



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

25 de enero de 2022

Número 5

Comisión de Salud y Familias



SERVICIO DE PUBLICACIONES OFICIALES

ORDEN DEL DÍA

COMPARECENCIAS

Comparecencias informativas

SUMARIO

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

COMPARECENCIAS INFORMATIVAS

Dirección general de Cuidados Sociosanitarios de la Consejería de Salud y Familias (pág. 4)

Interviene:

D. José Repiso Torres, director general de Cuidados Sociosanitarios.

Plataforma de Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) (pág. 10)

Intervienen:

Dña. María Ángeles Arellano Berni, portavoz de la Plataforma TCAE de Córdoba.

Dña. Francisca González Sánchez, Portavoz de la Plataforma TCAE de Sevilla.

Área de Gestión Sanitaria Norte de Jaén (pág. 16)

Interviene:

Dña. María Belén Martínez Lechuga, Gerente del Área de Gestión Sanitaria Norte de Jaén.

Facultad de Medicina de Sevilla (pág. 25)

Interviene:

D. Luis Capitán Morales, decano en funciones de la Facultad de Medicina de Sevilla.

*Asociación andaluza de residencias y servicios de atención a los mayores, sector solidario
(Lares Andalucía) (pág. 34)*

Interviene:

D. Fernando Acosta Aguilar, presidente de Lares Andalucía.

Se levanta la sesión a las trece horas, veintiocho minutos del día veinticinco de enero de dos mil veintidós.

Comparecencias informativas

Dirección general de Cuidados Sociosanitarios de la Consejería de Salud y Familias

La señora SÁNCHEZ MUÑOZ, PRESIDENTA DE LA COMISIÓN

—Buenos días, comenzamos esta última sesión del Grupo de Trabajo relativo a mejora de la asistencia sanitaria en nuestra comunidad autónoma.

Viene hoy convocado el director general de Cuidados Sociosanitarios. Si usted quiere, para intervenir puede retirarse la mascarilla. Si usted considera que debe dejar alguna documentación, se la puede dejar al señor letrado, que se la pasará a todos los grupos a través de sus portavoces. Y cuando usted quiera, sabe que tiene un tiempo de intervención entre 15 y 20 minutos para exponer sus teorías.

Muchísimas gracias. Cuando quiera.

El señor REPISO TORRES, DIRECTOR GENERAL DE CUIDADOS SOCIOSANITARIOS

—Perfecto. Si no se me oye bien, me la quito, ¿vale?

En primer lugar, quiero agradecer la invitación a comparecer ante ustedes, siéndome grato el poderles describir en primera persona, de manera somera, el trabajo desarrollado por este centro directivo y el futuro que nos depara.

Hemos de situarnos allá en febrero de 2019 cuando alguien tuvo la visión, en un contexto de limitación de altos cargos, de crear esta dirección general.

En política el concepto estratégico, el concepto de visión, deberíamos acogerlo más a menudo, todo ello a fin de tomar decisiones estructurales a medio plazo que mejoren la vida de las personas.

¿Qué se había trabajado en el ámbito sociosanitario en la Junta de Andalucía? Pues poco o muy poco. Había un clamor general entre el personal de la casa, que ni cuando ambas consejerías estaban juntas se había realizado una política de coordinación. Quizás es cosa de la Administración, quizás es cosa de las personas. En definitiva, poco o nada teníamos de referencia para comenzar nuestro trabajo. Una de las primeras decisiones fue compartir el conocimiento de otras comunidades autónomas que llevaban años muy por delante en ese ámbito.

Una pregunta que me ha resonado en este tiempo una y otra vez: ¿cómo una Administración para cobrar un tique de zona azul lo puede hacer en dos meses, con la intervención de dos empresas privadas, quitándonos 30 euros del banco, y en nuestro ámbito había tanta resistencia al cambio y a la coordinación?

Por cierto, no me gusta la palabra «coordinación» en este ámbito. Creo que en lo sociosanitario como un todo, como una zona donde confluyen las necesidades y las respuestas. Las personas no somos compartimentos estancos. También por eso la respuesta de las Administraciones tiene que ser compartida y conjunta.

Estábamos en el 2019, comenzamos a trabajar en varias líneas que creíamos fundamentales. La primera, que un problema de salud no se convierta en un condicionante de vulnerabilidad social; la interlocución con entidades, asociaciones de pacientes, sociedades científicas, etcétera; incardinar la salud y sus profesionales en los recursos sociales; implementar la propia estrategia sociosanitaria desde la Junta de Andalucía; priorizar la salud mental, en el sentido más amplio, con nuevas líneas estratégicas, incorporando las adicciones al ámbito de salud, y, por último, llevar la humanización a la atención sanitaria, trabajando por la equidad en el territorio.

La atención sociosanitaria representa un reto para el sistema de salud y para el sistema de servicios sociales, reto agudizado tras la pandemia ocasionada por la COVID-19.

Los avances alcanzados en este ámbito no habían supuesto logros significativos, excepto alguna experiencia aislada y desigual. El cambio del perfil sociodemográfico y cultural de la población en los últimos años está generando un aumento de la fragilidad y la dependencia. Y no siempre la respuesta de los sistemas se adecúa a las necesidades y a los cuidados que va precisando la ciudadanía, siendo necesaria su adaptación, generando una mayor accesibilidad y calidad en los servicios de atención social y sanitaria.

La dimensión sociosanitaria alcanza una gran complejidad, sobre todo, en su gobernanza, al venir determinada por su naturaleza plurinstitucional, multidisciplinar e integral en la respuesta a las personas.

La desigual trayectoria del sistema de salud y de servicios sociales, en cuanto a sus diferencias históricas, es otro de los condicionantes. En la actual crisis sanitaria, la relación entre ambas consejerías se ha estrechado y ha quedado plasmada en la creación de las comisiones autonómicas y provinciales para la coordinación en materia sociosanitaria de Andalucía, dada la crudeza que la pandemia ha tenido, sobre todo, en las residencias de personas mayores, que ha precisado la adopción de medidas sanitarias específicas de manera ágil y rápida.

Otra cuestión puesta de manifiesto por la emergencia sanitaria generada por la COVID es la fragilidad de la organización social del cuidado y la necesidad de situarla en el centro del debate social y político para afrontar los retos de los cambios sociales y demográficos, especialmente del envejecimiento de la población, siendo necesario transformar el modelo de cuidados profesionales en centros residenciales y en la comunidad, favoreciendo la permanencia de las personas en su entorno habitual.

El proceso de envejecimiento demográfico y el vuelco de las pirámides de población están cambiando las previsiones sociales y sanitarias de nuestra sociedad. La mayor longevidad debe ir acompañada de calidad de vida. La situación es la de un crecimiento constante, tanto de la prevalencia como de los costes de las enfermedades crónicas, del mismo modo que aumentan las necesidades en los cuidados

de las personas con discapacidad y las que están en situación de dependencia, situaciones que se dan con mayor frecuencia en las personas mayores.

Según datos del Centro Superior de Investigaciones Científicas, las personas mayores suponen el 43,3% de todas las altas hospitalarias, presentan estancias más largas que el resto de la población, y más de la mitad de todas las estancias causadas en hospitales se debe a la población mayor.

Vimos, pues, necesario priorizar el impulso de una atención integral a las personas con necesidades de apoyo asistencial intenso y complejo, coordinando de modo continuo y sistemático los servicios sanitarios y los sociales, fomentando el trabajo en equipos interdisciplinarios e intersectoriales, que garantice la continuidad de los cuidados con la máxima participación de la persona y de su entorno.

¿Pero qué es la atención sociosanitaria? La atención sociosanitaria se define como el conjunto de cuidados destinados a aquellas personas que, por sus especiales características, pueden beneficiarse de las actuaciones simultáneas de los servicios sanitarios y sociales para obtener sinergias que mejoren el estado de su bienestar, y que incluyen las actividades tendentes a aumentar la autonomía, paliar las limitaciones o sufrimientos y facilitar la inclusión social y la convivencia familiar.

En el ámbito sanitario, comprende los cuidados sanitarios de larga duración, la atención sanitaria, la convalecencia y la rehabilitación en personas con déficit funcional recuperable. En el ámbito de los servicios sociales, comprende aquellas actuaciones que confieren cuidar de las personas en su entorno, así como el catálogo del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia.

En el área de drogodependencia e inclusión, en primer lugar, hay que destacar el fin de la anomalía de que el área de adicciones no dependiera de la Consejería de Sanidad del momento. Es verdad que hay un componente biopsicosocial, pero también que éramos la única comunidad autónoma en esta situación.

En el área de drogodependencia e inclusión se ha apostado por una mejora, por la ampliación y renovación de los siguientes proyectos: principalmente, fortalecer la red de centros locales de atención a las adicciones, crear un protocolo de trabajo conjunto de salud mental y el área de adicciones.

Esto, a modo anecdótico. En el Servicio Andaluz de Salud hay una jefatura de servicio de salud mental, no hay una de urología ni de cardiología, pero la hay de salud mental. Lo que hicimos fue, pues, de alguna manera, que compartieran espacio y compartieran trabajo.

Estamos trabajando en el abordaje de la patología dual —algo muy necesario—, y de lo que esperamos que en las próximas semanas tengamos la primera comunidad terapéutica de patología dual pública de Andalucía, y de las primeras que hay en España; la conexión Diraya-Sipasda, los dos sistemas informáticos desde el ámbito sanitario y del de adicciones, y en el ámbito de la formación.

En el ámbito de la salud mental se han puesto en funcionamiento 52 ETIC, 52 equipos de tratamiento intensivo comunitario, uno por cada unidad de gestión clínica de salud mental. Se han contratado 26 psicólogos clínicos para primaria, queriendo llegar a la cifra de 78 psicólogos, uno también por cada unidad de salud mental.

Estamos a punto de presentar el plan autonómico de prevención del suicidio, se han puesto en marcha dos unidades de trastorno de conducta alimentaria y la oficina del Defensor de las Personas con Problemas de Salud Mental.

En el ámbito de la humanización, saben ustedes que se presentó, no hace mucho, el Plan de Humanización del SSPA, donde además se ha puesto en marcha la «Plataforma Humaniza Andalucía», que recoge las buenas prácticas que se dan en muchos hospitales y en muchos centros de primaria.

Uno de los problemas que tenemos en el sistema sanitario, y en Andalucía en general, es su amplitud, y eso al final nos lleva a un problema de equidad. Hay muy buenas prácticas y se trata de que esas buenas prácticas lleguen a todos los centros sanitarios.

En este sentido, quiero hacer también una demanda histórica del movimiento asociativo que era la mejora de la accesibilidad a personas con TEA, con trastorno del espectro autista. Y, bueno, se ha hecho un protocolo para todos los centros sanitarios, de alguna manera, para que los profesionales tengan claro la atención, desde los pictogramas hasta la accesibilidad al centro, pura y dura.

Volvamos a la prepandemia. Las características de la atención sanitaria en centros residenciales de mayores, previa a la pandemia, es el punto de partida para definir un modelo organizativo de atención. En este ámbito, la situación venía indicando que, en términos generales, la asistencia sanitaria que se prestaba desde el SSPA a los centros residenciales atendía principalmente a demandas burocráticas. Era muy heterogénea, por la diversidad de centros residenciales, por su distribución geográfica. Existía una escasa coordinación entre atención primaria y los centros residenciales. La accesibilidad a los servicios sanitarios era muy compleja, mucho más compleja que para la población en general. Y el uso de las TIC era muy poco.

El seguimiento durante la pandemia nos hace tomar conciencia de la necesidad de atención sanitaria, tanto general como específica, para estos centros residenciales. Durante la pandemia se ha llegado a realizar el seguimiento sanitario proactivo a 2.107 centros sociosanitarios. El objetivo ha sido mantener un seguimiento de personas en situación de cronicidad, de mayor complejidad, y situaciones de vulnerabilidad relacionadas con la dependencia, para prevenir el agravamiento de problemas de salud previos y garantizar la no aparición de problemas colaterales.

Las actuaciones que se han desarrollado durante este periodo son las siguientes.

Seguimiento proactivo de residencias por parte de la enfermera gestora de casos. Aquí sí quiero hacer un reconocimiento del papel que ha tenido la enfermería en estos centros durante la pandemia.

La medicalización de centros, que ustedes conocen.

El traslado a espacios habilitados para uso sanitario.

La prevención y detección de infección por COVID mediante realización de cribado.

La vacunación.

Y la formación de profesionales. Teníamos un sector muy poco formado en habilidades de tipo sanitario.

Hoy por hoy, apostamos por un modelo donde el núcleo de la atención sanitaria se base en la asignación necesaria a cada centro residencial, de un único equipo médico y enfermera del centro de salud

de referencia, independientemente de la asistencia, o no, de profesionales sanitarios en este centro residencial. Así como en aquellos distritos o áreas de gestión sanitaria donde confluya un número igual o mayor de 1.500 plazas residenciales de personas mayores, crear las unidades de residencia. Son unidades que dependerán propiamente del distrito, y cuyas funciones son el seguimiento y evaluación de las acciones establecidas, consultoría, gestión de casos..., etcétera.

Habría dos modelos: el modelo de la atención primaria, el modelo de las unidades de gestión de residencias. ¿De qué depende? Depende, evidentemente, de las plazas residenciales de la zona. Hay ya en funcionamiento varias unidades de gestión de residencias, por ejemplo, en Málaga, Costa del Sol, por la alta densidad de plazas residenciales y, evidentemente, eso no tendría sentido en otra zona donde no hubiera tantas plazas.

Nos encontramos en marzo del 2020, antes del estado de alarma ya estábamos tomando iniciativas del tipo de suspender visitas y salidas. Conformamos un equipo de enfermeras gestoras de casos, creando incluso una plataforma que todavía hoy sigue vigente para saber el número de positivos que tenemos en estos centros residenciales. En este momento nos dieron las competencias de los centros residenciales —estamos hablando, como digo, de marzo del 2020, momentos convulsos—. El ámbito sanitario no estaba acostumbrado a entrar ahí: desde la Inspección de Servicios Sanitarios, que no entraba en estos centros residenciales, hasta la propia atención primaria, a niveles muy básicos.

Cuando nosotros estábamos haciendo todo esto, desde intervenir centros evacuando a otros centros, poniendo centros de evacuación, otras comunidades autónomas no las veían venir —y perdón por la expresión, pero es así de simple—. ¿Recuerdan ustedes todos los episodios de la residencia de Alcalá del Valle, cuando los reubicamos en La Línea? Bueno, pues, cuando nosotros estábamos haciendo eso el 19 de marzo, había comunidades autónomas que todavía no estaban tomando ningún tipo de medidas, y nosotros ya habíamos desde suspendido visitas y salidas, hasta la red de enfermeras gestoras de casos, hasta las propias intervenciones que estábamos haciendo en algunos centros residenciales.

Y digo que cuál es el resultado, y termino. La Comunidad Autónoma de Andalucía, y voy a dar datos del IECA y del Ministerio de Sanidad, en la Comunidad Autónoma de Andalucía hay 11.641 fallecidos, esto es de hace unos días, y puede que, en el día de hoy —ha habido treinta y tantos fallecidos más—, 11.641. En residencias, 2.346, es decir, tanto por ciento de fallecidos en residencias, del total de fallecidos, el 20%. En Castilla-La Mancha ha sido del 44%. En Castilla y León, el 54% del total de fallecidos. En Cataluña, el 35. En Extremadura, el 56. Y en la Comunidad de Madrid, el 39.

Si comparamos el número de fallecidos en residencias por cada 100.000 habitantes de la comunidad autónoma, en Andalucía estamos en el 27. En Castilla-La Mancha, en 144. En Castilla y León, en 175. En Cataluña, en 75. En Extremadura, en 109. Y en la Comunidad de Madrid, 96.

Este es el resultado del trabajo que se ha hecho, y que, desde luego, no es mérito mío en exclusiva, principalmente es de los y las profesionales del Servicio Andaluz de Salud, de la Inspección de Servicios Sanitarios.

Y ya termino con una reflexión, esté yo o no esté, esté mi grupo político o no esté gobernando en las próximas elecciones, obviamente tengo mis preferencias, sí quiero hacerles una reflexión: la salud y la dependencia tienen que ir de la mano. La pandemia nos ha enseñado que la salud y la dependencia son lo mismo, porque una rehabilitación funcional, en la terminología de salud y en el ámbito de la dependencia, estamos hablando de la prevención de la dependencia y, sin embargo, estamos hablando de las mismas personas.

Así que aquí les dejo mis reflexiones, les dejo mis datos. Y muchísimas gracias.

La señora SÁNCHEZ MUÑOZ, PRESIDENTA DE LA COMISIÓN

—Muchísimas gracias a usted por su intervención.

Es el turno de los grupos políticos. ¿Alguno tendría que hacer alguna consideración? ¿No?

Pues, muchísimas gracias por su presencia en este grupo de trabajo.

[Receso.]

Plataforma de Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE)

La señora SÁNCHEZ MUÑOZ, PRESIDENTA DE LA COMISIÓN

—Buenos días, tenemos aquí presentes a la Plataforma de Técnicos Sanitarios. Saben ustedes que tienen un tiempo de intervención entre quince y veinte minutos. Para intervenir pueden quitarse la mascarilla, y que si después los portavoces lo consideran, podrán hacerles alguna consulta o consideración.

Para hablar tienen que darle al botoncito de hablar.

Bienvenidas, y cuando ustedes quieran.

La señora ARELLANO BERNI, PORTAVOZ DE LA PLATAFORMA TCAE DE CÓRDOBA

—Buenos días, somos los representantes de la plataforma Unidad por el C1. Como representamos a un grupo muy extenso, de más de tres mil técnicos en cuidados auxiliares de enfermería, pues me tengo que guiar un poquito por el guion que traemos.

Primeramente, antes de comenzar, queremos hacer hincapié en que somos técnicos en cuidados auxiliares de enfermería. Llevamos años y años trabajando en la sanidad y consideramos que hemos intentado siempre mejorar esa sanidad, pero no hemos sido reconocidas en ningún momento por ningún estamento ni ninguna Administración tanto sanitaria como demostraríamos también en educación.

Por ello, la primera mejora que proponemos es el reconocimiento de que somos técnicos y, por tanto, debemos de considerar el trabajo que realizamos diariamente tanto en hospitales, centros de salud, como en residencias. Ya que realizamos unos cuidados mediante técnicas, de forma autónoma y sin la supervisión de ninguna persona en estos hospitales. Sin embargo, para el SAS somos nivel ESO académicamente. Estamos formados con una titulación de formación profesional desde hace más de cuarenta años, por lo tanto, esta formación nos capacita para realizar dichas técnicas. Además, nos formamos a lo largo de la vida laboral continuamente, con infinidad de horas en cursos impartidos por universidades, pero también por el propio SAS, que esos cursos son de nivel de técnico. En ningún momento, podemos considerarnos nivel de la ESO.

Por tanto, si lo que tratamos es de mejorar esta sanidad, que es a lo que venimos, es empezando por el reconocimiento de todos los años que llevamos ejercitándonos como técnicos sin dicho reconocimiento ni remuneración. ¿En qué nos basamos en el punto de que no nos reconocen ni ese nivel de técnico ni de remuneración? Pues porque si nos reconocen como nivel de la ESO nos están considerando una categoría profesional de nivel C2. Sin embargo, si nos reconocen como el trabajo que

realizamos como técnicos, con esas técnicas, nos deberían reconocer como categoría profesional C1, lo que hasta ahora no han hecho.

Estamos capacitadas para realizar multitud de tareas mediante esas técnicas. Si continúan sin darnos este reconocimiento, por lo tanto, realizaríamos menos funciones y, por consiguiente, la calidad asistencial se vería reducida. Si nosotros nos limitamos a hacer funciones de la ESO, no podríamos hacer un electro, como estamos haciendo actualmente en urgencias. Si nos dan ese reconocimiento, nosotros abarcaríamos muchísimas funciones que ahora mismo no nos son reconocidas.

Por lo tanto, para continuar con esta exposición, tocaríamos el punto siguiente, que es actualizar las funciones de los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería. Hemos llegado a la conclusión de que cada hospital de la sanidad en Andalucía marca sus propias funciones, según las necesidades que tiene ese puesto de trabajo, determinadas siempre por el gerente y la dirección de enfermería, quienes nos obligan a realizar funciones no sanitarias, en lugar de destinar nuestro tiempo de trabajo a actividades sanitarias. Ocurre en muchísimas ocasiones que estamos realizando higiene en el paciente y tenemos que parar nuestro propio trabajo de técnico de higiene para realizar..., pues empujar un carro de cocina, un carro de lencería. Entonces, dedicamos tiempo tanto a sanitarias como a no sanitarias. Esto hace que la calidad asistencial empeore, haciendo que dejemos de realizar nuestro propio trabajo para atender una tarea no sanitaria. ¿Por qué ocurre esto? Pues porque tenemos unas funciones de 1973. ¿Quién de vosotros podría decirnos que estamos realizando unas funciones de 1973? La sanidad ha prosperado, la sanidad ha evolucionado y, sin embargo, a nosotros nos consideran como que estamos todavía en el 1973.

Usan la palabra «delegar» para ampliar esas funciones, ¿en qué consiste delegar? Pues las funciones que son de enfermería son derivadas al técnico en cuidados auxiliares de enfermería, nosotras las realizamos y, sin embargo, en la historia clínica..., podemos demostrar que en la historia clínica pone realizadas por el enfermero. En ningún momento, nos dejan a nosotras en el ordenador poder registrar ninguna función del técnico en cuidados auxiliares de enfermería. Nosotras nos limitamos a realizar el trabajo y posteriormente el enfermero registra en la historia. Por lo tanto, mejoraría la calidad de la sanidad si nos dedicamos a realizar nuestro trabajo como técnicos y registrarlo posteriormente en la historia clínica. Mejoraría cuando todos los estamentos que están dentro de la sanidad sepan que el trabajo es multidisciplinar y cada uno realizaría su propio trabajo.

Continuamos afirmando que somos parte de enfermería, los que más cerca estamos del paciente, nos convertimos en su centinela. ¿Qué quiere decir esto? Pues nosotros, en nuestro trabajo diario, observamos y vemos todos los signos que el paciente tiene en esos momentos, y los trasladamos al enfermero o médico. Por lo tanto, recalcamos que trabajamos en un equipo. Si potenciamos en la sanidad el trabajo en equipo, mejorará la calidad del paciente y, por supuesto, sus cuidados.

Tenemos que pensar que ningún enfermero ni enfermera puede realizar ninguna tarea sin la colaboración del técnico en cuidados auxiliares de enfermería. ¿Por qué? Porque si nosotros realizamos

un cuidado..., perdón, si el enfermero realiza un cuidado, siempre está colaborando un técnico, porque ese material que necesita en ese cuidado es proporcionado por el técnico, recogido posteriormente, eliminándolo o esterilizando. Esas tareas que realizan los técnicos, hasta ahora, no son reconocidas por ninguna Administración. Y, por consiguiente, nos nombran como intrusos en la propia Administración, en las noticias que leemos continuamente.

Continuando con estas mejoras, nombraríamos también la posible participación de los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería en programas de educación sanitaria en los centros de salud. Escuchamos continuamente que los centros de salud están colapsados, están sin personal de enfermeros, pero nunca se nos ha pasado preguntar si el técnico de cuidados auxiliares de enfermería podría realizar algunas de las tareas que se realizan en esos centros de salud, reconociéndolo, y de esa forma reducir la carga asistencial que tiene el enfermero.

Pensamos que la población ha envejecido, y muchos de estos pacientes que acuden a los centros de salud son personas con patologías crónicas que necesitan más cuidados y, por lo tanto, son personas que asisten con más asiduidad a los centros de salud. Mejoraríamos la atención en los centros de salud si contásemos con la figura del técnico en cuidados auxiliares de enfermería.

Para continuar, nombraremos la ratio. ¿En qué consiste la ratio? Pues, queremos que esa calidad para la sanidad sea adecuada. Si el técnico se dedica a..., de 14 a 28 pacientes en una unidad será inviable que demos, que prestemos los cuidados más adecuados cuando tenemos que realizar tareas sanitarias y no sanitarias. Debemos tener en cuenta que la población precisa más cuidados. Con lo cual, tendremos que realizar más higiene, más ayuda a alimentarse y, por consiguiente, necesitaríamos bajar posiblemente la ratio, pero debemos reconsiderar que la ratio no solo es un número de pacientes en una unidad, sino que también son las condiciones que tiene ese paciente en esa unidad.

Reforzar al personal de enfermería no significa solo reforzar a un enfermero, sino que el técnico debe ser también reforzado y, por lo tanto, tener unas medidas de qué ratio estamos tratando en los hospitales.

Una última mejora, que no por ello es menos importante, sería nombrar el coordinador de los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería. En el presupuesto del Servicio Andaluz de Salud viene en años anteriores presupuestado como gasto. En ningún momento ha sido convocado en ningún hospital de Andalucía, nos hemos ido informando, y comentan que en algunas ocasiones lo han pensado, y ha estado una figura que en realidad no ha hecho la figura de coordinador ni ha sido convocada por los gerentes de cada hospital. Si el coordinador de técnicos en cuidados auxiliares de enfermería está considerado dentro del presupuesto de salud en Andalucía, es porque habrá considerado el propio Servicio de Andaluz de Salud que es importante para los hospitales. Y aún no hemos conocido ningún coordinador de los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería. Consideramos que su presencia podría mejorar la calidad que prestamos y pensamos que si el SAS lo ha presupuestado es porque considerará importante dicha figura.

Para concluir, de todas las mejoras expuestas diremos que somos un personal que realizamos funciones que mejoran la calidad en la atención y cuidado del paciente e incluso el presupuesto económico de la sanidad, ya que si registramos todo lo realizado abarcaríamos muchas de las funciones que enfermería tiene como suyas. Pensamos que el técnico debe estar considerado en todos los hospitales y centros de salud.

Acabaremos la exposición como la comenzamos: si se reconoce el trabajo de los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería contribuiremos a mejorar la sanidad en Andalucía, ya que la Administración nos ha dejado por mucho tiempo al margen de la sanidad.

Muchas gracias.

La señora SÁNCHEZ MUÑOZ, PRESIDENTA DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias.

¿Algún portavoz quisiera hacer alguna intervención?

Pues nada, le agradecemos su participación en este grupo de trabajo. Si ustedes consideran que quieren pasar alguna documentación al letrado, para que reparta entre los grupos, pueden hacerlo presencialmente o por correo.

La señora ARELLANO BERNI, PORTAVOZ DE LA PLATAFORMA TCAE DE CÓRDOBA

—Lo he mandado por correo con antelación. He mandado las funciones y el texto para que lo tuviesen.

La señora SÁNCHEZ MUÑOZ, PRESIDENTA DE LA COMISIÓN

—Estupendo.

La señora ARELLANO BERNI, PORTAVOZ DE LA PLATAFORMA TCAE DE CÓRDOBA

—Y solamente, ya que hemos terminado la exposición oficial..., solamente queremos recalcar que con todos vosotros hemos tenido reuniones previas de forma individual. Esta, pues, imponía un poquito porque es todos juntos.

Pero ese reconocimiento que ahora hemos dado aquí, pues ya lo hemos ido tratando desde 2020, donde una moción se presentó por Jesús María Ruiz, y fue aprobada por todos los grupos políticos, y aún no nos han reconocido lo que somos. Entonces, espero, perdón, esperamos que esta convocatoria y esta exposición marquen un antes y un después en la situación de los técnicos en cuidados auxiliar de enfermería.

Y si mi compañera quiere añadir...

La señora GONZÁLEZ SÁNCHEZ, PORTAVOZ DE LA PLATAFORMA TCAE DE SEVILLA

—Voy a decir una cosita nada más porque como veo que está ahí...

Cuando mi compañera se ha referido a...

[Intervención no registrada.]

Perdón, perdón.

Quería decir que cuando mi compañera se ha referido a que el trabajo nuestro, las funciones dentro de los centros..., ha visto momentos en que se ha referido al tema de las higienes —efectivamente, estamos en el tema de las higienes—, pero las higienes es lo que conocéis más básico dentro del trabajo que realizamos, pero también estamos dentro de una parada, también damos alimentación integral, también hacemos muchísimas más funciones de enfermería, que las hacemos porque estamos formadas como técnicos, porque al estudiar la Formación Profesional nos dieron esa parte que podíamos tocar al enfermo con técnicas.

Lo que pasa es que el SAS no nos lo reconoce porque utilizan, junto con el Consejo de Enfermería, utilizan la palabra «delegar». Delegar no quiere decir nada más y nada menos que «yo lo hago, y tú lo cobras». No tiene sentido..., como lo sentimos nosotras, no tiene sentido que tú hagas una Formación Profesional, y que resulta que dejes esas funciones del año 1973, existía la provincia del Sáhara, las hemos visto ahí, las funciones. Entonces, ¿dónde hemos estado trabajando? ¿Qué estamos haciendo, cuando lo que hacemos y hemos hecho durante 25 y 30 años son funciones que no tienen nada que ver? Si tú me mandas a mí unas funciones que yo haga dentro del centro, y resulta que luego esas funciones el gabinete jurídico me saca que son de 1973, ¿qué hacemos? Todo esto, en una institución pública.

Os ruego, os pido, por todas las compañeras que estamos en esta situación, no seguir dejando que seamos mano de obra barata.

Gracias.

La señora SÁNCHEZ MUÑOZ, PRESIDENTA DE LA COMISIÓN

—Muchísimas gracias por las aportaciones. Seguro que serán tenidas en cuenta por todos y cada uno de estos portavoces. Y gracias por su participación.

La señora GONZÁLEZ SÁNCHEZ, PORTAVOZ DE LA PLATAFORMA TCAE DE SEVILLA

—Gracias por contar con nosotras.

[Receso.]

Área de Gestión Sanitaria Norte de Jaén

La señora SÁNCHEZ MUÑOZ, PRESIDENTA DE LA COMISIÓN

—Buenos días, bienvenidos a este grupo de trabajo, relativo a la mejora de la asistencia sanitaria en nuestra comunidad autónoma. Comparece ahora la gerente del Área de Gestión Sanitaria Norte de Jaén. Como usted sabe, tiene un tiempo de intervención entre quince y veinte minutos. Para intervenir se puede quitar la mascarilla. Hay que darle al botón de hablar. Y, posteriormente, tras su intervención, podrán hacerle alguna consulta o aportarle algo los portavoces, para lo que usted tendría otros cinco minutos también para resolver. Cuando quiera, puede comenzar.

La señora MARTÍNEZ LECHUGA, GERENTE DEL ÁREA DE GESTIÓN SANITARIA NORTE DE JAÉN

—Bueno, buenos días.

Voy primero a hacer un breve guion de la intervención que tengo preparada para comentarles a ustedes. En primer lugar, me gustaría empezar haciendo una descripción poblacional del área de gestión...

[*Rumores.*]

¿Ya? Gracias. En principio iba a comenzar haciendo una breve descripción poblacional de la población nuestra de referencia, del Área de Gestión Sanitaria Norte de Jaén y de las unidades de gestión clínica que la componen, un impacto de COVID —sobre todo, de esta sexta oleada—, los planes que tenemos en vigencia de alta frecuentación y de contingencia. También me gustaría comentarles cómo hemos cerrado el año, en cuanto objetivos de listas de espera quirúrgicas —sobre todo, de pruebas diagnósticas y demás—; el impacto que ha tenido esta pandemia COVID en las incapacidades temporales de los profesionales y qué medidas hemos puesto o qué herramientas hemos utilizado para ello —entre ellas, la contratación—; la comparación al alza respecto a los años anteriores respecto a la contratación, sobre todo, de determinadas categorías que existen en bolsa, porque saben que el principal problema que tenemos es la escasez de médicos, la escasez de facultativos en bolsas de trabajo, con lo cual, hay veces donde queremos contratar, lógicamente, pero es materialmente imposible.

Por otro lado, la enumeración de los distintos puntos auto-COVID que tenemos en el área, los puntos externos de vacunación, y algunos análisis de datos de cobertura vacunal, cómo lo llevamos y cómo lo estamos haciendo, cómo estamos implantando la estrategia vacunal de mi área, así como herramientas empleadas para balancear las demoras en atención primaria y en atención hospitalaria; consulta presencial, consulta telefónica, etcétera.

Jornadas de accesibilidad. La accesibilidad se trata de unos módulos de cobertura, en aquellos puntos donde necesitan mayor asistencia sanitaria por determinadas contingencias profesionales, determinadas bajas, IT, escasez de profesionales, se da la posibilidad, como ahora explicaré, de abrir determinadas consultas en módulos de tarde. Eso hace, sobre todo, que determinadas categorías, como son los facultativos, los médicos, puedan compensar las demoras, y que no vayamos fuera de rango en demoras de atención primaria, sobre todo, en las consultas externas de atención primaria.

Por otro lado, la falta de profesionales y facultativos, tanto en hospital como en atención primaria, la descripción de la plantilla, y luego, las medidas de soporte que hemos hecho para ello, como el aumento de plazas MIR, la unidad docente que tenemos creada, desde el año 2019, de medicina familiar y comunitaria, así como otras unidades de formación de residentes; los apoyos interhospitalarios, que hoy día son tan importantes, los circuitos de apoyo entre hospitales y entre determinados servicios.

Y luego, por último, un tema fundamental, que a mí me parece un gran punto de mejora, que es la Unidad de Gestión Clínica —por ejemplo, en nuestra área, interniveles de pediatría—. Pediatría es una categoría profesional, que actualmente brilla por su ausencia, sobre todo, en atención primaria, porque la figura del pediatra de atención hospitalaria está menos desocupada, hacen falta menos, hay menos huecos, digamos. Y es una manera, un ámbito de colaboración conjunta donde, de esta forma, podemos ayudarnos unos a otros.

Bueno, pues sin más, les describo brevemente cómo es mi Área de Gestión Sanitaria. Somos el Área de Gestión Sanitaria Norte de Jaén. Un área de gestión, como saben, es una demarcación territorial, geográfica, a la que se dan una serie de competencias desde el punto de vista sanitario, y se hace la cobertura sanitaria a la población de referencia del área. En nuestro caso, la población de referencia a la que atendemos es de 184.814 habitantes; tenemos un total de 32 centros de salud y consultorios asociados. Los cupos etarios —eso significa las personas que pertenecen a cada cupo, a cada clave médica en atención primaria— están divididos de menos de 1 año, de 1 a 2 años, de 3 a 6 años, a nivel pediátrico. Sí que tenemos un aumento de concentración de población entre 14 y 64 años de 124.000 habitantes aproximadamente. Y luego, me parece reseñable el que, en el rango de edad entre 65 y 74 años, tengamos más de 35.000 habitantes. Eso indica varias cosas: por un lado, el envejecimiento poblacional, que ya sabemos; por otro lado, el que es una población más compleja, necesita mayor seguimiento, son enfermedades crónicas, pluripatológicas, polimedicados, con lo cual, lógicamente, pues tenemos que estar más atentos a ellos y conllevan más recursos desde todos los ámbitos.

Está formada, el área en conjunto, por treinta unidades de gestión clínica. La unidad de gestión clínica es una entidad jurídica —no sé, me imagino que conocerán el concepto—, es una entidad jurídica, que no tiene autonomía por sí misma, pero que está dotada de una serie de recursos humanos y de una serie de recursos materiales para atender a la población de referencia que le ha sido adjudicada. Entonces, en el área nuestra tenemos treinta unidades de gestión, de las 214 unidades de gestión clínica que componen toda la comunidad autónoma de Andalucía, y me parece muy reseñable que

seis de ellas ya sean interniveles. Interniveles significa que tenemos una colaboración conjunta entre atención primaria y atención hospitalaria. Ellas son farmacia, ginecología y obstetricia, interniveles de prevención, promoción y vigilancia de la salud, que, además, en estos últimos dos años ha sido tan importante, por el impacto tan enorme que ha tenido en el tema COVID, radiodiagnóstico, rehabilitación y reumatología y, como decía, pediatría.

En cuanto al impacto poblacional COVID, los últimos datos —el IECA está sacado de ayer— tenemos una media de PDIA, la tasa que seguimos en los últimos catorce días, en la provincia de Jaén de 1.540,12. En mi área en concreto, Jaén Norte, tenemos 1.283,04; eso significa que estamos un poquito por debajo de la media de la provincia, aunque bien tenemos dos municipios que están con unas tasas superiores. Uno de ellos es Sorihuela de Guadalimar, que pertenece a la zona de Santisteban del Puerto, y otra de ellas es Marmolejo.

Sí me parece también importante a destacar que coincide con que existen dos brotes importantes en dos residencias, en dos centros sociosanitarios, con lo cual, en municipios muy pequeños —por debajo de cuatro mil, tres mil habitantes—, en el momento que haya un acumulo de casos en zonas muy concretas, bien brotes familiares, bien brotes asociados a centros sociosanitarios, enseguida la media se dispara, lógicamente. Es decir, que esta media es relativa.

Sí me parece también otro tema importante, que son las tendencias. Estos son datos epidemiológicos, lógicamente, con lo cual son datos totalmente racionales. Tenemos en nuestra área en concreto una tendencia de -30,16; es decir, que aunque nadie sepa realmente cómo vamos, a pesar de todas las proyecciones que se hayan hecho, cómo va a derivar esta pandemia, pero sí, a día de hoy, podemos decir que tenemos una tendencia decreciente, con lo cual damos por hecho que se acabará estabilizando.

Sí es cierto también que hemos tenido, en esta sexta oleada, una gran presión, sobre todo a nivel de atención primaria, que ha estado bastante tensionada, y a nivel de atención hospitalaria, llegando a picos de asistencia de más de trescientos pacientes diarios. Para eso hemos recurrido a determinados mecanismos, como ya he comentado anteriormente, que son las continuidades asistenciales. Eso significa personas que, voluntariamente, profesionales que voluntariamente quieran trabajar de forma extra, haciendo más turno de los que le pertenecen, y lógicamente pues se le ofertan, para equilibrar esa avalancha, digamos, o esa masiva, esa atención masiva a cuenta de la pandemia COVID. Para ello, hemos puesto en marcha, ya se nos ha pedido desde el principio, todos los planes de contingencia, los planes de alta frecuentación. Los planes de alta frecuentación, que teníamos que tener ya puestos, preparados, mandados a la Dirección General de Asistencia Sanitaria —y, de hecho, los mandamos desde el mes de noviembre..., final de octubre, aproximadamente—, lo que persiguen es poner en marcha actuaciones que afectan al área de gestión sanitaria, considerando todas las actuaciones que a estos niveles facilitan el desarrollo de la actividad asistencial, lógicamente, y, sobre todo, pormenorizando en determinados servicios que están más afectados, como son las urgencias hospitalarias, las unidades de cuidados intensivos, las unidades de hospitalización, sobre todo en medicina interna o en neumología, que en los hospi-

tales comarcales son las que llevan más la parte troncal de la patología COVID y no COVID también —de la patología convencional—, unidades diagnósticas de medicina preventiva y salud pública, etcétera.

Por poner un ejemplo, y por ir sobre terrero, una medida que se ha adoptado es, cuando hay un aumento de consultas dedicadas a la clasificación de pacientes en el área de urgencias hospitalarias, en lugar de abrir un triaje se abren dos o tres líneas de triaje respiratorio, porque, lógicamente, lo que más nos llegan son patologías de índole respiratoria, con lo cual adecuamos nuestros profesionales a esa apertura de diferentes líneas de triaje respiratorio. Igualmente, aumentamos el número de consultas del circuito de atención básica y polivalente para todas las patologías que puedan llegar, igualmente reforzando el área de observación.

Si normalmente tenemos dos circuitos, asumiendo la traumatología y la pediatría, en este caso, por ejemplo, de alta frecuentación, se aumentan a ocho los circuitos, teniendo varios de patología básica, que puede llegar cualquier persona con algún tipo de patología en concreto, polivalente, traumatología, pediátrica, etcétera.

Igualmente hacemos con el área de observación. Saben que el área de observación tiene un número de camas muy concreto y, dentro de esta área de observación, podemos aumentar o tenemos un espacio extra donde podemos aumentar el número de camas, de sillones o de sillas de ruedas; de hecho, en el último plan de infraestructuras aumentamos un área donde caben más, hemos pasado de 10 a 15 sillones, precisamente para todo esto, para rentabilizar los espacios. Igualmente se puede habilitar otra sala de camillas, etcétera.

Es decir, en definitiva, en base a todos estos recursos, lo que hay que hacer es valorar la necesidad del paciente, disminuir los tiempos de decisión entre destinos intermedios; es decir, no dejar a un paciente innecesariamente en un pasillo, en una sala de observación o en una sala de espera. Y, finalmente, de ese destino intermedio pasarlo a un destino final, tanto en el área de consultas, si lo requiriera, como en el área de observación.

En cuanto al Plan de Alta Frecuentación, yo creo que queda suficientemente claro, y ya pormenorizar más..., la verdad es que son cosas mucho más concretas de cada área y de cada servicio. Y, de hecho, las tenemos todas ahí y es nuestra línea directriz para seguir con la asistencia.

En cuanto al cierre del año, sí que me gustaría comentar dos cosas importantes. Por un lado, el cierre del año en cuanto a los decretos de garantía de plazos, de respuesta quirúrgica, ante determinadas patologías. Saben que existen, fundamentalmente, dos tiempos básicos de lista de espera: uno que, según el Decreto de Garantía de la Ley General de Sanidad, son procedimientos, 700 en concreto, que tienen 180 días de espera; y otros, 71 técnicas, que tienen 120 días. Por otro lado, van los procesos oncológicos, los procesos neoplásicos, que no tienen lista de espera, cuanto antes se operen mejor, llegando a un tope de 30 días, deseable en el mejor de los casos.

La verdad es que gracias a los conciertos CAS, que son una serie de conciertos que se han hecho por parte de la Subdirección General de Accesibilidad y Asistencia Sanitaria, se han hecho convenios,

conciertos de alerta sanitaria para que determinados pacientes que no pudieran ser asumidos por ciertos hospitales de toda la comunidad autónoma se hayan derivado a determinadas clínicas privadas. Nosotros, en nuestro caso, en la provincia de Jaén, tenemos, por ejemplo, la clínica Cristo Rey de Jaén y, luego, en Córdoba, la Arruzafa —en cuanto a oftalmología—, la clínica San Juan de Dios, la clínica de Cruz Roja, Quirón, etcétera, donde hemos podido contar con esa herramienta para un total de 508 procedimientos quirúrgicos derivarlos a esos conciertos y poder cerrar el año dentro de los decretos de garantía de plazos que se nos exigen a nosotros y al resto de los hospitales. En total hemos derivado, por poner un ejemplo, 109 circuncisiones, 104 prótesis totales de rodilla, 45 vasectomías, 42 cataratas, así hasta un total de 508 procedimientos, con lo cual ha sido una ayuda inestimable.

También se ha hecho lo mismo con pruebas diagnósticas que no se podían asumir. En nuestro caso, por ejemplo, lo más reseñable son las endoscopias digestivas, fundamentalmente las colonoscopias. Se han derivado un total de 566 endoscopias a varias clínicas, entre ellas, con la que más hemos trabajado es con la clínica Asistencia Sanitaria del Sur. Y esto nos ha hecho, entre otras cosas, aparte de cumplir con la prueba del paciente, cumplir con los procedimientos y cumplir con los resultados que se nos piden en un programa tan específico como es el *screening* de cáncer de colon. El *screening* de cáncer de colon saben que es una patología tiempo dependiente: ante la sospecha de una patología tumoral, cuando hay unos factores de riesgo importantes, se pide que, en tiempo y forma, esa prueba esté hecha. Hemos llegado prácticamente al cien por cien porque tenemos un 99,99% de cobertura, eso ha sido gracias también a esta herramienta que se nos ha dado por parte de servicios centrales y por parte de la Consejería de Salud.

Actualmente nos encontramos en un espacio donde tenemos una prórroga de estos conciertos CAS, tenemos una línea directriz por parte de su director de Accesibilidad, donde ahora mismo estamos en una prolongación de esos contratos CAS, dentro de que nos encontramos en una sexta ola, con lo cual estamos haciendo lo mismo, puesto que esto va por oleadas. Ya tenemos experiencia, por desgracia o por suerte, de veces anteriores y, al final, lo que tenemos es que rentabilizar nuestros recursos, tanto diagnósticos como terapéuticos.

En cuanto a la actividad hospitalaria y de atención primaria, muy brevemente reseñar que sí que hemos notado, respecto al año 2018 y lógicamente al año 2019-2020, una disminución de atención en determinadas patologías sobre todo, por el tema COVID, aunque nuestra cartera de servicios, y eso quiero que quede claro, ha sido la misma. Lo que sí es cierto es que, a veces, el paciente no ha acudido, ha habido muchos afectados también por COVID y que, lógicamente, el volumen troncal de la asistencia hospitalaria ha estado destinada a esta patología, con lo cual no se ha podido atender todo lógicamente.

Pero sí quiero destacar especialmente que en el año 2021 se ha incrementado al doble toda la actividad de pruebas diagnósticas, con lo cual eso nos ha llevado a hacer un volumen muy importante de pruebas diagnósticas, utilizando también para ello todo lo que he comentado de estos conciertos, sobre todo en endoscopias, ecocardiografías, radiodiagnóstico.

En cuanto a atención primaria, lo que más destaca es la actividad SUAP, eso significa las actividades de patología urgente —SUAP o DECU—; es decir, personas que se dedican sobre todo a hacer avisos domiciliarios. Es cierto que ha habido mayor reclusión de pacientes, el paciente ha salido menos de su casa, ha ido menos a las consultas y ha requerido más avisos domiciliarios, o que determinados equipos urgentes hayan ido al domicilio de ese paciente. Entonces, aquí sí que hemos notado un aumento importante.

Igualmente con la labor de enfermería. La labor de enfermería, por toda la cartera de servicios que está asumiendo actualmente enfermería, no solamente en la vacunación sino en muchas otras cosas, ha ido creciendo paulatinamente desde el año 2018 hasta hacerse casi un tercio mayor en el año 2021.

Y, luego, por último, me parece muy reseñable el tema de la pediatría. En pediatría tenemos 5.000 consultas más, por ejemplo, en el año 2021, respecto al 2020. Vamos, lo peor, a lo que hay que darle salida, lógicamente, es que esta atención pediátrica actualmente es creciente, por eso decía la importancia y el empoderamiento que tiene la unidad de gestión clínica a interniveles de pediatría.

En cuanto al impacto COVID en las IT, en las incapacidades temporales, hemos tenido desde que empezó la pandemia en nuestra área un total de 862 pacientes que trabajan, profesionales, dentro de nuestro sistema sanitario público, afectados, bien por ser casos o bien por ser contactos estrechos. Actualmente tenemos 60, a fecha de 24 de enero, que están haciendo su periodo de aislamiento siguiendo los protocolos de salud pública, que también han cambiado.

Frente a esto, sí que quiero poner también en valor el aumento de capacidad de plantilla y de contratación que hemos tenido: nuestra capacidad de plantilla es de 1.616 trabajadores en total. Es verdad que en los últimos tiempos hemos tenido un aumento enorme de posibilidades de contratación de eventuales, ha disminuido el número de interinidades vacantes y el número de interinidades sustitutas, pero sí es cierto que tenemos 488 contrataciones más, fundamentalmente en la categoría enfermera. En la categoría enfermera tenemos 93 COVID, 93 enfermeros por contratos COVID —eso significa que el contrato les dura hasta final de abril—, para hacer todas estas tareas que estamos comentando.

No obstante, puesto que las bolsas de enfermería también se están empezando a agotar, puesto que es una categoría que también se está usando mucho en las contrataciones de ella, el día 14 de enero sacamos una resolución en el área nuestra en concreto, donde mediante una resolución se convocó una oferta extraordinaria de empleo, con la que contamos con un número de personas baremadas, para tirar de ellas y poder contratarlas en un momento dado, cuando nos haga falta.

Simplemente, decir que en cuanto a temas asistenciales tenemos 28 puntos auto-COVID. No sé si recordarán que Linares fue uno de los primeros municipios que se confinó perimetralmente, junto con Casariche, con lo cual ahí tuvimos que darnos mucha prisa en hacer puntos auto-COVID de la forma más simple posible, donde el paciente pudiera llegar con su propio vehículo y automáticamente se le tomara muestra de la PCR —tenemos cuatro puntos importantes de vacunación sin cita—. Actualmente, ya todo el mundo puede ir con autocita pidiendo a través de ClicSalud+ o a través de Salud Responde

o llamando a su centro de salud, que son Linares, La Carolina, Bailén y Andújar. Esta semana estamos contando además con la ayuda de las brigadas que están ayudando a vacunar, van itinerantes, igual que antes iba el camión de la Junta, la camioneta de la Junta de Andalucía, para ayudarnos a hacer las PCR, ahora disponemos de ellos.

El informe de la cobertura de vacunación, la verdad es que estamos bastante orgullosos, creemos que estamos siguiendo un ritmo bastante aceptable. De las 178.000 personas del área contando ya con la edad pediátrica que pudieran ser vacunadas o que están siendo vacunadas, tenemos una cobertura de un 85,45%. La media de Andalucía es de un 82,9%. Con lo cual, nos encontramos un poquito por encima de la media de Andalucía, incluso de la provincia de Jaén, que tiene un 85%. Es verdad también que hemos hecho cosas, bueno, pues reseñables en cuanto al modelo de actuación en residencias, por ejemplo, la asignación de médico de familia y enfermero por residencia o por centro sociosanitario, de mayores —me refiero—, desarrollo de funciones de enfermeros gestores de casos, apoyando aquellos sitios que tenían menos enfermeros gestores de casos con personal sociosanitario, que ya estaba formado previamente mediante cursos de la Escuela Andaluza de Salud Pública, un trabajo conjunto, *screening* a trabajadores sociosanitarios, a residentes, utilización de productos sanitarios... En estos brotes que he nombrado anteriormente de Marmolejo, por ejemplo, de Sorihuela, estamos cogiendo material propio, concentradores de oxígeno, todo lo que se necesita para dotar a esos centros sociosanitarios que actualmente les hace falta por la concentración de volumen de positivos.

En cuanto a vacunación antigripal en mayores de 65 años, que es lo que se nos pedía un esfuerzo entre el año pasado y este superior a las medias de otros años, pues tenemos un 75,05% de vacunación en este tramo de edad, mayor del 75% que se nos requería.

Y, bueno, por último, dos puntos importantes, y con esto yo creo que ya podemos terminar. Las herramientas para balancear la demora en atención primaria, las demoras sobre todo se nos miden en consulta clínica y consulta telefónica. Consulta clínica siempre debemos estar en un rango entre dos y tres días, y consulta telefónica entre cuatro y cinco días. Hablamos de patologías no urgentes, lógicamente, cualquier patología urgente se va a presentar tanto en el servicio de urgencias como en el centro de salud que tenga asignado. En cuanto a demanda clínica, pues, me he traído varios cortes orientativos, por ejemplo, la fecha del 7 de diciembre, que además coincidió puente de Andalucía. Nuestras medias, la verdad es que hasta ahora las estamos consiguiendo mantener en rango, tenemos 1,97 días en demanda clínica y 3,76 en telefónica. Igualmente vamos haciendo cortes diarios, monitorización diaria con todos los cargos intermedios, con los directores de los centros de salud. Ayer, por ejemplo, sacamos el del día 20, porque los datos van con un poquito de decalaje hasta que se analizan informáticamente, pues tenemos 1,65 días de demora en demanda clínica hasta el primer hueco libre, y 4,8 de consulta telefónica.

No obstante, lo bueno dentro de esto es que al propio equipo directivo de cada centro de salud le damos la potestad para que balanceen su consulta, es decir, si un centro detecta que está pasado de

demanda telefónica o de demanda clínica, podemos abrir diferentes tramos horarios, diferentes colchones para que pueda haber todo. Y a lo mejor hay un centro en un momento dado donde necesita disminuir su demanda telefónica o al contrario, aumentarla, de forma que demos esa accesibilidad que al final el ciudadano requiere, ¿no?

Además, sí es cierto que nos permiten contar con esos módulos de accesibilidad que he explicado brevemente al principio, que son esas tardes que podemos hacer en dos categorías profesionales, en Medicina y en Enfermería. En enero, por ejemplo, hemos abierto diez módulos de tarde en cuanto a médicos estoy refiriéndome, en Andújar, en Bailén, en Marquenses, que es un centro de salud de Linares. Y en febrero pues en total tenemos 48 módulos de cinco horas cada uno, es decir, están casi todas las tardes ocupadas con personal sanitario que voluntariamente quiere asumir la realización de esas tardes para que esas demoras estén en tiempo y forma, y podamos garantizar la accesibilidad del paciente y, además, no se nos vayan acumulando pacientes, sino que hagamos un equilibrio lo más balanceado posible.

Para esto, bueno, pues tenemos que hacer una memoria justificativa que la autorice tanto la dirección general de Asistencia sanitaria como la dirección general de Personal, puesto que esto va remunerado por otra vía. Y, finalmente, pues si tenemos el *okey* por parte de ellos, echamos adelante.

Igualmente, por parte de Enfermería, sobre todo para apoyar residencias por estos brotes, por ejemplo, que hemos comentado o porque lo necesiten, como para refuerzo de actividades como vacunas, tenemos 63 días concedidos en módulos de accesibilidad, tanto enero, uniendo los dos meses de enero y febrero hasta ahora, que es lo que tenemos concedido. Estamos ya trabajando en el mes de marzo para —vuelvo a repetir— que las demoras estén lo más balanceadas posible.

Uno de los puntos importantes para paliar esa falta de facultativos que tenemos en toda España y en toda Europa porque realmente, bueno, pues esto ya viene de atrás, es un déficit histórico y que tenemos que emplear herramientas para ello, es la creación de la Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria de nuestra área. Nosotros, creo que fue una buena decisión, vistos los resultados, descentralizarnos de Jaén. Cada unidad docente tiene su propia dotación de MIR, de residentes, y este año tenemos también EIR, que sabéis que son los enfermeros especialistas, que también nos han concedido. En total actualmente tenemos 74 residentes en formación, con 43 tutores, y en estos dos años que llevamos de andadura con esta Unidad Docente Multiprofesional hemos conseguido que más del 50% de médicos MIR que se forman se queden con nosotros, intentemos adherirlos, porque desde el principio este médico, rotando con sus tutores, formándose, haciendo su periodo de residencia, conoce el terreno, conoce el entorno. Entonces, se familiarizan, por ejemplo, nosotros, que tenemos un entorno rural bastante importante, como es Santisteban del Puerto, Venta de los Santos, que ya está pegando a Ciudad Real, pues, todas las pedanías que pegan también con Córdoba: La Ropera, La Quintería, Andújar, toda esta zona, se queden con nosotros, conocen el entorno, conocen a sus tutores, conocen el ambiente. Y ya os digo que los resultados, ya les digo que los resultados han sido bastante positivos.

Por último, me gustaría poner en valor, ya no como unidad interniveles de Pediatría del Área de Gestión Sanitaria Norte de Jaén, sino porque creo que puede ser un modelo de exportación al resto de la comunidad autónoma esta unidad interniveles —como digo—. Está formada por 25 pediatras, de los cuales siete son de ámbito hospitalario, y 18 son de atención primaria, además del personal propio del hospital que lo constituye, como el director de la unidad de gestión, seis médicos especialistas en Pediatría, una supervisora, doce enfermeros, diez auxiliares de enfermería, un auxiliar administrativo. Con esto lo que hacemos es hacer un trabajo conexo de procesos asistenciales, de procedimientos organizativos comunes, hacer un área de trabajo tanto de atención primaria como de Pediatría, Neonatología, consultas externas hospitalarias, de forma que nos permita, siempre y cuando haya una voluntad, que la hay, de pertenecer a esta unidad, cubrir determinados descubiertos que se puedan producir en atención primera. Y ahora mismo la figura de pediatra brilla por su ausencia en determinados casos. Nosotros, por ejemplo —no sé si lo he comentado anteriormente—, tenemos en Linares una zona de necesidad de transformación social, con más de diez mil habitantes, que es Arrayanes, no sé si la conocerán. La pediatra que teníamos ahí, que además era extracomunitaria, ha abandonado de repente. Con lo cual, bueno, pues hemos utilizado distintos mecanismos: los módulos de accesibilidad, etcétera, y finalmente un pediatra hospitalario durante todo el mes de febrero se va a dedicar a cubrir esta Pediatría de Arrayanes. Entonces, creo que es el modelo que quizás tenemos que seguir nosotros, porque lógicamente nos está dando buen resultado y que exportar.

Al mismo tiempo, hay determinadas figuras pediátricas a nivel de primaria que quieren rotar por el hospital, porque se quieren reciclar, porque quieren hacer determinadas guardias que conllevan mayor complejidad, lógicamente, y también les damos esa opción. Es un entorno colaborativo, y creo que la fórmula hasta ahora es correcta y, además, debido a lo que estamos viendo, se podría incluso implantar en el resto de áreas de gestión clínica o en el resto de zonas de atención primaria.

No sé si me he pasado del tiempo.

La señora SÁNCHEZ MUÑOZ, PRESIDENTA DE LA COMISIÓN

—Muchísimas gracias por su intervención.

¿Hay algún portavoz que quisiera hacer alguna consulta o algún...?

Pues, le damos las gracias por hacer esas aportaciones en el seno de este grupo de trabajo.

La señora MARTÍNEZ LECHUGA, GERENTE DEL ÁREA DE GESTIÓN SANITARIA NORTE DE JAÉN

—Muy bien, muchas gracias.

[Receso.]

Facultad de Medicina de Sevilla

La señora SÁNCHEZ MUÑOZ, PRESIDENTA DE LA COMISIÓN

—Buenos días. Bienvenidos a este Grupo de Trabajo por la Asistencia Sanitaria en nuestra comunidad autónoma.

Comparece aquí don Luis Capitán Morales, decano en funciones de la Facultad de Medicina de Sevilla. Bienvenido. Como usted sabe, tiene entre quince y veinte minutos para su intervención. Si lo desea usted, para hablar puede quitarse la mascarilla. Y hay que dar al botón de hablar para que se le escuche bien.

Cuando usted quiera, tiene la palabra.

El señor CAPITÁN MORALES, DECANO EN FUNCIONES DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE SEVILLA

—Muchas gracias, señora presidenta.

Yo había pedido que si me pudieran poner una presentación. No sé si... La había enviado por correo, para que la tuvieran.

¿Está preparada?

La señora SÁNCHEZ MUÑOZ, PRESIDENTA DE LA COMISIÓN

—Si usted quiere, posteriormente el letrado les puede pasar a los grupos la presentación para su estudio.

El señor CAPITÁN MORALES, DECANO EN FUNCIONES DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE SEVILLA

—No hay ningún problema.

La señora SÁNCHEZ MUÑOZ, PRESIDENTA DE LA COMISIÓN

—Cuando quiera, puede comenzar.

El señor CAPITÁN MORALES, DECANO EN FUNCIONES DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE SEVILLA

—Bueno, en primer lugar, agradecer a la presidenta y a todo el grupo de trabajo la amable invitación que han hecho al..., su amable invitación para participar en este Grupo de trabajo de mejora de la asistencia sanitaria en nuestra comunidad autónoma, en la Comisión de Salud y Familias del Parlamento de Andalucía.

Voy, tras los agradecimientos oportunos, a realizar una presentación en la cual me gustaría dividir la presentación en dos partes. Una primera parte, en la que voy a hablar de opiniones que he podido recoger, tanto en la literatura como en la prensa como opiniones de algunas personas. Son, por tanto, opiniones tomadas de publicaciones que nada tienen que ver con la universidad como tal. Y en la segunda parte voy a plantear un problema específico de la Facultad de Medicina de Sevilla y, en general, de todas las facultades de Medicina andaluzas y españolas.

Yo he intentado ver qué pasaba en las distintas instituciones para entender cuál era el problema sanitario actual, intentando abstraerme del problema concreto de la pandemia, lo cual es prácticamente imposible, pero había intentado abstraerme. Y he visto, en primer lugar, qué estaba diciendo la Organización Mundial de la Salud y he visto lo que publicó la Organización Mundial de la Salud en el año 2020. Y coloca 13 problemas que definen y que desafían la salud del planeta, según esta organización, que son, por una parte, poner la salud en medio del debate climático y establece el denominado enfoque *one health*; después, que la salud alcance lugares en conflictos y crisis; que la atención médica sea más justa; ampliar el acceso a los medicamentos; detener las enfermedades infecciosas; una pandemia inevitable; asegurar alimentos y productos saludables para todos; invertir en las personas que defienden nuestra salud; proteger a los adolescentes; ganarse la confianza pública, fundamentalmente fortaleciendo la atención primaria de la salud; el uso positivo de nuevas tecnologías; proteger los medicamentos que nos protegen; y mantener la atención médica limpia.

También, una vez analizado este enfoque global a nivel de la Organización Mundial de la Salud, me centré en qué estaban opinando algunas voces de los profesionales en España; y me centré en que estaban hablando organizaciones de médicos de familia. Y, recogiendo las informaciones que estaban dando todos ellos, llegué a una conclusión, y es que había un dato que se daba de forma general, y es que se deberían llevar a cabo actuaciones universales que lograsen disminuir el riesgo de población en su conjunto, desplazando, por ejemplo, la curva de riesgo hacia lugares más saludables. Ítem es implantación de un impuesto, por ejemplo, hacia bebidas azucaradas, esa sería una actuación de carácter universal e intentaría conseguir un efecto beneficioso, haciendo una actuación a nivel amplio.

Pero establecen..., por ejemplo, la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria establece tres problemas fundamentales: uno, el básico y fundamental, que es la infrafinanciación; en segundo lugar, el incremento del gasto en tecnología, mientras que disminuye el destinado al profesional sanita-

rio; y, en tercer lugar, la incapacidad de trabajar con otros subsistemas, y a mí me parece que este es fundamental, ¿no?

España..., y yo, por ejemplo, Corea. Corea hace una inversión muy importante —y esto es a nivel nacional— en I+D+i, y esto hace que crezca el producto interior bruto. Esto no se hace en España de forma, digamos, no voy a decir secular, pero sí por lo menos decenal. No se hace una inversión en I+D+i y hace que España, teniendo una renta *per cápita* similar a la que tiene Corea, sin embargo, vaya descendiendo por esta falta de inversión en I+D+i.

Siguiendo con esto que opinan los profesionales —y este es un dato que se da por el ministerio—, el gasto sanitario en España representa el 9% del producto interior bruto —estos son datos del ministerio—, por debajo de la media europea, 9,8%, y según Eurostat el gasto sanitario *per cápita* en España es más de un 15% inferior a la media de los países de la Unión. Los recortes a la sanidad no solo han afectado al sistema sino a su personal, que tiene un alto porcentaje de síntomas, como ustedes saben perfectamente, de *burnout*. Por otra parte, el bajo salario..., pero yo diría que no es el principal problema, el bajo salario desgasta la profesión sanitaria, pero no es el principal problema.

Bueno, no se ve muy bien, pero he intentado saber también qué opinaba la población en general, y la población en general..., he podido verlo a través de unos estudios que se han hecho, de encuestas importantes a nivel internacional, por una empresa que pueden ustedes encontrar en Internet, Ipsos, y la encuesta de *Global Health*, y este enfoque que se hace en el año 2018..., hace 20.767 encuestas internacionales en todo el mundo, de las cuales en España se hacen 1.000, y a partir de ahí se sacan una serie de datos. Y Statista, que es una empresa española, con esa fuente de 2018 establece estos datos que tienen ustedes ahí. No se ven muy bien, pero yo se los leo. El dato más importante y más duro de lo que opinan los españoles, los mil españoles que son encuestados —que, digamos, tenemos déficit en la sanidad española—, es el acceso a tratamiento, largo tiempo de espera. Pero yo quitaría el acceso a tratamiento, España no tiene un problema de acceso a tratamiento; es decir, España no tiene..., este es un problema que aparece en otros países, esta estadística hay que desglosarla y hay que..., yo quitaría el acceso a largo tratamiento, porque en España uno tiene acceso fácil a la medicación que le pone su médico, cosa que no ocurre, por ejemplo, en Estados Unidos o que no ocurre en Colombia. Sin embargo, sí tenemos un problema del largo tiempo de espera, esa sí es una realidad.

En segundo lugar, esto es un 52%, esto lo opina el 52% de la población. El personal insuficiente, lo opina el 49%. Escasa inversión el 41%. Y este es otro dato que se vuelve a repetir en muchas estadísticas, que es la escasa inversión en salud preventiva, que se da hasta en un 31%. La burocracia también es un tema importante, lo dan en un 23%. Después ya, elementos que son poco manejables, como es el envejecimiento de la población. Vuelven a insistir, coste de acceso al tratamiento. Eso en España no es verdad.

Por tanto, nos quedamos con esos elementos que veremos que en otra encuesta, que se hace también por la misma empresa Ipsos, el mismo tipo de monitor, sobre 21.503 adultos en el mundo en el año 2021, en plena pandemia, los datos se repiten. Ahí ven los datos en acceso de tratamiento-tiempo de espera. Quitamos los de acceso de tratamiento, cuidado, porque ese término, «acceso de tratamiento», a veces se utiliza en determinadas estadísticas teniendo en cuenta la capacidad del paciente de llegar a la farmacia y acceder al fármaco o acceder a la intervención. Y aquí sí podemos tener dificultades, por ejemplo, en listas de espera, pero no en eso de ir a la farmacia, y en determinados sitios eso se mezcla.

En España esto supone, en el año 2021, prácticamente lo mismo que en los años anteriores, que toman el 51. No suficiente *staff*, no suficientes profesionales, también estamos en unos niveles altos. La burocracia sigue siendo importante. Y aquí tienen los otros elementos que se manejan, que son, por una parte, escasa inversión, pero escasa inversión y escasa inversión en salud preventiva. Un tema importante, yo considero que es bastante importante.

Si analizamos... Si ve, presidente, que me estoy pasando el tiempo, me avisa. Si analizamos el Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia, miren, el mismo plan reconoce que el sistema sanitario tiene buenos resultados, a pesar de tener un nivel de inversión relativamente bajo. O sea, ya reconoce que funcionamos a expensas de una inversión baja. Tiene dificultades en anticipación, respuesta rápida y coordinación, y tiene necesidad de corregir problemas estructurales. Pero —fíjense, no lo he subrayado precisamente porque quería remarcar...—, España está por encima de la media de la Unión Europea en número de profesionales. Volvemos a insistir en lo mismo, el problema de España no es un problema de número de profesionales. El número de médicos de familia nos coloca en el décimo quinto puesto de treinta y un países de la OCDE. No estamos tan mal como en algunos foros se dice sobre medicina de familia. Porque el problema de la medicina de familia, esto es un problema muy específico de Andalucía y muy específico de Sevilla, es que los profesionales sanitarios que terminan su MIR en Medicina de familia, una vez que aterrizan en el puesto de medicina de familia tienden otra vez a presentarse al MIR, porque el puesto no les resulta atractivo desde el punto de vista científico-investigador. Y les explico.

Un alumno que ha sido matrícula de honor en COU, que se presenta a una carrera de seis años, que saca una oposición muy restrictiva, como es el MIR, que saca una plaza dentro del MIR, que hace cuatro años de medicina de familia, que saca un acceso a una plaza y termina en un sitio donde no hace nada de lo que era su carrera, o muy poco, lógicamente tiende a hacer otra cosa que es volverse a presentar al MIR y sacar otra plaza. Eso, que se da en toda España, se da especialmente en Andalucía y muy especialmente en Sevilla. La recirculación de profesionales que tienden a buscar otro sitio, porque la medicina de familia no les resulta atractivo. No es tanto un problema de falta de médicos de familia, sino de fidelización de los médicos de familia en su puesto de trabajo.

La Comisión Europea dice muchas cosas, pero la realidad es que yo voy a pasar un poco de puntillas, porque me parece que son la mayoría de ellas obviedades. Y hay alguna de ellas que me preo-

cupa, por ejemplo, la de la cobertura de la asistencia dental. La cobertura de la asistencia dental por supuesto que me parece una ventaja, pero, cuidado, porque cuando usted analiza todo lo que dice la Comisión Europea, la Comisión Europea hace apuestas muy firmes por avances tecnológicos; hace apuestas muy firmes por asistencia dental y hace avances muy firmes por determinadas políticas, que pueden ser muy interesantes, siempre que estuviéramos en un mundo de grandes avances económicos. Pero quizás, en este momento tenemos problemas más acuciantes y más primarios que el de invertir en esas cosas. Por tanto, lo de la Comisión Europea, bien, ya digo, el resto son obviedades que ya lo dicen todos los demás estamentos.

Y yo saco un tema que..., ¿en qué coinciden todas las partes que hemos dicho? Bueno, pues en estos temas, todo lo que hemos analizado coincide en estos aspectos. Invertir en las personas que defienden nuestra salud, porque estamos infrafinanciados. Hay que cuidar a los profesionales. Y digo «cuidar», porque parece que cuando se habla de esto siempre se está hablando de un tema económico, y no es fundamentalmente el tema económico, hay otros temas mucho más importantes. Es el tema de la ciencia. El médico es un científico, es un humanista, necesita tiempo para pensar en los enfermos, necesita tiempo para investigar, necesita tiempo para estudiar, necesita tiempo para pensar en sus pacientes. Fortalecer, por supuesto, la atención primaria de la salud, elemento clave. Y hay que dar una vuelta. Cuando se inventó este sistema no teníamos la población que tenemos hoy, no teníamos la tasa de ancianos que tenemos hoy. Hay que asegurar alimentos y productos saludables para todos, y hacer que la atención médica sea más justa.

Uso positivo de las nuevas tecnologías, cuidar el incremento en productos tecnológicos. Es decir, cuidado con la inversión en productos tecnológicos que vayan más allá de los que son plenamente eficientes a día de hoy; cuidar la investigación e innovación, porque todo lo que hagamos en investigación eficiente e innovación eficiente nos redundará en un mejor producto interior bruto. Disminuir los tiempos de espera, disminuir la burocracia y cuidar de los más vulnerables: ancianos, marginales, crónicos y dependientes. Tenemos un problema muy serio con los ancianos.

Tocaremos el tema del Plan de Prevención del Suicidio. Cuando se habla de Plan de Prevención del Suicidio, decimos que tenemos 4.000 muertos anuales por suicidio en España, de los cuales el 80% son ancianos. Entonces, es un tema al que hay que tener mucho cuidado. Mueren muchos ancianos suicidados solos. Es un tema que casi se nos pasa un poco por alto.

Bien, ¿y qué problema es el específico que afecta...? No sé si voy bien de tiempo, presidenta, no lo he controlado.

La señora SÁNCHEZ MUÑOZ, PRESIDENTA DE LA COMISIÓN

—Ha utilizado usted hasta ahora trece minutos. Tiene entre quince y veinte.

El señor CAPITÁN MORALES, DECANO EN FUNCIONES DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE SEVILLA

—Muchas gracias.

Bien. Y les voy a hablar, y voy a intentar ser muy breve, de un problema específico que afecta a las facultades de Medicina en general. Y realmente yo de esto es de lo que sé, porque de lo anterior no soy más que un médico general, que me he preocupado de ver un poco por dónde iban las ideas generales e intentar cotejar lo que decían diferentes estamentos, diferentes instituciones, para dar una visión de un médico normal y corriente. Ahora sí les hablo como decano.

La Conferencia Nacional de Decanos de las Facultades de Medicina se reunió porque vimos que había una preocupación muy importante por el déficit de profesorado que hay en las facultades de Medicina. En los últimos años ha habido una disminución extraordinariamente significativa del número de profesores permanentes. Y yo les explico, para aquellos que no están muy introducidos en el tema de la profesión universitaria. Los profesores..., digamos que los profesores de medicina hay como tres..., diríamos, nódulos, o nodos. Un nodo, que serían los profesores de áreas básicas. Entendamos, por ejemplo, Biología, Bioquímica, Fisiología. Y después un nodo en el cual se subdivide después en otros nodos, que son los profesores de áreas clínicas, entre los que habría profesores no vinculados a asistencia clínica y profesores que sí estarían vinculados a áreas clínicas. Yo sería, por ejemplo, un profesor vinculado a área clínica, porque soy profesor titular de Cirugía, con plaza vinculada al hospital Virgen Macarena, en el que ejerzo como jefe de sección de colorrectal, de cirugía colorrectal.

Bien, para colocarlos un poco en la situación, la vida del profesor básico, o del profesor universitario no vinculado, versa a través de dos pilares fundamentales, que son la docencia y la investigación. La vida de un profesor vinculado gira, en un 80 u 85% de su vida alrededor del paciente, y en un 15% se tiene que diversificar para sacar lo mismo que los anteriores en investigación y en docencia. Pero, cuando llega la hora de evaluarlos, no se les evalúa como estos, se les evalúa como los científicos puros, como los matemáticos, como los biólogos. Y, además, este es un problema, es decir, se nos evalúa como si tuviéramos todo el tiempo del mundo para hacer investigación. Pero, por otra parte, cuando llega a medirse la tasa de reposición del profesorado, se nos mide como si fuéramos una carrera no experimental, verbigracia, Trabajo Social, Derecho, etcétera. Entonces, se da la doble tormenta perfecta.

¿Qué pasa? Miren, aquí tenemos, a la izquierda, el número de profesores acreditados del área B6. El área B6 son profesores básicos, son evaluados de ciencias básicas.

Bueno, en el año 2020 se acreditaron 52 profesores, un 81% de los que lo solicitaron. En el área nuestra, en el área de los profesores vinculados, ha habido un descenso extraordinario de profesores acreditados: a pesar de que en el año 2019 lo solicitaron 82, solo lo consiguieron 26, porque, a todo esto —como ya les he dicho—, la ANECA ha colocado los mismos criterios que le colocan a un matemático o a un físico que se dedica exclusivamente a investigar.

Si nos vamos a la prospección que hacemos a los jubilados, al año 2026, en las áreas básicas, en las áreas básicas —que serían las azules—, en el año 2026 se habrá perdido el 32% del profesorado. En las áreas no vinculadas de las áreas clínicas —la naranja—, se habrá perdido un 34%. Pero en las áreas grises, que serán las clínicas, se habrá perdido hasta un 55% en el año 2026, de profesores clínicos.

Si nos vamos al cálculo de la vida media de los profesores vemos..., en azul, tenemos..., ponemos los profesores titulares, y en naranja los titulares vinculados, a la izquierda. Y vemos que los titulares vinculados a 2020 han disminuido en la proporción que ustedes ven, y estrepitosamente, mucho más que ha ocurrido con los no vinculados.

Lo que tenemos al lado es, sumando, además, los titulares, los catedráticos y los ayudantes doctores.

Si se van a la tabla de la derecha, y se van a lo subrayado en amarillo, en medio, verán el déficit calculado de profesores que deberíamos tener y lo que tenemos.

Ahora mismo, el déficit, en este momento, de las universidades públicas de España es de 3.350 profesores vinculados, frente a 943 no vinculados. Y en una facultad de la mitad de la Facultad de Medicina de Sevilla o más, el déficit está calculado en 76 profesores vinculados y 12 no vinculados.

Si lo extrapolan a la nuestra, pues hagan el cálculo: debemos andar alrededor de 160 profesores vinculados que no tenemos, pero que la cosa, en el 2026, va a ser mucho peor.

Ahí tienen las estimaciones puestas en una gráfica, para que se vea cómo va creciendo la pérdida de profesores y cómo va creciendo la necesidad que vamos a tener de profesores en los próximos años.

Conclusiones. Bueno, las conclusiones son bastante duras. Y es que la ratio... —esto ya lo hemos dicho—. Miren, la vida media de los profesores, para que ustedes se hagan una idea, el profesor titular no vinculado se vincula a la Universidad —valga la redundancia—, con 48 años, aproximadamente. Un profesor clínico vinculado se hace titular, como promedio, a los 56 años. Y llega a ser catedrático a los 66 años, de promedio. Muchos de ellos se llegan a hacer seis días antes —como ha ocurrido recientemente—, catedráticos, seis días antes de la jubilación.

El déficit estimado —como le he dicho—, ascendería —como lo hemos indicado anteriormente—, para 2.654 profesores vinculados.

Bien, no quiero cansarles con datos, porque es excesivo, pero ¿qué conclusión sacamos? Bueno, hay que revisar los criterios del programa académico.

Y me preocupa esto mucho, porque se puede caer en que determinadas universidades no públicas puedan tener unos criterios de admisión que no sean estos, que la universidad pública tenga unos criterios de admisión muy restrictivos para el programa ANECA, y que caigamos en una descompensación muy fuerte, en las formas y en los medios y en las definiciones de lo que es el título de grado de medicina.

Por tanto, se exige una revisión muy importante de ANECA. Creo que la agencia andaluza tiene también mucho que decir en esto, porque acredita a nuestros contratados doctores vinculados. Y es verdad que la agencia andaluza ha hecho un esfuerzo importante en la acreditación de contratados

doctores vinculados, que nos ha salvado de un drama, nos está salvando de un drama, pero tendremos que avanzar mucho más en eso.

Y habrá que adecuar los requisitos docentes e investigadores valorando también —no digo solo, pero también— la actividad asistencial, en un nivel mucho mayor del que se está haciendo.

Y, por último, simplemente voy a aportar unas cuantas ideas personales, que aprovechando que estoy aquí, pues les cuento. Una de ellas es el plan de prevención de suicidios. Nosotros hemos implantado un plan de prevención del suicidio en la Facultad de Medicina. Hemos sido pioneros en esto y hemos visto que, en la época de la pandemia, se han multiplicado por cuatro las necesidades de uso de este programa.

Este programa, lejos de ser un canto al sol, ha sido un aire fresco que ha llegado a un problema extraordinario. Porque —como decía—, de los 4.000 suicidios, de promedio, que tenemos anuales, la mayoría son ancianos, pero es verdad que es la causa más importante de muerte en la edad juvenil. Nuestros estudiantes, nuestros adolescentes y nuestros jóvenes tienen un problema, en suicidio, importante.

Pensamos poner en marcha, también, un plan de prevención de ansiedad y depresión, que es otro de los estigmas importantes que tenemos.

Y yo les diría: tenemos poco apoyo a la investigación y a la innovación. El desarrollo de líneas estratégicas I+D+i es un elemento clave para el PIB.

Y el peligro de lo nuevo ineficiente es grave. La presión de la ciencia, de la industria, de las empresas tecnológicas tiene que ser complementada por un estudio sobre la eficacia, eficiencia, disponibilidad de estos productos.

La Universidad y la Facultad de Medicina, en lo concerniente a la salud, son referentes del conocimiento. Tenemos —y no soy yo el mejor representante— excelentes investigadores y excelentes profesionales en la Facultad de Medicina, auténticos referentes nacionales e internacionales.

Agradecemos mucho el ser escuchados en esta comisión. Y, quizás, la presencia académica en estos foros arroje alguna luz sobre problemas de este tipo.

Yo voy a terminar con una frase de Hipócrates que dice: «Si alguien desea una buena salud, primero debe preguntarse si está listo para eliminar las razones de su enfermedad. Solo entonces es posible ayudarlo».

Quizás debemos hacer un análisis muy profundo de nuestra enfermedad para poder darle los remedios.

Muchas gracias a todos. Muchas gracias, presidenta.

La señora SÁNCHEZ MUÑOZ, PRESIDENTA DE LA COMISIÓN

—Muchísimas gracias, señor Capitán.

¿Hay algún portavoz que quisiera hacer alguna precisión? Pues nada. Sin más, le agradecemos su intervención, que seguramente será incorporada y tomada en cuenta por estos portavoces.

Muchísimas gracias.

El señor, CAPITÁN MORALES, DECANO EN FUNCIONES DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE SEVILLA

—Muchas gracias a ustedes.

[Receso.]

Asociación andaluza de residencias y servicios de atención a los mayores, sector solidario (Lares Andalucía)

La señora SÁNCHEZ MUÑOZ, PRESIDENTA DE LA COMISIÓN

—Buenas tardes.

Muchas gracias por asistir a este Grupo de Trabajo relativo a la mejora de la asistencia sanitaria en nuestra comunidad autónoma.

Comparece Lares Andalucía, Asociación andaluza de residencias y servicios de atención a los mayores, sector solidario. Como usted sabe, tiene un tiempo de intervención de entre 15 y 20 minutos. Puede quitarse para hablar, si lo considera, la mascarilla. Y tiene que darle al botón aquí que pone «hablar» para que lo escuchemos bien.

Cuando termine su intervención, algún portavoz podría hacerle algún..., plantearle alguna cuestión o alguna duda.

Cuando usted quiera, puede empezar.

El señor ACOSTA AGUILAR, PRESIDENTE DE LARES ANDALUCÍA

—Bueno. Buenos días, y muchas gracias.

En primer lugar, bueno, agradecer a este grupo de trabajo y a la casa de los andaluces que esté aquí hoy Lares Andalucía. Aclararles que Lares es una asociación que aglutina a 137 entidades, representamos a 8.000 personas mayores, 3.500 trabajadores, formamos parte de la Mesa del Tercer Sector, y, bueno, somos las entidades de carácter solidario y no lucrativas que atienden a los mayores en nuestra tierra.

Creo que este grupo de trabajo es vital, y más en este momento, con la pandemia que estamos sufriendo, por lo que espero que esté siendo enriquecedor y que las aportaciones que los diferentes ponentes estén haciendo pues lleguen a buen término, estoy seguro de ello.

La pandemia del COVID ha afectado especialmente, como saben, a las personas mayores y a los profesionales sanitarios, y aún más intensamente a las personas mayores que viven en residencias y a sus profesionales. No es objeto de esta comparecencia analizar la gestión institucional de esta crisis, pero sí es algo que ha puesto de relieve la importancia de la coordinación en el ámbito residencial y el del sistema andaluz de salud. Si hubiese existido, previa a la pandemia, una dinámica de trabajo conjunta y unos buenos canales de comunicación y atención coordinada, con una real atención a la salud de las personas mayores que viven en las residencias, probablemente muchas de las respuestas sanitarias de esta crisis hubiesen sido mejores.

También es verdad que en estos tiempos atrás pues se ha puesto una figura, que quiero resaltar la importancia que tiene, y que si no se hubiese puesto en esta pandemia hubiese sido muy complejo haber podido gestionar muchas de las situaciones, que es la de la coordinación sociosanitaria y su director general. Creo que es una figura fundamental, una figura nueva, y que era muy necesaria para poder coordinar el sistema sanitario y las residencias de mayores.

Desde el área, venimos reclamando desde hace muchísimo tiempo que no puede ni debe haber atención sanitaria desde el ámbito social, principalmente por tres razones. Las personas mayores ya han contribuido y contribuyen con sus impuestos al desarrollo del sistema andaluz de salud, y es quien debe darle toda la cobertura desde la atención primaria hasta la especializada, y no tienen que mantener otro sistema sanitario en paralelo formado por equipos de atención primaria y rehabilitación en las residencias. Muchas veces se ha querido exigir a las residencias que seamos hospitales, y no somos hospitales, somos hogares. El sistema sanitario tiene que cubrir al mayor, ya esté en su domicilio o esté en una residencia, no hay que marcar diferencias. Por eso, esa exigencia de que desde lo social se atendiera a lo sanitario siempre hemos defendido desde Lares que no venía a cuento y que había que separarla.

La atención a los mayores desde el ámbito social se ha realizado históricamente con coste/plaza a años luz del coste de plazas sanitarias. Por lo tanto, tampoco venía a cuento a exigir, y más la entidad que yo aquí represento, sector solidario, donde nuestros mayores aportan en la mayoría de nuestras entidades su pensión de 600, 700, 800... No represento a entidades que cobren 2.000 ni 2.500 ni 3.000 euros. Por lo tanto, aún con más razón no entraba en lógica exigir esto a los centros.

Los equipos sanitarios de las residencias, los contratados por la propia residencia, no han mantenido históricamente una coordinación ni con medicina interna ni con los centros de salud ni con las enfermeras, figura principal ahora, enfermeras gestoras de casos. Esto estaba en la buena voluntad del director del centro de salud, de la buena voluntad del médico de familia que nos tocara y de la buena voluntad o exigencia del director de residencia de turno. Siempre hemos exigido que debía haber unos protocolos para que todas las residencias funcionaran por igual.

Por otra parte, en Andalucía se viene insistiendo desde numerosos ámbitos en la necesidad de un cambio de modelo de atención a las personas mayores en las residencias para asumir con valentía un modelo de atención centrada en la persona, como se ha establecido ya en algunas comunidades autónomas. En Andalucía, seguimos a la espera de ese modelo de residencias. Esta crisis sanitaria no nos hace retroceder ni un ápice en la defensa de este modelo. Desde ahí, las residencias pensadas y organizadas como hogares para las personas mayores, desde donde debe construirse la respuesta al modelo de residencia y de atención sanitaria que queremos para nuestros mayores en nuestra tierra.

Con todo ello, el presente..., y sin dejar de reconocer que es preciso un trabajo intenso para la puesta en marcha de estos nuevos escenarios, presentamos una serie de aportaciones a este grupo de trabajo, que espero que tengan en cuenta, y que salen de un sufrimiento previo y de un sufrimiento en plena pandemia y de algunas vidas que se han puesto por medio.

La Orden del 5 de noviembre de 2007, por la que se regulan el procedimiento y los requisitos para la acreditación de los centros para personas mayores en situación de dependencia indica: «La atención sanitaria. Los centros deberán garantizar una atención sanitaria dirigida al seguimiento de los tratamientos médicos prescritos y al control de parámetros vitales, en coordinación con el sistema público de salud». En coordinación, por eso realzaba la figura y la importancia de la coordinación sociosanitaria. Ya la normativa del 5 de noviembre hablaba de esa importancia de esa coordinación.

La realidad es que, ante las dificultades de coordinación que nos hemos encontrado en el pasado, muchas residencias optaron por contratar directamente a profesionales de la salud para diagnosticar, prescribir, hacer curas complejas, manejar la complejidad clínica de los residentes, y todo eso buscando formas diversas de comunicación con la atención primaria.

Sin embargo, como digo y repetiré constantemente en esta comparecencia, desde Lares defendemos que la atención sanitaria deberá estar garantizada siempre por el sistema público de salud, de una forma organizada y con protocolos claros y transparentes de asistencia *in situ* de profesionales de la salud para todo aquello que habitualmente se realiza en los hogares de las personas mayores. Para ello, es vital adecuar los costes de los cuidados en residencias a lo real, equiparando los salarios de los profesionales de salud que tengamos en residencias. Sabéis que en nuestras residencias andaluzas no tenemos enfermero en estos momentos, no tenemos enfermero. ¿Por qué? Pues porque el salario está a años luz, se van al SAS.

Establecer mecanismos de coordinación claros y transparentes de los profesionales de la salud de los centros con los sistemas públicos de salud. Coordinación sociosanitaria en el ámbito profesional, estableciendo competencias y responsabilidades, necesidades a cubrir, mecanismos de comunicación, formación, carrera profesional.

Establecer mecanismos de evaluación de la calidad asistencial de los centros, y de ambos sistemas, claros, independientes, transparentes y públicos, conjuntos indicadores de calidad no solo sanitarios, también sanitarios, pero no solo sanitarios en residencias.

Establecer mecanismos de cálculo de costes en función de las necesidades de las personas y de su complejidad. Cada vez llegan personas a los centros más dependientes. Cada vez las demencias son más difíciles de abordar. Pues, necesitamos realmente este cálculo, ¿vale? No todas las personas dependientes, a la hora de tratarlas, tienen las mismas necesidades. Esto hay que contemplarlo de algún modo. Y establecer tipologías de centros, según la adecuación a las necesidades que puedan atender, y estar dispuestos a hacerlo.

Es clara la apuesta en todo el sector por la atención centrada en la persona. No vamos a volver a incidir en ello. Pero para que sea posible pensamos que sería necesaria una apuesta valiente y decidida, por parte de la Administración pública, que permita la creación de un grupo de trabajo en el que participen diversos expertos nacionales, distintas consejerías —es decir, Salud e Igualdad se tienen que sentar en este grupo de trabajo. No se pueden estar estableciendo grupos de trabajo, por un lado,

Salud... Igualdad no tiene grupos de trabajo con las entidades prestadoras en estos momentos. Salud sí los ha tenido en plena pandemia, Igualdad, no— y las entidades prestadoras de servicios, entre ellas, Lares. En esos grupos de trabajo tienen que estar los que conocen la experiencia del día a día; los que están en los pasillos con los mayores, los que están con los profesionales. No se trata de crear una comisión que eternice, sino de contar con la visión de la experiencia, que ya la hay en nuestro país, y de los expertos conocidos, y hacer sesiones planificadas y con trabajo previo para extraer conclusiones.

Definición de guías de condiciones estructurales y funcionales que deban cumplir claramente con el modelo ACP. En estos momentos, las entidades prestadoras de servicios no conocemos cuáles son esas nuevas normas estructurales y de funcionamiento que la Consejería de Igualdad está trabajando. No la conocemos. Apoyo económico para estas reformas estructurales, teniendo en cuenta el IRPF, el 0,7 para nuestro sector. Formación intensa y extensa, desde el modelo ACP a los profesionales del sector. Implicación del ámbito universitario y educativo, que emitan títulos o certificados profesionales. No hay profesionales de la geriatría en Andalucía. No los hay, están contados.

Atención especial merecen las instituciones que represento, que han cuidado durante siglos a personas mayores y enfermas, y que siguen atendiendo a quienes no entran en el sistema de la dependencia o de la exclusión social, como decía al principio de mi comparecencia. Para analizar su situación y buscar una mejor opción de continuidad de su labor en condiciones de sostenibilidad con la misma calidad de cuidados que se requiere hoy día. Lares Andalucía puede ser una institución adecuada para analizar estas situaciones y plantear medidas de sostenibilidad junto a la consejería.

Quiero también nombrar cosas concretas, para que me entiendan. Cómo debe ser esa relación entre el sistema sanitario, no quedar en lo ambiguo, por lo que presento una serie de cuestiones para que tengan en cuenta, para que se hagan una idea. ¿Qué pedimos? Cosas concretas. Por ejemplo, las consultas de atención primaria, el médico de familia de toda la vida tiene que ir a las residencias. Estipulado. Por ejemplo, diez residentes, una hora a la semana, por ejemplo. Pero que quede protocolarizado, que no quede, como decía, a la buena voluntad del director del centro de salud o lo que nos permita el cupo que tiene ese médico de familia asignado. Los informes médicos para los internamientos involuntarios, estamos hablando de personas dependientes, tienen que ser elaborados por el médico de familia, en coordinación con lo social.

No podemos derivar a un mayor a una urgencia y que entre como otro ciudadano más. Y que cuando le den el alta vuelva a la residencia a las cuatro y a las cinco de la mañana. Eso está pasando en nuestra tierra hoy día. Tiene que haber una derivación concreta, y que vaya al hospital con una cama ya. No puede llevarse un mayor dependiente de cien años en una sala de urgencias siete, ocho o nueve horas, y que vuelva a su casa a las cinco de la mañana. ¿Qué dignidad es esa para el mayor, por favor? Y eso está pasando, no por mala voluntad de nadie, sino porque hay que sentarse y trabajar estas cuestiones. Porque es una nueva realidad que tenemos en Andalucía.

Seguimiento y curas de úlceras por presión a partir del grado 2 deben ser competencias de la enfermera el centro de salud. Son úlceras importantes. Todo esto se puede quedar protocolarizado. Ex-

tracciones de sangre y recogida de muestras para analíticas, igualmente. No se pueden estar llevando las muestras de sangre por la calle de una residencia al centro de salud. Y eso está pasando, esa es la realidad. Por eso, yo digo que es tan importante que los grupos de trabajo estén los que están en el día a día, porque muchas veces, como digo, no es mala voluntad, es desconocimiento de cómo funcionan las cosas. Y si no las conocemos no podemos mejorarlas.

Protocolo de derivación hospitalaria, como decía, al mayor, con acompañamiento de dos celadores en ambulancia; acceso prioritario en valoración en Urgencias, así como derivación prioritaria a habitación si permaneciera ingresado. Se llevan, a veces, días en un pasillo hasta que tienen cama en planta.

Nuestros mayores no pueden optar a fármacos con nombres concretos por estar en residencias, fármacos genéricos, ¿por qué? Nuestros mayores que están residencias no pueden ser ciudadanos de segunda. Son los mismos que los que están en sus hogares, porque están en un hogar con muchas personas. Y optan a fármacos genéricos. No es justo.

Estos, que son ejemplos que entiendo que deben ser asumidos por el personal de los centros de salud y por el personal del sistema público de salud, integrado con las residencias, porque hay una responsabilidad a la atención sanitaria. Como os decía, según la Orden de noviembre de 2007, en la que se explicita que en la atención sanitaria, como os comentaba, tiene que haber un seguimiento por parte de las residencias, pero en coordinación con el sistema público.

Las residencias también tienen sus competencias y tareas, por ejemplo, claro que sí. Llevar a cabo las curas no complejas, las tomas de constantes, el administrar los fármacos. Claro, esas cuestiones no vamos a pedir, ni mucho menos, al sistema sanitario. Esas son las tareas que debe abordar el personal sanitario que tengamos en nuestros centros. Las valoraciones geriátricas, los programas de atención individualizada, la aplicación de escalas. Esas tareas son propias, pero hasta ahí. Por eso, es importante tenerlo todo protocolarizado.

Claramente, la asunción por parte de la sanidad pública de la atención primaria y la enfermería domiciliaria presencial en los centros de personas con dependencia. Nadie pone en duda que esas tareas que yo he nombrado de la analítica, de la toma de Sintrom, de... Si un mayor está en su hogar va la enfermera domiciliaria, ¿verdad?, y nadie lo pone en duda. ¿Por qué hay que ponerlo en duda en residencias, por qué?

Coordinación con los equipos de geriatría o medicina interna de los hospitales, que no hay esa coordinación. Delimitación clara de responsabilidades, como os decía. Identificación de un interlocutor sanitario. Bienvenida la enfermera gestora de casos, bienvenida. Gracias a ella se han solucionado muchísimas situaciones con la pandemia en residencias. Que se han volcado y se vuelcan con las residencias.

Y aportaciones, reuniones trimestrales. Yo soy director de una residencia, y yo cada tres meses me siento con el director del centro de salud, y valoramos cómo vamos. Pero eso es porque él tiene buena voluntad y yo también. Pero eso hay que decirlo desde más arriba, para que se haga en todos los lu-

gares, y en toda esta comunidad autónoma, que es muy grande, y hay muchísima disparidad entre una zona y otra de cómo se está trabajando.

Algo importantísimo, el Diraya tiene que estar en las residencias, tiene que haber puntos informáticos de Diraya en las residencias. Que se ha hecho a raíz de la medicalización de los centros y que debe mantenerse. Si el médico de atención va una hora a ver a diez residentes, que trabaje desde allí con su punto Diraya. ¿Que no se quiere establecer un punto fijo informático? Un portátil. Ya se está con el teletrabajo, ya están las enfermeras gestoras de casos trabajando muchas veces desde su casa con el portátil. Entonces, vamos a trabajar todos a una, ¿no?

No parece que la vida y los recursos de las residencias deban girar en torno a la atención clínica, también lo quiero dejar claro. Las residencias deben seguir siendo hogares, en que todo debe girar en torno a la persona mayor, su bienestar y su calidad de vida, bajo el enfoque que ya he comentado de la ACP, que sería el marco general en el que aseguramos la calidad de la atención sanitaria como un elemento más. Esto que vengo que a decir no nos puede sonar a chino, ya se está haciendo en otros países. Ya hay experiencia en otros países, y se conocen, y sabemos cómo se está trabajando.

Hay que tener en cuenta que, en el marco en el que nos movemos con el modelo actual, no hay que ser muy lince para pensar que, con 53 euros al día, se demanda servicios hosteleros de calidad, restauración, cuidados personales de higiene, vestido, baño, servicios sociales, sanitarios, rehabilitadores con calidad... Está claro que no puede ser, ¿no? Hay que trabajar también en esta línea. Igualdad tiene que escuchar también esto.

Según el modelo oficial de la norma en vigor, actualmente, para acreditar centros para atender a personas con dependencia, ¿saben cuántos auxiliares pueden asistir a cien personas frágiles?, ¿conocen la normativa?, ¿la ratio de personal? Esto hay que cambiarlo.

Desde LARES también pedimos que tenemos que mejorar la ratio en los centros. También, mejorando las condiciones económicas, se pueden mejorar las ratios de los centros. Y eso es también atención sanitaria. No nos podemos fijar simplemente en el médico o en el enfermero.

También, la calidad que le dan nuestras auxiliares, que... —como siempre digo—, que las auxiliares en los centros son los equipos alma. Y son profesionales, en muchas ocasiones, muy infravalorados. Los gerocultores auxiliares son los equipos alma, los que le dan la calidad a los centros.

En ese marco oficial nos movemos. Todo lo demás que se ofrece en los centros LARES, donde las personas mayores son felices, gozan de cuidados, cariño, respeto, bienestar —como hemos dicho antes—, porque cada institución ha querido complementar con sus fondos económicos propios y con el compromiso de las personas que le cuidan, mucho más allá de lo contratado, de voluntarios, religiosas, lo que debería ser un derecho a una atención de calidad en las residencias andaluzas.

Para el buen cuidado de la salud, entendido como lo define la Organización Mundial de la Salud —un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades—, es imprescindible un cambio radical en el modelo de cuidados de larga duración en

Andalucía. Que sea de calidad y que se valore realmente —como ha quedado demostrado y puesto en evidencia.

Este documento ya se le aportó a la Consejería de Salud, porque —como vuelvo a decir—, la Consejería de Salud sí ha establecido grupos de trabajo. Esto ya lo hemos dicho en reiteradas ocasiones.

Y quiero terminar diciendo que hay que apostar porque nuestras residencias sigan siendo hogares, hogares. No las convirtamos, por una pandemia, en hospitales. Porque, que cada uno se haga una pregunta a sí mismo: si quiere vivir en un hospital. Nadie de los que estamos sentados en esta queríamos vivir ni en un hospital ni en un hotel, queremos vivir en nuestra casa. Como siempre digo: a un hotel vamos de vacaciones, pero al mes queremos volver a nuestra cama, queremos volver a ver nuestros objetos, queremos..., ni queremos estar en un hospital. Por lo tanto, no convirtamos, por la pandemia, residencias en hogares.

Nada más.

La señora SÁNCHEZ MUÑOZ, PRESIDENTA DE LA COMISIÓN

—Muchísimas gracias, por su exposición.

¿Algún portavoz quisiera hacer alguna intervención? ¿No?

Pues nada. Agradeciéndole, de nuevo, todas estas aportaciones, que seguro que serán tenidas en cuenta por los portavoces...

El señor ACOSTA AGUILAR, PRESIDENTE DE LARES ANDALUCÍA

—Muy bien, pues muchas gracias.