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

30 de noviembre de 2021

Número 3

SERVICIO DE PUBLICACIONES OFICIALES

Comisión de Salud y Familias

ORDEN DEL DÍA

COMPARECENCIAS

Comparecencias Informativas

SUMARIO

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

COMPARECENCIAS INFORMATIVAS

Federación Andaluza de Familiares de Personas con Problemas de Salud Mental, FEAFES Andalucía (pág. 4)

Interviene:

Dña. Ana Ciera León, tesorera de FEAFES Andalucía.

Asociación TCA Andalucía, Trastornos de Conducta Alimentaria (pág. 9)

Intervienen:

Dña. Patricia Alejandra Cervera Valencia, presidenta de la Asociación TCA Andalucía, Trastornos de Conducta Alimentaria.

D. Jesús Bustos García, vicepresidente de la Asociación TCA-Andalucía, Trastornos de Conducta Alimentaria.

Escuela Andaluza de Salud Pública (pág. 17)

Interviene:

D. Joan Carles March Cerdá, profesor de la Escuela Andaluza de Salud Pública.

Consejo Andaluz de Colegios Oficiales de Veterinarios (pág. 23)

Intervienen:

D. Fidel Astudillo Navarro, presidente del Consejo Andaluz de Colegios Oficiales de Veterinarios.

D. Francisco Chavernas Garvi, presidente del Colegio de Veterinarios de Jaén.

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

SEMERGEN Andalucía (Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria) (pág. 33)

Interviene:

Dña. María Rosa Sánchez Pérez, presidenta de SEMERGEN Andalucía.

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

Comparecencias Informativas

Federación Andaluza de Familiares de Personas con Problemas de Salud Mental, FEAFES Andalucía

La señora SÁNCHEZ MUÑOZ, PRESIDENTA DE LA COMISIÓN

—Hola, buenos días a todos. Damos la bienvenida, bueno, comenzamos este grupo de trabajo, la sesión de hoy del Grupo de Trabajo relativo a mejora de la asistencia sanitaria en nuestra comunidad autónoma.

Damos la bienvenida al primer colectivo compareciente de hoy, la Federación Andaluza de Familiares de Personas con Problemas de Salud Mental, FEAFES Andalucía. Acuden doña Ana Ciera León, tesorera, y doña Laura Agudo Quesada. Saben ustedes que tienen entre diez y quince minutos para su exposición. Les agradecemos su presencia, y pueden empezar cuando quieran.

Se pueden quitar las mascarillas si quieren para hablar, y hay que darle al botón.

La señora CIERA LEÓN, TESORERA DE FEAFES ANDALUCÍA

—Vale, pues buenos días, muchísimas gracias ante todo por prestarnos la voz en el Parlamento, que es donde queremos venir a hablar con vosotros. Disculpad la ausencia de nuestro presidente, que no ha podido venir, pero que le hubiera encantado estar aquí. Y, sin más, pues asumir hoy la responsabilidad de expresaros nuestras necesidades, que habitual y anualmente tenemos la suerte de poder venir también a deciros el Día Mundial de la Salud Mental. Pero hoy, en otra forma que entendemos que es mucho más operativa, que es en esta comisión de trabajo.

Creemos que es el momento de apostar por la salud mental, siempre hay momentos históricos que pueden ser un punto de inflexión, y esta pandemia mundial de COVID creemos que es uno de ellos. Se ha hablado mucho de la quinta ola, si va a venir o no, pero la quinta ola la tenemos en nuestro día a día.

La salud mental el problema que tiene es que es silenciosa e invisible, invisibilizada, pero los datos son alarmantes sobre cómo están aumentando las tasas de suicidio, sobre todo entre la población más joven, el aumento de la demanda de servicios de salud mental por depresión, angustia y el agravamiento de las patologías de las personas que tienen problemas de salud mental por el aislamiento que ha supuesto el COVID. Igualmente, el aislamiento y la soledad que sienten las familias y la falta de formación y de capacidad de poder atender adecuadamente a sus familiares. En este sentido, hoy os queremos pedir a todos y todas que si es posible firmemos o lleguemos a un pacto por la salud mental entre todos los partidos políticos, de forma que la apuesta por la mejora de este ámbito de la salud de la ciudadanía no esté vinculada a movimientos de partidos, sino que sea una apuesta estratégica, trans-

versal y que cuente con el compromiso de todas las personas, porque, al fin y al cabo, todo el mundo podemos tener un problema de salud mental, o nuestros familiares.

Nosotros queremos también reconocer el avance que en los últimos años, de la mano del Gobierno andaluz, hemos tenido en salud mental, el aumento de los recursos, de las contrataciones, aunque estamos también altamente preocupados por el hecho de no haber logrado aprobar los presupuestos y no sabemos en qué situación se quedan entonces algunos de los programas y algunas de las apuestas que había, como la contratación de los psicólogos clínicos en atención primaria, los refuerzos que había para los ETIC, y eso realmente nos preocupa y por eso entendemos que se debe firmar este pacto para que esa inversión en salud mental que trae unos déficits y unas carencias estructurales, desde hace casi treinta y tantos años que se cerraron los antiguos psiquiátricos, se pueda poner fin de una manera coordinada y con el consenso que sabemos que podéis llegar y que también os pedimos como ciudadanía que lleguéis, porque entendemos que sois los máximos responsables que nos podéis dar este respaldo.

También decir que queremos aprovechar este momento de mayor apertura y diálogo que tenemos en la Administración pública con el programa de salud mental, en el que pues sí que es verdad que estamos todos los días allí, quizás demasiado, quitándole el tiempo, pero, bueno, protestando y sentándonos a planificar. La creación de la figura del defensor del paciente nos parece una conquista, tras muchos años de lucha, muy importante, pero todavía queda muchísimo, queda mucho, el problema es que veníamos de muy atrás.

¿Qué nos queda? Nos queda tanto. Pero, bueno, queremos resumirlo en tres grandes líneas de trabajo. Hay una primera línea, que es mejorar la atención sociosanitaria, y aquí tenemos que ir de la mano lo social y lo sanitario. Nuestras enfermedades, las personas que tienen problemas de salud y sus familiares, no solo requieren una atención médica, que la requieren, y en ese sentido hay que cubrir los grandes déficits y, sobre todo, las grandes diferencias provinciales que tenemos en dotación de recursos en salud mental. Es alarmante la desigualdad que hay. Entonces no tienes por qué estar condenado a no tener una atención por el hecho de haber nacido en una provincia u otra, o ser de un ámbito rural o ser de un ámbito más de corte urbano.

En ese sentido, además de esa intervención sanitaria, necesitamos la social, necesitamos los programas de acompañamiento social para la inclusión de las personas con problemas de salud mental y sus familiares, para que puedan tener un proyecto de vida. Muchas veces, cuando te llega un diagnóstico de salud mental, es una condena, no hay esperanza, hay muy poca esperanza. Y queremos dejar de ser esa enfermedad que no tiene esperanza, queremos que a nuestros familiares o a las personas que tenemos un problema de salud mental, cuando se nos plantea esta situación, también tengamos un horizonte de esperanza, de recuperación, de inclusión. Y hoy, lamentablemente, en un alto porcentaje no es así.

Esa atención pasa por muchas mejoras, pero sobre todo queremos reivindicar aquí y pediros la dotación de plazas infantojuveniles, no hay plazas para hospitalización de menores cuando tienen la necesidad de estar en un hospital, llegándose a una vulneración de derechos que realmente no son admisibles en el año en el que estamos. Son ingresados con órdenes judiciales, se bloquean habita-

ciones de adultos y se les condena a estar durante su periodo de ingreso en esas salas para que no salgan o directamente no hay dónde ponerlos y los mueven de provincia. Eso, como personas, no nos puede dejar indiferentes.

Los problemas de patología dual. La salud mental muchas veces viene de la mano de problemas de adicciones, tenemos que abordarlos de forma conjunta y, ese sentido os pedimos esa apuesta, ese paso adelante.

Después, hay colectivos especialmente vulnerables, tenemos a las personas con problemas de salud mental que están en situación de sin hogar o sinhogarismo, y las que tenemos en situación de reclusión o cumpliendo otro tipo de condena, que, al igual que en general le pasa a la ciudadanía que tiene problemas de salud mental, aquí se unen otros vectores de discriminación que ya los hacen ciudadanos de cuarta, quinta o sexta categoría. Y eso no podemos admitirlo, no podemos seguir permitiéndolo.

Aquí habría muchas necesidades, como también quisiera poner de relieve que realmente y ahora que estamos en fase de elaborar el cuarto PISMA, que es el plan que nos da cobertura como área de salud, se implementen los acuerdos que hay sobre ambiente terapéutico: qué debe haber, cómo deben ser los espacios de salud mental, las contenciones mecánicas, la dotación de personal para no tener que llegar a la contención mecánica, los espacios al aire libre... En fin, que se cumpla ese acuerdo al que un día se llegó sobre cómo debe ser un recurso de salud mental.

Una segunda línea que también queremos o creemos que se debe impulsar es la investigación y el análisis. Hay una carencia de datos alucinante, tenemos datos parciales, tenemos datos de estudios que se pueden hacer de una forma específica, pero no tenemos las series continuas, y eso al propio Programa de Salud Mental del SAS y de la consejería les dificulta muchas veces tomar medidas. Pero, sobre todo, también queremos más investigación en salud mental, hay muy poca inversión en investigación. Y tenemos tratamientos y fármacos que son muy inhabilitantes. La solución es dejar medio dormidas a las personas para que estén estables, ¿por qué? Nosotros queremos poder también disfrutar de un tratamiento que no te inhabilite, que te permita continuar con tu vida.

Y una tercera área que consideramos fundamental es trabajar contra el estigma, la sensibilización y la información a la población. Sufrimos a diario desde los medios de comunicación y de la forma en que se refieren a nuestro grupo, y si nos hablan..., un estigma importantísimo. En estos días, estamos viviendo todo un problema de la mano de abrir un recurso, que es un recurso habitacional para diez personas, y no somos entendidos, somos rechazados y cada vez que hay una noticia de que alguien ha matado a alguien, pues ha sido un loco o ha sido una persona desequilibrada. Y no se habla si esa persona tiene, a lo mejor, la tensión alta, ¿no?, o tiene un cáncer. ¿Por qué se dan nuestros datos, por qué se vulnera el derecho a la protección de datos y a la intimidad de las personas?

Pues hay que trabajar, hay que trabajar para que la sociedad y en general todos entendamos qué pasa cuando una persona tiene un problema de salud mental, qué pasa en su entorno, qué pasa en su vida y consigamos una mayor aceptación y menos rechazo por parte de la ciudadanía.

Y no sé si ha acabado mi tiempo, tengo mucho para hablar, pero he querido mantenerme en mis minutos.

La señora SÁNCHEZ MUÑOZ, PRESIDENTA DE LA COMISIÓN

—Lleva unos nueve minutos. Tiene entre diez y quince, o sea, que puede continuar.

La señora CIERA LEÓN, TESORERA DE FEAFES

—Pues, entonces, sí, sigo un par de minutos más, que son los que voy a hablar del movimiento asociativo, que es a quien representamos.

Nosotros, como movimiento asociativo, entendemos que somos como una bisagra que puede unir a los partidos políticos, a nuestros representantes e instituciones Gobierno, al ámbito sanitario como profesionales y a la sociedad. Y, en ese sentido, pues también reclamamos pues mayor dotación de recursos. Se consigue un avance, que ahora con los presupuestos tampoco sabemos qué va a ocurrir, y también, en ese sentido, pues mostrar nuestra preocupación. Y, sobre todo, eso, estar en esos espacios y estar en los espacios de debate, porque al fin y al cabo somos los que estamos en contacto directamente con las personas con problemas de salud mental y los familiares.

Desarrollamos los programas que podemos con los escasos recursos que tenemos, con un alto nivel de implicación de todo el personal, pero a la vez somos también un agente socioeconómico importante. Sin embargo, nos vemos fuera, muchas veces, de las convocatorias de ayudas, que son siempre para el tejido productivo. Y no se nos considera tejido productivo. Pero el tercer sector es un sector empleador, empleador de calidad, empleador estable, y que además en la población que está ahí trabajando, el coste que supone para el ahorro en atención, en prevención y en dar soluciones es mucho mayor al coste que supone.

Entonces, sí que, aunque podamos tener el reconocimiento social, sí queremos un mayor reconocimiento institucional y político, y estar en el debate, aportando nuestras experiencias, aportando nuestra información y ayudando a unir a todos los sectores y a todos los agentes involucrados para, realmente, si al final se consigue este pacto, bajo la figura que sea, de apuesta de todos los partidos políticos por…, de verdad, elevar a la dignidad y a la calidad que la atención en salud mental requiere, pues estar ahí y aportar nuestra experiencia.

Y nada más. Muchas gracias.

La señora SÁNCHEZ MUÑOZ, PRESIDENTA DE LA COMISIÓN

—Muchísimas gracias a ustedes.

Saben que aquí tienen a los portavoces de los distintos grupos, que seguro que han tomado buena nota de sus aportaciones. Y no sé si algunos de ellos quieren hacer algún comentario o alguna pregunta. Está todo claro.

Muchísimas gracias.

La señora CIERA LEÓN, TESORERA DE FEAFES

—Perdón. Dejamos aquí, de todas maneras, algunas copias, con algunos datos y estas reivindicaciones más ordenadas también. Y agradecemos de nuevo que nos hayan dado la voz.

Muchas gracias.

La señora SÁNCHEZ MUÑOZ, PRESIDENTA DE LA COMISIÓN

—A ustedes.

[*Receso.*]

Asociación TCA Andalucía, Trastornos de Conducta Alimentaria

La señora SÁNCHEZ MUÑOZ, PRESIDENTA DE LA COMISIÓN

—Buenos días.

Le damos la bienvenida a la Asociación TCA Andalucía, Trastornos de Conducta Alimentaria. Comparecen aquí, doña Patricia Aleixandra Cervera Valencia, presidenta, y don Jesús Bustos García, vicepresidente. Como saben ustedes, están aquí presentes los portavoces de distintos grupos políticos del Parlamento. Y tienen para su intervención entre 10 y 15 minutos. Cuando quieran, puedan empezar. Se pueden quitar la mascarilla para intervenir. Y hay que darle al botón para hablar.

La señora CERVERA VALENCIA, PRESIDENTA DE TCA ANDALUCÍA

—Muchas gracias por permitirnos estar aquí para poder exponer las necesidades.

Voy a hacer una breve exposición de la situación que teníamos en Andalucía, pero primero quiero hacer una pequeña introducción sobre las enfermedades en la situación en la que nos encontramos con los trastornos alimentarios.

La enfermedad relacionada con los trastornos de la conducta alimentaria afecta cada vez a más personas y a edades más tempranas, siendo discapacitantes y mortales si no reciben un tratamiento adecuado y a tiempo.

La Organización Mundial de la Salud ha ubicado los trastornos de la conducta alimentaria entre las enfermedades mentales de prioridad para los niños y adolescentes, dado el riesgo para la salud que implica. Los trastornos alimentarios afectan a 70 millones de personas en todo el mundo y tienen la tasa de mortalidad más alta de todas las enfermedades mentales. La Asociación Española para el estudio de los Trastornos de Conducta Alimentaria alerta que más de 400.000 personas en España están sufriendo un trastorno de este tipo, y que la edad de inicio ha bajado en torno a los 12 o 13 años de media.

En Andalucía, la población afectada superaría la cifra de 70.000 personas, y considerando al núcleo familiar directo a más de 200.000 personas que están sufriendo las consecuencias de esta enfermedad. Si no se recibe un tratamiento temprano y eficaz en unidades específicas, el avance de la enfermedad supone un deterioro irreversible para las personas afectadas, también para las propias familias en las que se producen separaciones, divorcios, hermanos y un sinfín de situaciones discapacitantes y de familias que quedan expuestas a situaciones de extrema vulnerabilidad.

Especialmente resultan afectados los profesionales de la salud, que no cuentan con los recursos adecuados para dar una respuesta eficaz a estos trastornos, y que en la mayoría de las ocasiones sufren en primera persona la impotencia de no poder dar el tratamiento necesario a sus pacientes.

Este tratamiento indispensable se basa en la atención sanitaria coordinada de un equipo multidisciplinar compuesto por: psiquiatras, psicólogos clínicos, internistas, nutricionistas, endocrinos, trabajadores sociales, terapeutas, personal de enfermería, especializados en Salud Mental. Todos ellos, con formación específica, debido a todos los ámbitos de las personas que son afectadas por la enfermedad y a la complejidad de la misma.

Los casos más graves requieren una hospitalización completa, para luego pasar a un régimen de hospital de día y, posteriormente, consulta ambulatoria. Un circuito asistencial integrado en un espacio diferenciado que atienda de modo específico las necesidades de tratamiento, según la fase de la enfermedad, y que garantice, por tanto, la integración real y efectiva de las personas en su entorno familiar y social, y de un modo progresivo que permita la recuperación efectiva y no ficticia de la enfermedad con las recaídas que esto conlleva y los costes asociados a la misma.

Pues bien, qué situación previa teníamos, digo 2019, porque fue la fecha en la que inicié la campaña para pedir la…, fue una petición, una recogida de firmas, para pedir esta unidad especializada en Andalucía, y que coincidió además con el cambio de legislatura.

En Andalucía no teníamos unidades especializadas en la sanidad pública andaluza. En el documento dos, que se acompaña al dosier, es un mapa. Ahora mismo, están integrados los dos puntitos. Los puntitos estos serían las dos unidades que hay en Andalucía, pero, como podemos ver aquí, previo al 2019, no había nada en Andalucía; en el resto de comunidades autónomas llevaban décadas funcionando.

Difícil es entender por qué vivíamos esta situación aquí, en Andalucía, siendo la comunidad autónoma con más población. Vamos a levantar un poco la alfombra, para ver un poco qué hay debajo, que fue, bueno, el trabajo que hemos estado haciendo.

Yo empecé..., lo primero que hice fue pedir y buscar datos, primero al SAS, después al Ministerio de Sanidad, después los estudios de prevalencia, las estimaciones. Y me di cuenta que las cifras no coincidían. Las primeras cifras que ofreció el SAS hablaban de setecientos casos, el ministerio de siete mil; las siguientes del SAS, una vez que ya especifiqué los códigos del manual diagnóstico, ya estábamos hablando de treinta mil. Y las estimaciones apuntan a setenta mil personas afectadas en Andalucía.

El baile de cifras no es baladí. Aquí, en la tabla de datos que se adjunta como documento número tres, podemos ver, desagregadas por provincias y por trastorno alimentario… —estaría la bulimia, la anorexia, el TCANE (sería el trastorno de la conducta alimentaria no especificado; aquí estaría el trastorno para atracón)—, y bueno, podemos ver..., eso, 30.536. Pero todavía aquí hay una cosa que nos extraña porque, si nos damos cuenta, los casos estimados son más del doble de los últimos datos que tenemos del SAS. Ahora diré por qué.

Tenemos, como documento cuatro, una publicación del año 2017, cuando se pidió —se pidió aquí también, en sede parlamentaria— que se crearan estas unidades. La consejera, en su momento, Marina

Álvarez, la consejera de Sanidad…, de Salud, pues decía que no había unidades ni se preveían porque, atendiendo a la incidencia y prevalencia de dichos trastornos, no estaba…, ni clínica ni epidemiológicamente se justificaban. Yo me pregunto qué cifras se estarían usando, una y otra vez. Y así estuvimos en Andalucía, años, años y años, ofreciendo parches asistenciales y cronificando una grave enfermedad.

Como decía antes, al ver las cifras y las estimaciones, por qué son más del doble, nos damos cuenta que siguen faltando en esos datos personas afectadas con trastornos de la conducta alimentaria.

Y aquí vamos a ver…, como documento cinco, tenemos..., es un mapa donde vienen los centros privados, que serían los puntitos rojos, que hay aquí en Andalucía.

Si nos damos cuenta, se concentran, sobre todo, en Sevilla. Aquí no tenemos en cuenta, no se han tenido en cuenta todos los tratamientos en psicólogos privados —que también hay que decir que la mayoría no son psicólogos clínicos, en la mayoría de los casos.

Vamos a ver cuál ha sido el tratamiento de los trastornos alimentarios en Andalucía por el sistema sanitario público. Primero, la entrada se hacía, al sistema, a través de pediatría o medicina de familia; a veces, desde otras especialidades o incluso por urgencias. Con suerte, se hacían las derivaciones a salud mental comunitaria. Digo «con suerte» porque, ante la falta de formación específica en atención primaria y resto de especialidades, se retrasaba muchísimo, se han retrasado muchísimo los diagnósticos de TCA, agravando los cuadros clínicos.

En salud mental, las citas, ante la saturación de pacientes, se daban cada dos, tres meses, de unos treinta minutos de duración de media. Esto no servía ni ha servido para nada en casos que no son leves, que son la mayoría.

Los ingresos, si son menores, se han realizado en pediatría, si existían en la provincia unidades de salud mental infantojuveniles. Y cuando son mayores de edad, siempre de forma voluntaria, ingreso en cualquier planta hospitalaria: endocrinología, cardiología, urología, medicina interna…; bueno, las plantas…, en cualquiera.

Altas hospitalarias sin continuidad de tratamiento y situación de necesidad de ingreso a los pocos meses de esta alta. Cronificación y hospitalismo de las personas. Se ha tenido que acudir a urgencias en distintas ocasiones, pues bien por alteraciones, desnutrición severa, deshidratación, pérdida de conocimiento, infecciones por la debilidad del sistema inmune, dolores agudos, ataques de ansiedad, intentos de suicidio, taquicardias, etcétera.

¿Qué provoca todo este peregrinaje infructuoso por el sistema sanitario, además de la cronificación y agravamiento de la enfermedad? Pues lo primero que provoca es el abandono del supuesto tratamiento y la fuga a la privada de aquellos pacientes con familias que tienen poder adquisitivo, o familias que se ven obligadas a endeudarse y sin resultado en los casos más graves, para los que los centros privados no están preparados.

Este abandono del sistema sanitario —o directamente la no entrada al mismo— provoca que los datos de salud de la población andaluza con algún trastorno alimentario no reflejen la realidad. La

ausencia de este tratamiento real y la necesidad urgente del mismo, por la gravedad y edad de las personas afectadas, está provocando el auge de estos tratamientos en centros privados, con todo lo que esto supone.

Ante esta situación, tenemos que plantearnos la siguiente pregunta: ¿son los trastornos alimentarios un buen negocio? Y aquí se acompaña, como documento seis —esto es del año 2017—:

«El Fondo de inversión Magnum se lanza a por los centros contra la anorexia y la bulimia».

«Los centros médicos privados especializados en los tratamientos de anorexia y bulimia están de moda entre los centros de inversión».

A continuación, tenemos que Korian —este es el gigante francés que lleva todas las residencias geriátricas— adquiere ITA Salud Mental —porque ITA se dedicaba en un principio a los trastornos exclusivamente alimentarios (Instituto de los Trastornos Alimentarios), pero cuando lo compró el fondo de inversión Magnum se dedicó a la salud mental—:

«Korian adquiere ITA Salud Mental y sus más de treinta y cinco centros en toda España. La facturación prevista para el año 2021 es de un total de 50 millones de euros».

Como documento, los dos documentos siguientes, 8.1 y 8.2, sería el coste. Aquí tenemos tratamientos de trastornos.

Este documento primero es del centro de ITA ABB Sevilla. Y tenemos la primera tabla: la modalidad de tratamiento, hospital 24 horas, 4.000 euros mensuales; hospital de día completo, 2.400 euros mensuales. Y, a continuación, un centro…, otro presupuesto de un centro de Granada, que no tiene hospitalización, que serían 2.300 euros mensuales. Estamos hablando de tratamientos que duran de media, de cuatro a cinco años, si todo va bien.

¿Qué pasa, además, con la anomalía...? Porque aquí tenemos otra cuestión: cuando las familias acuden a estos centros privados, desesperados, para poder recibir alguna ayuda para sus hijos, pues resulta que se les ofrece un seguro escolar; o sea, la posibilidad de solicitar el seguro escolar, que financiaría parte de ese tratamiento.

El seguro escolar —si recuerdan— son esos 1,12 que se paga con las matrículas oficiales para aquellos estudiantes a partir de tercero de la ESO hasta los 28 años de edad. Pues bien, este seguro tiene unos requisitos: tienes que estar un año previo matriculado, etcétera. ¿Qué cubre este seguro escolar? Cubre hasta dos años de tratamiento en hospital de día o en ingreso hospitalario, y un año máximo de tratamiento en ambulatorio. Son unas tarifas que están acompañadas como documento 10. Estos datos los pedí también al Instituto Nacional de la Seguridad Social. Hay unas tarifas que están aprobadas. Y vamos a observar, en el documento 10, al final, una anomalía, porque los ingresos de esta cuota son de unos 7.837 euros —son datos para el año 2018—; los gastos, 20.391.000; y la prestación de neuropsiquiatría que es la que cubre los trastornos alimentarios, más de 19 millones. El porcentaje sobre el total de los gastos es de 95,39%; está cubriendo este seguro escolar, que, si observan, es completamente deficitario.

Pues bien, tenemos unas declaraciones —también una publicación, que se acompaña como documento 9— de que el 70% del seguro escolar… —en este caso, habla solamente de los casos de anorexia en Barcelona y Madrid—. ¿Qué sucede con el seguro escolar? Que, aparte de los requisitos y que es hasta los 28 años, es otro parche más y aún más cruel, ya que muchos pacientes tienen que dejar el tratamiento a medias porque las familias no tiene capacidad económica para continuarlo cuando termina la prestación.

Además, los datos de la memoria del hospital —un hospital público de trastorno alimentario de Barcelona—, habla que la franja de… —datos para el año 2020—, la franja de edad oscila entre los 15 y 58 años, siendo la media 28,3 años. Ya hemos visto que el seguro escolar cubre hasta los 28 años y, además, tienen que estar estudiando.

«En cuanto a la severidad, nuestros pacientes presentaron en 2020 una elevada complejidad y gravedad y con una media de enfermedad de 9,9 años de duración»; la media de las personas que han sido atendidas en esta unidad.

Pues bien, ante este escenario, y en una sala de urgencias con mi hija en un estado muy grave, inicié la petición —como he comentado antes—, en la campaña de Change y a través de los medios de comunicación. Como saben, en menos de tres meses entregamos más de 300.000 firmas y la Consejería de Salud anunció la creación de dos unidades: una en Andalucía Oriental y otra en Andalucía Occidental. Aquí vienen las..., bueno, un cronograma, o sea, una cronología con la situación que tenemos ahora aquí en Andalucía.

La situación actual, ¿en qué situación nos encontramos, más de dos años después? En diciembre de 2019 se abrió la primera unidad en Málaga. Esta iba a atender a la parte oriental. Ahora mismo, solamente funciona con consultas externas y hospital de día. Hablamos de unas 12 a 15 plazas de hospital de día. Aún está pendiente la hospitalización, que la última fecha que se nos dio fue para este mes, para noviembre. En julio de 2020 se abre una segunda unidad en Granada. Nos quedamos todos sorprendidos porque coincidió, lo anunció el presidente de la Junta tras un Consejo de Gobierno que se celebró en Granada, que iba a ser la segunda unidad la de Granada, porque allí estaba empezando a funcionar un hospital de día.

El 30 de septiembre entra en funcionamiento la hospitalización con seis camas. A partir de este momento va a ser la unidad que va a tener Andalucía Oriental, es decir, nos encontramos con dos unidades en la zona oriental, teniendo que atender Málaga a una población estimada de 50.000 casos aproximados y la de Granada unas 20.000 personas, unos 20.000 casos estimados.

Bueno, no hace falta decir que los espacios y servicios son completamente insuficientes para toda la población afectada en Andalucía. Sin tener en cuenta que todos los profesionales están alertando del aumento alarmante de casos con motivo de la pandemia y del agravamiento de los casos existentes. Aquí tenemos también algunos documentos para cuando quieran verlos.

Y antes de dar la palabra al vicepresidente de la asociación y, haciendo uso de la frase que me acompaña desde el principio en esta ardua batalla, «lo personal es político», he acompañado la evolu-

ción de la enfermedad de mi hija, quien por desgracia ha sufrido y está sufriendo, con tan solo 23 años y una discapacidad del 70% a causa de la anorexia, las consecuencias de este —permítanme decir— abandono asistencial, con el ruego a sus señorías de que hagan todo lo que esté en sus manos para que ninguna niña, ningún niño, como era mi hija —discúlpenme— cuando empezó con 13 años, tenga que pasar por lo que ella. Ni una más, ni uno más.

Muchas gracias.

El señor BUSTOS GARCÍA, VICEPRESIDENTE DE LA ASOCIACIÓN TCA-ANDALUCÍA

—Hola, buenos días a todos, mi nombre es Jesús. Y, bueno, lo primero quería agradecer a día de hoy lo que se ha conseguido desde el 2019 aquí, que son las dos unidades que existen, tanto en Granada como en Málaga. Entonces, yo les voy a exponer las necesidades que a día de hoy se tienen. O sea, lo que se ha conseguido es bastante, pero aún todavía hay que conseguir más. Entonces, a día de hoy estamos pendientes y se supone que el inicio de la hospitalización en Málaga es en breve, se supone que es para este mes, si no ya diciembre.

Y lo que sí quedaría es la creación de una unidad de referencia para Andalucía Occidental. A día de hoy Málaga absorbería prácticamente a menores de edad, toda la población de Andalucía. Entonces lo que se ha conseguido no es poco, pero se necesita todavía más, una unidad para Andalucía Occidental. En esos centros deben de estar, para que funcionen, efectivamente, consultas externas, que serían para casos menos graves, hospitalización de día, y en este caso, hospitalización 24 horas, que es lo que se tiene en Granada y se va a conseguir en Málaga.

También se debería de dotar a todas las provincias por lo menos de un hospital de día; o sea, al final el tema de un hospital de día para una chica que vive en Huelva, y que a día de hoy solo existe en Málaga y en Granada, eso es inviable. Llámese Huelva, llámese Cádiz, llámese Almería. Un hospital de día donde chicas o chicos, que también los hay, van de 9 a 5 de la tarde. O sea, eso es inviable para una familia que vive fuera de esa provincia. Entonces, sí es algo que se necesitaría por lo menos en todas las provincias. Con lo cual con eso me voy al punto 5 de las necesidades que tenéis vosotros, y es corregir las desigualdades territoriales que hay en todo esto.

Sí se necesita también una especialización por parte de todos los profesionales. A día de hoy, yo les cuento el caso mío en Málaga, mi hija está en el Materno, donde allí los profesionales que existían eran profesionales muy válidos y muy cualificados en el área en la que estaban. Ella estaba en una planta que no era especial para esto, entonces al final se necesita que este personal que está con estas chicas esté formado, esté especializado. Y lo que sí hay que insistir también es en investigación. La investigación al final nos lleva a un buen desarrollo y un buen funcionamiento de todo, con lo cual la investigación es un punto importante en el que hay que hacer bastante hincapié.

Estas unidades sí deberían de tener..., o sea, a día de hoy la de Málaga lo tiene, hay algunas carencias, pero que no sean solo psiquiatras y psicólogos, al final, debe de haber nutricionistas, endocrinos, ocupadores ocupacionales, terapeutas, trabajadores sociales, todo esto.

Luego, el número de profesionales, pues, bueno, debe de ser el suficiente. A día de hoy está todo cogido con pinzas y se necesitan más profesionales, y evidentemente que estos profesionales estén formados.

Luego también se necesita la elaboración de un censo de personas con trastornos de la conducta alimentaria, actualización del proceso asistencial integrado y una detección temprana. Para esto es importante formar a todos los pediatras que están en esto.

O sea, yo os cuento otro caso. Yo la primera vez que llevé a mi hija, cuando la llevé a urgencias, a mí me dijeron que mi hija tenía inapetencia alimentaria. ¿Qué ocurre con todo esto? Si la primera línea de fuego que tenemos no está informada o formada, al final, hasta que se detecta esta enfermedad, pasa un tiempo que es bastante importante. Entonces, formar a la atención primaria de que tienen que tener una cierta formación en todo esto, para detectar lo antes posible los casos. Así conseguimos, evidentemente, que haya un tratamiento sin demoras y conseguimos que todo funcione bastante mejor.

Todas estas necesidades que tenemos o carencias, al final, todo esto provoca una serie de..., tanto gastos emocionales como económicos, al final son familias desestructuradas, pérdidas de jornadas de trabajo. Todo esto ocasiona un costo a nivel familiar bárbaro. Entonces, por eso insisto en que tiene que haber una atención desde primaria, pues que se detecten los casos de enfermedad.

Luego les adjunto el documento, el número 20 que tenéis, que todo esto está un poco descrito con más… Y, por último, les adjunto un informe. Bueno, no, miento. El documento número 21 es la situación de los psicólogos que tenemos a día de hoy por el sistema sanitario en la comunidad, bueno, en toda España. En este caso, en la Comunidad Autónoma de Andalucía tenemos la ratio menor de profesionales por número de habitantes. O sea, no es compararnos con otras, pero por lo menos estar en la media. Entonces, a día de hoy, el número de profesionales por habitante es el menor de toda España.

Y, por último, sí les adjunto un documento de un investigador que sí les recomiendo que lo lean, que colabora con nosotros, con la asociación, en donde, pues bueno, al final insiste en que la investigación es uno de los puntos principales en todo esto, investigando pues conseguimos al final tener más conocimiento de todo, más formación de profesionales, lo que repercute al final en la salud de estas chicas.

Y yo, por mi parte, no sé si Patricia..., ¿quieres añadir algo más?

La señora CERVERA VALENCIA, ASOCIACIÓN TCA-ANDALUCÍA

—No, yo creo que ya hemos consumido el tiempo, ¿no?, Gracias.

La señora SÁNCHEZ MUÑOZ, PRESIDENTA DE LA COMISIÓN

—Gracias a ustedes por la aportación de sus experiencias y de cosas tan concretas y tan concisas. ¿Algún grupo quisiera hacer alguna pregunta o intervenir? No. Pues agradecerles de verdad, sinceramente, todo lo que nos han traído aquí.

Muchísimas gracias.

[*Receso*.]

Escuela Andaluza de Salud Pública

La señora SÁNCHEZ MUÑOZ, PRESIDENTA DE LA COMISIÓN

—Buenos días.

Damos la bienvenida a Joan Carles March Cerdá, profesor de la Escuela Andaluza de Salud Pública, acompañado de doña María Ángeles Prieto Rodríguez, directora y profesora de la escuela.

Como saben ustedes, pueden intervenir en un tiempo entre diez y quince minutos. Pueden, si lo desean, quitarse la mascarilla y tienen que pulsar al hablar.

Cuando quieran, pueden comenzar.

El señor MARCH CERDÁ, PROFESOR DE LA ESCUELA ANDALUZA DE SALUD PÚBLICA

—Pues buenos días, muchas gracias por la invitación.

La realidad del sistema sanitario andaluz, desde mi punto de vista, requiere cambios, sin duda alguna. Requiere cambios, y la idea que he planteado era básicamente un cambio de modelo, y un cambio de modelo que requiere habilidad, voluntad, tiempo y probablemente un proceso riguroso, ¿no? Probablemente también necesita una línea de continuidad y coherencia para poder conseguir que ese cambio sea básico y fundamental.

Hay seis fuerzas para impulsar la innovación o el cambio. Unos son la privación de los actores del sistema, sin duda alguna, es decir, profesionales y pacientes tienen que formar parte de este proceso. También tiene que facilitarlo la financiación, la política sanitaria que se plantee. Y en estos momentos está, sin duda alguna, la tecnología como un elemento fundamental, junto con la rendición de cuentas y los clientes a los cuales va dirigido todo eso.

Para eso necesitamos qué. Se necesita tener una visión correcta hacia dónde vamos. Si no tenemos una visión correcta, nunca se va a llegar a donde tenía que llegarse, ¿no? Y, sin duda alguna, este proceso necesita, por eso digo, un cambio de modelo en el cual, probablemente, hay que tener una serie de aspectos en cuenta como, por ejemplo, todo el elemento ligado a la configuración sociológica de la ciudadanía andaluza, por un lado. Segundo, una idea de la preocupación por la sostenibilidad del sistema que tiene que tener cualquiera de las personas que planteen un sistema..., un cambio de modelo. Una tercera cuestión es que tiene que haber nuevas opciones tecnológicas que tienen que plantearse a ayudar al cambio del sistema. Y todo eso tiene que generar una reorganización de los servicios que esté ligada a las necesidades de los pacientes, es decir, la clave de la reorganización de los servicios tiene que basarse en las necesidades de los pacientes como elemento fundamental.

Yo he planteado esta intervención buscando cuatro, o cinco, mejor dicho, cinco aspectos que me parecen fundamentales: uno, abordar el tema de los hospitales en Andalucía; segundo elemento, probablemente el más clave, por las dificultades y las necesidades que se tienen, que es la atención primaria, que realmente está necesitada de mucho, sin duda alguna; lo tercero, que creo que es una de las cosas que hay que hablar, ligado a la sostenibilidad del sistema, es plantear cómo los conciertos con la privada facilitan o dificultan el proceso de gestación de ese nuevo modelo; el cuarto aspecto es todo el elemento ligado al papel de los pacientes y, sobre todo, al papel de los pacientes crónicos. Y quería hacer una última mención a qué papel puede jugar una institución, como la Escuela de Andalucía de Salud Pública, que probablemente está en una situación que probablemente no sería la que mejor podría estar en esta situación de necesidad de cambio.

Todo ello… Digo primero los hospitales. Los hospitales, de alguna forma, partían de una situación en el sistema sanitario yo diría que complicada, es decir, el modelo que había planteado el anterior Gobierno con la fusión hospitalaria creo que fue un planteamiento erróneo, no sirvió ni ayudó a mejorar la situación de los hospitales. Pero creo que tampoco es acertado el hacer borrón y cuenta nueva, es decir, llegar y quitar todos los directivos existentes del sistema sanitario creo que no ha ayudado en absoluto a mejorar la situación. Creo que hay que trabajar en la formación y elección de los directivos. Creo que incluso no puede ser la idea de que todo lo pasado es malo, todo lo nuevo es bueno. Creo que no sería lo adecuado porque, probablemente, mucha de la gente que se ha puesto en el proceso de gestión hospitalaria ha sido gente sin la formación necesaria para poder desarrollar todo un proceso que creo que es fundamental, ¿no?

Segunda cuestión es que, a veces, el cambio se plantea desde una perspectiva que a veces cambiamos hasta jefes de servicio. ¿Por qué? Porque probablemente a veces se plantean cambios porque no son planteados, no son vistos como las personas adecuadas. Y probablemente se han hecho procesos, desde mi punto de vista, discutibles en cuanto al cambio que se ha hecho. No ha servido para una mejora de los servicios e, incluso, ha generado que algunos servicios que funcionaban muy bien fueran para atrás, a veces solo porque eran no adecuados entre comillas.

Tercer elemento, los hospitales. Yo creo que un aspecto que tiene que funcionar mejor es todo el planteamiento de relación con la atención primaria. El proceso de relación con la primaria tiene que ser un proceso de mejora, sin duda alguna, y creo que en estos momentos la primaria está en una situación muy débil, muy muy débil, y necesita, probablemente, un proceso de cambio importante para que la relación con primaria sea mejor.

Y, sin duda alguna, un elemento que también hay que mejorar son las consultas de los especialistas que los pacientes necesitan revisiones más accesibles, sin duda alguna, con más continuidad, porque probablemente a veces la distancia entre el ciudadano de a pie y las consultas hospitalarias es demasiado lejana.

Por tanto, serían algunas de las cuestiones de un entorno, sin duda alguna, de que hay una ocupación muy grande de plantas, que el modelo de guardias médicas y el efecto fin de semana,

con un 20% más de mortalidad, los fines de semana creo que hay que cambiarlo, formaría parte del cambio del modelo que decía antes.

Seguramente, los turnos y cargas de enfermería, tal como están planteados, generan mucho queme de los profesionales, mucho *burnout*, y probablemente insatisfacción de los pacientes. Y, sin duda alguna, a veces hay una poca implicación profesional en todo el tema de las interconsultas entre profesionales de un servicio y de otro, que sin duda alguna no favorecen la mejora de esta relación.

Segunda cuestión. Es decir, primero hospitales, ¿no?, como elemento importante, que ya digo que tiene elementos positivos, pero tiene elementos de mejora, sin duda alguna.

Segunda cuestión, la atención primaria. La atención primaria necesita un cambio urgente, porque, sin duda alguna, necesitamos más profesionales en atención primaria. Probablemente, Andalucía necesita, entre atención primaria y hospitales, más de..., alrededor de veinte mil profesionales de enfermería más, alrededor de dos mil médicos más, y eso es algo que donde más se nota es en la atención primaria. Probablemente, también en el cambio de modelo donde la atención primaria tuviera un papel más importante, se necesitan otros tipos de profesionales: se necesitan farmacéuticos, se necesitan psicólogos, se necesitan más trabajadores sociales; probablemente, más administrativos, para cubrir determinadas labores que a veces hacen los profesionales sanitarios, ¿no?

Y también, junto a eso, falta un trabajo que, sin duda alguna, van ligados a ocho elementos que me parecen muy importantes.

Primer elemento: más comunicación, más y mejor comunicación con los pacientes. Es un elemento fundamental, desde un buen triaje a la demanda…, a la idea de poder generar una relación mucho más fluida entre unos y otros.

Segunda cuestión de la primaria es más equipos multidisciplinares. Tenemos una visión a veces demasiado médico-centrista y necesitamos una visión más de equipo multidisciplinar.

Tercer elemento: Falta más trabajo enfermero comunitario, enfermera comunitaria, porque realmente el trabajo con la comunidad es un elemento esencial para poder avanzar en todo ese proceso.

La cuarta es más funciones con los..., para los farmacéuticos. Antes decía que la incorporación de los farmacéuticos comunitarios sería un elemento muy importante, porque también ayudaría a mejorar la adherencia y trabajar con la polifarmacia que tienen muchos pacientes.

El quinto es: más integración con los servicios sociales. No podemos trabajar en dos mundos aparte, sanidad y servicios sociales, sino que tiene que trabajarse más en eso.

En sexto lugar, más tiempo en el trabajo en equipo. Lo hemos visto en esta pandemia, la necesidad del trabajo en equipo como un elemento esencial, que, sin duda alguna, ayuda a todo ese proceso.

Séptimo lugar, más comunicación con los especialistas del hospital. Tiene... Lo decía anteriormente, el trabajo con los especialistas tiene que ser mucho mejor para los pacientes, pero también tiene que haber un trabajo entre los profesionales de primaria y del hospital mucho mejor, para ayudar a que ese proceso sea mejor y que no haya barreras comunicativas, como las actuales, entre atención primaria y el hospital.

Y, sin duda alguna, un elemento que va ligado a eso es más servicios paliativos; más servicios paliativos desde atención primaria porque, sin duda alguna, es una necesidad fundamental en la necesidad de la renovación de la atención primaria y que, sin duda alguna, ayudaría a que todo ese proceso mejorara.

En tercer lugar, yo creo que una de las cosas que el sistema sanitario andaluz debe replantearse es cómo hace los conciertos con la sanidad privada. Creo que es uno de los elementos que me parece que cuestionan el poder y la capacidad del servicio de la sanidad pública. Y yo creo que en estos momentos hay conciertos con las privadas que en determinadas cosas pueden tener sentido, pero conciertos globales con la privada, creo que dificultan el proceso de mejora del sistema sanitario público. El hecho de que algunos centros se hayan concertado solo y absolutamente con la privada no favorece que el sistema público, en determinadas zonas de Andalucía, tenga el poder y la mejora necesaria, sin duda alguna.

Y, junto a eso, creo que hay que abordar otros aspectos, sin duda alguna para mí, que son fundamentales.

Uno es el tema de los pacientes crónicos; los pacientes en general, pero, vamos, los pacientes crónicos en particular, porque probablemente los pacientes crónicos han sido los grandes olvidados en esta pandemia, sin duda alguna. Probablemente, además de la pandemia del COVID-19, tenemos la pandemia de los pacientes crónicos, de los no-COVID pacientes crónicos, sin duda alguna; la pandemia de la salud mental, que implica —antes decía— psicólogos en atención primaria, como un elemento que ayudara a mejorar la situación. Pero también los pacientes crónicos podrían ser un elemento que ayudara a la mejora de la atención sanitaria. Yo siempre digo que el paciente es el recurso menos utilizado del sistema sanitario y, sin duda alguna, eso obligaría a replantearnos que podemos generar una mayor alfabetización en salud, por un lado. Y, para eso, el sistema sanitario andaluz tiene un recurso extraordinario, un recurso muy bueno, que debería potenciarse, porque creo que probablemente es el mejor recurso, que es la Escuela de Pacientes de Andalucía.

La Escuela de Pacientes de Andalucía se creó hace catorce años y probablemente se ha convertido..., probablemente no, sin duda se ha convertido en proyecto de pacientes activos más importante del sistema sanitario español, del sistema nacional de salud. Por tanto, implicar a los pacientes es lo que hace el proyecto Escuela de Pacientes. El proyecto Escuela de Pacientes es un proyecto donde los pacientes son los profesores de otros pacientes, los pacientes ayudan a otros pacientes. Los pacientes tienen el elemento esencial de que son expertos en su experiencia, de haber vivido y haber sido pacientes, y generan una relación con los otros pacientes que tiene un efecto muy importante porque, por un lado, reducen de forma importante el uso de los servicios sanitarios. Es decir, cuando hablamos de un problema de..., problemas de la demanda, la gente formada en la Escuela de Pacientes tiene aspectos muy importantes que ayudan a disminuir el número de personas que acuden a las consultas. Y eso, sin duda alguna, entre otras cosas, porque... ¿También por qué? Porque tienen más capacidad, se sienten más capaces de tomar decisiones en sí mismos; se sienten más capaces de tomar decisiones cuando estén en una situación de riesgo —cuando tienen una hipoglucemia, por ejemplo—. Y, por tanto, de alguna forma, tiene un sentido el potenciar

las escuelas de pacientes en todos los centros sanitarios de Andalucía, en todos los centros de atención primaria, pero también en los centros hospitalarios porque, sin duda alguna, ayudaría a generar que los pacientes puedan ser un agente activo y que puedan ayudar a que el proceso de trabajo de los pacientes podría ayudar, podría ser un aliado —en la idea de alianzas necesarias e imprescindibles—, un aliado de los profesionales sanitarios, que trabajan en colaboración y pueden ayudar al cambio.

Sin duda alguna, yo creo es un elemento esencial para poder ayudar a ello, porque la participación de los pacientes tiene aspectos por ley —la ley lo dice, que tienen que participar—; probablemente, también por una cuestión moral, por ética, pero también porque la gente cada vez tiene mayor conocimiento e información, puede acceder a determinados conocimientos e información que le ayudan a eso. Pero sabemos que la participación de los pacientes mejora la calidad de los servicios y, además, disminuyen los costes, al generar menos visitas y al generar un mejor uso de los servicios sanitarios. Por tanto, elementos que me parecen esenciales para poder ahondar y para poder ser realmente actores y actrices activos de este sistema.

Y ya, por último, me parece que un elemento que, sin duda alguna, ha tenido y puede tener un papel esencial en todo este proceso de gestación de un nuevo modelo para el sistema sanitario público andaluz, el hecho de la formación de directivos y profesionales, el hecho de favorecer la formación de los pacientes, el hecho de generar un espacio de consultoría a los centros y al sistema en su conjunto es, sin duda alguna, la Escuela Andaluza de Salud Pública. Yo he tenido la suerte de ser director durante un tiempo —dos años y medio—, y la realidad..., llevo muchos años trabajando en ella, es que la Escuela Andaluza de Salud Pública es un organismo que a veces se le ha demonizado, pero que, sin duda alguna, el trabajo que hace, el trabajo que ha hecho y las posibilidades que tiene son extraordinarias. De hecho, es un centro colaborador de la Organización Mundial de la Salud, ha trabajado y ha potenciado los sistemas sanitarios de todas las comunidades autónomas, sean del color que sean, porque eso es un elemento esencial; ha trabajado en diferentes países de Latinoamérica, ayudando a la transformación de los sistemas sanitarios, sean del color que sean. Y, sin duda alguna, creo que el trabajo de una escuela como la Escuela Andaluza de Salud Pública se tiene que plantear no desde un punto de vista solo formativo, que es un elemento importante, sino también desde un punto de vista que puede ayudar a generar un nuevo modelo de sistema sanitario público en Andalucía —que también lo puede hacer en otras comunidades, pero, sin duda alguna, en Andalucía— y que podría ayudar a que lo que tenemos hacia adelante, lo que esperamos de futuro, pueda ser mejor gracias al trabajo de un conjunto de profesionales que podrían ayudar a hacer un sistema sanitario mejor.

Muchas gracias.

La señora SÁNCHEZ MUÑOZ, PRESIDENTA DE LA COMISIÓN

—Gracias por todas estas aportaciones. ¿Hay algún miembro que quisiera hacer preguntas o participar?

Pues le agradecemos sinceramente su presencia aquí. Y tenga por seguro que aquí están los portavoces de los cinco grupos políticos que atenderán muy bien esa...

[*Intervención no registrada.*]

Bueno, efectivamente, si tienen documentación que enviarnos, con estos datos, si quiere, puede hacerlo llegar al correo desde el que se le ha convocado y ellos lo repartirán entre los distintos grupos.

Encantada y Gracias.

[*Receso.*]

Consejo Andaluz de Colegios Oficiales de Veterinarios

La señora SÁNCHEZ MUÑOZ, PRESIDENTA DE LA COMISIÓN

—Buenas tardes ya.

Damos la bienvenida a este Grupo de Trabajo para la Mejora de la Asistencia Sanitaria en nuestra Comunidad Autónoma al Consejo Andaluz de Colegios Oficiales de Veterinarios.

Están presentes don Francisco Javier Chavernas Garvi, presidente del Colegio de Veterinarios de Jaén, don Antonio López Carrasco, asesor jurídico, y don Fidel Astudillo Navarro, presidente.

Como saben ustedes, tienen un tiempo de intervención entre diez y quince minutos. Pueden, si consideran, quitarse la mascarilla para intervenir, y tienen que dar al botón de hablar.

Si tienen alguna documentación que no hayan traído presencialmente, la pueden remitir al correo desde el que fueron convocados y se lo repartirán a los distintos portavoces de los grupos políticos.

Cuando quieran, tienen la palabra.

El señor ASTUDILLO NAVARRO, PRESIDENTE DEL CONSEJO ANDALUZ DE COLEGIOS OFICIALES DE VETERINARIOS

—Vale, muchas gracias.

En primer lugar, daros las buenas tardes a todo el mundo.

Es un honor poder comparecer hoy ante esta Comisión de Salud y Familias del Parlamento de Andalucía representando, como venimos, al Consejo Andaluz de Colegios Oficiales de Veterinarios para aportar información que, desde la experiencia directa y conocimiento del colectivo veterinario, puedan ayudar a esta comisión en el logro de sus objetivos relativos a la mejora de la asistencia sanitaria en nuestra comunidad autónoma. En este sentido, y tras la experiencia adquirida en la gestión de la crisis sanitaria de la COVID-19, entendemos que la mejora de la asistencia sanitaria en nuestra comunidad pasa necesariamente por el desarrollo y reforzamiento del sistema de salud pública, ámbito desde donde la profesión veterinaria como profesión sanitaria tiene mucho que aportar.

El derecho a la protección de la salud recogido en el artículo 43 de nuestra Constitución, desarrollado a través de la Ley General de Sanidad y la Ley de Salud de Andalucía y, más específicamente, la salud pública desarrollada por la Ley 16/2011, de 23 de diciembre, de Salud Pública de Andalucía, necesita reforzarse teniendo en cuenta principios como el de la salud en todas las políticas o la atención a las desigualdades sociales en salud contemplados en el IV Plan Andaluz de Salud, pero también en la Estrategia One Health, una salud.

Desde hace unos años en el seno de los organismos internacionales, como la Organización Mundial de la Salud y la Organización Mundial de Sanidad Animal, se ha afianzado este enfoque One Health, reforzado aún más hoy en día con la experiencia derivada de la crisis sanitaria por el SARS-CoV-2, y es que las interacciones entre la salud humana, la sanidad animal y el medioambiente hacen necesario que en el abordaje de los riesgos de zoonosis y otras amenazas para la salud pública se promuevan respuestas multisectoriales para lograr los mejores resultados de salud pública y, en este contexto el papel de la veterinaria debe de ser fundamental.

Recientes estudios señalan que más del 60% de las enfermedades infecciosas que afectan a las personas proceden de animales o de sus productos. Cada año aparecen cinco enfermedades nuevas, de las cuales tres son de origen animal. Basta para ello recordar algunas crisis recientes que hemos sufrido en nuestra comunidad, como el brote de listeria del año 2019, el brote que aún tenemos de fiebre del Nilo, y que perdurará por nuestras características geográficas, y la ya mencionada COVID-19.

Este reforzamiento del sistema de salud pública andaluz desde la perspectiva de nuestra profesión pasa por el empoderamiento de nuestras funciones en el marco de la actual normativa en materia de salud pública y de profesiones sanitarias, con la realización de una serie de propuestas que contemplen un enfoque «una salud», que permita el abordaje integral de la salud pública. En este sentido, debemos apuntar que en los diferentes ámbitos del ejercicio de la profesión veterinaria, una de nuestras funciones principales es la prevención y el control de zoonosis, como hemos dicho, enfermedad transmisible entre animales y humanos y que se aborda desde los centros y clínicas veterinarias, veterinarios de ejercicio libre o desde las diferentes Administraciones con competencias en materia de sanidad animal o salud pública. Y no podemos olvidar que aunque la transmisión de la COVID-19 es de humano a humano, esta enfermedad tuvo ese origen zoonótico, las zoonosis, que son las enfermedades que se transmiten desde los animales al hombre, y el SARS-CoV-2 saltó desde los animales silvestres a los humanos en China.

También es necesario destacar otras funciones básicas dentro de la salud pública desarrolladas desde veterinaria con un fuerte impacto en la gestión de esta crisis, como más adelante se desarrollará, como han sido el control de la seguridad alimentaria, la salud ambiental o la promoción de la salud.

A continuación, y teniendo en cuenta los ámbitos propios de la salud pública, contemplando la Ley 16/2011, de Salud Pública, como son la vigilancia de salud, la prevención, la promoción de la salud pública, vamos a desarrollar las funciones que la profesión veterinaria ha venido desempeñando en este ámbito de salud pública dentro de la atención primaria, pero, sobre todo, iremos formulando propuestas de reforzamiento o mejora, teniendo en cuenta ese enfoque de «una salud».

A continuación, cedo la palabra a Francisco Chavernas, presidente del Colegio de Jaén, consejero responsable del área de Salud Pública del Consejo Andaluz, que junto con la Comisión de Salud del Consejo Andaluz ha preparado estas propuestas.

El señor CHAVERNAS GARVI, PRESIDENTE DEL COLEGIO DE VETERINARIOS DE JAÉN

—Gracias, Fidel.

Buenas tardes. Es un honor comparecer ante esta Comisión de Salud y Familias.

Y, bueno, en estas propuestas que hacemos de mejorar el sistema de asistencia sanitaria en Andalucía a través del reforzamiento de la salud pública —como hemos dicho—, esta comparecencia que hemos dejado por escrito, la hemos formado entre todos, entre todos los veterinarios que formamos salud pública en Andalucía. Y la metodología que hemos seguido es a partir de lo que son las funciones que vienen recogidas en la Ley de Salud Pública de Andalucía, que es una ley moderna, hay que desarrollar muchos aspectos de la Ley 16/2011, en esta ley 16, que define la salud pública en los distintos ámbitos, y hemos hecho..., qué estamos haciendo desde la salud pública veterinaria en salud pública y también planteamos una serie de propuestas, siempre dentro del enfoque One Health. Y, por eso, abordamos distintos ámbitos. Primero, en el tema de la vigilancia de la salud o vigilancia epidemiológica, y también respuestas ante la alerta de salud pública, que como bien saben es uno de los principales pilares de la respuesta que tenemos ahora mismo ante el COVID, pues nosotros, los profesionales de veterinaria, formamos parte ya de la red de alerta de salud pública y estamos actuando en los brotes y en los clústeres durante la pandemia para evitar la propagación. Este es un pilar fundamental. Pero también planteamos dentro de este reforzamiento del sistema de salud pública, el primero, y un gran elemento es potenciar el sistema de vigilancia epidemiológica en Andalucía reforzando su capacidad de vigilancia y antelación ante la respuesta. Para ello, lo que proponemos, esto yo creo que es una de las piezas fundamentales dentro de salud pública, es reforzar el sistema de vigilancia epidemiológica, utilizar todos los instrumentos de colaboración público-privados que sea posible a través de reforzar esa vigilancia epidemiológica a través de otros sistemas de información y otros sistemas de vigilancia, dentro de los cuales pues puede estar dentro la propia Administración, como es la Consejería de Agricultura a través de la vigilancia de la zoonosis, o bien incluso a través de nosotros, del Consejo Andaluz de Colegios Veterinarios, que tenemos instrumentos muy potentes, como es la red andaluza de identificación animal, donde tenemos todos los centros y clínicas veterinarias de Andalucía conectados, identificados todos los animales de compañía, y es la primera puerta de entrada de las zoonosis, de detección y de diagnóstico.

Hemos venido reivindicando el que se reconozca a los centros y clínicas veterinarias como centros sanitarios. De hecho, lo hemos hecho en el trámite de audiencia del Decreto 69/2008, de centros sanitarios de Andalucía, creemos en justicia que entra perfectamente. Y también lo hicimos en sede parlamentaria, el día 22 de junio del año 2020, ante la Comisión de Recuperación Económica y Social de Andalucía, donde lo propusimos, y el propio Parlamento lo recogió, esta comisión en su dictamen recogió que, lo leo textualmente, «es necesario catalogar como centros sanitarios a los centros veterinarios por ser la primera línea de detección, diagnóstico y prevención de las zoonosis».

Bien, esto como primera línea. Voy a ser muy rápido y no vamos a intentar agotar... Perdonadme.

Respecto a la prevención de la salud, que es la otra gran parte de la salud pública, sin duda es el segundo gran pilar de lo que estamos afrontando ahora mismo en la crisis sanitaria, la que está dando respuesta a través, bien de la responsabilidad individual, de nosotros, de lo que estamos haciendo, de nuestras mascarillas, distanciamiento social; pero también la vacunación y también la aplicación de todas las medidas normativas de prevención de tal. Dentro de esas medidas preventivas, lo que muchas veces no se conoce es que muchas de esas medidas preventivas las estamos controlando los veterinarios de salud pública, nuestros veterinarios del Cuerpo Superior Facultativo de Instituciones Sanitarias. Y estamos haciendo también labores muy importantes, como ha sido, por ejemplo, la evaluación de los planes de contingencia en las residencias de ancianos o en los centros sociosanitarios, ¿vale? Queremos continuar en esa línea, y solo desde lo que es la cultura preventiva, consustancial a nuestra profesión veterinaria, y la defensa firme de lo que venimos comentando, del enfoque One Health, queremos también ese reforzamiento en salud pública materializarlo con acciones concretas dentro de la salud pública de Andalucía. Y para ello qué mejor que afrontar los dos grandes retos de la humanidad, que son la resistencia antimicrobiana, que nos vamos a quedar sin antibióticos como no pongamos medios dentro de poco tiempo, y todo el tema también de las zoonosis y las emergencias. En este sentido, proponemos acciones muy concretas que se quedan por escrito, no las podemos desarrollar todas, como es la implementación de una estrategia para avanzar en la prevención y control de vigilancia en resistencia antimicrobiana dentro del plan nacional; con acciones muy concretas, desde donde podemos aportar mucho desde el Consejo Andaluz de Colegios Veterinarios, como es la puesta en valor de la plataforma electrónica de recetas veterinarias, para todo lo que es el tema de control veterinario. El tema de la regulación de la figura del veterinario de explotación, para todo lo que es el tema de control de zoonosis y también el control de las resistencias antimicrobianas. O el desarrollo de la normativa nacional que desarrolle la puesta en marcha de lo que es el Reglamento Europeo de Medicamentos Veterinarios, que entra en vigor en febrero.

En relación con el otro gran reto de la humanidad, aparte de las resistencias antimicrobianas, estamos hablando de las zoonosis y enfermedades emergentes, con acciones muy concretas también con algunas enfermedades que por nuestra situación nos preocupan, algunas enfermedades que son de transmisión de contacto directo, como puede ocurrir con la rabia. Nuestra situación geográfica, y con la rabia en Marruecos y con la de los quirópteros, nos hacen potenciar el tema de que se potencie el plan de contingencia de rabia en Andalucía. También estamos en conversaciones con la Consejería de Salud para renovar lo que es el tema de la vigilancia de rabia a través de una resolución que es del año 1994, y queremos que se actualice y darle más papel, un papel más importante a los centros y clínicas veterinarias de Andalucía.

Otro tema que nos preocupa, porque va cada vez a más, son las enfermedades transmitidas por vectores. Como ha comentado nuestro presidente, parece que están ligados a los efectos del aumento

de las temperaturas medias, que parece que es una evidencia, y fruto de eso pues está ocurriendo lo que tenemos, brotes cada dos años ya con la fiebre del Nilo. Tenemos que tener, preparar planes de preparación y respuesta ante este tipo de enfermedades. O enfermedades transmitidas por los alimentos, como ha comentado también el presidente, la crisis que tuvimos de la listeria en el año 2019. En este sentido, también es importante aplaudir cosas que se están haciendo muy bien en Andalucía, como es el sistema integrado de epidemiología genómica de Andalucía, que nos permite identificar cepas de origen animal, ver su relación con humanos y con el medioambiente. Posiblemente, en esto seamos pioneros en toda España y en toda Europa, y queremos ponerlo de manifiesto como cosa muy positiva, y hay que potenciar el sistema integrado de información epidemiológica.

Es por tanto importante, dentro del sistema de prevención, lo que hemos dicho, la preparación previa, es básica la preparación previa, la protocolización de actuaciones y, sobre todo, lo que hemos dicho, esa coordinación público-privada, en la cual desde el Consejo Andaluz creemos que…, o desde otras consejerías, tenemos mucho que aportar en aras de la salud pública de Andalucía.

Tercer ámbito, el de la protección de la salud. Es un campo que habitualmente trabajamos los veterinarios, el tema de lo que es el control de la seguridad alimentaria y la salud ambiental, que durante la pandemia cuando todo estaba cerrado seguíamos haciendo los controles de seguridad alimentaria y salud ambiental. Además, hemos tenido que adicionar el control del tema de la comprobación de las medidas COVID, las estamos comprobando nosotros como..., el tema de agentes de la autoridad. Entonces, creemos que hay seguir trabajando en esta línea. Eso sí, muchas veces es necesario de alguna manera aclarar las competencias que existen en algunos ámbitos, sobre todo en el tema de agentes de la autoridad, con algunos municipios, con algunas consejerías, porque muchas veces pues es importante aclarar el tema de las competencias.

Pero, independiente, hay que seguir trabajando en esta área. Tenemos un sistema de seguridad alimentaria que yo creo que, dentro de la Unión Europea, es de lo mejor que hay en el mundo. Pero hay que seguir trabajando, apostando por temas de la producción primaria. El trabajo que están haciendo los veterinarios de ejercicio libre entre las distintas administraciones. Y también desde aquí, desde la organización colegial, proponemos también algunas acciones muy concretas para seguir potenciando este sistema de seguridad alimentaria, como es el tema de dotar de medios…, tenemos a las oficinas comarcales veterinarias de la Consejería de Agricultura, Pesca y Alimentación con muy baja cobertura y son la puerta de entrada de muchas enfermedades, de las resistencias antimicrobianas.

Es necesario —como hemos dicho antes— regular la figura del veterinario de explotación, o fomentar la formación de toda una serie de veterinarios autorizados con la encomienda de gestión de la Administración de la Junta de Andalucía que estamos formando desde el Consejo Andaluz. Es importante esa colaboración público-privada, apostar por la calidad del control y apostar por la formación del control.

La cuarta gran área de la salud pública, y quizás una de las más importantes, es la promoción de salud. Hemos estado hablando aquí de determinantes medioambientales, pero ustedes saben mucho

más que nosotros de lo que es la importancia de atajar los determinantes sociales y las desigualdades sociales en salud. El cuarto Plan Andaluz de Salud lo dice así, el 43% de la carga de morbimortalidad a nivel de la Unión Europea, de España e incluso de Andalucía, se está asociando a estilos de vida. Y, concretamente, el tema del tabaco..., los cuatro factores, la estrategia cuatro por cuatro, el tema del tabaco, la alimentación y el tema de ejercicio físico suponen el 24% de la carga de morbimortalidad en Andalucía.

Entonces, tenemos que seguir… Nosotros estamos trabajando desde la veterinaria en el tema del control de tabaco, dentro de la Consejería de Salud y Familias. Y estamos trabajando en un programa que es de muchísimo impacto, que es el tema de la evaluación nutricional de los comedores escolares, porque el principal problema que tenemos, uno de los principales problemas de salud que tenemos en Andalucía es el sobrepeso y obesidad de nuestros niños, que luego eso se va a traducir en tema de carga de morbimortalidad, en diabetes, en hipertensión, cardiovasculares, cáncer. Y tenemos que seguir apostando por esta labor.

Desde el Consejo Andaluz de Colegios Veterinarios también estamos trabajando en la promoción de la salud, en este ámbito también de fomentar la alimentación saludable, pero también en otros aspectos que son importantes desde el punto de vista ético, como es la tenencia responsable de animal de compañía.

Es importante... Ya estoy terminando con las dos áreas, ya termino con el tema de la investigación y el tema de las reformas que queremos estructurales.

En cuanto al tema de investigación e innovación, creemos que ha sido una magnífica noticia, magnífica de verdad, desde nuestro punto de vista, el tema del convenio que se ha firmado entre varias consejerías de la Junta de Andalucía con la Universidad de Córdoba para crear lo que es el Centro Andaluz de Investigaciones de Zoonosis y Vigilancia de Enfermedades Emergentes. Creemos que es un tema muy importante y seguramente de relevancia a nivel mundial. Pero creemos que sigue siendo necesario apostar por la investigación, es un elemento importante en todas las políticas de la Junta, y que los veterinarios estén dentro de esos equipos de investigación. Sobre todo, fijaros, fíjense el tema de las vacunas, ahora mismo, los principales laboratorios que están sacando vacunas en España tienen unos orígenes veterinarios. Muchas veces se nos olvida.

Y entonces, además de eso, que el Cuerpo Superior Facultativo de Instituciones Sanitarias, de veterinarios que están en el SAS, también tiene entre sus funciones el tema de la investigación; lo que pasa es que la actividad asistencial es tan grande que nunca terminamos haciendo investigación, ¿no?, por esa sobrecarga que tenemos.

Bien. Y, por último, ya termino, y no quiero abusar de su confianza, el tema de…, ese reforzamiento, que estamos apostando en mejorar la asistencia sanitaria a través del reforzamiento de la salud pública, tiene que tener también una serie de medidas estructurales, hay que apostar por un modelo organizacional. Hay que seguir desarrollando la Ley de Salud Pública, los distintos decretos, dentro de la Consejería de Salud, dentro del Servicio Andaluz de Salud y dentro de la atención primaria. Hay que seguir, pero también hay que..., no solamente en la atención primaria como puerta de entrada, sino también como

elemento vertebrador, y con la salud pública como elemento vertebrador. Pero también hay que apostar por los profesionales sanitarios que estamos trabajando, entre los cuales nosotros nos encontramos. Y tenemos que aplaudir algunas de las acciones que ha seguido la Junta recientemente, como ha sido, dentro de la salud pública, la creación de las unidades de gestión de salud pública, que es importante, nos congratula. Pero es necesario desarrollarlas más, tenemos algunas incertidumbres sobre su aplicación.

Y respecto a estas unidades de gestión de salud pública, no podemos dejar de poner en valor el trabajo que estamos haciendo desde las unidades de protección de la salud, del SAS, de nuestros compañeros que llevan mucho tiempo trabajando en este tema, tanto para el acceso a las mismas como también... Y aquí quería hacer un inciso, queremos… Yo creo que no hemos reivindicado mucho hoy, pero sí queremos reivindicar este tema, es el tema de la carrera profesional de nuestros compañeros que están en el Servicio Andaluz de Salud, de los Cuerpos Superiores Facultativos de Instituciones Sanitarias, porque aplaudimos que la consejería esté apostando por la equiparación de sus sanitarios con las otras comunidades autónomas para que no tengamos la fuga de batas blancas, pero lo que no es de recibo es que dentro de los superiores..., de los profesionales sanitarios, dentro de los superiores de la Junta, que algunos no estén equiparados en cuanto a tema de carrera profesional. Entonces, eso es una de nuestras viejas reivindicaciones.

Y, por último, todo el tema de que la plantilla, la RPT que tiene actualmente la Consejería de Salud, pues que se cubra entera. Porque estamos asistiendo lamentablemente a que se ha quitado a algunos compañeros de algunas provincias para dárselo a otros, cuando lo suyo hubiera sido dotar más plazas, porque hemos sido de las plazas que menos hemos crecido, cuando las cargas de trabajo, como están viendo, están subiendo mucho.

Y, por último, en conclusión, lo que queremos decir es que la profesión veterinaria tiene un compromiso claro de servicio a la sociedad andaluza desde sus diferentes campos de actuación en los ámbitos de salud pública, sanidad y bienestar animal, seguridad alimentaria, salud ambiental, cuidado del medioambiente e investigación, todo dentro del paradigma de One Health, una salud, que necesita operativizarse a través del reforzamiento de un modelo de salud pública con acciones concretas tanto en el ámbito normativo, organizativo y presupuestario.

En aras de avanzar en un desarrollo integral de la salud pública en nuestra comunidad autónoma, es necesario que estemos preparados para anticiparnos al futuro y con ello mejoraremos la asistencia sanitaria de nuestra comunidad autónoma.

Muchísimas gracias.

La señora SÁNCHEZ MUÑOZ, PRESIDENTA DE LA COMISIÓN

—Muchísimas gracias a ustedes por sus aportaciones. Aquí están los cinco representantes de los cinco grupos políticos, que seguro que lo sumarán al documento final.

[*Intervención no registrada.*]

Disculpe, señor Moltó, es verdad, y tengo que ofrecer la voz a los distintos grupos a ver si alguien quiere hacer alguna pregunta.

Y disculpe, señor Moltó.

El señor MOLTÓ GARCÍA

—Muchas gracias.

No voy a hacer 20 preguntas, señora Sánchez, que yo voy a hacer nada más que una.

Agradeceros la comparecencia, espero que nos mandéis algún documento por escrito, porque a esta velocidad de lectura hasta a mí me ha costado seguiros.

Pero sí me gustaría, muy brevemente, que matizaras el tema de aclarar las competencias que has dicho en protección de la salud. Has dicho «aclarar competencias». ¿A qué os referís, al tema de la competencia con los ayuntamientos? Es que ahí me he perdido un poco.

El señor CHAVERNAS GARVI, RESPONSABLE DEL ÁREA DE SALUD DEL CONSEJO ANDALUZ DE COLEGIOS OFICIALES DE VETERINARIOS

—Sí. Bueno, ahí tenemos dos temas. Son dos temas competenciales de un tema, ¿no? Tenemos una reivindicación histórica dentro de los temas de salud ambiental, que estamos trabajando en salud ambiental, estamos llevando la salud ambiental, pero queremos que eso se quede aún más claro todavía dentro del ámbito de la consejería. Pero la parte más importante es la que tú comentas, Eugenio. Es que, como agente de la autoridad, nosotros tenemos la autoridad sanitaria nuestra, el consejero, nuestro presidente, los distintos delegados territoriales, y luego, solo como agentes de la autoridad en la consejería son los veterinarios del Cuerpo Superior Facultativo de Instituciones Sanitarias, que son muchas..., bueno, aparte de también los farmacéuticos del cuerpo superior facultativo de Instituciones Sanitarias, que tienen el papel de agente de la autoridad. Y tenemos que estar desde los distintos reales decretos del estado de alarma, todas las que son medidas de prevención y control para evitar la transmisión del COVID, es normativa tanto nacional como autonómica, donde nosotros tenemos que estar como agente de la autoridad comprobándola, ¿no? Pero muchas veces pues no está claro, delimitado, si muchas veces determinadas medidas de acción y control, cuando vamos a controlar un brote, un clúster, le corresponde a la Policía Local, a la Guardia Civil o lo tenemos que hacer nosotros. En ese sentido de protocolizar ese tipo de actuaciones… Porque algunas veces pues se pierde tiempo y, en este caso, lo que no se puede es perder tiempo. Es dejarlo todo muy controlado. Nosotros no… Vamos, de hecho, todo lo que son en cuanto… Nosotros ahora mismo el criterio que estamos utilizando

es que a partir de que tenemos una alerta, un caso de COVID en un establecimiento público, en cuanto tenemos una alerta no dudamos, porque es alerta de salud pública, vamos sobre la marcha. Pero muchas veces en lo que es el seguimiento preventivo —de lo que hemos dicho— de esas medidas, pues no está claro que tengamos que ser nosotros, la Guardia Civil, que sea la Policía Local.

Bueno, se me ha olvidado también el tema de lo importante que tiene también... Hemos hablado de la política de la salud, de todas las políticas como principio para los planteamientos sociales de salud; pero también es importante la acción local de salud, que se nos ha… Es que hemos ido tan deprisa, pero todo esto está en el documento, la importancia de la acción local en la salud, y esa vertebración, esa coordinación que se necesita de ese modelo de salud pública con los ayuntamientos y con… Eso es a lo que nos referíamos con esa delimitación de competencias. Por una parte, lo que llevamos mucho tiempo reivindicando —que lo estamos haciendo—, todo el tema de salud ambiental, que queremos que se nos quede medianamente claro. Y, por otra parte, todo lo que es el tema de agentes de salud pública, en relación con las medidas de prevención COVID con respecto a otras instituciones, en esos elementos que decíamos de coordinación.

El señor ASTUDILLO NAVARRO

Sí, el tema competencial, otro que corre menos prisa…

El señor CHAVERNAS GARVI

—No, eso no tiene…

El señor ASTUDILLO NAVARRO

Menos alerta que COVID, por ejemplo, es el tabaco, es otra cosa que está siempre... La competencia en el tabaco ¿a quién incurre? Al final, el cuerpo A4 ha tenido que ir a ver el tema del tabaco sin estar claras sus competencias.

Hombre, no urge tanto que un establecimiento tenga que tener las condiciones de tabaco que si ahora aparece un foco o un brote de COVID, pero es similar: las competencias tienen que estar más o menos definidas y claras, para que no haya problemas.

Y en salud ambiental —ya lo ha comentado Paco— hay varios temas distintos y eso queríamos que se aclarase y quedase claro.

El señor MOLTÓ GARCÍA

—Muchas gracias.

La señora SÁNCHEZ MUÑOZ, PRESIDENTA DE LA COMISIÓN

—Pues muchas gracias. ¿Van a dejar el documento aquí? Pues entonces se lo queda el señor letrado y él ya lo pasa a los grupos políticos.

Muchísimas gracias por todo.

El señor CHAVERNAS GARVI, PRESIDENTE DEL COLEGIO DE VETERINARIOS DE JAÉN

—A ustedes.

[*Receso*.]

SEMERGEN Andalucía (Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria)

La señora SÁNCHEZ MUÑOZ, PRESIDENTA DE LA COMISIÓN

—Bien, pues continuamos.

Damos la bienvenida ahora a SEMERGEN Andalucía, la Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria. Y comparece hoy aquí doña María Rosa Sánchez Pérez, presidenta.

Como sabe usted, tiene entre diez y quince minutos para la intervención. Para ello se puede quitar la mascarilla, si lo considera. Hay que darle al botón de hablar. Y si tiene alguna documentación o bien la entrega a los distintos portavoces o bien, si solo tiene una, la puede entregar al letrado. Y si no la tiene presente, la puede entregar por correo, por el mismo correo...

[*Intervención no registrada.*]

Perfecto, pues a hora se la recogemos. Vale, estupendo.

Pues cuando usted quiera, puede comenzar su intervención.

[*Intervención no registrada.*]

La señora SÁNCHEZ PÉREZ, PRESIDENTA DE SEMERGEN ANDALUCÍA

—Pues nada, me la quito y así es más fácil.

Ante todo, agradecer la invitación que me han hecho, como presidenta de SEMERGEN Andalucía, y la oportunidad de poder traer aquí nuestras propuestas.

SEMERGEN Andalucía es una sociedad científica que ha participado en numerosos grupos de trabajo con la Administración y hemos enviado nuestras propuestas en numerosas ocasiones.

Agradecemos poder plantearlas aquí, ya que representamos a un amplio colectivo de médicos de familia, que trabajan tanto en el medio urbano como en el rural y nos transmiten una visión muy real y muy amplia de la realidad sanitaria andaluza.

Antes de analizar nuestras propuestas de mejora, consideraríamos necesario realizar un breve análisis de cómo estaba la atención primaria antes de la pandemia.

La atención primaria, ya antes de la pandemia, por múltiples razones, estaba en una situación crítica, con una infrafinanciación crónica, con condiciones de trabajo precarias, una elevada temporalidad, falta de incentivos, una demanda desbordada, que se ha ido agravando por contar con unas plantillas insuficientes y la no cobertura de las ausencias, y la falta de un cambio de modelo que dé una mejor respuesta a las necesidades en la población.

El modelo actual, donde todo pasa por el médico, incluida una sobrecarga administrativa y burocrática que puede llegar al 20% de nuestra actividad asistencial, creemos que ya no es sostenible.

Con esta situación de la atención primaria, se adaptó en un tiempo récord a los cambios organizativos y a los nuevos circuitos y prácticas asistenciales que exigía la pandemia.

La pandemia, lo que hizo fue acrecentar los problemas crónicos que ya teníamos, siendo la atención primaria donde recayó la mayor carga de trabajo. El diagnóstico de casos, el seguimiento de los casos y los contactos, y una aplastante carga burocrática.

La atención primaria ha sido el invisible muro de contención, que ha asumido más del 80% de los pacientes con coronavirus que no precisaron ingreso hospitalario y ha mantenido además la atención al resto de problemas de salud.

Esta sobrecarga de trabajo ha generado estrés y frustración en los profesionales y ha repercutido en la atención que se les presta a los pacientes.

Actualmente, al retomar la atención presencial, de forma mayoritaria nos encontramos con multitud de consultas y de actividades retrasadas, que están desbordando la capacidad de respuesta de la atención de los médicos de familia. Nos estamos encontrando con una avalancha de patologías crónicas descompensadas, múltiples consultas sobre patologías osteoarticulares agravadas por la falta de movilidad —sobre todo, en personas mayores— y un destacado incremento de cuadros de ansiedad y depresión. Dar una respuesta a este trabajo con la calidad suficiente es imposible, si no contamos con los médicos de familia necesarios.

En la actualidad nos encontramos con una nueva ola de la pandemia. La vacunación, afortunadamente, ha disminuido los ingresos y ha propiciado que los casos sean más leves, pero esto terminará repercutiendo en que la sobrecarga de la atención primaria será mayor, más aun cuando va a coincidir con la pandemia de la gripe.

Si no hay un refuerzo importante de la atención primaria, en poco tiempo nos tememos que puede colapsar y, tras ella, el hospital y todo el sistema sanitario público.

Una vez comentado esto, hemos resumido en diez medidas las propuestas que traemos para mejorar la asistencia sanitaria en Andalucía, centrándonos en concreto en atención primaria.

La primera propuesta —que yo creo que es fundamental, es la más importante— es que es prioritario aumentar el presupuesto en sanidad y, de este, destinar un mínimo de un 25% a la atención primaria. En Andalucía se ha incrementado el presupuesto sanitario y se ha aumentado el presupuesto destinado a atención primaria, pero todavía está lejos de ese 25% que se reclama.

Destacar que el presupuesto se debe destinar tanto a la mejora de infraestructuras, que son imprescindibles en algunos casos, pero, sobre todo, es imprescindible el aumento de plantillas, destacando las de los médicos de familia, que es donde el déficit es más grave, y lo será aún más con las masivas jubilaciones que se prevén. Realmente estamos ante una situación, crítica no, lo siguiente.

La segunda propuesta es mejorar las condiciones laborales de los profesionales de atención primaria, sobre todo, con el objetivo de fidelizar a los médicos que acaban la especialidad y que no se

vayan ni fuera de Andalucía ni al sistema privado. Para eso, consideramos que mejorar las condiciones laborales sería igualar los salarios a la media de los salarios a nivel nacional, que hay que estabilizar y ampliar las plantillas, para permitir que se mantenga una de las características fundamentales de la atención primaria, que es la atención longitudinal. La mejor manera para esta estabilidad consideramos que son las convocatorias anuales o bianuales de oposiciones y traslados.

La oferta de plazas de dispositivos de apoyo no puede sustituir el déficit de plazas estructurales, pensamos que es excesiva la proporción de plazas de dispositivos de apoyo que se ofertan en las oposiciones. Este tipo de dispositivos lo que se encargan es de cubrir los salientes de guardia de los médicos de plantilla del centro de salud y hacer los turnos de guardia. Estos médicos son médicos sin cupo y sin centro asignado, o sea, pertenecen al distrito y van cubriendo lo que va surgiendo.

Estos tipos de contratos terminan en los médicos de familia más jóvenes, son contratos que dificultan la conciliación familiar y laboral, y que frustran sus expectativas de desarrollo profesional. Estos contratos producen rechazo y ocasionan que médicos de familia se vayan a otros lugares o a la privada. Estos contratos son necesarios, pero habrá que intentar que no tengan el porcentaje tan elevado que tienen actualmente.

Pensamos que es muy importante fidelizar a los MIR que acaban la especialidad, ofertando contratos de larga duración que les permitan desarrollar la especialidad para la que se han formado, sustituir las ausencias prolongadas y las jubilaciones. Hay que respetar el tiempo de consulta del médico de familia, o sea, no se pueden añadir pacientes en el mismo horario donde están citados otros pacientes.

Es necesario implantar la continuidad asistencial en las mismas condiciones que en los hospitales.

La tercera propuesta va respecto a la capacidad de resolución de los médicos de familia, o sea, esto, bueno, pues son propuestas y peticiones reiteradas, que es que los médicos de familia deben de tener acceso al catálogo de pruebas diagnósticas igual que los especialistas de hospital.

La cuarta propuesta, la desburocratización de las consultas del médico de familia. El Servicio Andaluz de Salud ha publicado un documento de desburocratización que recoge diez medidas, que son muy buenas, pero que tienen una implantación muy desigual. Entonces, bueno, habría que hacer un seguimiento para que eso poco a poco se vaya asentando y realmente se cumpla.

La quinta propuesta es desarrollar las competencias profesionales de todo el equipo y asignar las tareas en función de esas competencias. Lo que comentábamos antes de un modelo donde todo pasa por el médico, que ya no es sostenible, pues habrá que empezar a potenciar otros perfiles profesionales, que, bueno, se recogen en el Plan Estratégico de la Atención Primaria 2020-2022, y ya aparecen y nosotros estamos de acuerdo con ello y pensamos que hay que potenciarlo. Unos son los administrativos sanitarios, que nos parecen fundamentales, existen múltiples consultas administrativas que podrían y deberían resolver los administrativos y no deberían llegar al médico. Otro aspecto es la consulta de acogida de enfermería, para la valoración de consultas no demorables de baja complejidad, que pueden ser resueltas mediante cuidados y autocuidados y con la indicación de fármacos para los que la enfermería está autorizada. El objetivo de estas consultas, además de resolver o reorientar este

tipo de consultas mejorando la accesibilidad, sería también mejorar la alfabetización en salud, o sea, que la población sepa qué hacer ante síntomas leves que no precisarían acudir a un centro sanitario.

La sexta propuesta es potenciar la atención a la cronicidad y a la fragilidad, o sea, recuperando el trabajo médico-enfermera. Actualmente todavía están dispensarizadas muchas de las actividades que se hacen en los centros de salud, esto rompe el equipo médico-enfermero y rompe la continuidad asistencial. Pensamos que ya se debe recuperar ese equipo. Y se debe desarrollar la detección de los activos de salud y el trabajo con la comunidad.

La séptima propuesta sería mejorar la comunicación entre atención primaria y hospital, con la implantación de interconsultas no presenciales, pero siempre cuidando que el médico de familia no se convierta en el secretario del especialista de hospital, que le indica las pruebas o los tratamientos que debe hacer sin ver al paciente. La comunicación debe de ser bidireccional y con un tiempo asignado en la agenda para resolver estas consultas. La teleconsulta es una idea fantástica, resuelve que el paciente no tenga que desplazarse al hospital, pero se está haciendo un uso..., se debe hacer un seguimiento para que el uso sea correcto.

Luego, otra de las propuestas, la octava, es la de los dobles circuitos; o sea, mientras exista una situación provocada por la pandemia hay que mantener los dobles circuitos y la consulta telefónica, pero hay que tener una consideración importante, que debemos ser conscientes de que las consultas telefónicas deben ser siempre filtradas por un administrativo en base unos protocolos. Este tipo de consultas, y ya hay estudios de la consulta telefónica en periodo antes de la pandemia, se ve que favorecen consultas poco relevantes por las que los pacientes no acudirían presencialmente a un centro de salud. Sin el triaje, lo que ocasiona la consulta telefónica es un empeoramiento de la accesibilidad porque ocasionan demoras por sobrecarga y retrasan la atención a los problemas más graves. Hay que hacer un uso adecuado de la oferta de consulta telefónica y siempre con un filtro.

Los rastreos de contactos y test masivos se deben externalizar y realizar fuera de los centros de salud. La atención primaria nosotros creemos que debe asumir el diagnóstico y seguimiento de los casos, o sea, los casos sí que los debemos llevar los médicos de familia, los rastreos se deben realizar de forma externa.

Y la novena propuesta es recuperar las actividades de formación continuada y el desarrollo de la investigación en atención primaria. Los médicos de familia tenemos un campo de competencias muy extenso y debemos mantener una actualización continua que se debe contemplar en la agenda de nuestro trabajo, no puede quedar como que sea que cada uno, cuando tenga tiempo por la tarde, se actualice.

Y respecto a la investigación pues se deben realizar convocatorias específicas que recojan las características propias de la atención primaria, o sea, atención primaria en investigación no puede competir en las mismas condiciones que el hospital, obviamente, porque no tenemos esas facilidades, ¿no?

Y el décimo punto y también muy importante, y no por ser el último, es la docencia. Sería conveniente el reconocimiento de la figura del tutor, estableciendo medidas que faciliten la docencia, el reconocimiento como mérito en oposiciones y traslados, y proteger las plazas docentes. En un centro acreditado

para la docencia deben tener preferencia, esto sé que hay gente que no lo entiende, pero deben tener preferencia acreditada los profesionales acreditados como tutores. Porque es la única forma de mantener la capacidad de formación MIR. Ahora mismo, con este importante concurso de traslados y oposiciones, que es magnífico, pero se han roto muchos centros de salud, o sea, muchos centros docentes con una capacidad formativa muy buena pues los tutores se han ido a zonas no acreditadas y entran profesionales que no tienen la acreditación, con lo cual se resienten muchísimo las plazas de las que disponemos para formar a los MIR.

Bueno, estas diez medidas pensamos que contribuirían a mantener una atención primaria con capacidad para prestar una atención sanitaria de calidad, fidelizar a los profesionales y prestigiar su trabajo.

Para finalizar, consideramos que dada la gravedad del déficit de profesionales en atención primaria, en concreto de médicos de familia, y la necesidad de regular la demanda infinita de la población, tanto la producida por el envejecimiento poblacional como la generada por la demanda de patologías de baja complejidad realizadas por población joven, se hace imprescindible educar a la población para un uso racional de los servicios sanitarios, potenciar el autocuidado y la desmedicalización. Pero el aspecto más importante pensamos que es despolitizar la sanidad, nunca antes había corrido un riesgo tan elevado la atención primaria en España. Realizar un pacto por la sanidad para mantener el sistema sanitario público y la atención primaria es su responsabilidad y está en sus manos llevarlo a cabo.

Muchas gracias.

Disponible a las respuestas, a las preguntas que me quieran hacer.

La señora SÁNCHEZ MUÑOZ, PRESIDENTA DE LA COMISIÓN

—Muchísimas gracias por la intervención.

¿Algún compañero de la Mesa quiere hacer alguna cuestión?

Nada.

Pues nada, estamos agradecidos por su participación en este grupo de trabajo, y su intervención se la quedará el letrado, que se la pasará a todos los grupos.

Gracias.