

**Intervienen:**

D. José Sánchez Gámez, secretario general del Sindicato de Enfermería SATSE Andalucía.

D. Javier Carnero Sierra, del G.P. Socialista.

*Sindicato Médico Andaluz (SMA) (comparecencia telemática) (pág. 21).*

**Intervienen:**

Don Rafael Carrasco Durán, presidente del Sindicato Médico Andaluz (SAM).

D. Eugenio Moltó García, del G.P. Vox en Andalucía.

*Consejo Andaluz de Enfermería (CAE) (comparecencia telemática) (pág. 34).*

**Interviene:**

Don José Miguel Carrasco Sánchez, presidente del Consejo Andaluz de Enfermería.

*Consejo Andaluz de Colegios de Médicos (CACM) (pág. 41).*

Don Antonio Aguado Núñez-Cornejo, presidente del Consejo Andaluz de Colegios de Médicos (CACM).

Se levanta la sesión a las trece horas, veinticuatro minutos del día dos de noviembre de dos mil veintiuno.

\_\_\_\_\_

## Comparecencias informativas

### **La señora SÁNCHEZ MUÑOZ, PRESIDENTA DE LA COMISIÓN**

—Vamos a empezar.

Buenos días, vamos a empezar las sesiones de trabajo de este grupo, relativo a mejora de la asistencia sanitaria en nuestra comunidad autónoma.

Bienvenido. Le damos la bienvenida a la Central Sindical Independiente y de Funcionarios, CSIF, a don Victorino Girela López, presidente del Sector Autonómico de Sanidad. Tiene aquí usted a los portavoces de los distintos grupos parlamentarios. Y, como a usted le han debido de informar, tiene entre 15 y 20 minutos para su exposición. En principio, los grupos no van a intervenir, pero si alguno quisiera hacer alguna pregunta o algún apunte, usted podría después contestar durante un intervalo de cinco minutos.

Lo primero, agradecerle su presencia y le escuchamos atentamente.

Por otro lado, y antes de comenzar, no sé si me escucha don José Sánchez, que es del Sindicato de Enfermería SATSE Andalucía, que está conectado, nos parece. No sé si usted me escucha.

### **El señor SÁNCHEZ GÁMEZ, REPRESENTANTE DE SATSE ANDALUCÍA**

—*[Intervención no registrada.]*

### **La señora SÁNCHEZ MUÑOZ, PRESIDENTA DE LA COMISIÓN**

—Pues mire, le comento. Su intervención comenzaría en torno a las once y cinco, once y diez. Se lo digo porque, en principio, las comparecencias son solamente del colectivo y, por tanto, tendría usted que desconectarse hasta esa hora, si no le importa.

### **El señor Sánchez GÁMEZ, REPRESENTANTE DE SATSE ANDALUCÍA**

—*[Intervención no registrada.]*

### **La señora SÁNCHEZ MUÑOZ, PRESIDENTA DE LA COMISIÓN**

—Muchísimas gracias, lo vemos en un ratito. Gracias.

## **Central Sindical Independiente y de Funcionarios (CSIF)**

### **La señora SÁNCHEZ MUÑOZ, PRESIDENTA DE LA COMISIÓN**

—Pues, tiene usted la palabra, don Victorino Girela.

### **El señor GIRELA LÓPEZ, REPRESENTANTE DE CSIF**

—Bueno, muchísimas gracias, buenos días, presidenta, señorías.

Antes de nada, me gustaría agradecer, en nombre de CSIF Andalucía y desde el sector de sanidad de esta organización a la que represento, por haber sido invitado a comparecer en este grupo de trabajo constituido en el seno de la Comisión de Salud y Familias de este Parlamento, para abordar la mejora de la asistencia sanitaria en nuestra comunidad.

Como siempre hemos hecho desde nuestra organización sindical, ofrecemos nuestra lealtad sincera como primer sindicato multiprofesional de la mesa sectorial de SAS y nuestras ganas de aportar para que, de verdad, este grupo de trabajo sea fructífero y sirva a su objetivo, porque ello seguramente se pueda traducir en decisiones certeras por parte de nuestros gobernantes y en beneficio de los trabajadores y trabajadoras de la sanidad pública y de la ciudadanía en general, que —como saben— son cuestiones que van de la mano y es lo que nos mueve.

En primer lugar, y antes de entrar en materia de propuestas concretas, que para nosotros son primordiales en la mejora de nuestra sanidad pública, me gustaría hacer una reflexión genérica inicial. Todas y cada una de las recetas que puedan plantearse para mejorar aspectos del funcionamiento del sistema sanitario público andaluz pasan por escuchar a sus profesionales, por lo que, para nosotros es muy positivo que esta Cámara nos haya llamado para comparecer hoy. No obstante, tengo que decir que durante los meses de la crisis de la COVID-19 hemos echado en falta, en algunas ocasiones, información que era muy relevante para nosotros y para los profesionales. Que seguimos pidiendo que se respeten los cauces preceptivos para una buena comunicación entre los legítimos representantes de los trabajadores y la administración sanitaria.

También ahora, con la no renovación, como seguramente todos ustedes sabrán, de los 8.000 profesionales que fueron contratados para el refuerzo de la COVID-19, volvemos a echar en falta ese diálogo con las organizaciones que representan a estos trabajadores.

Esto ha motivado, como seguramente sabrán, la protesta unánime de todas las organizaciones sindicales y trabajadores del SAS con una nueva movilización que tendremos este próximo jueves. Porque entendemos que en la sanidad pública no sobra nadie, que los necesitamos, y que el déficit de personal

es anterior a la crisis de la pandemia. Y que una apuesta por la sanidad pública real conllevaría mantener estos puestos de trabajo.

No voy a extenderme más sobre este asunto, pero sí me gustaría reiterar nuestra invitación al Gobierno andaluz a reconsiderar su decisión de no dar continuidad a esos 8.000 contratos y subsanar este, para nosotros, error garrafal, podrían..., puesto que ellos podrían asumir competencias necesarias a día de hoy.

Son tiempos difíciles para todos y todas, y entendemos que también para los gestores de lo público. Apelamos a la responsabilidad de la administración sanitaria para que proceda con la mayor transparencia posible e interlocución hacia los representantes de los trabajadores y trabajadoras de la sanidad.

Permítanme, señorías, hacer un repaso, aunque sea sucinto, sobre de dónde venimos y hacia dónde vamos en la sanidad pública andaluza. No es más que la historia de una sanidad pública que avanzó mucho en unas décadas, y que creíamos consolidada como sanidad universal y de calidad, pero que el tiempo ha demostrado que la llamada «joya de la corona» dejó de serlo hace tiempo ya.

Como saben, mediante la promulgación del Estatuto de Autonomía, Andalucía asume las competencias en materia sanitaria mediante la Ley 8/1986, de 6 mayo, que crea el Servicio Andaluz de Salud para asumir dichas competencias. Se inicia ahora la reforma... Se inició la reforma en la nueva organización de la prestación de servicios sanitarios, marcado en la Ley General de Sanidad, y asumido por nuestra comunidad autónoma.

Se conformaron las áreas de salud, que a su vez se componían por hospitales de referencia y zonas básicas, compuestas a su vez por centros de salud y consultorios locales y auxiliares, donde se desarrollaban, de forma integrada y mediante trabajo en equipo, todas las actividades encaminadas a la promoción, prevención, curación y rehabilitación, tanto individual como colectiva de los ciudadanos adscritos a dicha zona.

Y hago hincapié en lo que digo ahora, «serán dotados de los medios personales y materiales que sean precisos para el cumplimiento de dicha función», artículo 73 de la Ley General de Sanidad, y artículos 47 a 50 de la Ley de Salud de Andalucía.

El espíritu de Alma-Ata, del 1978, reivindicando el necesario fortalecimiento de la atención primaria como elemento de desarrollo y cohesión social de los pueblos, quedó muy presente en nuestra normativa.

En el año 2000, se gestó el I Plan de Calidad del SAS y las unidades de gestión clínicas, así como la intranet corporativa, la red de telemedicina y se dio un impulso a la reforma de la atención primaria. El sistema contaba, por aquel entonces, con algo más de 76.000 trabajadores y un presupuesto de casi 5.000 millones. Se gestaba el milagro sanitario español del que todo el mundo hablaba y del que Andalucía fue un grandísimo exponente. Y todo ello a pesar de ir a la cola, de España y de Europa, en inversión, en gasto sanitario por habitante, y de ser los últimos en importantes indicadores de salud, como números de camas hospitalarias por habitante o ratio de personal médico de enfermería. Manteníamos unos índices muy altos de calidad y de satisfacción del ciudadano.

Hubo una causa común en la que los agentes sociales, la Administración, pero, sobre todo, por encima de todo y fundamentalmente, los profesionales de todas y cada una de las categorías que componen la sanidad andaluza, dimos una lección al mundo de profesionalidad y entrega. A pesar de las congelaciones salariales, de falta de personal, de jornadas interminables de trabajo, de las muchas horas de guardia mal pagadas y con pocos medios, fuimos capaces de construir nuestra joya de la corona, nuestra sanidad pública.

Veinte años después, en 2020, tras numerosos recortes e inversores, tras políticas de reducción del gasto que han buscado una salida fácil con la privatización o la externalización de servicios como el transporte sanitario o la limpieza, la atención telefónica, el mantenimiento, el aumento de conciertos con hospitales privados o la realización de pruebas diagnósticas y un largo etcétera, tras fallidas fusiones hospitalarias que nunca fueron consultadas ni negociadas con los profesionales, con la pretendida especialización de hospitales y eficiencia y sostenibilidad del sistema, escondían recortar en personal. En Andalucía por aquellos entonces, cuando se suprimió la tasa de reposición, se perdieron más de diez mil puestos de trabajo en el SAS.

Tras restricciones de derechos laborales, como la imposición de jornada de 37,5 horas semanales, la imposibilidad del derecho al desarrollo de carrera profesional que aún mantenemos para muchos de nuestros profesionales, tras numerosos incumplimientos de acuerdos de mesas sectoriales de Sanidad, algunos en el cajón del olvido por más de diez años, como la promoción de auxiliares administrativos, administrativos, o la prometida reforma de los servicios de urgencias de Andalucía, nos sobreviene una pandemia que deja al descubierto todas las debilidades de nuestro sistema. Y seguimos pensando en reducir el gasto, con el argumento erróneo, en mi opinión, de la sostenibilidad, que no es otra cosa que optar por unos servicios sanitarios de mínimos, que es lo que se ha hecho por parte de nuestros gestores en este último lustro. La perversión de la multiplicación exponencial del recorte.

En estos últimos años se acomete una política de personal de remiendos, con planes de contratación para los periodos llamados de alta frecuentación, como la gripe o los planes vacacionales, cada vez más raquíticos, llegando al disparate de este último verano, en el que desgraciadamente se han tenido que cerrar centros y donde no se han podido cubrir todos los puntos de urgencias de Andalucía. Nos siguen faltando muchos profesionales en nuestras plantillas para acercarnos a la ratio de países de nuestro entorno y de otras comunidades autónomas. En concreto, según nuestros cálculos, nos faltan entre catorce y quince mil trabajadores de todas las categorías: médicos —más de tres mil—; fisioterapeutas, enfermeras, matronas, terapeutas ocupacionales —entre cinco y seis mil—; técnicos sanitarios —unos tres mil—; personal de gestión y servicios, incluido todo el personal administrativo, celadores, pinches, lavandería, técnicos de mantenimiento y demás personal de servicios —otros cuatro mil—. Además, debemos incorporar algunas categorías recientemente creadas que darían un impulso de calidad al sistema sanitario público andaluz, como la de podólogo o la de técnico en emergencias sanitarias, y otras aún por crear, como la de higienista bucodental.

Por otra parte, la ampliación de la cartera de servicios conlleva refuerzo del personal para cuestiones organizativas y de abordaje de determinadas situaciones como la de desigualdad de género, adicciones, salud mental, etcétera.

Otro aspecto al que, sin duda, debemos referirnos en cuanto hablamos de nuestro sistema sanitario público en la actualidad es el envejecimiento de la plantilla. Precisamente, los datos de la EPA del tercer trimestre, que conocimos la semana pasada, ponen de relieve que el perfil más numeroso de los empleados en actividades sanitarias está entre los 40 y los 49 años. En el SAS la plantilla se ha renovado en los últimos veinte años muy poco, apenas un poco más de un 20% de la plantilla, con una edad media que superaba los cuarenta años en más del 80% de los casos.

La escasa oferta y el primar la experiencia en las oposiciones, en la oferta pública de empleo, hacen que la renovación sea lenta y muy progresiva. La realidad es que en diez años se jubilan más del 50% de nuestros profesionales. Hablamos de más de cincuenta mil trabajadores que habrá que buscar, y resulta especialmente preocupante la falta de médicos y las pocas expectativas para suplir en diez años a los más de siete mil médicos que se jubilarán en Andalucía. Es triste ver cómo muchos de estos médicos se nos han marchado fuera, y resulta llamativo ver el mercadeo que a veces ocurre cuando los gerentes se disputan algunos profesionales para conseguir tener recursos en los centros que gestionan.

En cuanto a la atención primaria —uno de los objetivos estratégicos que se marca la propia Administración para situarla como eje vertebrador del sistema sanitario público de Andalucía—, hemos pasado de 1.426 centros en el año 2000, a 1.512 centros en el 2020, con una cartera de servicios similar a la que teníamos. No se ha aportado nada que mejore los estándares de calidad ni la satisfacción del ciudadano ni del trabajador. Más bien al contrario, dejamos casi al borde del desmantelamiento tal como se entiende un primer nivel asistencial, donde se deben de resolver más del 80% de los problemas de salud, en cuanto a promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación. Actualmente están protocolizados 72 procesos asistenciales integrados y en más del 85% de ellos la atención primaria tiene un papel muy relevante. Sin embargo, la falta de inversión y dotación de personal y material convierte en papel mojado muchos de estos procesos asistenciales, pues seguimos teniendo cupos médicos por encima de los 1.500..., de los 1.500 pacientes. Y se siguen sustituyendo muy poco las bajas laborales y los permisos reglamentarios. Necesitamos cupos por debajo de 1.500 para médicos de familia, y por debajo de 1.200 para pediatras. Y una cobertura de bajas y permisos reglamentarios en torno, al menos, del 70-75%, para poder continuar con la actividad sin sobrecargas excesivas de otros profesionales y que la producción de salud y la calidad no se resientan.

Una presión tan alta —en no pocas ocasiones— acaba en agresiones a nuestros profesionales, verbales o físicas, y este es un capítulo que merece una atención especial. Debemos poner en marcha en todos los centros sanitarios de Andalucía el plan contra las agresiones del SAS, pendiente aún en bastantes de ellos, con formación específica de los profesionales. Y debemos implementar medidas de protección pasiva y activa y endurecer las sanciones. En este sentido, CSIF presentó un documento

hace año y medio con motivo del Día Mundial contra las Agresiones, en el que pedíamos a la Administración que elaborara un cuadro tipificando todo tipo de delitos contra nuestro personal, para que no quede ninguno impune, con imposición de sanción administrativa, mediante una modificación del título VII de la Ley 16/2011, de 23 de diciembre, de Salud Pública de Andalucía. Esta propuesta el CSIF la hizo llegar a la consejería mediante un documento que registramos en marzo de 2020. Este documento se lo he vuelto a mandar al correo que nos han proporcionado.

También hemos pedido la grabación de las llamadas que se realizan a cualquier centro sanitario, de igual manera que lo hace el 061, Salud Responde, con el doble propósito de evitar..., intimidar al que va a amenazar o el que va a insultarnos y también como prueba en caso de insultos o amenazas. De las 1.042 agresiones que hubo en 2020, el 83%, 866, fueron no físicas o verbales. Tolerancia cero frente a las agresiones.

Indefectiblemente, si queremos elevar nuestros resultados en salud, señorías, tenemos que hacer un gran esfuerzo en inversiones, en personal, formación continua, protección y cuidados de la salud de los trabajadores. Evaluar las cargas en cada puesto y adaptar para conseguir la sostenibilidad de la producción de salud, mejorando las condiciones profesionales.

Señorías, hablando en términos de producción, ¿se han planteado ustedes que las máquinas que producen salud son personas y que han de estar bien cuidadas? ¿Saben cuántos técnicos en prevención de riesgos laborales y cuántos especialistas en salud laboral hay actualmente en el SAS para cuidar y vigilar la salud de una plantilla de casi cien mil trabajadores? Solo en términos de eficiencia en el cuidado de la salud de nuestros trabajadores y trabajadoras, ¿se han planteado alguna vez cuánto reduciríamos los tiempos en incapacidad laboral si se hiciera una adecuada vigilancia de la salud y si se aceleraran los procesos de diagnóstico, tratamiento y recuperación de nuestros profesionales? Cualquier empresa cuida extremadamente que sus trabajadores estén en óptimas condiciones, evaluando cada puesto de trabajo y adaptándolo en función de su capacidad y necesidad, dándole toda la formación y protección posible.

No hace falta recordar lo que ocurrió cuando llegó la pandemia, donde desgraciadamente muchos de nuestros compañeros tuvieron que ir a enfrentarse al COVID con bolsas de basura. La falta de equipos de protección individual y protocolos razonables —hubo que pedir al ministerio que considerara grupos de riesgo al personal de gestión y servicios, personal administrativo, celadores, etcétera— dieron como resultado que más de cuarenta mil trabajadores en Andalucía en el SAS hayan sido bajas: por contagio 15.252, o por aislamiento 25.870. Desgraciadamente, con consecuencias tristemente letales en algunos de ellos, 21 fallecidos en Andalucía.

El recién planteado Plan estratégico de la asistencia sanitaria en atención primaria no es más que una pequeña tirita para restañar una herida profunda y extensa que precisa de una sutura sólida. Además de no haber sido negociado ni siquiera consultado, se fundamenta en modificar agendas de pediatras, médicos de familia y enfermeros, con cambios de funciones y competencias por los trabajadores,

generando incertidumbre legal y competencial. Y todo ello sin ninguna dotación presupuestaria y sin objetivos definidos, más allá de reducir los tiempos de espera para acceder a ser atendido por alguien en su centro de salud. Esto supondrá más carga de trabajo a los profesionales, no tenemos ninguna duda. Tendrán que realizar más funciones, en muchos casos ajenas a sus competencias habituales. Si no se refuerzan las plantillas de primaria con un incremento de al menos un 20% del personal, incluyendo categorías nuevas en atención primaria, como psicólogos clínicos, trabajadores sociales sanitarios, podólogos, o aumentamos el número de fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, TCAE, administrativos, celadores-conductores, evitando cuellos de botella en el acceso a los centros y en la atención telefónica y, por descontado, más personal médico y de enfermería, no solucionaremos la gran presión que sufrimos en el primer nivel asistencial.

Con más personal y mejor formación, con más medios técnicos, equipos diagnósticos, unidades de tratamiento médico y quirúrgico, más coordinación y comunicación con el segundo nivel asistencial —teledermatología, por ejemplo—, conseguiremos una asistencia primaria de calidad, resolutive y finalista, capaz de gestionar y articular todo el proceso patológico hasta la total recuperación y rehabilitación, teniendo que recurrir en pocas ocasiones al segundo nivel, con la consecuente descongestión de hospitales y listas de espera. Solo de esta forma podremos avanzar hacia un sistema sanitario público de calidad y sostenible, porque la sostenibilidad no es gastar menos en sanidad, si el horizonte del gestor responsable no se limita al cortoplacismo de un ejercicio presupuestario o legislatura. Lo barato al final es caro, señorías.

Es imprescindible fijar medidas para reforzar nuestra atención primaria, lograr entornos de trabajo seguros y saludables, desarrollo normativo que nos permita avanzar en un sistema sanitario público universal, integrado, sostenible y de calidad. No parece que la pérdida de contratos en este nivel asistencial ayude, ni tampoco que los contratos se hagan mes a mes, como está ocurriendo ahora mismo.

Me gustaría aludir brevemente al sistema Diraya. Se creó para la historia clínica de salud única de Andalucía, como ustedes sabrán, para facilitar el registro y el trabajo a los profesionales, y más de dos décadas después de su puesta en marcha sigue sin ser realmente una herramienta ágil y facilitadora. Los sistemas informáticos y algunas aplicaciones telemáticas siguen como hacen quince años. La aplicación de la bolsa única, en momentos de máxima afluencia de candidatos, se sigue colgando con demasiada frecuencia, llegando a estar jornadas enteras inoperativa. Hace pocos días —y no es la primera vez— volvimos a registrar un documento dirigido a la Dirección General y a la Subdirección de Contratación para actualizar los listados de bolsa única de empleo —algunos de ellos llevan más de dos años sin actualizar—. Es inadmisibles que tengamos estas deficiencias técnicas, que nos comen recursos y que dificultan las contrataciones.

Sobre la integración de las agencias públicas sanitarias, reconocer el esfuerzo y el compromiso de la actual consejería para la integración, con el objetivo de un sistema más eficiente; pero lamentar que sigamos a oscuras en muchos aspectos, y que se estén alimentando dudas e incertidumbres sobre

cómo será la estatutización de laborales y cuáles serán las consecuencias, en términos de derechos retributivos y laborales.

Sobre la atención hospitalaria, decir que las plantillas están muy por debajo de los ratios y estándares europeos, que el número de camas dista mucho del de otras comunidades autónomas o países de la OCDE. Y seguimos esperando que se acometan reformas importantes, como el Plan de Salud Mental de Andalucía o la conversión del cien por cien de las plazas de enfermería especialista en salud mental.

Seguimos recurriendo a clínicas privadas para realizar resonancias magnéticas o TAC, cuando tenemos el aparataje y los profesionales para hacerlo y los especialistas para informarlos; esto no lo entendemos. Abusamos de las clínicas privadas en algunos procesos asistenciales, que incluyen cirugía reparadora o de implantación de prótesis, como artrosis de cadera o rodilla, sin que se asuma la recuperación total del paciente, y esto acaba en las salas de fisioterapia de nuestros centros de salud.

El Plan Andaluz de Urgencias y Emergencias, seguimos esperando culminarlo. Y, desgraciadamente, aún seguimos sin poner fecha a la mesa técnica de urgencias y emergencias para analizar objetivos y propuestas de mejora de las urgencias extrahospitalarias, problema aún sin resolver.

No quiero dejar de hablar del personal en formación, los MIR y EIR. Son nuestra cantera y debemos cuidarla, pues son el relevo necesario de médicos y enfermeros. Que dejen de ser mano de obra barata, con una buena formación, con tutores que guíen y supervisen su formación, con planes formativos adecuados, reforzar el papel de los tutores; si logramos todo esto, es posible que no quieran marcharse a ejercer su profesión fuera de Andalucía.

Desde CSIF proponemos reforzar la presencia de tutores, mayor control de las unidades docentes, tutorización real con supervisión de actividad —también en las urgencias—, evaluación de competencias y cumplimiento íntegro de los planes formativos. Acelerar el proceso de formación, optimizando los tiempos en la adquisición de competencias. Debemos aumentar el número de plazas MIR y EIR, completar la creación de especialidades de enfermería pendientes y ofertar plazas de todas ellas en el Servicio Andaluz de Salud, para consolidar un sistema con más presencia de enfermería especialista. También pedimos más plazas para los PIR, para crear plazas de psicología clínica en atención primaria.

Señorías, actualmente, sobre la mesa tenemos el desarrollo del acuerdo de estabilidad y calidad del empleo y desarrollo profesional del Servicio Andaluz de Salud. Es hora de sentarse para abordar aspectos tan importantes y urgentes como son el desarrollo y la carrera profesional de todo el personal, la promoción de auxiliares administrativos a administrativos, procesos selectivos cada dos años, traslados abiertos y permanentes, necesidad de ajustar los ratios de profesionales y plantillas. También debemos corregir desigualdades retributivas entre comunidades autónomas, reducir la tasa de eventualidad, reclasificación profesional según titulación y competencia con la aplicación íntegra del artículo 76 del EBEP, logrando el C1 para los TCAE y el grupo B para técnicos superiores. Reconocimiento de la categoría del trabajador social sanitario; un coeficiente reductor en la edad de jubilación en base a

la penosidad de algunos puestos, especialmente los que trabajan a turnos y los que hacen guardias; la jubilación parcial anticipada y voluntaria y rejuvenecimiento de plantilla.

Voy concluyendo.

En definitiva, señorías, esta pandemia en la que estamos inmersos nos ha demostrado que es imperiosa la necesidad de reforzar los servicios públicos esenciales, con la sanidad a la cabeza, que ha venido sufriendo recortes desde hace una década. Sin la profesionalidad y entrega de miles de trabajadores y trabajadoras de la sanidad pública, no hubiera sido posible que estuviéramos ahora viendo la luz al final del túnel. La Administración pública tiene la responsabilidad de reconocer este papel; los profesionales y las profesionales sanitarios han dado la talla siempre, y de una manera especial durante la crisis. Desgraciadamente, hace cuatro días, cuando recibimos el último abono del CRP de 2020, pudimos observar con tristeza e indignación que nos vuelven a premiar quitándonos, un año más, parte de nuestras retribuciones en el complemento al rendimiento personal: un 15% en 2019 y un 40% en 2020.

Ahora es el turno de los responsables políticos para tomar medidas que rescaten nuestra sanidad pública y la hagan brillar, porque, como apunta Antonio Muñoz Molina en su ensayo titulado *Todo lo que era sólido*, nada es para siempre y cualquier derecho o sistema que creamos bien forjado puede desaparecer. Hay que emplearse a fondo, señorías, en recuperar nuestra sanidad pública, y ello empieza por recuperar su alma, que son sus profesionales.

Nada más y muchas gracias.

### **La señora SÁNCHEZ MUÑOZ, PRESIDENTA DE LA COMISIÓN**

—Pues muchísimas gracias, señor...

[Intervención no registrada.]

Ahora voy a dar..., voy a preguntar a los grupos, si alguno quisiera hacer alguna... Pero, antes de nada, agradecerle su intervención.

¿Qué grupo...? ¿Algún portavoz quisiera intervenir?

Sabe que tiene usted tiempo de tres minutos. Tiene la palabra.

### **El señor MOLTÓ GARCÍA**

—Muchas gracias, señora presidenta.

Buenos días, señorías. Buenos días, don Victorino, gracias por su comparecencia.

Voy a ser muy breve. Yo quisiera que hiciera una breve valoración del momento en el que está la mesa sectorial.

**El señor GIRELA LÓPEZ, REPRESENTANTE DE CSIF**

—Bueno, pues la mesa sectorial ahora mismo está en una situación en la que es verdad que se ha hecho un trabajo en los últimos meses muy intenso, pero estamos desbordados todavía por cuestiones pendientes de culminar, como puede ser, como seguramente sabrá, el modelo de carrera profesional para gestión y servicios. Tenemos más de sesenta mil profesionales, trabajadores de la sanidad, que no pueden acceder a la carrera profesional, y esto es un compromiso del acuerdo firmado en 2006 para el desarrollo profesional.

Esta es una parte muy importante. Tenemos cuestiones como la promoción de auxiliares administrativos a administrativos, y otras muchas que no se han resuelto.

Decir que en la mesa sectorial estamos tocando muchísimos temas, se están negociando cosas, pero realmente vemos que hay pocos avances, que, desgraciadamente, no terminamos de culminar muchas de las cuestiones que se negocian y se debaten en la mesa sectorial.

**El señor MOLTÓ GARCÍA**

—A eso me refería, a que, más que el detalle de lo que se está negociando, la percepción de si en este último año y medio o así hay una buena recepción por parte de la Administración en la mesa sectorial con respecto a las centrales sindicales.

**El señor GIRELA LÓPEZ, REPRESENTANTE DE CSIF**

—Pues tengo que decir que hay interlocución, pero tenemos la sensación muchas veces de perder el tiempo, ¿no?, de que se nos escucha poco o que nuestra voz no tiene demasiada repercusión, a efectos prácticos, a la hora de llevar todos estos temas que estamos negociando.

**La señora SÁNCHEZ MUÑOZ, PRESIDENTA DE LA COMISIÓN**

—Pues muchísimas gracias.

Si no hay más peticiones de palabra...

Agradecerle su intervención. Yo creo que no digo nada desde mi parte, sino de parte de todos estos diputados..., que de nuevo agradecerles, a todos los trabajadores del sistema sanitario a los que usted representa, el trabajo que han hecho y hacen durante esta pandemia.

Muchísimas gracias.

[Receso.]

## Sindicato de Enfermería SATSE Andalucía

### La señora SÁNCHEZ MUÑOZ, PRESIDENTA DE LA COMISIÓN

—Bueno, retomamos las comparecencias. En este caso es el momento del Sindicato de Enfermería, SATSE Andalucía. Interviene su representante, don José Sánchez Gámez, que es el secretario general.

Señor Sánchez, disculpe la molestia de haber tenido que desconectarse y volver a conectarse. Muchísimas gracias por estar aquí. Y sabe usted que tiene un tiempo de intervención entre 15 y 20 minutos. Aquí estamos los grupos parlamentarios, están todos los grupos a su disposición.

Cuando quiera, puede comenzar.

Señor Sánchez, no se le oye. ¿Tiene usted el micrófono activado?

[*Intervención no registrada.*]

¿Me oye ahora?

Ahora, cuando usted quiera.

### El señor SÁNCHEZ GÁMEZ, SECRETARIO GENERAL DE SATSE ANDALUCÍA

—[*Comparecencia telemática con conexión defectuosa.*]

Vale, vale.

Pues, lo primero, no tiene que disculparse.

[...]

Lo primero, mi agradecimiento sincero, en representación de todas las enfermeras y enfermeros y fisioterapeutas de nuestro país, a todos los grupos parlamentarios por esta iniciativa de este grupo de trabajo [...] crisis sanitaria que hemos sufrido y que [...] sin duda alguna [...]. Creo que es interesante este grupo de trabajo para intentar paliar lo máximo, por lo menos lo que es la asistencia sanitaria.

De todas maneras, quisiera expresar mis recelos ante los grupos de trabajo. He participado en algunos grupos de trabajo, con unas excelentes intenciones, como me imagino que será este, y después se han quedado en nada. Las decisiones que emanan de estos grupos de trabajo se quedan en nada [...]. Espero así me permitan que dude de [...] y los integrantes de este grupo de trabajo, [...] actuar de una manera coordinada, en pos del objetivo compartido, que me imagino que todos compartimos ese objetivo de la mejora de la asistencia sanitaria, estemos dispuestos a conseguirlos y llevarlos a cabo.

Para que un grupo de trabajo funcione con eficiencia, los miembros deben presentar y respetar una serie de normas [...], en el seno del grupo es alto. Y esto facilita la consecución de los objetivos. Por lo que los intereses de cada partido, a los cuales representan ustedes, incluso yo como sindicato, se

deben quedar al margen de este grupo, para así conseguir el objetivo de la mejora de la asistencia sanitaria en nuestra comunidad autónoma.

SATSE espera y confía que esta crisis sanitaria nos ayude a todos a reflexionar y a aprender de errores cometidos, para así [...] futuro que seamos capaces entre todos de afrontarlo con mayores [...]. Más recursos humanos, [...], así como mejor [...] de camas, o con más fortaleza y minimizando las debilidades que el sistema sanitario público andaluz ha [...].

El deseo de SATSE es que con este grupo de trabajo nuestra sanidad pública salga fortalecida, y los compromisos públicos que se adquieran con los profesionales, los ciudadanos y la sociedad en su conjunto, se materialicen y se hagan realidad a corto y medio plazo.

Nos corresponde afrontar esta [...] sanitaria, pero no podemos olvidar que las listas de espera están creciendo, incluso [...] las listas de espera, que tenemos y continuamos atendiendo a pacientes COVID, porque [...]. Sin referirnos a las posibles secuelas psicológicas que sufren nuestros profesionales tras más de un año [...].

Por todo esto, yo voy a intentar ceñirme al tiempo concedido y a tratar de explicar lo que, desde SATSE, creemos [...].

[...], imagino que [...] es el presupuesto [...]. Desde SATSE siempre hemos propuesto que se suba..., establecemos un punto, hasta llegar en 2023 al 10%. Aunque después de mucho debatir, también pensamos que no estaría mal conseguir la media del gasto en España, es decir, llegar a unos 1.500 euros por habitante y año. Creo que eso sería también otra manera de conseguir que la sanidad andaluza consiguiera contar presupuestos para todo lo que [...].

Naturalmente, estos presupuestos, desde SATSE pensamos que deben ser finalistas, porque si no son finalistas no [...]. Al mismo tiempo consideramos que se debe reorientar el gasto a políticas de prevención y protección de la salud, fortaleciendo los [...] en una población con una esperanza de vida [...]. Sabemos que cuando se invierte a largo plazo los resultados son a largo plazo, pero al final la previsión va a ser que este gasto sanitario sea menor.

Tenemos que adoptar [...], educación sanitaria y los hábitos de vida saludable, para que los niños, niñas y jóvenes de hoy sean adultos sanos mañana, [...] del sistema sanitario público.

Los costes anuales..., les puedo dar algunos costes, de [...] por la diabetes, [...] por la obesidad, [...] por el tabaquismo, [...]. La cronicidad causa el 80% de las consultas de atención primaria y el 60% de los ingresos hospitalarios. Además de generar el 70% del gasto sanitario. Con lo cual, la [...] es muy necesaria para [...]

*[Fallo en la conexión telemática.]*

[...], naturalmente los creemos insuficientes. Pero bueno, algo es [...], 400 son pocos, pero por lo menos ya es...

Después, en cuanto a la atención primaria, sí queremos proponer que haya una reforma profunda de la misma, y debe contemplar, como mínimo, cirugía menor para enfermería, unas nuevas competen-

cias, atención domiciliaria y seguimiento de crónicos, hospitalización a domicilio. También [...] en una anterior comparecencia la consulta de enfermería en la atención de urgentes. Esta última también está siendo implantada, aunque desde el sindicato, y como nuestros compañeros han dicho, me imagino que dirán, que ha sido de una manera precipitada, sin el personal necesario, sin la formación específica para los 18 protocolos.

Lo que sí quiero dejar claro es que la formación de la enfermería tiene las competencias para esos 18 protocolos, lo que hace falta es que se forme específicamente y que se dote de personal.

Les puedo poner un ejemplo, un médico está capacitado para hacer una ecografía, pero necesita formación para hacer esas ecografías. Creo que es interesante que se implante, pero se implante tranquilamente, como pasó con la primera reforma de la atención primaria, cuando a los enfermeros les dijeron empecemos con las consultas de crónicos, EPOC, diabetes, hipertensión. Eso hizo que los médicos tuvieran más tiempo para atender a las personas con enfermedades que necesitaban más tiempo para ser atendidas. Los enfermeros estuvimos ahí en esa consulta. Esta es una nueva consulta más, creo que tenemos —y se ha demostrado— las competencias; la seguridad jurídica también, según el último informe que nos entregó el SAS. Con lo cual con esto podía —no es que sea la panacea—, pero podía paliar muy mucho la organización en la atención primaria para que los médicos puedan atender mejor las enfermedades que son urgentes y graves, y la enfermería pueda atender y facilitar mucho el trabajo del médico.

También tendríamos que potenciar la atención de los fisioterapeutas. Existen enormes listas de espera para ser atendidos por estos profesionales, con lo que, al menos, debería asegurarse la presencia de un profesional fisioterapeuta en los centros de salud.

Debe además reflejarse en un incremento de las infraestructuras y recursos. Y aquí sí queremos destacar la rentabilidad inmediata tanto económica como social que se obtendría con una adecuada dotación de fisioterapeutas, ya que además de la aportación al bienestar que supone para la persona la recuperación de su proceso patológico, la intervención temprana de estos profesionales conlleva la reducción de tiempos de baja laboral, así como la recuperación total en muchas ocasiones de la funcionalidad y, por tanto, un considerable ahorro en los costes sanitarios.

La atención a la cronicidad y dependencia es uno de los principales retos de futuro en nuestro país, dado el aumento progresivo de casos que se están produciendo. Y por ello insistimos en la importancia de contar con más fisioterapeutas que puedan dar satisfactoria respuesta al mismo dentro del sistema sanitario andaluz.

Andalucía está a la cola de España en fisioterapeutas, hay 0,06 por cada 1.000 habitantes en el sistema sanitario público. Se trata de la peor ratio de todos los servicios de salud de España. Además, la ratio recomendada de la OMS es uno por cada mil habitantes.

También pondríamos programas de atención a la cronicidad en primaria, destinar más presupuesto naturalmente; no exceder de una asignación máxima de 1.100 personas o 1.100 pacientes por enfer-

mero; una mayor coordinación de atención primaria con especializada. También dotación de recursos y medidas y medios básicos de diagnóstico, como rayos X, electrocardiogramas o ecos en todos nuestros centros de salud. Determinar y planificar la atención a crónicos pluripatológicos y personas dependientes. Garantizar la atención a la mujer en todas las etapas de la vida, con al menos una matrona en el centro de salud. Todo eso puede hacer que la primaria empiece a funcionar muchísimo mejor, por lo menos desde SATSE así lo creemos.

Pero si hay algo que debemos cuidar entre todos y no escatimar recursos para ello son los profesionales, los cuales han hecho de dique de contención entre el virus y los ciudadanos, o entre las enfermedades y todos. A ellos aludía el presidente de nuestra Junta de Andalucía en varias ocasiones.

Para ello hay que aumentar la ratio. Yo voy a hablar de enfermería, que es la que conozco. La ratio de enfermera por cada 1.000 habitantes en Andalucía está en 4,3, mientras que en Europa es de 8,8 enfermeras y enfermeros por cada 1.000 habitantes. La media de España incluso está mejor, 5,3. ¿Esto qué quiere decir? Estamos a la cola, igual que en fisioterapia. En este sentido, incluso, en la sanidad pública de Andalucía la ratio está en 2,77, mientras que la media española está en 3,64.

Otro dato es que un profesional de enfermería tiene a su cargo hasta 18 pacientes en una planta de hospital, mientras que la ratio segura sería de entre 6 y 8 pacientes. Ellos merecen y necesitan que este grupo de trabajo apoye la ley de seguridad del paciente que tiene presentada SATSE. Y que se vuelva a contratar, sobre todo, al cien por cien de los profesionales sanitarios, que serán fundamentales en la vuelta a la normalidad con el objetivo de reducir, por ejemplo, las listas de espera y otras enfermedades que se han dejado en espera con motivo de la crisis sanitaria, y que de esta forma pacientes y ciudadanos no vean retrasarse aún más la atención, que hemos sufrido.

Naturalmente, se necesita un plan de choque, debería comenzar ya, que debe reconocer de forma clara y definida los recursos humanos y materiales tanto en atención primaria como especializada, elevando tanto el rendimiento de los quirófanos como el de las consultas externas de nuestros hospitales, todo ello con los medios y grupos humanos necesarios.

Por tanto, es fundamental que, a corto plazo, no se recurra a la reducción de profesionales. Desde aquí les pedimos la contratación del cien por cien de los profesionales que estaban contratados.

Necesitan también que se unifiquen sus condiciones laborales y retributivas para evitar desigualdades entre los trabajadores de primaria y especializada, pues a igual trabajo y titulación debe de corresponderles igual retribución. No sé si ustedes saben que entre un enfermero de primaria y un enfermero de hospital hay una diferencia de más de 200 euros. Por eso, la mayoría de las plazas de primaria se ocupan en los traslados. Se va la gente, no quiere el hospital, primero, porque están mucho más... Como ya les he dicho, tienen dieciocho pacientes, cuando deberían de tener seis u ocho, y así el trabajo es excesivo. Y además las retribuciones no están acordes con el trabajo que están realizando. Esta es una de las partes que este grupo de trabajo también tendría que ver: por qué la marcha de profesionales de hospitales a primaria. Un tema es las retribuciones y otro es el trabajo.

No es razonable, por otra parte, que se exigiera el nivel de alerta y vigilancia y capacidad profesional a los de 25 años de edad como a los de 65, con lo cual también proponemos que este grupo de trabajo estudie un itinerario laboral a partir de los 55 años de edad y que posibiliten medidas que alivien la carga asistencial en beneficio de otras de carácter docente, tutorías y demás.

Por otro lado, también es necesario definir los puestos de trabajo de enfermeros especialistas para su progresiva incorporación al sistema sanitario, con el valor añadido que esto conlleva para los pacientes del conjunto del sistema sanitario andaluz.

Llevamos más de dos años para definir los puestos de trabajo de la enfermería en salud mental, creo que es demasiado tiempo para definir los puestos de trabajo.

También nuestros fisioterapeutas, en el desempeño de su labor profesional, dispondrán, deben de disponer... Aunque esto no afecta a este grupo de trabajo. Que se regule la indicación del uso de los medicamentos, es decir, la prescripción para ellos.

Después, en cuanto a los recursos y medios que... Nosotros pedimos, por ejemplo, que se aumenten las camas, puesto que Europa tiene 5 por cada 1.000 habitantes, España 3, y Andalucía está en 1,7 por cada 1.000 habitantes en camas en los hospitales. En UCI estamos peor. La OCDE recomienda 15,9, España está en 9,7 y Andalucía está en 0,12. La verdad es que necesitamos muchas más camas.

En lo referente a la dirección, gestión y participación, proponemos una cosa muy importante, que es profesionalizar la gestión y dirección de nuestra sanidad pública. Es importante que los gestores sean profesionales y que no, ante los cambios de direcciones o de partidos políticos en el mando, cambien estos vectores. Es importante que la gestión sea profesionalizada y que continúe a lo largo del tiempo.

También creemos que se debe de crear una dirección general de cuidados, liderada por una enfermera o enfermero, puesto que es [...]. Enfermería es una profesión cuyo liderazgo se centra en la gestión de los [...]. Son el eje del sistema sanitario y constituimos el recurso más numeroso de todo el sistema sanitario público andaluz que, contradictoriamente, hasta la fecha no ha contado con presencia en la estructura directiva de la Consejería de Salud ni del SAS.

Estudios relevantes en el marco de las políticas de salud han puesto de manifiesto la importancia de los cuidados [...] en salud y seguridad de la ciudadanía y en la sostenibilidad de los sistemas sanitarios públicos.

Por todo ello, no debemos desaprovechar la oportunidad de contar con el conocimiento y la experiencia de las enfermeras para trabajar conjuntamente la mejora del futuro de la atención sanitaria de Andalucía, una vez finalice la actual crisis, motivada por el COVID.

En cuanto a los centros sociosanitarios y centros de mayores, SATSE reclama que se promueva una estrategia clara, conjunta y coordinada para mejorar la atención que se presta en las residencias de mayores de titularidad pública y que, de manera paralela, aseguren que los centros de carácter privado o concertado cumplan con todas las condiciones exigidas para atender a todos los residentes

de manera digna y óptima. La grave crisis existente de profesionales ha quedado en evidencia en la grave incidencia del COVID-19 entre los mayores o [...] mayores residentes. En estos centros socio-sanitarios en Andalucía, cabe destacar la labor fundamental que han llevado a cabo las enfermeras gestoras de casos en el seguimiento de los casos a nivel de los centros sociales y residenciales, en coordinación con Epidemiología de atención primaria. Será fundamental reforzar este papel y dotarlo de mayores efectivos. Y así, también proponemos realización de una auditoría independiente, dotación adecuada de personal sanitario cualificado que garantice la atención sanitaria las 24 horas del día, coordinación centrada y máxima entre el ámbito sanitario y el sociosanitario, establecimiento de protocolos y normas básicas...

Bueno, por último —creo que ya va siendo hora de que termine—, algo que en sanidad es vital para continuar avanzando y liderando la atención sanitaria y cuidado de la población, es decir, potenciar la investigación y la formación a los profesionales, pues si en cualquier profesión ambos aspectos son necesarios, en sanidad es vital e irrenunciable, por el bien del paciente y el valor añadido de nuestro sistema nacional de salud.

Y ya sí termino, con la confianza de que los compromisos finales de este grupo de trabajo se materialicen, se hagan realidad y esta no sea una más de las que, tras el interés inicial por resolver, poco a poco vayamos cayendo en el olvido y la pereza y, lo que antes era incuestionable e irrenunciable, se convierta en liviano y pasajero. Si eso ocurre, pagaremos las consecuencias, sin duda alguna. Pero, sinceramente, ni nuestra sanidad pública ni los ciudadanos, ni nuestros profesionales sanitarios merecen que se les ponga nuevamente al límite de sus posibilidades y capacidades físicas. Profesionales y [...].

Y ustedes, señorías, junto con nosotros y este equipo de trabajo, pueden contribuir decididamente a que eso no ocurra.

Muchísimas gracias por la atención que me habéis dado todos.

### **La señora SÁNCHEZ MUÑOZ, PRESIDENTA DE LA COMISIÓN**

—Muchas gracias, señor Sánchez.

Me refiero a mis compañeros: ¿hay algún grupo que quisiera...?

Señor Carnero, puede usted intervenir.

### **El señor CARNERO SIERRA**

—Muchas gracias, muy brevemente.

José, ¿qué tal? Encantado. Soy Javier Carnero, el portavoz del Grupo Socialista.

Solo una sola pregunta: al principio de la intervención has hablado..., o he creído oírte al principio, del PIB y de euro/habitante. Sabes que es una cuestión que yo ya he puesto encima de la mesa más de una vez y me gustaría saber qué opináis sobre si, al final, la financiación tenemos que llevarla siempre al producto interior bruto o a euro/habitante, que seguramente nos llevaría más a la media nacional.

Simplemente era eso, José.

**El señor SÁNCHEZ GÁMEZ, SECRETARIO GENERAL DE SATSE ANDALUCÍA**

—Estamos mirando, porque estamos viendo que es más importante: el gasto por habitante y que lleguemos a la media del gasto por habitante. Eso va a producir más mejoras y más beneficios que el PIB. Creo que no debemos depender del PIB, sino que debemos depender del gasto medio que hay en España, que es llegar a los 1.500 ya costaría, eh, porque estamos sobre mil trescientos y poco, y la media está en 1.500 euros por habitante y año. Eso ayudaría muchísimo a que este grupo de trabajo obtuviera las metas u objetivos que se propongan, seguramente.

Estoy de acuerdo con vosotros en eso.

**La señora SÁNCHEZ MUÑOZ, PRESIDENTA DE LA COMISIÓN**

—¿Algún otro grupo quiere hacer una pregunta?

Pues nada, sin más que añadir, agradecerle esta exposición, señor Sánchez. Y, por supuesto, no hablo por mí sino por todos estos grupos; reiterarle nuestro agradecimiento y el agradecimiento a los profesionales que usted representa, por su enorme labor en esta pandemia.

Muchísimas gracias.

**El señor SÁNCHEZ GÁMEZ, SECRETARIO GENERAL DE SATSE ANDALUCÍA**

—Muchas gracias a vosotros por contar con SATSE.

[Receso.]

## **Sindicato Médico Andaluz (SMA)**

### **La señora SÁNCHEZ MUÑOZ, PRESIDENTA DE LA COMISIÓN**

—Buenos días.

Damos la bienvenida a don Rafael Carrasco Durán, el presidente del Sindicato Médico Andaluz. Pues, aquí tiene a los distintos grupos parlamentarios, dispuestos a escucharle. Sabe usted que tiene un tiempo de intervención entre 15 y 20 minutos. Y si posteriormente algún grupo le hiciese alguna pregunta, podría contestarla durante otros cinco.

Muchísimas gracias.

Puede usted comenzar.

### **El señor CARRASCO DURÁN, PRESIDENTE DEL SINDICATO MÉDICO ANDALUZ**

—Ahora bien, ¿no?

Bueno, quisiera empezar dándoles las gracias —como tiene que ser— por haber contado una vez más con nuestra organización para aportar nuestras ideas en este grupo de trabajo.

Y si me lo permiten, yo llevaba dándole vueltas a cómo plantear esto. Y al final he decidido que tendría que empezar quizás haciendo algunas preguntas, antes que hacer algunas propuestas. Porque lo primero que a mí se me plantea, cuando me siento ante un grupo de trabajo para mejorar el sistema público de sanidad es qué es un sistema público de sanidad y cuáles son los valores que lo definen. Esto, que parece algo de Perogrullo, no es tan fácil, ¿por qué un sistema sanitario público debe primar la gratuidad por encima del resto de los valores?, ¿son cosas como la accesibilidad o la universalidad las que lo definen? La equidad, por ejemplo, también puede ser un factor determinante, ¿o es la calidad a cualquier precio?

Y esto es un debate que en Andalucía aún no se ha resuelto, bueno, ni en Andalucía ni en el resto de España, pero la única forma de definir qué se necesita para que un modelo mejore es saber qué tipo de modelo queremos. Y tampoco tenemos resuelto cuál es su financiación, la financiación ni quién debe ser la entidad que preste los servicios, ¿la entidad que presta los servicios debe ser exclusivamente el SAS? ¿Hay que contar con otros organismos públicos, con entidades privadas, con agencias públicas, con otras administraciones? ¿Hay que financiarlas con impuestos indirectos?, ¿se puede financiar con un copago reembolsable? ¿Se pueden utilizar los impuestos directos?

Entonces, aquí hay muchas variedades. Y por supuesto, hay que pensar en qué sanidad queremos para las próximas décadas, porque queremos una sanidad que dé respuesta inmediata a todos los

problemas de salud. ¿Queremos una sanidad con limitación de prestaciones?, ¿con una sanidad que no tenga en cuenta la evolución de los problemas de salud de la gente que tiene ahora 60 años o que los tendrá dentro de 10? Y por supuesto, hay que pensar qué papel tiene que tener la sanidad pública en Andalucía, ¿no?

Y aquí, ya les digo de antemano que el grueso de lo que les voy a decir se resume en: hace falta definir el sistema de salud que queremos y hace falta un pacto por la sanidad. Es decir, si no existe un pacto por la sanidad, un pacto entre todas las fuerzas políticas —y ese trabajo les corresponde a ustedes—, no vamos a poder avanzar en un modelo de una forma efectiva, es decir, ningún modelo se va a desarrollar en tres o cuatro años, que es lo que dura una legislatura, es decir, si queremos un modelo serio y estable y consolidado tenemos que pensar en quince o veinte años. Y esto tiene que ocurrir gobierne quien gobierne, no puede estar sujeto a los vaivenes de esto.

Pero bueno, vamos a centrarnos en el modelo que tenemos y vamos a ver qué tenemos y a dónde vamos. Y quiero decirles que el modelo que tenemos es un modelo muy contradictorio. No sé si ustedes lo han pensado alguna vez, pero el modelo que tenemos actualmente es un modelo en el que damos por bueno que un paciente tenga que invertir miles de euros para pagarse un arreglo dental después de sufrir una infección o una enfermedad inflamatoria, o que una persona que vea poco y —eso se lo digo por experiencia— tenga que invertir centenares de euros todos los años en unas gafas para poder hacer una vida normal; o que puedan tardarse meses en operarse una hernia inguinal, que no te permite casi andar. O tenga que esperar dos meses para que te vea el cardiólogo, y estoy hablando de lo que las normas andaluzas actualmente consideran como niveles óptimos. Actualmente, no se espera dos meses, se espera el doble. Pero yo no voy a hablar de lo que ocurre, sino de lo que debiera ocurrir. Un mes para hacerse una radiografía o quince días para una cita telefónica para el médico de familia.

En definitiva, un sistema que se escandaliza si alguien paga tres euros por un Ibuprofeno en la farmacia, pero no dice nada si paga cuatrocientos una hora más tarde en la óptica porque no ve, y la visión es una enfermedad exactamente igual que cualquier otra enfermedad que pueda tener una persona. Y vamos a dar algunos datos. Esto, ¿por qué ocurre? Bueno, sé que muchos de ustedes me dirán que soy repetitivo, pero es que mi argumento sigue siendo el mismo, es que Andalucía es la comunidad que menos invierte por habitante en salud, con mucha diferencia, es decir, por debajo de Extremadura. Extremadura es la única comunidad —hablo de los datos del 2019, porque los del 2020 no están publicados— que tiene un PIB inferior al nuestro y, sin embargo, su inversión por habitante en sanidad es bastante mayor que la de Andalucía.

Y esto, ¿en qué se traduce? Pues se traduce en que nosotros tenemos 8,5 quirófanos por 6.000 habitantes, mientras que la media española está en casi 10. Que la mortalidad en Andalucía es mayor que en la media española, 495 por 100.000 habitantes frente a 440. Que la esperanza de vida a los 65 años es un año y medio menor en Andalucía. Que tenemos menos médicos en atención primaria. Por ejemplo, hay 36 médicos menos por cada 100.000 habitantes que en Castilla y León, y no me comparo

con otra comunidad, no me comparo con Bruselas. El número de camas por habitante es menor. Y un dato muy curioso, en Andalucía solo el 77% de las camas pertenecen a la sanidad pública, mientras que en el resto de España el porcentaje de camas perteneciente a la sanidad pública alcanza casi el 89%, 12 puntos por encima. Son datos muy importantes. Y el grado de satisfacción de los usuarios también está por debajo de la media: 6,1 en Andalucía; 6,6 en España. Bueno, todos estos datos están en la página web del Ministerio de Sanidad, indicadores clave del Ministerio de Sanidad, lo pueden encontrar y comprobarán que todos estos datos son literalmente como se los digo. Y que no les puedo dar los datos del 2021, porque no están. Siempre los datos van con un retraso.

Pero estos son análisis estadísticos, luego la gente de calle, ¿qué es lo que ve?, porque esto son números. Pues la gente de la calle ve lo que ya le hemos dicho antes: que las listas de espera no paran de crecer; que las urgencias están siempre masificadas; que existe una distribución absolutamente irregular de los recursos dentro del territorio andaluz; que un médico en atención primaria no tiene más de tres o cuatro minutos para atender a sus pacientes.

Y, desde el punto de vista sindical —que me lo tienen que permitir—, nosotros seguimos siendo los peor pagados en el territorio nacional. Todavía a día de hoy, y con las mejoras que ha habido, seguimos siendo los peor pagados. Tenemos el modelo de carrera profesional más injusto y duro, con un modelo de incentivos además que desmotiva. El CRP famoso, el complemento de rendimiento profesional se ha mostrado absolutamente ineficaz para mejorar los resultados. Más bien al contrario, está consiguiendo unos niveles de desafección preocupantes, ¿no? Y todo esto hace que haya una fuga de profesionales, que cueste mucho trabajo conseguir profesionales médicos en Andalucía.

Y gracias a eso, al amparo de todo esto, tenemos una sanidad privada que no para de crecer. Esto..., si quieren les doy datos, pero nada más que tienen que darse un paseo por una ciudad como Sevilla y ver que en los últimos diez o doce años, los hospitales privados han crecido y los consultorios privados han crecido sobremanera ¿Y esto cómo se arregla? Al fin y al cabo es a lo que venimos, las propuestas, ¿no? Bueno, pues lamento decirles que esto se arregla con dinero, es que no hay otra fórmula, o damos dinero suficiente para conseguir lo que queremos o revisamos lo que queremos. Y me voy otra vez al modelo de la sanidad, y a lo mejor no podemos pagar un modelo como el que tenemos, pero hace falta llegar, al menos, a los 1.600 euros por habitante en esta comunidad.

Les voy a dar un dato. En el año 2012, plena crisis económica, el peso relativo, dentro del presupuesto de la Comunidad Autónoma de Andalucía —y este dato también lo pueden corroborar en el *Boletín Oficial del Estado* y en el *BOJA* revisando las partidas—, el peso de la sanidad era el 29,5% del total del presupuesto. Nosotros en el año 2021, en el que estamos, nos hemos quedado en el 29,1 o algo así; es decir, estamos todavía por debajo, el peso de la sanidad de Andalucía está por debajo del que tenía en el 2012. Esto no significa que no haya habido mejoras, pero que estas mejoras no han conseguido ni siquiera igualar lo que teníamos hace diez años. Por tanto, hace falta invertir más, hace falta aumentar el peso de la sanidad dentro del presupuesto. Y hace falta también revisar la inversión,

¿no? La inversión en I+D+i es algo que debe tenerse muy en cuenta, los grupos de expertos que manejan los *big data* y la salud pública yo creo que en el siglo XXI son un grupo que debería de existir por sistema en todos los sistemas de salud pública. Es decir, análisis de datos que prevean la demanda que vamos a tener, que puedan gestionar esa demanda, que puedan hacer curvas predictivas y que, por tanto, orienten los recursos a los sitios donde posiblemente puede haber más demanda.

Pero sin aumentar el presupuesto..., o además de aumentarlo hay que hablar de plantillas. Y en las plantillas hay que... Aquí sí que me voy a permitir, bueno, iba a decir corporativista, no voy a ser corporativista, voy a hablar como padre de familia. Es decir, yo quiero que mis hijos cuando estén enfermos los vea un médico. Y nosotros tenemos que saber qué tipo de sanidad queremos. Si queremos una sanidad sin médicos, vamos por muy buen camino. Si queremos modelos de asistencia primaria en el que se prime la enfermería, vamos por muy buen camino, u otras categorías. Pero no es esa la sanidad que yo quiero ni la que entiendo que quieren los andaluces, ¿no?

Miren, el aumento de la plantilla es imprescindible en los médicos. Ya digo, en los últimos dos años la plantilla, por ejemplo, de enfermería ha crecido un 34%, la de médicos no ha llegado al 7%.

Pero es verdad que no hay médicos, es cierto que no hay médicos, que es difícil, pero entiendo que la responsabilidad de formar médicos es también una responsabilidad de la Administración, de esta o de la central, o compartida. Pero alguien tendrá que poner sobre la mesa un plan para formar médicos. ¿O es que no quieren formarlos porque somos más caros y prefieren una sanidad de otro tipo? Bueno, podía ser entendible, pero díganmelo así. Yo no es esa la sanidad que quiero, creo que hay que formar más médicos, creo que hay que abrir las facultades de Medicina. Estoy seguro de que muchos de ustedes tienen hijos de amigos que con un 13,8 se han quedado fuera para estudiar Medicina, y, sin embargo, luego nos sorprenden diciendo que no hay médicos. Estoy seguro de que muchos de ustedes tienen hijos de amigos que se han quedado fuera del MIR, no han podido hacer la especialidad, y en este país no se puede ejercer la medicina pública si uno no hace el MIR. Y, sin embargo, no hay médicos. Y nadie hace un plan para paliar esto. Yo me quedo atónito, de verdad, permítanmelo, no entiendo que la responsabilidad de un gobierno sea prevenir, predecir y prevenir estas cosas y nadie haga nada al respecto. Pero mientras que los formamos habrá que tener otro plan alternativo, habrá que poner sobre la mesa un plan para fidelizar los médicos que haya, para captar los médicos que vengan.

Como le he dicho antes, tenemos menos médicos en atención primaria que en Castilla y León, y Castilla y León acaba de hacer una oferta en que ofrece tres años de contrato ininterrumpido a cualquiera que vaya. Y el precio de la guardia sigue siendo muy superior al nuestro. Entonces, si no hacemos un plan para captar médicos, para fidelizar médicos...

Otro dato importante que supongo que habrán leído ustedes en muchos sitios: más del 30% de la plantilla de los médicos —y me refiero, sobre todo de atención primaria, aunque también podríamos incluir los demás— se jubilan en los próximos cinco años. En número de jubilaciones es tremendamente superior al número de egresados en medicina, el número de médicos que consiguen la especialidad.

Y nadie tiene un plan para esto. Déjenme que insista mucho en este tema: si queremos una sanidad de alta calidad, tiene que tener profesionales de alta cualificación, y esto en sanidad se llama médicos, facultativos. Y si ustedes no forman médicos y no contratan médicos, dentro de seis años tendremos otra sanidad muy distinta a la que estamos acostumbrados a tener aquí ahora.

Luego hay que profesionalizar la gestión. No es razonable que las personas salten a cargos de responsabilidad sin ninguna experiencia. No es razonable que alguien pueda llegar a ser el gerente de un hospital habiendo tenido como única experiencia ser médico en un hospital comarcal y que tenga que aprender durante un año, un año y medio, dos años, a veces no aprenden nunca, otros aprenden más rápido, la gestión. No entiendo que la gestión no esté profesionalizada cuando estamos hablando de un sistema sanitario tan complejo como el nuestro.

Nosotros, además, creo que hay que mejorar la equidad, esa distribución anómala de los recursos que decíamos. Por ejemplo, Huelva es la gran perdedora de todo esto, quizás la provincia con menos recursos por habitante. Y para mejorar la equidad nosotros hemos apostado por algo que ya se está haciendo, que es acabar con las agencias públicas y ponerlo todo bajo el paraguas del SAS. Creemos que este proceso hay que completarlo, que no va a ser fácil, pero si queremos que este sistema sea un sistema en el que la equidad sea un valor fundamental, esto tiene que ocurrir, ¿no?

Y también podríamos hablar de las instituciones sociosanitarias. Ya lo hablamos en el primer estado de alarma que las instituciones sociosanitarias —las residencias, para que nos entendamos— se habían mostrado muy poco eficaces para el control sanitario de la población.

Este modelo yo creo que hay que revisarlo y ver hasta qué punto la Consejería de Salud o la sanidad pública andaluza tiene que hacerse cargo de este tipo de instituciones, ¿no?

El reparto de los recursos sanitarios es también muy importante. Y aquí permítanme una reflexión. Es decir, llevamos, voy a no exagerar, llevamos 20 años con una máxima que es: tenemos que acercar la sanidad a cada uno de los ciudadanos. Y yo creo que aquí también cobra mucho valor la pregunta de antes, ¿qué sistema sanitario queremos? ¿Queremos llevar al cirujano cardiovascular a la puerta de un ciudadano del último pueblo de la sierra de Almería? ¿O a lo mejor hay que mejorar las infraestructuras, las cronas, las ambulancias y distribuir los recursos para que el ciudadano no tarde más de diez minutos en ser atendido? Y esto, permítanme otra vez, es una crítica. Es que la sanidad se ha distribuido en cuanto a la infraestructura de recursos muchas veces más por los antojos y por la capacidad de presión de los alcaldes que por las necesidades reales de la población. Y no me hagan ponerles ejemplos, porque puedo llevarme aquí un rato poniéndoles ejemplos de hospitales que se han construido y no se han abierto, que se han reconvertido en centros de salud, que se han cerrado. Es decir, hay muchísimos.

Y las zonas de difícil cobertura son un problema muy serio en esta comunidad. Es decir, hay zonas donde nadie quiere ir a trabajar. Y esto hay que arreglarlo. Es decir, el Campo de Gibraltar se va a quedar despoblado; de hecho, ya tuvo una carencia de pediatras muy importante. O zonas de Almería o de

Huelva. Y hay que poner sobre la mesa incentivos que hagan que la gente vaya. Y los incentivos no son solo económicos, también puede haber un incentivo en cuanto a capacidad de carrera profesional, de formación, sin hablar de —como existía hace ya muchos años— viviendas o de transporte. Tendremos que facilitar la vivienda porque en las zonas de difícil cobertura nos va a pasar como está pasando en Ibiza, que no tiene médicos porque nadie se puede pagar una casa para vivir allí. Aquí no es que no se la puedan pagar, es que nadie quiere irse a sitios donde tardas una hora y media en llegar por una mala carretera. Y esto hay que arreglarlo.

Y para mejorar la equidad también hay que tener en cuenta que ha llegado la teleasistencia en nuestra comunidad. Y fíjense que no digo teletrabajo, aquí todo el mundo habla de teletrabajo. A mí el teletrabajo no me importa, es decir, me parece accesorio, el teletrabajo que lo decidan los burócratas que tienen que decidirlo, pero nosotros no teletrabajamos, nosotros teleasistimos. A mí no me preocupa el tiempo que yo esté en mi casa teletrabajando, a mí me preocupa qué base legal tengo yo para diagnosticar un paciente por teléfono. A mí me preocupa si esa llamada queda registrada y qué consecuencias legales tiene y hasta dónde puedo llegar yo. Esto no está definido, no ha habido ni una sola resolución que regule la teleasistencia. Es más, ni siquiera ha habido teléfonos. Estamos hablando de las citas telefónicas y no hay líneas telefónicas en los centros de salud; están llamando los médicos de familia desde sus teléfonos móviles. Es absolutamente increíble que estemos intentando mejorar en una tecnología que ha venido para quedarse y no tengamos recursos para hacerlo, ¿no?

Y todo esto nos lleva a la reforma de la atención primaria, que en estos días está muy de moda. La reforma de la atención primaria ya es indemorable; o sea, la primaria está en un estado crítico. Y la Administración también tiene que saber que, para hacer una reforma, tiene que contar con los interlocutores sociales adecuados para esto; no la puede poner sobre la mesa sin más.

Y con todos mis respetos hacia mis compañeros, a los que aprecio mucho, las sociedades científicas y los colegios médicos no son interlocutores válidos en ninguna sociedad democrática; tienen su papel donde lo tienen, pero no son los representantes de la parte social, no lo son en absoluto.

Cualquier protocolo que haya sido pactado con las sociedades científicas o colegios médicos no tiene, bajo mi punto de vista, ninguna validez de representación de la sociedad. Es decir, no es una fuerza sindical que se ha sometido a un proceso de selección, de elección... Y, por tanto, si no negocian con nosotros esto está condenado al fracaso.

¿Y que hace falta en primaria? Bueno, pues en primaria hacen falta médicos —como ya les he dicho antes—. Pero, si no hay médicos, por lo menos, facilitemos las cosas para que el que quiera ampliar su jornada, el que quiera o el que deba ampliar su jornada, pueda ampliarla a un precio razonable.

En los hospitales, desde el año 2006 existe un concepto que se llama *continuidad asistencial* y que consiste en que el facultativo prolonga su jornada desde las tres hasta las ocho de la tarde y se le paga por eso —no podía ser de otra forma—. Y en primaria no existe. Llevamos veinte años viviéndolo... Si

usted no tiene capacidad para contratar más médicos, porque no los hay, al menos permita aumentar el horario de los que están y págueseles. Pero esto no está contemplado en ninguna reforma, ni siquiera en la que está sobre la mesa actualmente.

Y vuelvo a la pregunta de antes: ¿se van a contratar doce mil profesionales de los que fueron contratados para la COVID? Sí; de ellos, cuatrocientos médicos. ¿Esta es la sanidad que queremos? ¿Una sanidad en la que crece..., y solo el 3% son médicos? Yo, de verdad, permítanme, pero no lo entiendo, no lo entiendo esto.

Me gustaría que alguien me avisara si llevo mucho tiempo o si me paso, porque no he puesto el reloj...

### **La señora SÁNCHEZ MUÑOZ, PRESIDENTA DE LA COMISIÓN**

—No lleva..., a usted todavía le quedan disponibles..., ah, bueno, un minuto.

### **El señor CARRASCO DURÁN, PRESIDENTE DEL SINDICATO MÉDICO ANDALUZ**

—Un minuto, vale. Bueno, pues entonces, déjenme que me centre en algunos temas que afectan más al tema sindical.

Mire, la equiparación salarial hay que conseguirla definitivamente. Y para eso hace falta revisar la resolución de retribuciones y los conceptos retributivos. Los conceptos retributivos que se pagan en el SAS son una barbaridad. O sea, un médico de familia cobra de una forma totalmente distinta que un cardiólogo, y según donde esté. Y además, esto trae como consecuencia lo que hablábamos antes: muchos de los médicos no quieren moverse e irse a otro sitio, porque el moverse significa cambiar sus conceptos retributivos y cobrar más o menos. Esto no puede seguir así.

Hay que revisar ese modelo, hay que acabar con el CRP y pasarlo la masa salarial fija, por lo menos una gran parte, ¿no? El CRP está basado en objetivos puramente financieros. Y ya digo que es absolutamente evidente que...

### **La señora SÁNCHEZ MUÑOZ, PRESIDENTA DE LA COMISIÓN**

—Señor Carrasco, un momentito.

Mire, hay una urgencia y tienen que salir, un minuto los portavoces. Si no quiere usted terminar precipitadamente...

**El señor CARRASCO DURÁN, PRESIDENTE DEL SINDICATO MÉDICO ANDALUZ**

—No tengo ningún problema.

**La señora SÁNCHEZ MUÑOZ, PRESIDENTA DE LA COMISIÓN**

—Si no le importa, salen, votan y en tres minutos reiniciamos.

**El señor CARRASCO DURÁN, PRESIDENTE DEL SINDICATO MÉDICO ANDALUZ**

—Sí, sí.

**La señora SÁNCHEZ MUÑOZ, PRESIDENTA DE LA COMISIÓN**

—Porque los portavoces están llamados..., y así no vamos con esa precipitación y usted termina...

**El señor CARRASCO DURÁN, PRESIDENTE DEL SINDICATO MÉDICO ANDALUZ**

—Perfecto.

**La señora SÁNCHEZ MUÑOZ, PRESIDENTA DE LA COMISIÓN**

—Muchas gracias.

**El señor CARRASCO DURÁN, PRESIDENTE DEL SINDICATO MÉDICO ANDALUZ**

—A vosotros.

[Receso.]

**La señora SÁNCHEZ MUÑOZ, PRESIDENTA DE LA COMISIÓN**

—Buenos días. ¿Don José Miguel Carrasco Sancho?

Buenos días, ¿me escucha usted?

Al presidente del Consejo Andaluz de Enfermería, buenos días. Mire usted, nos quedan cinco minutos con la intervención anterior a la suya. Nos disculpa usted porque no podemos tener conexión a la vez, bueno, dos personas en la sala a la vez. ¿Puede desconectarse y en cinco minutos reconectarse?

Muchísimas gracias, disculpe la molestia.

Ya está, perfecto.

Bueno, pues entonces, y aunque ha apurado el tiempo ya de su intervención, señor Carrasco, pero sí podemos terminarla tranquilamente ya después de haber cumplido con su obligación los portavoces.

Puede continuar.

### **El señor CARRASCO DURÁN, PRESIDENTE DEL SINDICATO MÉDICO ANDALUZ**

—Sí, bueno, voy a intentar ir solamente a nombrar puntos concretos.

Miren, les hablaba de la reforma de primaria, creo que era con lo que terminaba antes, que es absolutamente imprescindible. Es necesario tener tiempo para ver a los pacientes, es necesario tener capacidad de resolución y es necesario tener plantilla, ¿no?

Pero lo mismo ocurre, por ejemplo, con las listas de espera, esto es algo que también muchos de ustedes me habrán oído muchas veces, es decir, esta comunidad no hace más que hacer planes de choque para las listas de espera. Y yo espero que algún día llegue alguien que se dé cuenta que las listas de espera no son un problema puntual, los planes de choque son para los problemas puntuales. La lista de espera es un problema endémico y, por tanto, requiere un plan estructural que no existe, solo tenemos planes de choque. Y esto también hay que arreglarlo, ¿no?

Hay que mejorar la transparencia en la gestión, o sea, no puede ser que..., no sé, se acaba de abrir un portal que se llama Infosalud, donde se recogen los datos de asistencia, de número de consultas y demás, y solo los directivos del SAS tengan acceso a él. O no puede ser que acabamos de cobrar el CRP, el complemento de rendimiento profesional, y no tengamos capacidad para acceder a los datos ni siquiera como fuerza sindical. Ni en lo que se refiere a los dos últimos años, ni siquiera personalmente se puede acceder a muchos de esos datos. La transparencia en la gestión hay que mejorarla porque entendemos que la población y las fuerzas sindicales tienen derecho a eso, y que eso, además, les dará criterios y argumentos para poder proponer cosas que mejoren, ¿no?

Yo digo que, como he hablado antes también de primaria y tenemos poco tiempo, voy a ir al grano. Miren, otra cosa importante es poner fin a la desmotivación de los profesionales, ¿no? Esta mañana hablaba con una compañera nuestra que lleva PRL, me decía que este año ya van dos suicidios entre los residentes que están formándose, ¿no? Bueno, no les voy a decir que la culpa de esto sea de la Administración, pero sí les digo los niveles de estrés con los que se está trabajando últimamente hacen que sea a veces imposible conciliar la vida familiar y la laboral, ¿no? Y esa conciliación también tiene

que ser, entiendo yo que es una responsabilidad de la Administración facilitar los mecanismos para que esto ocurra, ¿no? En cuanto a número de reducciones de jornada, motivo de reducciones de jornada, flexibilidad horaria, que no existe en el SAS, ¿no?, y que sería una buena medida, sobre todo en muchas zonas, como ya hemos dicho antes, de difícil cobertura.

Les hablé antes, y se lo vuelvo a decir ahora, el CRP, el modelo del CRP yo creo que está obsoleto, que hay que cambiarlo.

Y hablando de diferencias importantes con el resto de España, hay que nombrar, a la fuerza, la carrera profesional. La carrera profesional en Andalucía es una barbaridad. Es decir, cualquier facultativo de Despeñaperros para arriba tiene muchísima más facilidad para acceder a la carrera profesional que un andaluz, pero muchísima más, tanto en los requisitos como en los cambios dentro del modelo de carrera, cuando uno cambia de categoría, o por promoción interna, etcétera. Somos la única comunidad que obliga a que sus médicos se acrediten por un ente externo. Entre comillas, porque el ente externo es la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía, una agencia pública, creada con fondos públicos, que teóricamente funciona como agencia externa y por la que tiene que pasar todo el mundo para acreditarse. Esto solo ocurre aquí, en Andalucía. Y no nos sirve otra acreditación. Es decir, si un médico andaluz está acreditado por una agencia madrileña o valenciana no le sirve. Cuando en la mayoría de las comunidades ni siquiera este paso de acreditación previa es necesario, ¿no? La carrera profesional en el resto de las comunidades es única, es decir, es la carrera profesional para el médico. Un médico que es cardiólogo pero que mañana hace otra especialidad y acaba trabajando como ginecólogo mantiene su carrera profesional. Aquí te vas a cero y tienes que empezar de nuevo otra vez. O sea, esto es una carrera de obstáculos que supone que un complemento retributivo tan importante como puede ser la carrera profesional aquí haya mucha menos capacidad para acceder a él que en otras comunidades.

Los procesos de selección y de provisión..., bueno, ahora llevamos una temporada con un buen ritmo. Solo los he traído aquí para decir que son necesarios. O sea, no podemos llevarnos diez años, como nos hemos llevado en otras ocasiones sin unas oposiciones. Porque esto supone tener una eventualidad enorme, y con la eventualidad viene la desertización, es decir, se van a otro sitio. Por tanto, hay que mantenerlos.

El tema..., todavía un poquito más corporativo, yo diría que hay que definir el marco regulador de la jornada. No existe un marco regulador de la jornada, más allá del EBEP, en cuanto al trabajo médico. Y es a veces complicado definir cuál es la jornada ordinaria y cuál no lo es. Y tenemos la condena de las guardias, somos —entiendo yo— la única profesión en este país que está obligada a trabajar en horas extras a un precio muy inferior a la hora ordinaria. Es decir, en cualquier profesión todas las horas que pasan de la jornada ordinaria se pagan como horas extraordinarias a 1,75 la hora, o 1,5. Y nosotros somos el único colectivo que estamos obligados —no nos podemos negar— a echar... Les voy a exponer mi caso. Yo me he llevado muchos años trabajando 270 y 280 horas mensuales, entre jornada

ordinaria y guardias. Y todo lo que pasaba de 140 me lo pagaban a 10 euros netos la hora. Esto tiene que cambiar. Pero es que ni siquiera eso cuenta a la hora de la jubilación. Y ya no digo..., no hablo de la pensión mínima, de la..., no, no, hablo por lo menos como tiempo trabajado. Ni siquiera eso. Nosotros no podemos jubilarnos con 60 años, como ocurre, por ejemplo, en otros cuerpos de funcionarios, educación y otros sitios. Y da igual que hayas tenido 280 horas al mes durante diez años. Este tema hay que revisarlo.

**La señora SÁNCHEZ MUÑOZ, PRESIDENTA DE LA COMISIÓN**

—Ahora sí le tengo que rogar que vaya finalizando.

**El señor CARRASCO DURÁN, PRESIDENTE DEL SINDICATO MÉDICO ANDALUZ**

—Y ya está. No, ya iba a decirle, precisamente, que no voy a seguir, porque creo que he podido decir las cosas más importantes, ¿no?

Déjenme que me quede con lo primero que he dicho al principio. Nuestra propuesta se resume en que es necesario un pacto por la sanidad, un pacto a décadas; y es necesario que ese pacto contemple, en primer lugar, el modelo sanitario que queremos. Y los parámetros que definen un modelo sanitario los he dicho al principio y los repito ahora: son la equidad, la universalidad, la calidad, la accesibilidad. Y habrá que modular, como cuando uno coge un ecualizador en sonido, si queremos más bajos, más graves, más agudos o más medios, ¿no? Y este tema es un tema que les corresponde a ustedes, y en el que contarán con nuestra ayuda cada vez que quieran, pero que no es nuestra responsabilidad y que creemos que merece la pena intentarlo.

**La señora SÁNCHEZ MUÑOZ, PRESIDENTA DE LA COMISIÓN**

—Muchísimas gracias.

¿Alguno quiere hacer alguna pequeña pregunta?

[Intervención no registrada.]

Rápido, señor Moltó, rápido.

**El señor MOLTÓ GARCÍA**

—¿Cómo valoraría usted, muy brevemente, la relación actual en la Mesa...?

**El señor CARRASCO DURÁN, PRESIDENTE DEL SINDICATO MÉDICO ANDALUZ**

—La relación actual, se refiere entre...

**El señor MOLTÓ GARCÍA**

—En la Mesa Sectorial...

**El señor CARRASCO DURÁN, PRESIDENTE DEL SINDICATO MÉDICO ANDALUZ**

—... entre los sindicatos médicos y demás, o los demás sindicatos...

**El señor MOLTÓ GARCÍA**

—No, en la Mesa Sectorial, que qué ambiente hay, digamos, de una forma más coloquial.

**El señor CARRASCO DURÁN, PRESIDENTE DEL SINDICATO MÉDICO ANDALUZ**

—Bueno, mire, de entrada, desde julio..., desde agosto hasta ahora creo que solo ha habido una. Es decir, de momento le diré que una Mesa Sectorial que debiera reunirse al menos una vez al mes no está cumpliendo con esa cadencia, ¿no?

La Mesa Sectorial, y estoy seguro de que mis compañeros que vengan no diferirán mucho de lo que les voy a decir, últimamente llevaba un ritmo en el que había poco acuerdo y mucho documento informativo. Nosotros creemos que la Mesa Sectorial debe de servir para acordar cosas y no para informar de lo ya decidido, ¿no? Es verdad que hemos tenido un año y medio muy complicado, pero es que en ese año y medio, durante la pandemia hemos tenido más número de mesas sectoriales que ahora, aunque fuera por videoconferencia, ¿eh?

Por tanto, yo creo que ahora está en una fase lenta, en la que, bajo nuestro punto de vista, se cuenta muy poco con nosotros, se nos informa poco y se nos informa de hechos consumados.

**La señora SÁNCHEZ MUÑOZ, PRESIDENTA DE LA COMISIÓN**

—Pues nada. Muchísimas gracias...

**El señor CARRASCO DURÁN, PRESIDENTE DEL SINDICATO MÉDICO ANDALUZ**

—Señores, pues nada, muchísimas gracias...

**La señora SÁNCHEZ MUÑOZ, PRESIDENTA DE LA COMISIÓN**

—... por sus aportaciones, que los grupos seguro que recogen. Y, sobre todo, desde esta Mesa y desde este..., desde todos los portavoces, trasladarles a todas las personas que usted representa del sistema sanitario el agradecimiento por toda esa labor desarrollada durante esta pandemia.

Gracias.

**El señor CARRASCO DURÁN, PRESIDENTE DEL SINDICATO MÉDICO ANDALUZ**

—Muchas gracias.

**La señora SÁNCHEZ MUÑOZ, PRESIDENTA DE LA COMISIÓN**

—Perdón. Si quiere dejar algún documento lo puede dejar usted directamente al letrado, y él lo pasa a los distintos portavoces.

*[Intervención no registrada.]*

Estupendo. Lo puede mandar al correo... Exactamente.

Pues muchísimas gracias, muchísimas gracias.

*[Receso.]*

---

## Consejo Andaluz de Enfermería

### **La señora SÁNCHEZ MUÑOZ, PRESIDENTA DE LA COMISIÓN**

—Hola.

Buenos días, buenas tardes ya, don José Miguel Carrasco Sánchez, presidente del Consejo Andaluz de Enfermería.

¿Me escucha usted bien?

### **El señor CARRASCO SANCHO, PRESIDENTE DEL CONSEJO ANDALUZ DE ENFERMERÍA**

—Buenas tardes.

Le escucho bien, le escucho bien.

### **La señora SÁNCHEZ MUÑOZ, PRESIDENTA DE LA COMISIÓN**

—Muchísimas gracias por..., bueno, por desconectarse y volverse a conectar. Y disculpas por las molestias que le hayamos podido causar.

Aquí están los distintos grupos parlamentarios a su disposición. Y cuando usted quiera puede intervenir, ya sabe, por un tiempo entre 15 y 20 minutos.

Cuando usted quiera.

### **El señor CARRASCO SANCHO, PRESIDENTE DEL CONSEJO ANDALUZ DE ENFERMERÍA**

—Bien, agradecerle, señora presidenta, la invitación. A sus señorías también, para que en mi condición de presidente del Consejo Andaluz y en representación de las 42.000 enfermeras que trabajan en Andalucía participemos en este grupo de trabajo y aportemos nuestro pequeño grano de arena a esta situación, a la reconstrucción, que se entiende así, tras conseguir controlar o por lo menos paliar la situación provocada por la pandemia.

Pedirles disculpas también por no poder estar presente ahí, como hubiese sido mi idea, pero por determinadas circunstancias de índole personal me hacen comparecer en la sede del Colegio de Enfermería de Málaga, del que también soy presidente.

Para hablar de la situación, tendremos que retrotraernos también a hacer una valoración, una evaluación histórica de los antecedentes, con anterioridad al inicio de la pandemia, 2019, en los cuales la profesión de enfermería, pues bueno, nos encontrábamos en una situación deficitaria, éramos una comunidad con un déficit de profesionales de enfermería prácticamente a la cola de Europa y de España, y una situación de incertidumbre que abocaba a todos nuestros profesionales de enfermería no solamente a salir de nuestra comunidad autónoma, sino de nuestro país, y dirigirse a otros países con unas condiciones laborales mucho más beneficiosas y ventajosas que la que nosotros podíamos ofrecerles.

Esta situación no solamente ocurría con otros países, sino incluso con otras comunidades de nuestro país, de España, en las que se ofrecían unas condiciones laborales muy superiores a las que desde el sistema sanitario público, en este caso, se ofrecía a nuestros profesionales, para poder utilizar su conocimiento, su valor, su experiencia en beneficio de toda la sociedad. Y en esta situación nos enfrentamos, a comienzos del año 2020, con la pandemia; una situación precaria en el que, desde la responsabilidad de la autoridad sanitaria, entiendo que se hicieron y se pusieron en práctica todas las medidas necesarias para hacer soportable y hacer frente a la presión asistencial que se nos venía encima como consecuencia de la pandemia por el COVID-19; una situación que todos hemos conocido, que todos hemos sufrido, sin especificar ninguna categoría profesional, tanto sanitarias como no sanitarias. Y el ciudadano, en general, ha sufrido, ha padecido y hemos visto que, con la unión de todos, hemos conseguido vencerla en parte, aunque ahora nos encontremos en una situación que vemos cómo el número de casos se está incrementando.

El 2019 era un año también muy importante, era el prolegómeno del año 2020, un año en el que, por parte de la Organización Mundial de la Salud, se establecía como el Año Internacional de la Enfermera y de la Matrona; un año muy importante, en el que la profesión de enfermera quería ponerse delante de la ciudadanía y demostrarles de qué éramos capaces, cuál era nuestra labor y cuáles eran los beneficios hacia ellos, desde el punto de vista de la salud.

En esta declaración de la Organización Mundial de la Salud, hacía también una referencia a todos los gobiernos, a todas las instituciones políticas y a todos los organismos, y les decía que era necesario contar con el liderazgo de la profesión de enfermera, que era necesario que en el órgano de gestión estuviesen enfermeras y que era necesario formar a las enfermeras, en este sentido, para que contribuyesen, desde su conocimiento y su amplitud de miras, en el desarrollo de un nuevo sistema sanitario.

Esta era la situación que nos encontrábamos a principios de 2020 en nuestra comunidad autónoma. Durante la pandemia, como hemos dicho, hemos visto de todo: sufrimiento, muerte, esfuerzo... Todos hemos trabajado, sin excepción; todos hemos estado al pie del cañón. Y no podemos decir que nadie, ningún colectivo haya estado por encima de otro ni por debajo de otro; todos codo con codo hemos trabajado.

La pandemia ha provocado no solamente consecuencias de mortalidad, de enfermedad y de sufrimiento entre los que han padecido COVID; ha [...] también la consecuencia, como dicen muchos, de las víctimas del COVID sin haber sufrido el COVID.

Hemos visto cómo las residencias de ancianos, con esa situación que hemos tenido que mantener de aislamiento, cómo las familias en sus domicilios, cómo los enfermos crónicos, los incapacitados, una cantidad de ciudadanos que necesitan de la atención sanitaria, hemos visto cómo nuestros esfuerzos se tenían que dirigir a lo que teníamos delante, al COVID. Y ha sido la víctima silente de esta pandemia tan atroz que nos ha hecho poner los pies en el suelo y saber que somos sensibles y vulnerables a cualquier evento natural que nos pueda acontecer en cualquier momento.

Nos enfrentamos ahora a una situación completamente distinta: el número de casos ha descendido, se necesita un nuevo modelo sanitario acorde a nuestra nueva situación, a nuestras demandas asistenciales. Y en esta cuestión debemos participar todos sin excepción: organizaciones profesionales, organizaciones sindicales, partidos políticos, asociaciones de ciudadanos... Todos, todos, todos tenemos que participar y dar lo mejor de nosotros mismos, como hemos hecho durante la pandemia, sin darnos [...] y trabajando siempre hacia un objetivo común, que es la ciudadanía, la salud de todos nosotros, de la que nos beneficiaremos todos, como colectivos y como ciudadanos individuales.

Sin embargo, esta palabra que ustedes me dan ahora, como representante de la organización colegial y, como le he dicho anteriormente, del colectivo de enfermeras en Andalucía, es una gota en el agua en lo que estamos viendo actualmente hacia nuestra profesión. Por decirles algunos ejemplos: a nivel nacional se ha promulgado la famosa Ley de Eutanasia, una ley que se aprueba sin que participe la enfermería y que ni tan siquiera en su redacción, en su presentación aparezca la palabra «enfermera». Es muy llamativo, cuando las enfermeras vamos a participar en este proceso de la eutanasia.

Se ha traspuesto esta directiva, esta ley a nuestro ámbito andaluz y se han creado las comisiones para el seguimiento de la eutanasia y el Registro de Profesionales de Objetores de Conciencia. Sin embargo, la profesión de enfermería se ha quedado nuevamente fuera de juego, al entender el representante político, la Consejería de Salud y Familias, que no podemos estar en igual de números que otras profesiones que sí están presentes.

Desde la Consejería de Salud se han hecho además varias disposiciones. Se aprobó el decreto que regulaba las unidades de Gestión de Salud Pública, en el que nuevamente la palabra «enfermería» no aparece. Poco podemos participar en la atención primaria si ni tan siquiera se nos considera para dar voz —no voto, sino voz—. Decisiones de este tipo hacen que la enfermería se sienta fuera de juego en todo el resurgir..., en las nuevas disposiciones que se intentan poner en funcionamiento. Y por esto les digo y les reconozco que en este momento se nos vuelva a dar la palabra para expresarles cuál es la situación.

Llegó a nuestro conocimiento que, por parte de la Consejería de Salud y Familias, se habían puesto unas determinadas medidas para hacer frente a la nueva presión asistencial que se estaba viviendo en

la atención primaria; una presión y unas disposiciones que nuevamente no contaron con ninguna representación ni ningún permiso para poder estar y para poder opinar; únicamente documentos hechos se nos pusieron encima de la mesa para darles el visto bueno.

Modelos como atención telefónica, que nos parece una herramienta más en la relación con el ciudadano, es buena, es buena y nos permite aumentar el contacto con la ciudadanía; sin embargo, el personal de enfermería entiende que la atención presencial no se puede abandonar y no puede ser sustituida por una atención telefónica.

Los profesionales de enfermería durante la pandemia no solamente hemos atendido al teléfono, sino que, además, hemos prestado atención en los centros y hemos ido al domicilio de los ciudadanos, sea con carácter urgente o sea en nuestras funciones de enfermero o enfermera de atención primaria.

Con posterioridad a todo esto, ustedes habrán visto que se ha puesto en marcha una denominada *consulta de acogida*; una consulta de acogida que nosotros hemos rechazado, porque entendemos que sirve simplemente para dilatar la atención definitiva hacia un ciudadano. No compartimos ese modelo de atención y entendemos que la enfermería se le debe de poner en marcha para que aporte, en el mismo nivel que cualquier otra profesión, para que dé su opinión y para poder sacar esta situación adelante.

Una atención primaria en la que la atención, el enfermo crónico, a la cronicidad, una atención del enfermo incapacitado en su domicilio, una atención en el que están aumentando el número de enfermos con necesidades de cuidados paliativos, son campos fundamentales para la atención de la enfermería. Y no nos podemos olvidar de esto, nos tenemos que alejar del modelo anterior a la pandemia. Si algo hemos aprendido durante la pandemia es que tenemos que cambiar de modelo y hacer un modelo centrado en el ciudadano, un modelo que le dé respuesta, y no un modelo centrado en el profesional. Hemos llegado —hoy es día 2 de noviembre— y, como ustedes saben, el 31 de octubre la Consejería de Salud y Familias tomó la decisión de no renovar los contratos que se habían hecho con objeto de reforzar las plantillas y hacer frente al COVID y, además, en la campaña veraniega para permitir los permisos vacacionales anuales de los profesionales. Sin embargo, esta situación —hemos visto lo que ha ocurrido— la Consejería de Salud y Familias ha decidido prescindir de la totalidad de esos profesionales. Como recordarán al principio de mi exposición, un número de profesionales muy inferior es necesario para tener un sistema sanitario adecuado y de calidad.

¿Qué les pedimos a ustedes como representantes de la ciudadanía en Andalucía? ¿Qué le pedimos al Parlamento andaluz? Mire, que nos consideren a los enfermeros y a las enfermeras como lo que somos, profesiones universitarias con nuestras competencias y con nuestras responsabilidades. Que podemos ser doctores y somos doctores, que tenemos enfermeros catedráticos, y que en función de todo ese conocimiento que hemos puesto encima de la mesa se nos tenga en consideración. Que no se nos aparte de los órganos de decisión, que se utilice y se emplee a la enfermería para que ponga voz en la atención sanitaria, para que se permita que el ciudadano reciba los cuidados de enfermería como se merece.

¿Qué pido más? Bueno, hemos visto como en la época anterior de la pandemia nos encontramos con una situación de déficit de profesionales, y ¿qué les pedimos ahora? Pues que no nos podemos permitir el lujo de perder ni un solo profesional de la salud, ni uno, sea de la categoría que sea. En función de eso está nuestro futuro de la atención sanitaria. No podemos permitir nuevamente como, con decisiones como la que ha tomado últimamente la Consejería de Salud y Familias, de no renovar los contratos, se nos permita que nuevamente los profesionales emigren, no solamente a otras comunidades autónomas, sino que emigren al extranjero. Si hace unas semanas íbamos buscando profesionales debajo de las piedras, ¿cómo una semana después podemos dejar que estos profesionales se nos escapen? No podemos permitirlo en ningún momento.

Cuidados paliativos, tan fundamental, y cuidados a la cronicidad, tan necesarios. Unos cuidados que hacen y evitan la agudización de procesos crónicos, y que los hospitales de agudos, de urgencias hospitalarias se nos vuelvan a saturar con descompensaciones de casos de enfermos crónicos. La enfermería tiene mucho que decir ahí, y no podemos dejar que se nos escape.

Competencias profesionales de enfermeras. Sin entrar en discusión con ningún otro tipo de categoría profesional, es necesario poner en funcionamiento todas las competencias que los profesionales de enfermería estamos [...]. Es necesario llevar al límite nuestra responsabilidad, sin discusión y sin competencias, llevarnos al límite. Decisiones como el desarrollar vías clínicas, como se establecieron en la ley de prescripción y productos sanitarios no sujetos a prescripción médica por parte del Parlamento nacional, e iniciativas que deberían partir de cualquier comunidad autónoma, y por supuesto de la Comunidad Autónoma de Andalucía, sirven también para ayudar a los ciudadanos y sirven también para hacer efectivos los recursos humanos de que disponemos.

Una cuestión que les pongo encima de la mesa. Recuerden que la enfermería no es solamente una profesión generalista, es una profesión que cuenta con especialidades. Sin embargo, un sistema de enfermero interno residente que crea y desarrolla grandes profesionales en las distintas especialidades no está siendo justo en funcionamiento por parte de la Administración. Y estamos viendo cómo especialistas de enfermería tienen que trabajar como generalistas. Y estamos derrochando un potencial humano, un potencial profesional y un potencial de recursos económicos en la inversión que se hacen ellos en formación. En ningún momento podemos prescindir de ellos. Especialistas en geriatría, especialistas en salud mental, especialistas en salud comunitaria, de familias [...], qué importante en estos momentos. Y que no se [...] y no se les utiliza y no se les ponen en funcionamiento. Es penoso ver que, después de tantos años de esfuerzo y sacrificio, esta profesión, esta especialidad, que es necesaria para la atención primaria, se permita el lujo, esta comunidad, de que no es que trabajen como generalistas, sino que además se nos vayan a otras comunidades o se nos vayan al extranjero.

El proyecto de enfermería escolar, que lidera este Consejo Andaluz, junto a asociaciones de pacientes, junto a asociaciones de padres y madres, junto a asociaciones de enfermos crónicos. Entendemos a la enfermería escolar muy alejados de la imagen que pretende dar la Consejería de Salud y Familias.

Nosotros entendemos a la enfermería escolar como un profesional más en el ámbito educativo, no como un mero inspector de información y comunicación en el centro de salud. Eso no es una enfermera escolar. Tenemos que conseguir que la salud entre en los centros escolares. Y, como consejo escolar, abogamos para que desde las instituciones políticas competentes en dicho campo pongan en funcionamiento la enfermería escolar. Entendemos que es una apuesta de futuro, entendemos que es una apuesta valiente, pero es necesario. Es necesario que la enfermera escolar se convierta en un participante más de la comunidad educativa, no meramente como un teléfono de consulta que compartirá distintos centros escolares y atenderá el teléfono cuando pueda, porque tendrá otras actividades asistenciales en los centros de atención.

Vamos por la presencialidad. Entendemos, como le he dicho anteriormente, la atención telefónica como una herramienta más, una herramienta proactiva que permite la utilización por parte del ciudadano hacia el contacto con el profesional. Y por recíprocamente entendemos que el profesional puede ser proactivo y dirigirse directamente sin ninguna necesidad de demanda asistencial por el usuario.

En definitiva, hemos luchado todos. Hemos peleado todos. Hemos puesto nuestro granito de arena todos, pero tenemos que sacar nuestras propias conclusiones. Y, como en definitiva, solamente decirles que como profesional de enfermería, quiero ser europeo, quiero tener la ratio de enfermeras que tiene Europa. Por lo tanto, no podemos dejar esa competencia tan alejada y permitir que los profesionales se nos escapen. Y quiero hacerle caso a la Organización Mundial de la Salud, quiero que los profesionales de enfermería lideren, no porque tengan títulos, no, porque hay profesionales de enfermería competentes en la profesión y que se les estigmatiza simplemente por ser enfermeras. No podemos consentir eso y no podemos permitir que la sociedad andaluza prescindiera de esos profesionales.

Creo que mi intervención ha dejado clara la postura como Consejo Andaluz, y me someto a las consideraciones que ustedes quieran hacerme.

### **La señora SÁNCHEZ MUÑOZ, PRESIDENTA DE LA COMISIÓN**

—Muchísimas gracias, señor Carrasco.

¿Hay algún grupo o algún portavoz que quisiera hacer cualquier consulta en referencia a la intervención?

Pues nada. No hay ninguna pregunta. Muchísimas gracias, de verdad, por su participación. Y de nuevo, desde este grupo de trabajo y desde los portavoces de todos los grupos políticos, reiterar el agradecimiento y el reconocimiento de los profesionales de la enfermería y la labor que han hecho durante y están haciendo durante esta pandemia.

Muchísimas gracias, y todo lo que usted dice se ha tenido en cuenta. Si tuviera alguna documentación que adjuntar con sus aportaciones y demás, pues podría hacerlo al mismo correo desde el cual se le ha convocado desde el Parlamento.

**El señor CARRASCO SANCHO, PRESIDENTE DEL CONSEJO ANDALUZ DE ENFERMERÍA**

—Muy bien, muchas gracias a todos ustedes.

Gracias.

**La señora SÁNCHEZ MUÑOZ, PRESIDENTA DE LA COMISIÓN**

—Buenos días.

[Receso.]

## Consejo Andaluz de Colegios de Médicos

### La señora SÁNCHEZ MUÑOZ, PRESIDENTA DE LA COMISIÓN

—Buenos días, buenas tardes ya.

Damos la bienvenida al Consejo Andaluz de Colegios de Médicos, en concreto, vienen a esta comparecencia, su presidente, don Antonio Aguado Núñez-Aguado, don Manuel Pérez Sarabia y doña María Conde Alcañiz.

Tienen aquí a su disposición un tiempo, como saben, de entre 15 y 20 minutos para su exposición. Tienen aquí a todos los representantes de este Parlamento, a los grupos parlamentarios, a sus portavoces.

Muchísimas gracias.

Puede quitarse para intervenir, si lo considera usted, la mascarilla.

### El señor AGUADO NÚÑEZ-CORNEJO, PRESIDENTE DEL CONSEJO ANDALUZ DE COLEGIOS DE MÉDICOS

—Buenos días, ya estamos deseando todos, ¿verdad? Buenos días, estimadas señorías.

En primer lugar, agradecer la deferencia de que atiendan al Consejo Andaluz de Colegios de Médicos, como corporación de derecho público y órgano de representación de la profesión médica en Andalucía, que aglutina a los 44.593 médicos habilitados para ejercer la profesión en nuestra comunidad autónoma, velando, junto con los ocho colegios provinciales, por que los médicos andaluces puedan tener un adecuado desarrollo profesional en el que se vean respetados sus derechos, con el objeto de que puedan seguir anteponiendo la salud de los pacientes a todo lo demás; incluso, como ha ocurrido durante esta pandemia y sucede en no pocas ocasiones, anteponiendo a la integridad y la vida de los pacientes por encima de la suya propia.

Quiero comenzar el informe poniendo de relieve una serie de cuestiones de competencia de esta comunidad autónoma, compartidas con la competencia del Gobierno de España, para lo que les pido apoyo y respaldo pues son de sentido lógico y orientadas a fortalecer nuestro sistema sanitario.

La primera cuestión fundamental es que existe una falta de médicos especialistas, para lo que dejo citados nuestros informes anuales de demografía médica publicados en nuestros medios de comunicación. Y digo especialistas, porque en España existe una bolsa acumulada de más de 8.000 médicos que no han podido y no pueden acceder a la formación de especialistas.

Hay un déficit de plazas para la formación de estos médicos internos residentes, que se publica anualmente. Si a esta falta de médicos que pueden acceder a la especialidad, desde medicina y de

primaria, hasta la última especialidad hospitalaria, le sumamos que en diez años el 47% de los médicos que trabajamos en Andalucía estaremos jubilados, eso significa que todos los años perdemos 700 médicos en Andalucía.

Desde el Consejo reivindicamos que se oferten más plazas de médicos internos residentes. Me consta, porque así me lo comunicó en la última reunión que tuve con el consejero y con el gerente, que se han ofertado para el año que viene 69 plazas más. Es insuficiente. Hay que buscar otras alternativas para formar a los médicos. Y nosotros solicitamos y creemos que es factible que en España hay muchos hospitales privados de gran categoría, con magníficos profesionales a los cuales se podía acreditar para que accediesen más médicos al sistema MIR. Es una lástima que hay muchísimos compañeros que se ven ubicados a la enseñanza, que se ven ubicados a trabajar en mutuas —lo cual es muy digno—, la forensía, cuando tienen una auténtica vocación de médicos clínicos o médicos quirúrgicos, pero no tienen oportunidad de poder acceder al sistema MIR.

Para evitar que nuestros médicos especialistas se acaben marchando a otros países o comunidades autónomas donde son mejor valorados, o incluso que la Administración se vea abocada ante la falta de médicos especialistas a sustituir la indispensable función médica por otras profesiones, o, en el mejor de los casos, a contratar especialistas formados en otros países, cuando la formación de nuestro país sigue siendo de las mejores del mundo, lo que hay que hacer para que no se vayan es modificar las condiciones contractuales para nuestros médicos, haciéndolas más atractivas en cuanto a reconocimiento, desarrollo profesional y, por supuesto, equiparación salarial con el resto de comunidades autónomas, donde las diferencias llegan a ser de 1.800 euros mensuales.

No hablamos de países en el extranjero. Hace unos días exponía a la consejería que tengo ofertas, cada vez mayores y más grandes, de Francia, por ejemplo, donde ofrecen 9.000 euros a un médico de asistencia primaria, le dan seis meses de formación sin tener que ejercer y le garantizan —lo más importante a mi criterio— que no van a ver a más de diecisiete pacientes diarios.

Todos hemos pasado..., yo soy médico de familia, estoy jubilado, como es lógico, por mi edad. Me retiré un día que llegué y me dijeron que tenía 123 números y 14 avisos a domicilio, me retiré; dije que «muy buenas». Mi plaza por oposición, por supuesto, de la época.

Y todos estamos viendo cómo un médico, pese a todo lo que se está haciendo... Yo espero que no se vuelva a la situación actual a la pandemia en la asistencia primaria, sino que se modifique absolutamente todo, porque de todas formas, se siguen viendo abocados a ver sesenta, cincuenta, sesenta, setenta pacientes. Y los que prolongan la jornada, le ofrecen, pues desisten rápidamente, porque por la tarde ven cuarenta más. Y cuando salen, llegan a su casa, pues se queda uno pensando que pasará en esos cien pacientes que he visto, cuántos no he podido explorar por falta de tiempo o por agotamiento físico y tal.

La segunda cuestión que pido que se nos apoye, a nivel del Gobierno de España —sé que no tienen ustedes posibilidades de cambiarlo— es el incremento del salario base de los médicos. Hoy son

1.214,39 euros y creo que desde hace largo tiempo, brutos mensuales. Que consideramos insuficientes para una profesión que está anteponiendo la vida de los demás a la suya propia, volcada con la investigación y la asistencia a las personas sin tener en cuenta horarios ni jornadas.

Les puedo decir que un médico MIR cobra 820 euros mensuales. Si estos chicos jóvenes —que son normalmente la gran mayoría, la inmensa mayoría, jóvenes— no hacen guardia, pues su salario no les da ni para pagar el alquiler en la población donde estén desplazados para hacer su especialidad.

Asimismo, en relación con lo anterior, pedimos —porque creemos que es de justicia— que la profesión médica sea declarada una profesión de riesgo, con los derechos que ello comporta, como son la posibilidad de acceder a una jubilación anticipada sin penalización o una mayor exigencia de las medidas de prevención de riesgos laborales. Pues creemos que, si siempre ha sido patente que la medicina es una profesión de riesgo, tras esta pandemia se ha podido visualizar cómo los médicos, junto con todos los sanitarios, han arriesgado su propia vida para defender y salvar a los demás.

Durante la pandemia, un médico moría cada tres días. Y tuvimos que soportar la bofetada del *New York Times* donde ponía cómo los médicos en España no teníamos ni siquiera medios para poder atender. Las fotografías y aquel artículo demoledor, que nos situaban, además, en el lugar de vanguardia de la batalla, hicieron mucho daño en el prestigio y en la profesión médica española.

Desgraciadamente, el Gobierno de España no solamente no nos ha brindado esta justicia que nos corresponde, sino que nos escatimó lo que nos correspondía, que era la declaración de enfermedad profesional o accidente de trabajo, instrumentando, a través de una amalgama normativa, que ahora el Tribunal Constitucional está declarando inconstitucional.

Fíjese que la cuestión de la salud laboral siempre ha sido una reivindicación de la profesión médica. Yo tuve otro periodo de presidente, hace unos años, y ya lo reivindicamos. Y en este mismo Parlamento lo pedimos, de que se argumentara la posibilidad de que los médicos tuviésemos una mejor protección laboral.

Si hubiese sucedido eso, probablemente no nos hubiésemos encontrado que, cuando estalló la pandemia, no teníamos ningún medio de protección, ni en quirófanos, prácticamente, ni en hospitales, ni los médicos de primaria, ni en ninguna consulta para protegernos de la pandemia.

Hoy, cuatro años después, nos preguntamos si en aquel momento se hubiera tenido en cuenta esas reivindicaciones, si hubiéramos tenido mejores medios de protección individual frente a la pandemia o si tendríamos hoy más médicos especialistas, como la evidencia nos demuestra que son necesarios.

Por cierto, que en aquel informe también reivindicamos que se declarase normativamente la autoridad pública de los médicos, como ya ocurre en otras regiones o en otras comunidades —como, por ejemplo, limítrofes, la ley que hay en Extremadura y otras comunidades autónomas—; que los contratos de unidades de gestión clínica estuvieran guiados e incentivados por resultados en salud. O la interoperabilidad de las historias clínicas en el ámbito de las distintas comunidades autónomas, e incluso en la medicina privada.

Yo me voy a Madrid y presento mi tarjeta y no vale, no tengo la historia clínica, no saben lo que tomo. Es increíble que en España tengamos diecisiete procedimientos diferentes; los médicos no alcanzamos a entenderlo.

Por último, respecto a este bloque de responsabilidades compartidas entre el Gobierno de España y las comunidades autónomas, existe una cuestión de injusticia por naturaleza que es el hecho de que las horas de guardia de los médicos no contabilizan para la cotización a la Seguridad Social. Es triste. Cotizan al 50% para el IRPF, pero no cotizan para su historia, para los años y las horas que le han dedicado de desvelo, que han estado noches y noches trabajando por el bien de la sociedad y que no se reflejan a la hora de la cotización.

Yo me asombré cuando se hizo un estudio, que aparecía un 8% de pobreza en los médicos y un 3% de extrema pobreza, —concretamente, en Madrid—. Visité a algunos de ellos en mi calidad de patrono de la Fundación Princesa de Asturias, de los médicos. Y los visité y eran compañeros que habían estado trabajando muchos años, pero solamente les daban de alta el día que hacía la guardia. Por tanto, cuando creían, a los cuarenta años de trabajo, que tienen derecho a una pensión se encontraban con que no tenían nada. Sigue existiendo todavía el que no se les reconoce las guardias a efectos de trabajo realizado.

Pasando ahora a cuestiones que ya no son de responsabilidad compartida, sino directa de la Junta de Andalucía, tenemos que señalar que, quedando mucho por seguir avanzando, el trato y la atención del consejero de Salud con la profesión está siendo exquisito y resolutivo, lo cual agradecemos enormemente, y esto genera gran confianza y expectativas en nosotros.

Por este motivo, en este momento necesitamos que medidas reivindicadas históricamente por la profesión médica para poder desarrollar su función adecuadamente y que la consejería está asumiendo públicamente y llevando a efecto, prosiguen su ejecución con diligencia y de manera homogénea en toda la comunidad autónoma, destacando estos dos términos: homogeneidad en la implantación y diligencia en la ejecución, como ha ocurrido, por ejemplo, con la reconversión del complemento de dedicación exclusiva.

Veníamos años y años luchando por eso. A un médico se le primaba con casi 900 euros si se iba a jugar al golf por las tardes y al otro se le penalizaba si se iba a una consulta privada o a una clínica privada a operar o a pasar consulta. A igual..., siempre decíamos que a igual trabajo, debía de haber igual salario. Eso lo prometió este Gobierno que está ahora mismo en Andalucía. Y hace poco tiempo lo han implantado, afortunadamente, y ya todos los médicos que trabajen en un hospital, independientemente de que se vayan a jugar al golf o se vayan a una consulta, cobran lo mismo en el sistema público de salud.

Las medidas a las que nos referimos —y entramos en lo que queremos que se vaya implantando para la sanidad—, es la desburocratización de la medicina, principalmente en el ámbito de la atención primaria. Un médico rellena..., el 45% aproximadamente de su tiempo es rellenar papeles, de

partes de baja, de informes que no le corresponden, de: Oiga mire usted que yo me iban a hacer una resonancia en el hospital, ¿cuándo me la hacen?; que llame usted por teléfono... Eso tiene que desaparecer de las consultas.

La gestión de las agendas de los médicos de atención primaria, con los famosos mínimos de diez minutos por paciente, para que puedan tener tiempo para formación, investigación y docencia. Diez minutos de paciente, les puedo garantizar a ustedes —y probablemente conocen en su familia casos...—: llega el viejecito, no hay nadie que te ayude, hay que ayudarlo a bajarse los pantalones o a subirlo a la camilla; hacer una serie de cosas que no corresponden al médico, que lo hacemos porque hay que hacerlo, evidentemente, pero hay que conseguir que eso se anule también, que haya alguien que ayude.

El apoyo de un sistema de priorización de pacientes de urgencias en los centros de salud, respetando las competencias profesionales, lo que es esencial para la calidad asistencial. Se ha creado lo que llaman *consultas de acogida* —buscando una palabra amable—, *consulta de acogida*. Eso es lo que siempre hemos solicitado los médicos, exista un triaje en los hospitales y en los centros de salud. En los hospitales existe, como saben ustedes; alguno habrá tenido la..., —o afortunadamente, si estáis aquí es que no ha sido de mayor importancia— ha tenido que recurrir a un hospital y ha habido un enfermero que le ha preguntado: ¿Qué le pasa a usted?, y entonces lo orientó. Pues en los centros de salud es obligatorio que también lo haya.

Hay personas que llegan con procesos auténticamente banales, no tienen significación: «Mire usted, me he hecho esta herida, ¿me tengo que poner la vacuna antitetánica o una gammaglobulina?». «Si no está usted correctamente vacunado, sí; si no, no se preocupe», lo que sea. «Oiga, que tengo una llaguilla en la boca, ¿qué me pueden poner?». Esas consultas pueden ser perfectamente atendidas en el triaje, en esa consulta de acogida. Pero es más, pueden orientar al paciente que llegue. Aparte de priorizar la gravedad del proceso que traiga, pueden orientarlo porque, muchas veces, el problema que trae una buena señora embarazada lo resuelve una matrona. Muchas veces, la persona que tiene que atender a ese paciente es un psicólogo. Muchas veces es un sanitario administrativo. O sea, hay muchas variaciones. Eso me consta que viene..., también tenemos cosas que hablar de ese tema, pero viene ya reflejado como un motivo que sí han aceptado de implantarlo en los centros de salud.

La incentivación necesaria para que los médicos vuelvan a querer ser directores de unión de las unidades de gestiones públicas, tenemos ahí un problema. El problema de las unidades de gestión pública es que hemos ganado la sentencia en la cual dice que debe ser un médico el que las dirija. Todavía, hace poco me decía el gerente que quedan muy pocos, pero quedan, y quedan sin cubrir también muchas. Hay enfermeros que están cumpliendo las funciones de unidad de gestión pública. Al parecer, tienen un incentivo económico y además les liberan de su trabajo. En los medios en que lo hacen el incentivo económico no existe y lo que les liberan es un poquito de su trabajo.

Hay que incentivarlos para que puedan hacer el reconocimiento, la promoción e incentivación de los médicos docentes y los tutores médicos internos residentes, esenciales para la transmisión del cono-

cimiento y formación de nuestros médicos más jóvenes, considerando su labor como mérito a todos los efectos, acreditándolos con puntos para las ofertas públicas de empleo, así como [...] de tiempo para su función y reconocimiento profesional.

Hay excelentes compañeros, magníficamente sensibilizados con la docencia, que se resisten porque tienen que seguir pasando sus consultas íntegras. No les dan ni siquiera que lleven puesto que es un tutor, no tienen un despacho donde reunirse con sus... y, por supuesto, no tienen reconocimiento económico de ningún tipo. Hay que incentivarlos, si no, vamos a ir perdiendo a esos grandes profesionales que vocacionalmente y cumpliendo el Código Deontológico transmiten a los médicos jóvenes sus conocimientos, y que, cada día, vemos más difícil poder encontrarlos.

Como hemos señalado ya antes, es esencial alcanzar la equiparación salarial, en la que la consejería ya ha dado los primeros pasos, pues es del todo injusto que los médicos andaluces seamos lo que menos cobran en la media nacional. A mí me han prometido... Y además sé que es cierto que han ido aumentándolos, y que en el próximo primero de enero también querían aumentar tanto en las guardias como en la media nacional. No pedimos ganar como ganan en Navarra, sabemos que es imposible. Que el dinero que se dedica en Navarra a una persona para Sanidad, nunca se puede alcanzar en Andalucía por su sistema y sus peculiaridades. Pero que ganen 1.800 euros más en otra región, que en Andalucía, sí duele, duele profundamente.

Pues que hagan algo, que se vaya equiparando. No queremos ganar más que nadie. Queremos ganar, al menos, la media nacional, que es lo que se pide. Que un médico en Andalucía cobre la medida de lo que cobran los demás en España, con las excepciones que estoy diciendo, que lo reconozco, que no se puede alcanzar. Bueno, mire usted, si allí se dedican muchos miles de euros y aquí se dedica la cuarta parte, pues no nos pueden pagar igual.

En cuanto a las ofertas públicas de empleo, confiamos en que se prosiga con la periodicidad y resolución tomada hasta el momento por el actual Gobierno andaluz. Eso, tengo que reconocer, que ha sido una gran labor en la última legislatura. Había por lo menos tres OPE, Ofertas de Empleo Público, y estaban sin resolver. Entonces, te encontrabas médicos que llevaban 20 años, y no exagero. Os lo digo de verdad, 15 años o 20 años de interinos, con inestabilidad total..., bueno, interino el que era interino, al que le contrataban laboralmente un año o seis meses y tal, eso ha empezado bien. Tenemos la promesa de que se va a hacer un año una OPE, al segundo año, un concurso para traslado. Esperemos y deseamos que no se pare.

Las medidas que hay que tomar para que los médicos que terminan la residencia no se vayan, pues son las que estábamos hablando: intentar pagarles mejor, retribuirlos justamente; darles ofertas de trabajo, no como se hacía antes, de darles un mes en verano en un pueblo, y adiós muy buenas, y ya no te veo más, sino que se les contrate —aparte de los que echan las raíces en Andalucía porque se casan, se quedan aquí y tiran—, pero se nos va un porcentaje impresionante, impresionante. Y estamos perdiendo a unos niveles de formación..., estamos renunciando a unos niveles de formación

extraordinarios. Y pensamos que, si esta medida se implanta, podremos estar todos de enhorabuena, porque, sin duda, redundará en el fin último de la medicina, que es la calidad asistencial.

A estas medidas hay que añadir otras en las que se debe tomar una actitud proactiva por parte de la Administración, y de las que aún estamos pendientes, como son: la equiparación y normalización del sistema de continuidad asistencial, a cúmulos de cupo, complementos y horas de guardia en hospitales y en centros de atención primaria. El establecimiento de un sistema particular de carrera profesional en la especialidad de atención primaria. La fijación general de un descanso mínimo ininterrumpido de 36 horas —y está en toda Europa, está en todos sitios—. Infraestructura para realizar los avisos domiciliarios, donde los médicos se ven solos con sus propios medios y vehículos. Tenemos compañeros rurales que se tienen que desplazar a cuatro pueblos y que disponen de su propio vehículo —si lo tienen—. Facilitar a los médicos la realización de formación, de investigación y de doctorado. La baremación para las bolsas de empleo de la formación extracurricular MIR, es decir, formación ajena a la obligatoria que ahora no se valora: un MIR que tenga inquietudes, va al colegio y pregunta si hay cursos y los hace, pero no se les valora, además, se les infravalora, todo lo contrario.

Es necesario incrementar y adaptar un sistema facilitador mediante la ANECA, u otra fórmula, en que los médicos asistenciales puedan participar como docentes en la universidad, dado que, debido a ese distanciamiento, las plazas de profesores de Medicina las están asumiendo otros profesionales, como biólogos, que se han dedicado a la carrera docente. Yo, cuando veo, con tristeza porque soy de Huelva, y ya hay facultades de Medicina en toda Andalucía, menos, una vez más, ni AVE ni..., no es el tema, pero ni facultad de Medicina. Pero cuando se habla de facultades de Medicina, a mí se me ponen los pelos de punta cuando..., qué docentes van a darlo, porque es que resulta que están dando Anatomía humana anatomía, que tuve al profesor Jiménez Castellanos y nos dio una formación maravillosa en Anatomía, señores que son, con todos mis respetos, veterinarios. Comprendo que un veterinario está capacitado para dar, pero no dentro de la Medicina. Entonces, no es menospreciar, ni muchísimo menos, a esa profesión, pero creo que es más lógico..., igual que los biólogos, que se han introducido en la docencia y han desplazado a profesionales. Pues, hay médicos asistenciales que están magníficamente preparados y de gran capacidad científica para poder dar clases en la universidad.

Hay que seguir avanzando en la integración de la sanidad penitenciaria en el SAS, pues existe gran escasez de médicos y dejación de la Administración del Estado. En un centro penitenciario, de muchísima importancia, andaluz, la plantilla eran siete médicos y siete enfermeros. Me ha llamado angustiada una chica enfermera porque se había quedado sola. Hoy faltan muchos médicos penitenciarios. Sé que la sanidad penitenciaria, pues, creo que también depende de Justicia pero, como comprenderán, yo hablo de la sanidad en general. No se puede olvidar el mejorar el trato y acompañamiento a los investigadores, pues la investigación no es un lujo, es una necesidad y una inversión precisa para la calidad asistencial, la salud de los pacientes y la sostenibilidad del sistema. Y ahora más que nunca lo estamos viviendo con la vacuna.

Siendo especialmente relevante que se considere al Consejo Andaluz de Colegio de Médicos como Corporación de Derecho público, cuyas funciones públicas esenciales son velar por la regulación de la profesión y la prestación de asistencia médica y de calidad en todas aquellas reuniones de trabajo o comisiones en las que se estén decidiendo cuestiones que afecten al desarrollo profesional médico o a la asistencia sanitaria. En este sentido, va a existir próximamente una Comisión para la Integración de los Profesionales de la Agencia Pública en el Servicio Andaluz de Salud y el Consejo de Colegio de Médicos, consideramos que debe estar presente. O en grupos de trabajo tan importantes como los que han elaborado los protocolos de gestión compartida de la demanda, o también llamados «de acogida», donde independientemente que asistan profesionales funcionarios, o representantes de asociaciones de diversa índole, es indispensable que haya un miembro de la corporación de derecho público, que nuestra Constitución Española, en su artículo 36, ha constituido para este fin. Como además, ha venido consolidando la Jurisprudencia de nuestro Alto Tribunal. Si nuestro Consejo hubiera participado, es seguro que no existirían las aristas que, a día de hoy, mantienen estos protocolos.

No sé si ustedes los conocen. Se establecieron 18 protocolos; protocolos que ya se instauraron —eran de la legislatura anterior—, que los impugnamos y los ganamos. Y después, lo ha hecho en esta actual legislatura por dos ocasiones —las dos veces lo hemos dicho—, en las cuales aparecen funciones que consideramos que no pertenecen a la formación ni al grado que tienen los enfermeros. Miren, hablan, por ejemplo, de exploración cardiopulmonar. La exploración cardiopulmonar —el pulmón, por decir una cosa— tiene una serie de ruidos —roncos, sibilancias, extractores, crepitantes— que les aseguro que los médicos pasamos mucho tiempo, como un gran catedrático que tuvimos en Sevilla, los que tuvimos la suerte de estudiar aquí, que era Cruz Auñón, para diferenciar unos y otros. Sé positivamente que es imposible que un enfermero sepa diferenciarlos, porque tiene que ver miles de pacientes o haber tenido una formación exhaustiva en ese campo.

Por ejemplo, hay otros muchos temas, muchos temas, como es un dolor abdominal, que lo explora y lo califica y lo manda para su casa o no un enfermero. Mire, un dolor abdominal puede ser desde una rotura de un aneurisma aórtico, en la aorta abdominal, que se rompa, a un apendicitis, a un quiste folicular en una mujer, que ha reventado... Cincuenta patologías. Yo creo que esos protocolos —hemos pedido que se modifiquen, el gerente dijo que no sabía que no lo habían modificado— deben adaptarse a las capacidades que tienen los enfermeros, que cumplen una gran labor profesional, pero en su campo.

Nosotros queremos dejar señalado que apoyaremos cualquier propuesta de ley o propuesta no de ley que potencie o desarrolle las cuestiones aquí enunciadas, pues el interés de la profesión médica no es otro que el interés en proteger la salud de los pacientes, y para ello también es necesario, desde luego, que los médicos también sean cuidados y reconocidos para facilitarles su altísima labor.

Por último, queremos dejar constancia de que recientemente se ha publicado el decreto que regula el registro de médicos objetores de la eutanasia, a la eutanasia, en que se limita de una manera inne-

cesaría el derecho a objetar de los médicos, lo que es sorprendente en cuanto a los principales partidos del Gobierno de la Junta de Andalucía han manifestado públicamente su disconformidad con la Ley de Eutanasia. Por esta razón, rogamos que se recapacite sobre estas limitaciones y, al igual que se ha hecho con la mayoría del resto de comunidades autónomas, se establezca un sistema de declaración de objeción de conciencia amplio, sin restricciones, para lo que el Gobierno de la Junta de Andalucía deberá modificar el mencionado decreto. Qué consideración más mínima que respetar con la mayor amplitud el derecho a la libertad ideológica y de conciencia de los médicos.

También, en relación con la anterior, queremos dejar constancia —y lo ha reflejado la Organización Mundial de la Salud— de que el Consejo Andaluz de Colegios de Médicos manifiesta para evitar cualquier atisbo de duda que la eutanasia no es un acto médico, pues es totalmente contrario a los valores y principios que rigen la profesión médica desde sus inicios. En el caso de que un médico lleve a efecto actos eutanásicos no podrá ser sancionado deontológicamente, nunca, porque actúa amparado por una ley, ley legítimamente aprobada en un país democrático por los representantes de la ciudadanía, pero no lo va a hacer en condición de médico sino que serán actos ajenos a la profesión.

Para comprender mejor este posicionamiento, les invito a visitar nuestra página web y medios donde constan nuestras declaraciones sobre esta materia y otras, señalando que es muy importante para nuestra sociedad que transmitamos un mensaje de apoyo y acompañamiento a las personas enfermas o discapacitadas, siendo la herramienta sanitaria ideal los cuidados paliativos. Mueren en España 80.000 personas todos los años todavía sin cuidados paliativos. Los cuidados paliativos son de muchas clases, de muchos tipos: desde ponerle morfina para evitar el dolor hasta una palabra de cariño, cogerle la mano a un paciente que está falleciendo o ponerle bien su almohada o darle una palabra de consuelo. Pero mueren 80.000 personas todavía en España sin cuidados paliativos.

#### **La señora SÁNCHEZ MUÑOZ, PRESIDENTA DE LA COMISIÓN**

—Le tengo que rogar que vaya finalizando, por favor.

#### **El señor AGUADO NÚÑEZ-CORNEJO, PRESIDENTE DEL CONSEJO ANDALUZ DE COLEGIOS DE MÉDICOS**

—Finalizo.

Para finalizar... Ha sido usted..., ha acertado plenamente. Muchas gracias.

[Risas.]

Para finalizar, el Consejo Andaluz de Colegios de Médicos se pone a disposición de sus ilustrísimas señorías para todo cuanto puedan necesitar, ampliación de alguna información de la esbozada en el presente informe, así como para invitarles a participar en todas nuestras actividades y, en concreto, en la próxima VII Convención de la Profesión Médica en Andalucía, que celebraremos los días 25, 26 y 27 de noviembre en Huelva, donde será un placer recibirles. En este momento, trataremos los retos tecnológicos de la sanidad, analizaremos el momento en el que nos encontramos respecto a la atención primaria, reflexionaremos sobre el adecuado..., el derecho de la objeción de conciencia, trataremos de fijar modelos adecuados para la investigación desde la bioética o sobre el adecuado desarrollo de la medicina privada, entre otros aspectos sanitarios de gran interés.

He tenido el honor de informar en Sevilla, a 2 de noviembre de 2021. Comprendo que es imposible hablar de todos los problemas que afectan a la sanidad. Nos hemos ido al caballo de batalla de choque, que es la primaria, pero podríamos hablar desde la medicina privada, indignamente pagada, no saben ustedes todavía —y lo estamos intentando reflejar por todos sitios— que a un médico le pagan seis euros, ocho euros por ver a un paciente; que a la tercera visita no le pagan absolutamente nada; que ahora los grandes tours hospitalarios son los que contratan a los médicos y se quedan con un porcentaje, con lo cual dentro de muy poco los que se llama mal medicina privada..., que prácticamente no existe, sino que son médicos al servicio de la Administración cubriendo Muface, ISFAS, MUGEJU y todas las grandes mutuas, que son millones de personas, están trabajando con sueldos indignos. Y no les hablo de los inspectores, del 061 y tal, porque sería mucho tiempo el hacerlo.

Ahora quedo a su disposición para cualquier aclaración o duda que me quieran plantear.

Muchas gracias por su interés y cordialidad.

### **La señora SÁNCHEZ MUÑOZ, PRESIDENTA DE LA COMISIÓN**

—Muchísimas gracias.

¿Algún portavoz quisiera puntualizar o hacer una consulta? Bien.

Sí que le rogamos que si quiere facilitarnos documentación acerca de propuestas, lo haga al mismo correo desde el que le han convocado, y allí será repartido por...

### **El señor AGUADO NÚÑEZ-CORNEJO, PRESIDENTE DEL CONSEJO ANDALUZ DE COLEGIOS DE MÉDICOS**

—Lo mandamos, pero tenemos un estudio que creo que les puede interesar a todos, es extraordinariamente positivo, porque nos lo piden de toda España, el estudio demográfico que hemos hecho de Andalucía.

**La señora SÁNCHEZ MUÑOZ, PRESIDENTA DE LA COMISIÓN**

—Pues si lo quiere...

**El señor AGUADO NÚÑEZ-CORNEJO, PRESIDENTE DEL CONSEJO ANDALUZ DE COLEGIOS DE MÉDICOS**

—Es extraordinario.

**La señora SÁNCHEZ MUÑOZ, PRESIDENTA DE LA COMISIÓN**

—... lo tiene usted en papel lo puede dar a los grupos...

**El señor AGUADO NÚÑEZ-CORNEJO, PRESIDENTE DEL CONSEJO ANDALUZ DE COLEGIOS DE MÉDICOS**

—Sí, sí, se les manda...

**La señora SÁNCHEZ MUÑOZ, PRESIDENTA DE LA COMISIÓN**

—... si no al letrado, que lo distribuya a los grupos y al correo...

**El señor AGUADO NÚÑEZ-CORNEJO, PRESIDENTE DEL CONSEJO ANDALUZ DE COLEGIOS DE MÉDICOS**

—Nuestra periodista se encargará de mandarlo a todos para que tengan todos...

**La señora SÁNCHEZ MUÑOZ, PRESIDENTA DE LA COMISIÓN**

—Estupendo.

**El señor AGUADO NÚÑEZ-CORNEJO, PRESIDENTE DEL CONSEJO ANDALUZ DE COLEGIOS DE MÉDICOS**

—Es impresionante las cifras y, además, sobre todo aclaraciones grandes, ¿no?

Sobre el ejercicio de los médicos en privada, el 42,5% presta sus servicios en hospital privado, lo que estaba diciéndoles antes a ustedes; el 37% en una consulta privada particular y el 20% alquila una consulta en un centro policlínico. O sea, más de un 65%, prácticamente, de los médicos privados ya no son privados, pagan a una clínica, que les cobra, o pagan a un centro hospitalario, que también les detrae de sus intereses...

**La señora SÁNCHEZ MUÑOZ, PRESIDENTA DE LA COMISIÓN**

—Pues seguro que les vendrá bien a los grupos también tenerlo...

**El señor AGUADO NÚÑEZ-CORNEJO, PRESIDENTE DEL CONSEJO ANDALUZ DE COLEGIOS DE MÉDICOS**

—O sea, esto lo tengo a vuestra disposición, creo que puede valer muchísimo para tener realmente las cifras. Y aquí las nuestras son matemáticas, aquí no hay..., porque gracias a Dios conseguimos..., bueno, consiguió el Tribunal Constitucional que dejásemos de ser la única comunidad de Europa en que la colegiación médica no era obligatoria. Al ser obligatoria, tenemos todos...

Es Barómetro de la sanidad privada en Andalucía, está terminado y presentado el 27 de julio de 2021, y tendremos mucho gusto en que la periodista se lo mande a todos ustedes.

**La señora SÁNCHEZ MUÑOZ, PRESIDENTA DE LA COMISIÓN**

—Pues muchísimas gracias.

Y, por favor, de parte de este grupo de trabajo, de los portavoces de los distintos grupos, la enhorabuena a todo el colectivo médico por su implicación y por su gran labor en esta pandemia. Gracias por su exposición.

**El señor AGUADO NÚÑEZ-CORNEJO, PRESIDENTE DEL CONSEJO ANDALUZ DE COLEGIOS DE MÉDICOS**

—Muchas gracias.