



DIARIO DE SESIONES

XI LEGISLATURA – AÑO 2020
SERIE C NÚMERO 48

Comisión de Salud

PRESIDENCIA DEL ILUSTRÍSIMO SEÑOR
DON DANIEL MARÍ RIPA

Primera reunión
celebrada el jueves 6 de febrero de 2020
en la Sala Constitución

ORDEN DEL DÍA

- COMPARENCIAS** para informar acerca del Plan de Salud del Principado de Asturias 2019-2030. “Boletín Oficial de la Junta General del Principado de Asturias”, Serie B, número 95, de 5 de noviembre de 2019 (11/0199/0001/01915)
- Secretaria general de la Federación de Sanidad de CC OO o persona en quien delegue (11/0219/0034/02153)
 - Secretario general de la Federación de Empleados y Empleadas de Servicios Públicos de UGT-Asturias (11/0219/0035/02154)
 - Doctor Julio César Alonso Lorenzo, médico especialista en Salud Pública, Unidad de Salud Pública del Área Sanitaria IV (11/0219/0036/02155)
 - Don Miguel Ángel Gallego García, representante del Simpa (11/0219/0062/02362, 11/0219/0117/02436, 11/0219/0131/02465)
 - Doña María Belén García González, secretaria general autonómica representante del Satse (11/0219/0063/02363, 11/0219/0118/02437, 11/0219/0132/02466)
 - Don José Luis Lago, presidente del Colegio de Podólogos de Asturias (11/0219/0077/02383)
 - Don José María Fernández Lacín, presidente de la Sociedad Asturiana de Medicina Familiar y Comunitaria (SAMFyC) (11/0219/0078/02384)
 - Doña Begoña Domínguez Aurrecochea, pediatra de Atención Primaria y expresidenta de Aepap (11/0219/0079/02385)
 - Don Alfonso López Muñiz, decano de la Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud de la Universidad de Oviedo (11/0219/0080/02386)
 - Doña Vanesa Busto Jiménez, representante de Técnicos de Documentación Sanitaria (11/0219/0092/02398)

- Doña Rosa María Carou Hermo, Plataforma de Técnicos Unidos de Asturias (11/0219/0103/02409)
- Don José Ramón Fernández Hermida, profesor de la Facultad de Psicología de la Universidad de Oviedo (11/0219/0104/02410)
- Don Marino Pérez Álvarez, profesor de la Facultad de Psicología de la Universidad de Oviedo (11/0219/0105/02411)
- Don Dacio Alonso, UCE (11/0219/0106/02412)
- Representante del Colegio de Médicos de Asturias (11/0219/0116/02435)
- Representante del Sindicato de Auxiliares de Enfermería (SAE) (11/0219/0119/02438, 11/0219/0133/02467)
- Doña Adonina Tardón García, catedrática de Medicina Preventiva y Salud Pública (11/0219/0120/02439)
- Don José Fernández Romojaro, Sindicato Veterinario Profesional de Asturias (Sivepa) (11/0219/0121/02440)
- Representación del Sindicato de Celadores y Personal No Sanitario (Sicepa) (11/0219/0134/02468)
- Doña Marta Villamil Díaz, Enfermería Familiar y Comunitaria del centro de salud de Cudillero (11/0219/0136/02475)
- Don Pablo Pérez Solís, Medicina Familiar y Comunitaria del centro de salud Laviada, en Gijón (11/0219/0137/02476)
- Don Ildfonso Hernández Aguado, catedrático de Salud Pública en la Universidad Miguel Hernández de Alicante (11/0219/0138/02477)



SUMARIO

Se abre la sesión a las dieciséis horas y dieciséis minutos.

Se entra en el orden del día.

Comparecencias para informar acerca del Plan de Salud del Principado de Asturias 2019-2030

— ***Secretaria general de la Federación de Sanidad de CC OO o persona en quien delegue***

— ***Secretario general de la Federación de Empleados y Empleadas de Servicios Públicos de UGT-Asturias***

— ***Doctor Julio César Alonso Lorenzo, médico especialista en Salud Pública, Unidad de Salud Pública del Área Sanitaria IV***

— ***Don Miguel Ángel Gallego García, representante del Simpa***

— ***Doña María Belén García González, secretaria general autonómica representante del Satse***

— ***Don José Luis Lago, presidente del Colegio de Podólogos de Asturias***

— ***Don José María Fernández Lacín, presidente de la Sociedad Asturiana de Medicina Familiar y Comunitaria (SAMFyC)***

— *Doña Begoña Domínguez Aurrecochea, pediatra de Atención Primaria y expresidenta de Aepap*

— *Don Alfonso López Muñiz, decano de la Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud de la Universidad de Oviedo*

— *Doña Vanesa Busto Jiménez, representante de Técnicos de Documentación Sanitaria*

— *Doña Rosa María Carou Hermo, Plataforma de Técnicos Unidos de Asturias*

— *Don José Ramón Fernández Hermida, profesor de la Facultad de Psicología de la Universidad de Oviedo*

— *Don Marino Pérez Álvarez, profesor de la Facultad de Psicología de la Universidad de Oviedo*

— *Don Dacio Alonso, UCE*

— *Representante del Colegio de Médicos de Asturias*

— *Representante del Sindicato de Auxiliares de Enfermería (SAE)*

— *Doña Adonina Tardón García, catedrática de Medicina Preventiva y Salud Pública*

— *Don José Fernández Romojaro, Sindicato Veterinario Profesional de Asturias (Sivepa)*

— *Representación del Sindicato de Celadores y Personal No Sanitario (Sicepa)*

— *Doña Marta Villamil Díaz, Enfermería Familiar y Comunitaria del centro de salud de Cudillero*

— *Don Pablo Pérez Solís, Medicina Familiar y Comunitaria del centro de salud Laviada, en Gijón*

— *Don Ildefonso Hernández Aguado, catedrático de Salud Pública en la Universidad Miguel Hernández de Alicante*

La **Presidencia** toma la palabra para explicar el procedimiento e informar de que asiste a la sesión doña Susana Pérez-Alonso García-Scheredre, cuya comparecencia estaba prevista para la segunda reunión6

La señora **Pérez-Alonso García-Scheredre (presidenta de Asencro)** realiza una exposición acerca del objeto de su comparecencia7

El señor **Gallego García (representante del Simpa)** realiza una exposición acerca del objeto de su comparecencia8

La señora **Villamil Díaz (Enfermería Familiar y Comunitaria del centro de salud de Cudillero)** realiza una exposición acerca del objeto de su comparecencia10

El señor **Alonso Lorenzo (médico especialista en Salud Pública, Unidad de Salud Pública del Área Sanitaria IV)** realiza una exposición acerca del objeto de su comparecencia11

La señora **Domínguez Aurrecochea (pediatra de Atención Primaria y expresidenta de Aepap)** realiza una exposición acerca del objeto de su comparecencia12

La señora **Tardón García (catedrática de Medicina Preventiva y Salud Pública de la Universidad de Oviedo)** realiza una exposición acerca del objeto de su comparecencia13

El señor Pérez Solís (Medicina Familiar y Comunitaria del centro de salud Laviada, en Gijón) realiza una exposición acerca del objeto de su comparecencia	14
El señor Hernández Aguado (catedrático de Salud Pública en la Universidad Miguel Hernández de Alicante) realiza una exposición acerca del objeto de su comparecencia	15
La señora Rodríguez Fernández (responsable de Política Social de Comisiones Obreras de Asturias) realiza una exposición acerca del objeto de su comparecencia	17
La señora García González (secretaria general autonómica del Satse) realiza una exposición acerca del objeto de su comparecencia	18
La señora Montañés Álvarez (representante del Sindicato de Auxiliares de Enfermería, SAE) realiza una exposición acerca del objeto de su comparecencia	20
La señora Carou Hermo (representante de la Plataforma de Técnicos Unidos de Asturias) realiza una exposición acerca del objeto de su comparecencia	21
La señora Soto Álvarez (secretaria de Salud de la Federación de Empleados y Empleadas de Servicios Públicos de UGT-Asturias) realiza una exposición acerca del objeto de su comparecencia	22
El señor Fernández Lago (presidente del Colegio de Podólogos de Asturias) realiza una exposición acerca del objeto de su comparecencia	24
El señor Fernández Romojaro (presidente del Sindicato Veterinario Profesional de Asturias, Sivepa) realiza una exposición acerca del objeto de su comparecencia	26
La Presidencia toma la palabra para anunciar una alteración en el orden de las intervenciones, en el sentido de intervenir en primer lugar el Grupo Parlamentario Vox, a lo que no se opone ningún Grupo	27
La señora Álvarez Rouco , del Grupo Parlamentario Vox, formula varias preguntas, a las que responden los señores Gallego García y Fernández Lago	27
El señor Zapico González , del Grupo Parlamentario de Izquierda Unida, formula varias preguntas, a las que responde el señor Alonso Lorenzo	28
La señora Polledo Enríquez , del Grupo Parlamentario Popular, formula varias preguntas, a las que responden la señora García González y los señores Gallego García y Fernández Lago	31
El señor Marí Ripa , del Grupo Parlamentario Podemos Asturias, formula varias preguntas, a las que responden la señora Domínguez Aurrecochea , el señor Fernández Lago y las señoras Carou Hermo , Soto Álvarez y Tardón García	35
El señor Fernández Bartolomé y la señora Pérez Macho , del Grupo Parlamentario Ciudadanos, formulan varias preguntas, a las que responden los señores Pérez Solís y Hernández Aguado , la señora Villamil Díaz y el señor Fernández Romojaro	40
La señora Pérez Ordieres , del Grupo Parlamentario Socialista, formula varias preguntas, a las que responden la señora Villamil Díaz y los señores Pérez Solís , Hernández Aguado y Alonso Lorenzo	45
El señor Pumares Suárez , del Grupo Parlamentario Foro Asturias, formula varias preguntas, a las que responde los señores Fernández Romojaro y Gallego García	49

Los señores **Fernández Lago** y **Fernández Romojaro** y la señora **Montañés Álvarez** intervienen en turno de aclaraciones.....50

(Se abre la sesión a las dieciséis horas y dieciséis minutos.)

El señor **PRESIDENTE**: Buenas tardes, Señorías.

Se abre la sesión.

Ruego a los Portavoces que comuniquen, si las hay, sustituciones en sus Grupos.

¿Grupo Parlamentario Vox?

La señora **ÁLVAREZ ROUCO**: No hay sustituciones, Presidente.

El señor **PRESIDENTE**: Muchas gracias.

¿Grupo Parlamentario Foro Asturias?

El señor **PUMARES SUÁREZ**: No hay, Presidente.

El señor **PRESIDENTE**: Gracias.

En el Grupo Parlamentario Podemos Asturias no las hay.

¿Grupo Parlamentario Ciudadanos?

El señor **FERNÁNDEZ BARTOLOMÉ**: No hay sustituciones, señor Presidente.

El señor **PRESIDENTE**: Gracias.

¿Grupo Parlamentario Popular?

La señora **POLLEDO ENRÍQUEZ**: No hay sustituciones, Presidente.

El señor **PRESIDENTE**: Gracias.

¿Grupo Parlamentario Socialista?

La señora **PÉREZ ORDIERES**: Buenas tardes, Presidente.

No hay sustituciones.

Comparecencias para informar acerca del Plan de Salud del Principado de Asturias 2019-2030.

— *Secretaria general de la Federación de Sanidad de CC OO o persona en quien delegue*

— *Secretario general de la Federación de Empleados y Empleadas de Servicios Públicos de UGT-Asturias*

— *Doctor Julio César Alonso Lorenzo, médico especialista en Salud Pública, Unidad de Salud Pública del Área Sanitaria IV*

— *Don Miguel Ángel Gallego García, representante del Simpa*

— *Doña María Belén García González, secretaria general autonómica representante del Satse*

— *Don José Luis Lago, presidente del Colegio de Podólogos de Asturias*

— *Don José María Fernández Lacín, presidente de la Sociedad Asturiana de Medicina Familiar y Comunitaria (SAMFyC)*

- *Doña Begoña Domínguez Aurrecoechea, pediatra de Atención Primaria y expresidenta de Aepap*
- *Don Alfonso López Muñiz, decano de la Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud de la Universidad de Oviedo*
- *Doña Vanesa Busto Jiménez, representante de Técnicos de Documentación Sanitaria*
- *Doña Rosa María Carou Hermo, Plataforma de Técnicos Unidos de Asturias*
- *Don José Ramón Fernández Hermida, profesor de la Facultad de Psicología de la Universidad de Oviedo*
- *Don Marino Pérez Álvarez, profesor de la Facultad de Psicología de la Universidad de Oviedo*
- *Don Dacio Alonso, UCE*
- *Representante del Colegio de Médicos de Asturias*
- *Representante del Sindicato de Auxiliares de Enfermería (SAE)*
- *Doña Adonina Tardón García, catedrática de Medicina Preventiva y Salud Pública*
- *Don José Fernández Romojaro, Sindicato Veterinario Profesional de Asturias (Sivepa)*
- *Representación del Sindicato de Celadores y Personal No Sanitario (Sicepa)*
- *Doña Marta Villamil Díaz, Enfermería Familiar y Comunitaria del centro de salud de Cudillero*
- *Don Pablo Pérez Solís, Medicina Familiar y Comunitaria del centro de salud Laviada, en Gijón*
- *Don Ildefonso Hernández Aguado, catedrático de Salud Pública en la Universidad Miguel Hernández de Alicante*

El señor **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señores Portavoces.

En el orden del día figuran las comparencias informativas acerca del Plan de Salud mental para Asturias 2019-2030.

Doy especialmente las gracias a todas las personas que están compareciendo: a los que es la primera vez que vienen al Parlamento, la calurosa bienvenida, y al resto, gracias por volver a acudir...

El señor **ZAPICO GONZÁLEZ**: Presidente, disculpe, no preguntó por mi Grupo Parlamentario...

El señor **PRESIDENTE**: Disculpe.

El señor **ZAPICO GONZÁLEZ**: Y no hay sustituciones.

El señor **PRESIDENTE**: No estamos absorbiendo a Izquierda Unida. (Risas.)

El señor **ZAPICO GONZÁLEZ**: Por si tenía alguna tentación al respecto, se lo decía.

El señor **PRESIDENTE**: Bueno, entre las comparecientes que están citadas hoy a las cuatro de la tarde, han sido las comparencias de la secretaria general de la Federación de Sanidad de Comisiones Obreras, que ha delegado en Ana María Rodríguez Fernández; del secretario general de la Federación de Empleados y Empleadas de Servicios Públicos de UGT-Asturias; del doctor Julio César Alonso Lorenzo, médico especialista en Salud Pública, Unidad de Salud Pública del Área Sanitaria IV; de don Miguel Ángel Gallego García, representante del Simpa; de doña María Belén García González, secretaria general autonómica representante del Satse; de don José Luis Lago, presidente del Colegio de Podólogos de Asturias; José María Fernández Lacín, presidente de la Sociedad Asturiana de Medicina Familiar y Comunitaria; doña Begoña Domínguez Aurrecoechea, pediatra de Atención Primaria y expresidenta de Aepap; don Alfonso López Muñiz, decano de la Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud de la Universidad de Oviedo; doña Vanesa Busto Jiménez, representante de Técnicos de Documentación Sanitaria; doña Rosa María Carou Hermo, Plataforma de Técnicos Unidos de Asturias; don José Ramón Fernández Hermida, profesor de la Facultad de Psicología de la Universidad de Oviedo, quien ha comunicado la imposibilidad de acudir a la comparencia; don Marino Pérez Álvarez, profesor de la Facultad de Psicología de la Universidad de Oviedo, que ha comunicado que no podía asistir; don Dacio Alonso, de la Unión de Consumidores; de un representante del Colegio de Médicos de Asturias; del representante del Sindicato de Auxiliares de Enfermería (SAE);

de doña Adonina Tardón, catedrática de Medicina Preventiva y Salud Pública; don José Fernández Romojaro, del Sindicato Veterinario Profesional de Asturias (Sivepa); de la representación del Sindicato de Celadores y Personal No Sanitario (Sicepa); de doña Marta Villamil, Enfermería Familiar y Comunitaria del centro de salud de Cudillero; don Pablo Pérez Solís, Medicina Familiar y Comunitaria del centro de salud Laviada, en Gijón; don Ildefonso Hernández Aguado, catedrático de Salud Pública en la Universidad Miguel Hernández de Alicante.

Asimismo, comunicamos que asiste a esta reunión también doña Susana Pérez-Alonso, presidenta de Asencro, que estaba convocada para mañana, pero que nos solicitó que fuese en primer lugar, durante el día.

El procedimiento se desarrollará comenzando por un turno de exposición previa de los comparecientes, si así lo desean, por tiempo de 5 minutos —les ruego que intenten atenerse a este tiempo—, a lo que se seguirá un turno de preguntas de los Grupos Parlamentarios, por un tiempo máximo de 20 minutos, y se concluirá con un turno de precisiones o aclaraciones, también por 5 minutos, si los comparecientes consideran oportuno hacer uso del mismo; alguna cuestión que quede pendiente es posible comentarla al final de la intervención, tendrán esos 5 minutos.

Y pasamos ya a la exposición previa de los comparecientes, a quienes ruego que se identifiquen cada vez que intervengan, al objeto de su constancia en el Diario de Sesiones.

En primer lugar nos había solicitado doña Susana Pérez Alonso intervenir, por cuestiones de salud, y posteriormente, desde mi derecha a la izquierda, el resto de intervenciones.

Muchas gracias.

La señora **Pérez-Alonso García-Scheredre (presidenta de Asencro)**: Gracias.

Buenas tardes.

En nombre de la Asociación de Usuarios de la Sanidad doy las gracias a los Grupos Parlamentarios, al Grupo Parlamentario Podemos, que nos ha invitado a participar, y a los Letrados de la Junta por permitir que nos saltásemos el turno de intervención.

Yo exactamente... —les agradezco lo del contador—, a mí se me ha pedido... Es la segunda vez que informo sobre el Plan de Salud, ya lo hice en la Consejería de Sanidad en su momento, cuando me pidió que emitiese un dictamen. Yo lo primero que quiero decir, y a ver cómo lo digo de rápido, es que, a mi entender, personalmente, y al entender de la asociación, esto no es un plan de salud. Yo escribo novelas y esto tiene mucho que ver con lo que voy a explicar a continuación.

En cualquier trabajo... —yo también escribo trabajos para alguna universidad; por ejemplo, colaboro mucho con la Universidad de Buenos Aires—, cuando alguien hace un trabajo científico, tienes que aplicar una metodología. La metodología no es simplemente..., no consiste en poner epígrafes sin parar, como ocurre en este Plan de Salud, y en no decir absolutamente nada, que es lo que hace este documento que se llama Plan de Salud.

Traigo apuntadas unas palabras porque yo creo que el lenguaje es muy importante en la vida, es fundamental para que nos entendamos los seres humanos: “sinergia”, “empoderar”, “equidad”, “gobernanza”, “monitorización”, “estrategia transversal”, “interdepartamental” —soy disléxica, pido que me disculpen, aunque no se me note mucho—, “intersectorial”, “resiliencia”... Es decir, todo este lenguaje, al que nos estamos acostumbrando, al final está lleno de palabras vacías, porque no significan nada. Es decir, si el plan no es tal plan, no significa nada.

Me gustaría pedir a los Grupos Parlamentarios que tuviesen la curiosidad de mirar y ver, si es posible, cómo se ha saltado la metodología y la ciencia en la exposición, porque yo me temo —no lo voy a asegurar porque no lo podría asegurar— que..., esta palabra utilizar con absolutamente todas las reservas, los autores, algunos de ellos, se han plagiado a sí mismos, es decir, ponen lo mismo que han puesto en trabajos anteriores ya publicados. Cuestión, insisto, que científicamente no existe: cuando alguien se cita a sí mismo, tienes que poner que te citas a ti mismo y tienes que poner dónde te citaste. Aquí pone, por ejemplo, “la mejora de los sistemas informáticos del sistema sanitario”. ¡Hombre!, yo que me carteo por correo electrónico con todos los departamentos de Sanidad, llevan meses enviando virus, lo cual demuestra que poner “mejora de los sistemas” o “mayor atención a las mujeres” no significa absolutamente nada.

Y, como traca final, utilizan una palabra que procede del latín, la *advocatio*, y ponen: “Abogacía o *Advocacy*”, en inglés —yo no sé qué sentido se le da o se le intenta dar; yo si estuviésemos en un patio de un colegio diría que sería por presumir y, aunque no estemos en el patio de un colegio, lo voy a decir—. La *advocatio* no tiene nada que ver con lo que ponen. Si ustedes lo miran —está el final—, “la abogacía es la promoción activa de una causa o de un principio”. Es lamentable que, si ustedes buscan con cuidado —yo no sé si esto lo refleja en el Plan de Salud, o sea, en lo que se llama Plan de Salud, que

no existe—, esto está copiado de una cosa en Perú del año dos mil algo. Yo no sé, insisto, si lo refleja o no lo refleja el mal llamado Plan de Salud, pero a mí tengo que decir, casi para concluir, que me parece vergonzoso.

Señorías, la conclusión de todo esto es que no hay plan de salud. Yo tengo una enfermedad incurable y sin tratamiento. Yo no tengo médico, se jubiló el médico de 400 pacientes por tener el gran pecado de haber cumplido 65 años y nos dejaron sin médico. Yo padezco una disfagia lusoria, ustedes que... —hay médicos en la sala—, pero es que trago mal y tengo esta voz que me dio Dios, que no es por beber aguardiente: nadie me ha llamado jamás a ningún sitio.

Hoy estoy aquí, y al único sitio que puedo ir es a Urgencias del HUCA o a mi médico de cabecera. Los pacientes no tenemos médicos. Se está desmantelando la sanidad y, de verdad, me parece vergonzoso que se intente llamar Plan de Salud algo que carece de contenido, de metodología. Y si querían copiar a Alma Ata, desde luego, las intenciones, como mínimo, podían haberse esmerado un poco más.

Lo único que puedo decir es que, como asturiana, como ciudadana y como enferma, esto me provoca desdén y vergüenza.

Muchas gracias por su atención.

El señor **PRESIDENTE**: Muchas gracias.

En segundo lugar... Se van presentando, para que quede constancia en el Diario de Sesiones. Muchas gracias.

El señor **Gallego García (representante del Simpa)**: Hola, buenas tardes.

Soy Miguel Ángel Gallego, representante del Sindicato Médico Profesional de Asturias (Simpa).

El Sindicato Médico Profesional de Asturias, al que tengo el honor de representar, ha sido convocado para que comparezca e informe a la Comisión de Salud de la Junta General del Principado de Asturias acerca del Plan de Salud del Principado de Asturias 2019-2030.

Nos complace informar de que, tal como se nos ha presentado sobre el papel, este Plan de Salud 2019-2030 nos parece bien.

El Plan de Salud, en nuestra opinión, está muy trabajado y bien estructurado en seis fases. Está definido con una buena metodología participativa de los distintos estamentos, sectores y grupos sociales.

También ha tenido en cuenta el trabajo realizado por otras comunidades autónomas en sus planes de salud. Ha fijado unos objetivos con el fin de conseguir, a lo largo del tiempo, una mejora amplia y completa en la calidad de vida y que se extienda y abarque el bienestar y los diferentes tipos de salud de todos los asturianos. Da protagonismo a la ciudadanía y la hace partícipe del plan. Tiene en cuenta y hace hincapié en la equidad, tendiendo a cuidar y proteger a los estamentos sociales de todo tipo, pero sobre todo a los menos afortunados o más necesitados. Parte de un marco conceptual adecuado, con un análisis diagnóstico de los problemas sanitarios, y tiene en cuenta los programas a desarrollar. Se contempla también la evaluación periódica, ya que es a muy largo plazo en el tiempo, para la consecución de objetivos, así como la financiación que creen necesaria para conseguirlos.

Tal y como está planteado, tiende a evitar duplicidades, y aprovecha las sinergias y las acciones de otros planes de distintos organismos, grupos de trabajo, asociaciones y Administraciones para beneficiarse de lo que ya está hecho.

El Plan de Salud parte de un análisis de la situación de salud del Principado de Asturias, describiendo las características de la población, de su contexto, del entorno, de las condiciones y del estilo de vida. Analiza cómo es el sistema sanitario, los resultados de salud y lo que se está haciendo. Para ello, a través de un proceso participativo, ha realizado una encuesta ciudadana sobre las cosas que ayudan a mejorar y mantener la salud y el bienestar, como son el estilo de vida, la calidad del sistema sanitario, los factores socioeconómicos y la calidad ambiental.

Ha realizado también, dentro de este proceso participativo, unas jornadas para la elaboración del Plan de Salud, una encuesta a mandos intermedios del Servicio de Salud, una sesión de salud pública, y ha organizado también unas Jornadas de Salud Pública con un panel de expertos, en junio de 2018, e incluso unas jornadas internacionales sobre Poblaciones Sanas, Personas Sanas y para disminuir desigualdades.

Se ha dotado de unos principios que han inspirado el plan, planteando un proceso de planificación y acción para los próximos diez años. Al final, han sido quince los principios que han inspirado la redacción del Plan de Salud.

El reto que se plantea este plan es conseguir mejorar la salud y el bienestar de la población asturiana en los próximos diez años. La equidad de género tiene un papel muy importante en elaboración.

El plan se ha configurado también con metas e indicadores de evaluación. Las metas que se proponen en el plan tienden a disminuir las desigualdades de salud entre los hombres y mujeres, entre otros entre otros ejes de equidad, mejorar los determinantes socioeconómicos, los determinantes de Calidad Ambiental y los estilos de vida que influyen en la salud. Propone también metas para mejorar la respuesta sanitaria y su influencia en la salud y, finalmente, propone metas para mejorar los resultados de salud.

Se describen en todas las metas los indicadores, en número más que suficiente, que se evaluarán y que con los cuales se tiende a que las metas alcancen el mayor grado de cumplimiento posible. Unos indicadores se evalúan directamente y otros a través de referencias obtenidas de otras encuestas ya elaboradas en otras Consejerías.

Ya dentro de lo que es el propio plan, realiza el despliegue a través de tres grandes áreas: la primera, en relación con la equidad y los sistemas de gobernanza y participación; la segunda área, en relación con los entornos y condiciones de vida, y la tercera área, en relación con el sistema de atención sociosanitario.

En cada una de las tres áreas descritas se proponen y desarrollan unos objetivos (tres en la primera, cuatro en la segunda y cinco en la tercera), que se conseguirán a través de una serie de acciones que se plantean en cada uno de ellos.

La descripción de las diversas y variadas acciones propuestas es la parte donde se detallan, tratando de explicar cómo serán las acciones de futuro tendentes a cumplir los objetivos de cada área. Es una parte declarativa de intenciones y redactada en previsiones de futuro, quizá en un lenguaje excesivamente técnico y no fácilmente comprensible para los no expertos o los que no tengan grandes conocimientos en temas de salud preventiva o sociología sanitaria, y donde quizás se ha utilizado excesivamente lo descrito en otros medios o publicaciones especializadas para explicar o describir en qué consiste la acción encaminada a cumplir el objetivo de cada área. Quizá hubiese sido mejor, en nuestra opinión, haber hecho una redacción más sencilla, o sea, no tan técnica, que haga más comprensible a los no expertos las acciones que se describen en el plan.

En todas las acciones se indica qué organismo o Consejería ha de llevar el liderazgo para la realización de esta acción, siendo la Consejería de Sanidad y el Sespas los que han de desarrollar más labores de liderazgo, como no podría ser de otra manera, pero también se atribuyen labores de liderazgo a otras Consejerías distintas a las de Sanidad.

Al final de cada objetivo están descritas las dimensiones a evaluar con la elaboración y difusión de un informe, indicando quién lo realizará y dónde se distribuirá, así como en qué periodo se efectuará dicha evaluación.

Uno de los objetivos, concretamente el 1.2 del Área I, crea —acertadamente, en nuestra opinión— una Comisión Directora del Plan de Salud, bajo la presidencia de la Dirección General de Salud Pública de la Consejería de Sanidad, para la actualización de prioridades...

El señor **PRESIDENTE**: Disculpe, le tengo que pedir que vaya abreviando. Va a consumir los 5 minutos, luego hay más tiempo para añadir y... Son muchos comparecientes y estaría bien que intentásemos ajustarnos al tiempo, ¿vale?

El señor **Gallego García (representante del Simpa)**: Vale. Acabo con esto.

Para la actualización de prioridades, el seguimiento de las diferentes acciones y la evaluación del plan. La parte más dedicada a los objetivos, al ser de realización futura, quizás se haya planteado muy ambiciosamente, pues busca muchas colaboraciones e implicaciones de muchos organismos, estamentos y Consejerías distintas a las de Sanidad y al Sespas.

Muchas gracias.

Perdón por la extensión.

El señor **PRESIDENTE**: Muchas gracias.

Y disculpe el poco tiempo que tenemos, pero, bueno...

El señor **Gallego García (representante del Simpa)**: Lo entiendo, gracias.

El señor **PRESIDENTE**: ..., somos muchos comparecientes y vamos a ver si lo conseguimos. Siguen en el orden, por favor.

La señora **Villamil Díaz (Enfermería Familiar y Comunitaria del centro de salud de Cudillero)**: Buenas tardes, señor Presidente...

El señor **PRESIDENTE**: Nombre y filiación primero, para que quede constancia en el acta, ¿vale? Gracias.

La señora **Villamil Díaz (Enfermería Familiar y Comunitaria del centro de salud de Cudillero)**: Mi nombre es Marta Villamil. Soy enfermera de Atención Primaria desde 1998 y he participado en este último año y medio como redactora del Plan de Salud en un aspecto técnico.

Ahora de nuevo me encuentro trabajando como enfermera en mi lugar, en el centro de salud de Cudillero, y, como pueden imaginar, este cambio y este año y medio supusieron para mí un reto importante y una experiencia muy enriquecedora.

Este Plan de Salud se planteó de una manera, cuando yo llegué a la Consejería, de recoger todo lo que se había hecho en el plan anterior, cuáles de esas acciones, objetivos y planteamientos, que era un plan más sanitario, se habían conseguido. Esa fue la primera dificultad con la que yo personalmente me encontré, porque habían quedado algunos a medio hacer, de otros no había registros, el sistema informático estaba más anticuado y no teníamos unos indicadores claros a los que afianzarnos o sobre los que apoyar lo que nos planteábamos a partir de ahora.

A continuación, nos planteamos preguntar a los profesionales, a los gestores de nuestra sanidad y a otras Consejerías qué creían que suponía para ellos tener salud en Asturias, qué era el bienestar, en qué se sustentaban estos pilares importantes.

Nadie nos habló solamente de los hospitales o de los centros de salud, aunque es una parte fundamental, sino que nos hablaban de poder respirar un aire sano, de tener un trabajo digno, de poder hacer deporte, de la alimentación sana, de saber cuidarse, de tener unas ocupaciones que nos permitiesen cuidar de los demás y cuidarnos a nosotros mismos.

Entonces, eso nos hizo pensar que, para la población, el estar bien y el estar sano no era solamente estar al lado del centro de salud, y que los profesionales sanitarios podemos aportar algo, pero no todo. En esa redacción, por eso lo diferenciamos en tres grandes bloques:

Uno, sobre de la equidad y la salud en todas las políticas, porque tan importante es que en Urbanismo, Educación, en Industria, en Medio Ambiente se trate sobre la salud y se hagan las cosas pensando en la salud de los asturianos y asturianas como que en los hospitales haya los mejores médicos o las mejores enfermeras.

En la segunda área se habla de salud en todas las edades y en todos los entornos, sobre equidad, porque, yo que trabajo en un centro de salud rural, creo que ese aspecto es importante. A lo mejor, los gastos son mayores en una población pequeña, pero sí tienen derecho a disfrutar de las mismas ventajas y solventar esas otras dificultades que surgen, como son la soledad, el aislamiento, el envejecimiento u otros aspectos que todos conocemos.

Y, por último, el área en que yo más trabajé, que fue la tercera, sobre el área sanitaria, sobre lo que hablaba antes, que era la falta de indicadores, nos basamos sobre todo en indicadores que tenemos a nivel nacional de mortalidad y morbilidad.

Realmente, en Asturias hay una serie de áreas en las que estamos por debajo del resto de España y por eso se plantean unas líneas prioritarias de actuación, como son cardiopatía isquémica, violencia de género, salud sexual..., bueno, una serie importante por esas cuestiones, y unos indicadores que nos permitirán valorar cada dos años cómo evolucionamos en esos aspectos, que creo que es lo fundamental, trabajar todos juntos desde todos los lugares con un fin común y después tener la posibilidad de, cada dos años, ver cómo se ha mejorado o si hay que cambiar rotundamente y tirar para otro lado, pero, eso sí, todos juntos.

Por poner un ejemplo, en la cardiopatía isquémica, que estamos bastante por debajo a nivel nacional en cuanto a mortalidad, no podemos diferenciarnos tanto de nuestros vecinos de Galicia, de Cantabria o de otras comunidades; sin embargo, sí ocurre así. Tenemos un hospital estupendo y unos cirujanos intervencionistas y perfusionistas, enfermería, muy bien preparados; sin embargo, la mortalidad es mayor. ¿Por qué? ¿Los hábitos cambian?, ¿las distancias son más largas?, ¿tardan más en llegar los pacientes?... ¿Qué es lo que ocurre? Pues todo eso deberíamos analizarlo. Y yo, que estuve, por ejemplo, el lunes en el instituto dando una sesión de reanimación cardiopulmonar para los profesores, pues me di cuenta del desconocimiento que hay de esta cosa tan básica. Porque, cuando sucede un evento cardiovascular o una parada, de quien dependes es de las personas que están alrededor, y esos no son realmente los sanitarios, esos primeros diez minutos son la gente que está caminando por la

calle a tu lado. Y, entonces, la promoción, la prevención y la participación comunitaria son fundamentales.

Y nada más.

Muchas gracias.

El señor **PRESIDENTE**: Muchas gracias.

El señor **Alonso Lorenzo (médico especialista en Salud Pública, Unidad de Salud Pública del Área Sanitaria IV)**: Soy Julio Alonso, especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública, técnico de Salud Pública de la Unidad de Salud Pública del Área Sanitaria de Oviedo.

Bueno, para realizar una valoración del Plan de Salud, es importante, yo creo, en primer lugar, compartir algunas ideas sobre la función de planificación sanitaria. De esta manera podremos valorar si en su elaboración y resultado final realmente se cumple adecuadamente con algunos requisitos técnicos.

Lo primero que comentaríamos es que debe basarse en elementos de la realidad. Esto significa que debe identificar de una forma objetiva, pero no solo objetiva, también crítica, porque si no hay una observación crítica es muy difícil mejorar, cuál es la dinámica de la situación actual, de los procesos que se dan, y cuál es la previsión con respecto a esos procesos, y de esa manera poder aplicar, bueno, pues las acciones que se consideren pertinentes. Hay que tener en cuenta que aquí nunca hay seguridades, estamos planificando el futuro, eso es cierto.

Una segunda idea sería que un plan debe ser un instrumento de cambio, una herramienta para cambiar las cosas, no es un recopilador de propuestas que ya estén formuladas.

Me voy a quedar con esas dos ideas para plantear la evaluación del plan.

Bueno, ya se han comentado previamente un poco cuestiones de la estructura. El plan tiene una primera parte, en la cual se hace una identificación de problemas, un análisis de situación, con dos tipos de componentes: un componente más duro de indicadores, indicadores comparativos, y otro tipo de información que viene de..., información más blanda, de hacer encuestas y de otra metodología que es realmente interesante. De hecho, yo considero que de esa segunda parte se obtuvieron cosas que no salen de los indicadores que se muestran en el plan. Yo creo que los indicadores que se muestran el plan presentan algunos sesgos que habría que valorar. Pero, bueno, en todo caso, se parte de esa información.

El eje central del plan es lo que se ha comentado hasta ahora, la definición de tres áreas de trabajo, que son tres aspectos sobre los cuales se plantean objetivos y acciones. Nada que decir sobre las áreas 1 y 2, o sea, es absolutamente adecuado, trabajar en pos de la equidad. Puede que haya alguna acción que no..., bueno, que se podría mejorar, pero, bueno, en líneas generales, a mi juicio son muy interesantes.

Otra cosa es el área 3, que trata de alguna manera del sistema sanitario o del sistema sociosanitario. Ahí yo considero que hay más cuestiones, bueno, que serían discutibles. Voy a poner dos: cómo se plantea la Estrategia de Atención Primaria y qué papel se le da a la investigación dentro del plan.

A continuación, se plantean unas líneas estratégicas que, bueno, previamente se ha comentado un poco el destino... En mi visión de cómo es Asturias, yo creo que en esas prioridades falta alguna cosa relevante, que, si hay lugar, se podrá comentar.

En cuanto a las herramientas de implantación, señalaré que parecen muy adecuadas. Es muy interesante que haya una Comisión de Salud y Equidad. Habrá que ver si al final esa Comisión Directora del plan realmente tiene elementos de participación dentro de ella para realmente hacer de esto un movimiento participativo.

En cuanto a la valoración global del plan, como aspectos positivos, el modelo de participación, que parece adecuado; el marco teórico en el que sustenta, el de determinantes de la evaluación de la salud y otros también interesantes, y la apuesta por la acción multisectorial.

Como aspectos mejorables o amenazas, para los proyectos intersectoriales, cosas que ya se han comentado aquí, es decir, la dificultad para desde el ámbito sanitario salir fuera y ser capaces de liderar y de generar políticas que salen fuera; por lo menos, tendrá que haber voluntad política por parte de todos esos agentes o instituciones de fuera del plan. Por otra parte, a mi entender, no está identificada claramente la continuidad y solidez del proceso participativo en las decisiones que va a haber a partir de ahora, por lo menos en lo que yo he visto hasta el momento, no en la intención de los que elaboraron el plan.

Y, por último, sí señalaría un tema bastante trascendente con respecto al último conjunto de acciones: yo creo que se ha perdido una oportunidad de oro para definir cómo queremos un servicio de salud

de aquí a diez años, es decir, no está definido. Lo que está, a mi juicio, es una conjunción de estrategias, tenemos una Ley de Salud que, de alguna manera, define el vehículo en el que vamos a conducir, todas sus herramientas, el motor, las prioridades..., pero no tenemos mapa. Yo considero que lo que se ha hecho es aposentar un conjunto de estrategias, con mejor o peor fortuna.

En definitiva, la pregunta es si el plan se va a quedar solo en un documento de buena calidad —el papel lo soporta todo— o se trata de un elemento realmente orientador y regulador de las políticas extrasanitarias y conductor, o sea, director, de las acciones dentro del sistema sanitario. Y yo creo que esto tiene que ver con cuáles han sido los indicadores seleccionados del plan y, un poco, con qué tipo de alianzas y qué tipo de fortalezas va a tener en su desarrollo.

Eso es todo.

Gracias.

El señor **PRESIDENTE**: Muchas gracias.
Siguiente compareciente...

La señora **Domínguez Aurrecoechea (pediatra de Atención Primaria y expresidenta de Aepap)**: Buenas tardes.

Soy Begoña Domínguez. Soy pediatra de Atención Primaria.

Y, en primer lugar, quiero agradecer al Grupo Parlamentario Podemos Asturias su invitación a participar hoy en estas comparecencias.

Mi intervención se limitará al Plan de Salud en relación con la población infantil, etapa de la vida en la que se adquirirán muchos de los conocimientos, habilidades y hábitos que persistirán luego en la vida adulta.

A partir de la invitación, solicité opiniones y propuestas a las sociedades Asociación Asturiana de Pediatría de Atención Primaria y la Sociedad de Pediatría de Asturias, Cantabria y Castilla y León. Gran parte de las propuestas son fruto de sus aportaciones, que expondré siguiendo el orden del documento. Mi agradecimiento a todos los compañeros que han colaborado.

Uno, apartado “Análisis de la situación de salud en Asturias”. Señala que tenemos la natalidad más baja de España y, efectivamente, es de 6,1 por 1000 habitantes. Será preciso valorar este problema como un auténtico reto, considerando la necesidad de empleos dignos para los jóvenes, acceso a viviendas con precios asequibles y estableciendo facilidades para la crianza compartida entre madres y padres.

Otros datos no incluidos en el texto: el 98,8 % de niños acude a las revisiones programadas del Programa de Salud Infantil, las coberturas vacunales están entre el 96 y el 98, y el 95 % opina que la atención recibida en Atención Primaria es buena o muy buena.

Apartado “¿Cómo son nuestros estilos de vida?”. No se aportan datos acerca de la utilización de pantallas, móviles, videojuegos, televisiones, redes sociales. Proponemos que se establezcan las herramientas necesarias para conocer estos datos y poder planificar las acciones necesarias para su mejora.

Respecto al juego y apuestas, sí hacen una referencia en el objetivo 1, acción 1.12, planteando estudiar acciones para la regulación de actividades en relación con el juego. Proponemos que se incluya también el apartado “Metas para mejorar los estilos de vida”.

Apartado “Metas propuestas para mejorar los estilos de vida en relación con la salud”. Se plantea reducir la prevalencia de obesidad declarada en población de 2 a 17 años (referencia INCLASNS) y prevalencia en personas mayores de 18 años con percentiles de sobrepeso y obesidad, según las tablas de Orbeagozo 2004.

Nuestra propuesta es eliminar la subjetividad de la obesidad declarada y calcular las prevalencias a partir de los registros de peso, talla e índice de masa corporal, el programa OMI-AP, que es el que se utiliza habitualmente en Atención Primaria, utilizando las tablas de la Organización Mundial de la Salud, incorporadas también en dicho programa, y que permitirán hacer estudios comparativos con españoles como el Aladino e internacionales. La referencia puede ser el estudio de Esnupi-As, que en el año 2012 teníamos 89.000 registros, con una obesidad de 10,8 %, y en el año 2017, 112.000 registros y una obesidad del 11,1 %. Proponemos continuar con esta metodología nueva y el próximo corte correspondería al 2020.

Objetivo 2, “Mejorar la salud en todas las etapas de la vida”. Proponemos incluir un recurso no citado y que desde nuestro punto es imprescindible para la población menor de 15 años, que es el Plan personal jerárquico de la atención sanitaria a la infancia y adolescencia del Servicio de Salud del Principado de Asturias 2018, que incluye: uno, un programa de salud infantil que, con un enfoque

longitudinal, aborde la prevención, la educación para la salud individual y de grupo, proporcione guías para profesionales y familias, considerando también el entorno y los factores medioambientales; el programa de identificación del riesgo social y, además, el programa de seguimiento y atención al niño con maltrato infantil. Proponemos, además, renovar la cartilla de salud infantil siguiendo este modelo.

Área 3, “Garantizar un adecuado espacio sociosanitario público”. En este punto, resulta imprescindible hablar de la Pediatría de Atención Primaria.

Más una década con falta de inversión en Atención Primaria, ausencia de liderazgo, mantenimiento de las inercias sin corregir los fallos, falta de controles, deficiencias organizativas, estructurales, de programación y evaluación, hospitalcentrismo, entre otras causas, han llevado a la Atención Primaria a la situación crítica en la que se encuentra.

La inadecuada distribución de los recursos, falta de pediatras, que en muchas ocasiones no son sustituidos durante los permisos, bajas e incluso jubilaciones, está ocasionando una sobrecarga de trabajo, limitando la Atención Primaria exclusivamente a tareas asistenciales y reduciendo cada vez más el tiempo destinado a cada paciente. Las altas tasas de interinidad y las escasas ofertas en las OPE hacen que con frecuencia los niños tengan que ser atendidos por diferentes médicos, sin un pediatra de referencia. Todo ello repercutirá negativamente en la salud de la población infantil y, seguramente, también en la salud de los pediatras.

Se necesita una atención urgente, decidida, prioritaria, económicamente bien dotada, con presupuestos finalistas, acordada con los profesionales, sostenida en el tiempo y basada en rediseñar un modelo de atención que se debe prestar a la población del siglo XXI, diferente del modelo diseñado en los años ochenta del siglo pasado. La salud de los niños y niñas asturianos debe estar en manos de profesionales formados específicamente para esta misión. La Pediatría es la especialidad médica reconocida por ley que se debe encargar de velar por la salud del niño desde su nacimiento hasta la adolescencia. Una revisión sistemática informa de que los resultados de salud son mejores cuando la atención se produce por pediatras.

La Atención Primaria en Pediatría debe asegurar la asistencia de calidad y en equidad para todos los niños y niñas asturianas, suponiendo el eje central del sistema.

La unidad básica pediátrica de la población infantil estará formada por pediatra y enfermera pediátrica. Cada niño o niña ha de tener un pediatra y enfermera de referencia, y cada pediatra y enfermera, un cupo concreto, única forma de asegurar una atención integral y garantizar la longitudinalidad.

Ante la falta de especialistas, será necesario abordarlo de forma específica ofertando plazas de especialistas en las OPE que fidelicen a los profesionales y eviten la inestabilidad laboral y asistencial. Una Atención Primaria fuerte contribuye a mejorar la salud y una debilitada hace que el sistema sanitario sea ineficiente y difícilmente sostenible.

Si se concretaran todas estas premisas que hemos planteado en este punto se podría abordar, sí, el objetivo 1 del área 3 (“Reorientar el sistema sanitario hacia la promoción de la salud, coordinación sanitaria, atención comunitaria”), aprovechando los espacios de participación locales a través de, para nosotros, un espacio fundamental: las Comisiones de Salud Escolar.

Simplemente, investigación, además de tiempo. Serán necesarias formación, herramientas de ayuda metodológica y financiación.

Finalmente, será preciso habilitar espacios en las agendas para docencia, investigación y para la actividad comunitaria. Estas actividades deberán ser consideradas para la carrera profesional, incentivos y reconocimiento retributivo y curricular.

A modo de última consideración, los nuevos planes, incluido el actual Plan de Salud, pueden ser inútiles si no hay suficientes profesionales que los lleven a cabo.

El señor **PRESIDENTE**: Muchas gracias.
Siguiendo compareciente...

La señora **Tardón García (catedrática de Medicina Preventiva y Salud Pública de la Universidad de Oviedo)**: Buenas tardes.

Soy Adonina Tardón. Represento al área de Medicina Preventiva y Salud Pública de la Universidad de Oviedo.

Muchas gracias al Grupo Parlamentario Ciudadanos por invitarme a estar aquí y dar mis opiniones. En primer lugar, querría..., debido al tiempo que tenemos, me voy a centrar exclusivamente en la página 107 del documento, que prioriza las prioridades seleccionadas para los años 2019-2021.

En general, lo que quería decir en primer lugar es que es un plan, desde mi punto de vista, excesivamente curativo, se centra mucho en reducir hospitalización, hospitalización, hospitalización... Las palabras “educación para la salud”, haciendo una búsqueda en el documento, figuran seis veces, tres de ellas en la introducción, lo cual quiere decir que no figura demasiado en los objetivos a cumplir.

En segundo lugar, y viendo las líneas prioritarias, son todas curativas excepto alcohol y tabaco. Estupendo que se introduzcan como problemas de salud prioritarios, sobre todo el tabaquismo, porque lo es, pero claramente echo de menos, y mi propuesta concreta sería su inclusión en estas líneas prioritarias, la obesidad.

La obesidad en Asturias es el mayor problema de salud que tenemos en adultos: el 57,5 % de la población presenta sobrepeso u obesidad. La obesidad se asocia con diabetes *mellitus*, hipertensión arterial, dislipemias (o sea, colesterol), cardiopatía isquémica, alteraciones osteoarticulares (es decir, artrosis de cadera, de rodilla, lo que tiene la mayor lista de espera para operar), insuficiencia venosa, accidentes cerebrovasculares, enfermedades digestivas, apnea del sueño, insuficiencia respiratoria, tumores, como colon, recto, próstata, ovarios, endometrio, mama y vesícula biliar. La obesidad hoy en día en nuestro medio genera el mayor gasto sanitario, porque además la polimedicalización en los obesos se multiplica por 2 o por 3, con lo cual si tratamos la obesidad en Atención Primaria... Pero, claro, en Atención Primaria tenemos que estar, como decía la doctora Aurrecoechea, en el siglo XXI: ya no podemos recomendar, tenemos que prescribir. En Atención Primaria hay que prescribir estilos de vida, hay que derivar al individuo a un profesional, en el área de salud o en el centro de salud, un profesional del ejercicio físico, un profesional de la nutrición. No se puede solamente recomendar al individuo: “Tiene usted que perder peso”, porque con eso estamos generando una desigualdad social, ya que podrán perder peso las personas que tengan un nivel adquisitivo y otras, no.

En referencia a la exposición ambiental, que es el área en la que yo más trabajo, los niños en Asturias en el 90 % de los casos presentan en su sangre proporción de compuestos orgánicos persistentes y metales, de tal manera que, en los próximos años, la propuesta concreta que yo hago es que se debe hacer una encuesta de seroprevalencia, es decir, los niños qué proporción tienen de compuestos orgánicos persistentes, que son disruptores endocrinos en su organismo, y lo mismo con los metales. Porque está muy bien que hagamos tratamiento de precisión en grandes enfermedades, pero es que tenemos que hacer ya prevención de precisión, es decir, tenemos que detectar las poblaciones más vulnerables, que tienen una mayor proporción de contaminantes químicos y metálicos en su organismo, que eso va a generar a la larga enfermedades como síndrome metabólico, como diabetes, como obesidad, como cáncer de tiroides y como alteraciones en el desarrollo cognitivo.

La otra cosa de la que me gustaría un poco hablar es la alimentación escolar. En la escuela, las recomendaciones de la Consejería de Sanidad basadas en la estrategia NAOS son muy eficientes y estaría bien que la propia Consejería organizara un programa de vigilancia de tal manera que se asegure que en todos los comedores escolares estas recomendaciones se siguen, ya que, por ejemplo, la recomendación en referencia a qué tipo de alimentos tomar en relación con los pescados con mercurio es una recomendación solamente, pero debería ser una prescripción y debería ser objeto de vigilancia por la propia Consejería de Sanidad.

Y, bueno, nada más.

Muchas gracias.

El señor **PRESIDENTE**: Muchas gracias.

El señor **Pérez Solís (Medicina Familiar y Comunitaria del centro de salud Laviada, en Gijón)**: Buenas tardes.

Soy Pablo Pérez Solís.

Quiero agradecer la oportunidad de comparecer en esta sala y, bueno, les comento que soy médico de familia y comunidad desde hace unos dieciocho años más o menos, los últimos siete tengo la plaza en el centro de salud de Laviada, en Gijón.

Y creo que interesa que comente algunos posibles conflictos de interés, porque participé durante unas cinco semanas en la elaboración, en la redacción de este plan, en ese periodo de tiempo, sobre todo en la parte del Plan Sociosanitario —creo que Marta Villamil ha descrito bastante bien el proceso que siguió el trabajo en el Plan de Salud, ¿no?—, y ahora mismo estoy con una adscripción temporal durante dos años para coordinar la Estrategia de Atención Primaria en la Consejería de Sanidad. Quería plantear eso como posible conflicto de interés a la sala.

El Plan de Salud, en principio, es un instrumento de planificación, que en este caso se ha planteado a un largo plazo; de hecho, en principio, va orientado hasta el año 2030. Entonces, desde esa perspectiva hay que ver el propio documento, porque plantea una serie de evaluaciones y de seguimiento y su objetivo es mejorar el bienestar, la salud de los asturianos y asturianas desde un punto de vista amplio. Quiero llamar sobre un asunto que es interesante: de las 39 páginas que tienen las áreas desarrolladas, solo 14 hablan del área sociosanitaria, del sistema sanitario, cosa que normalmente es contradictoria incluso con las propias comparecencias, donde somos casi todos o casi todas sanitarios, ¿no? Y, cuando se habla de salud, se habla mucho de sistema sanitario. En ese sentido, el documento creo que plantea un escenario muy interesante: la mayor parte del documento habla de la salud, pero de una manera intersectorial, es decir, implicar a diversas Consejerías, por decirlo así, todo lo relacionado con la vivienda, infraestructuras, medio ambiente, etcétera, ¿no?, que cada una tenga su elemento orientado a la salud. Y eso se plantea de manera bastante concreta en el área 1 y en el área 2: la primera parte, de coordinación intersectorial, de compromiso de esos sectores del propio Gobierno en favor de la salud, y la segunda parte introduce elementos de cambios del entorno normativo, entornos físicos, ambientales, sociales... Todo eso está reflejado de manera bastante concreta, ¿no?, haciendo referencia a ciertas regulaciones, etcétera.

En ese sentido, creo que es un documento, bueno, bastante interesante y que puede crear controversia. A los sanitarios nos parecerá insuficiente porque habla poco de nuestro nicho; la parte social seguramente, o la población, vea más reflejada su realidad, ¿no? A veces, la salud viene más de la pobreza y de la falta de una vivienda que de tener múltiples resonancias magnéticas en los hospitales. Y eso creo que viene ahí, bueno, con la controversia que puede generar.

Insisto, habla mucho de coordinación intersectorial, orientación de departamentos; aparece muchas veces la palabra “equidad”, es decir, orientar esfuerzos hacia las personas con más necesidades en salud desde un punto de vista amplio; incluye el género como un eje de desigualdad importante, ya demostrado científicamente..., bueno, de esto los especialistas en salud pública tienen mucho más que decir, pero, bueno, es un eje de desigualdad que está en primera línea y aparece mostrando acciones y, además, evaluación, que se diferencien los resultados entre hombres y mujeres a la hora de..., qué es lo que está pasando en ciertos indicadores de salud, para valorar si realmente hay esas diferencias, que ya están en muchos casos demostradas, y actuar de manera diferenciada.

En cuanto a Atención Primaria, creo que lo refleja correctamente. Aparece en la parte sociosanitaria de manera importante, es decir, aparece como eje coordinador del sistema, que debe asumir una interrelación con otros niveles asistenciales con mayor liderazgo, con mayor peso, con el área social también... En ese sentido, bueno, queda al menos reflejado ese compromiso, otra cosa es que se llegue a conseguir sustanciar, porque a veces hay tensiones en favor de más inversión tecnológica, hospitalaria, etcétera, ¿no?, pero en ese sentido refleja claramente unas intenciones de incremento de recursos, etcétera.

Bueno, explicita la presencia de la estrategia para el nuevo enfoque de Atención Primaria, donde se desarrollaría más ese asunto. Y sí aparecen, eso, elementos relacionados con la continuidad de los cuidados, la presencia de enfermería, la importancia de la longitudinalidad..., es decir, recursos humanos estables que sigan a los pacientes durante un tiempo, a lo largo de su vida, a lo largo de los años, que es un eje fundamental de Atención Primaria. Y en ese sentido también hay un compromiso de evaluación, de seguimiento, que es donde se verá si el Plan de Salud realmente se sustancia en lo que quiere ser, ¿no?

Y, en principio, nada más.

El señor **PRESIDENTE**: Muchas gracias.

El señor **Hernández Aguado (catedrático de Salud Pública en la Universidad Miguel Hernández de Alicante)**: Gracias, señor Presidente.

Y gracias por la invitación a estar aquí en la Junta General.

En aplicación de la Ley General de Salud Pública, procedo a declararles los intereses...

El señor **PRESIDENTE**: Primero, preséntese...

El señor **Hernández Aguado (catedrático de Salud Pública en la Universidad Miguel Hernández de Alicante)**: Gracias.

Ildefonso...

El señor **PRESIDENTE**: ... para la constancia en el acta, por favor.

El señor **Hernández Aguado (catedrático de Salud Pública en la Universidad Miguel Hernández de Alicante)**: Ildefonso Hernández Aguado, catedrático de Salud Pública de la Universidad Miguel Hernández.

Como decía, en aplicación de la Ley General de Salud Pública, procedo a informar de mis posibles conflictos de interés. Por un parte, he estado implicado activamente en bastantes de los documentos que se citan en este plan; entre otros, la Ley General de Salud Pública, cuyos trabajos dirigí como Director General de Salud Pública del Gobierno de España, y también tengo que decir que personalmente aprecio la profesionalidad de algunos de los responsables de este plan, porque son una referencia en España por su calidad profesional.

Dicho esto, quiero entrar a decir algunas de las cuestiones que destacan de este plan.

Hay una cosa que llama mucho la atención, y es que es la primera vez que veo en un documento en este país que se desarrollan las disposiciones más benéficas para la población de la Ley General de Sanidad y de la Ley General de Salud Pública. En este país algunas veces las leyes no se cumplen, quizás demasiado, y esta es una de las veces en que por fin veo que esas disposiciones de la Ley General de Sanidad y de la Ley General de Salud Pública se aplican, lo cual es una buena noticia. Y los principios de universalidad, equidad, solidaridad, por ejemplo, que inspiran este plan no son solo unos principios enunciativos, sino que se materializan en todo el conjunto del plan.

Dicho esto, hay una segunda cosa que también quiero resaltar: este plan, por lo que veo, se basa en los documentos y recomendaciones de los organismos multilaterales, y singularmente quiero destacar la Organización Mundial de la Salud. Por ejemplo, el principio de salud y equidad en todas las políticas, una de las apuestas más recomendadas, entre otras, por una persona que seguramente conocen bien, que es la Directora General de Salud Pública de la Organización Mundial de la Salud, la doctora doña María Neira.

También este plan se basa en fundamentos científicos acrisolados y las mejores experiencias que se han hecho en este país. Se hace una competencia enriquecedora, por ejemplo, monitorizando los determinantes sociales de la salud. Porque, no nos equivoquemos, cuando hablamos de salud, lo que hay que hacer es ganar salud. Si no cambiamos de dirección, no hay sostenibilidad para el sistema sanitario.

Les voy a decir una cosa: ¿saben ustedes cuántas personas trabajan a nivel estatal en prevención del tabaquismo?, ¿cuántas se creen que trabajan? Tres. Y en las comunidades autónomas, una o media. ¿Cuánto cuesta, cuántas decenas de miles cuesta el tratamiento de un cáncer de pulmón? Eso es una insensatez de la cual todos los que estamos aquí somos corresponsables. Este plan, al menos, apuesta por ganancia en salud. Y, por lo tanto, creo que estamos ante un excelente documento, que también es una excelente noticia por la que cabe dar la enhorabuena a los asturianos, y también a ustedes en esta Comisión, porque sobre un documento se puede mejorar.

Hasta ahora, muchos planes de salud eran un adorno para dar lustre a la política. Este me da la impresión de que es la primera vez que veo un documento que da soluciones distintas y, sobre todo, basadas en la ganancia en salud. Si queremos quitar listas de espera, lo primero que tenemos que hacer es que no haya cáncer, así no habrá listas de espera. O sea, esa es una de las primeras cosas que tendríamos que pensar.

Y, puestos a decir algunas cuestiones que me ha inspirado este plan de mejora, pues me gusta que hable del uso de las leyes para protección de la salud. Y quizás este Parlamento puede ir más adelante en bebidas azucaradas, poniéndoles tasas; en protección ante el juego, que está enunciado; en mejorar la legislación del tabaco, porque una comunidad autónoma tiene competencias para hacerlo y puede hacer esa competencia enriquecedora de ir más adelante, y también lo puede hacer en el alcohol. Es decir, que hay un camino por recorrer.

También creo que es recomendable que un plan como este se institucionalice, es decir, que haya una Ley General de Salud Pública que contemple la estructura que está enunciada en este plan.

Hay otra idea que surge de este plan que es, yo creo, muy atractiva, que es la de las prestaciones comunitarias. Hay muchas prestaciones comunitarias que son personas que trabajan para personas, que reducen el paro y sustituyen tecnologías que a veces son inútiles. Me estoy refiriendo a prevención de caídas en ancianos, prevención de accidentes infantiles, refuerzos comunitarios. Está demostrado que muchas de estas intervenciones dan más años de vida ajustados por calidad, comparado con muchas intervenciones biomédicas. Y este plan apuesta por ello y creo que ustedes lo podrían desarrollar.

También se podría desarrollar mejor la comunicación en salud pública, porque el espacio público empieza a perder voces autorizadas y la parte de comunicación en salud creo que es otra de las cosas que se podrían tener en cuenta.

Y, por último, dados los tiempos que corren, me da la impresión de que es necesario trabajar en las comisiones de buen gobierno. Cualquier proyecto, plan, etcétera, es bueno que se dote de una comisión de buen gobierno que sea independiente y que pueda pedir responsabilidades de cumplimiento y de seguimiento, porque lo bueno de este plan es que siga en el tiempo y cumpla sus objetivos.

Muchas gracias.

El señor **PRESIDENTE**: Muchas gracias.

La señora **Rodríguez Fernández (responsable de Política Social de Comisiones Obreras de Asturias)**: Ana María Rodríguez Fernández, responsable de Política Social de Comisiones Obreras de Asturias.

El Plan de Salud del Principado de Asturias es un documento de planificación para los próximos once años, elaborado desde la Consejería de Sanidad, donde, según se puede leer, “se trazarán las principales áreas de actuación para mejorar la salud de la población asturiana”.

Un sistema sanitario integral e integrado tiene por finalidad la generación de salud y bienestar, y no solamente la asistencia a la enfermedad; en consecuencia, ha de ser partícipe de las actuaciones intersectoriales y educacionales que comportan la inclusión de objetivos de salud en el territorio.

Los servicios sanitarios también han de ser un ejemplo singular en las comunidades donde radican, en la aplicación de políticas de protección de la salud en sus entornos, de promoción de hábitos de conducta saludables y de sostenibilidad ambiental. A este respecto han de contemplarse mecanismos organizativos y de evaluación de impacto en salud que hagan insoslayables los objetivos de salud en la programación de los propios servicios, tal y como recoge la Ley del Principado de Asturias 7/2019, de 29 de marzo.

Dicha Ley de Salud recoge la creación del Plan de Salud y su aprobación por el Consejo de Gobierno, tal y como así ha sido el 8 de mayo del 2019. Según se recoge, se trata de un plan de salud, no de un plan sanitario, es decir, aunque una parte importante del mismo habla sobre cómo organizar y potenciar los servicios sanitarios que tenemos en Asturias, existe un esfuerzo del plan de insistir y potenciar el protagonismo que tienen otros sectores no sanitarios en mejorar el bienestar y la salud de las personas en Asturias. Quizá por eso, los sindicatos, o por lo menos el que yo represento, no hemos sido consultados durante la elaboración ni posterior aprobación del mismo. Contradicción flagrante cuando se habla de la calidad del sistema sanitario y, por ende, de sus profesionales, así como de la salud del resto de la ciudadanía, siendo interlocutores sociales reconocidos.

La salud o la enfermedad no están relacionadas simplemente con factores biológicos o agentes infecciosos, sino que tienen un origen marcadamente socioeconómico. Los determinantes sociales de la OMS explican que la mayor parte de las inequidades sanitarias, las diferencias injustas y evitables observadas en y entre los países en lo que respecta a la situación sanitaria son debidas a un origen socioeconómico. Y así obtenemos los determinantes de la salud (medio ambiente, estilos de vida, biología humana y atención sanitaria) y los determinantes sociales, en los que se ha basado el plan para su conformación.

Se ha consultado a mandos intermedios del Sespa y se han realizado encuestas a usuarios y usuarias del Sespa, siendo las respuestas variadas. Por ejemplificar algunas, podríamos hablar de la respuesta que se ha dado a la pregunta de qué problemas influyen en la salud y bienestar de la gente: las preocupaciones se centran, tal y como se puede leer, en las desigualdades sociales provocadas por la precariedad del empleo, el paro, la crisis económica, las pensiones bajas y la dificultad de conciliación de la vida laboral y personal.

Respecto al sistema sanitario, preocupan las listas de espera para intervenciones, pruebas diagnósticas o consultas con especialistas, y que estas puedan estar afectando a la Atención Primaria, situaciones atribuidas a la escasez de profesionales y políticas de ahorro. Se pide fomentar los espacios de participación, como son los Consejos de Salud o las Mesas Intersectoriales, lugares en los que sí estamos.

Otras preocupaciones son promover la formación continua de profesionales o el impulso y creación de categorías profesionales, tener una adecuada dotación de personal y sustituciones, adjudicación de plazas más rápida y transparente, coordinación sociosanitaria y trabajo conjunto, adecuar las ratios de profesionales y población teniendo en cuenta las necesidades y servicios o ámbitos,

reivindicaciones por las que trabajamos todos los días y que hace años, desde el sindicato, venimos demandando.

No entramos a valorar la idoneidad o no de una vigencia tan amplia, cuando no conocemos la dotación presupuestaria del mismo ni si podrá extenderse en el tiempo. Este plan es un compendio de planes (Plan Demográfico, Plan de Salud Mental, Plan Sociosanitario, Plan de la Calidad del Aire y la Salud, Estrategia de Atención Primaria) e incluso de los planes de empleo.

La financiación global del Sistema Nacional de Salud debería comprender el 7,2 % del PIB, siendo la partida para la Atención Primaria el 25 % de este —si no, será imposible garantizar la equidad en el acceso a la sanidad pública—, siendo la Atención Primaria el pilar básico del Sistema Nacional de Salud, su puerta de entrada, cosa que la nueva Estrategia de Atención Primaria no garantiza por la escasez de recursos económicos y humanos, especialmente tras los años de crisis, en los que la temporalidad se ha disparado, la tasa de reposición cayó a niveles irrisorios y las ofertas de empleo público brillaron por su ausencia. Situación que urge revertir si queremos tener un relevo generacional para todos aquellos profesionales que se jubilan o un retorno para aquellas personas que la precariedad laboral en el ámbito sanitario abocó a la inmigración.

Estando de acuerdo en la necesidad de creación de un plan de salud, no lo estamos en la forma de elaboración del mismo. Las prioridades serán revisadas cada dos años, pero, como no hemos participado de su creación, tampoco lo podremos hacer de su evaluación y seguimiento. Que el plan haya sido aprobado hace casi un año y que hoy estemos aquí no dice mucho a su favor.

Celebramos la introducción y apuesta por la igualdad de género, esperando que este abordaje no se quede en el plano del discurso: debe concretarse en objetivos operativos y evaluaciones, no quedándose únicamente en la desagregación por sexo. La brecha de género en la salud continúa siendo una de las brechas de género más desconocidas. El derecho de las mujeres a conocer, decidir y ser protagonistas de su salud es un paso muy importante si queremos alcanzar la equidad de género. Gracias.

El señor **PRESIDENTE**: Muchas gracias.

La señora **García González (secretaria general autonómica del Satse)**: Buenas tardes.

María Belén García, secretaria autonómica del Sindicato de Enfermería (Satse).

Lo primero, quiero dar las gracias al Grupo Parlamentario Popular, al Grupo Parlamentario Ciudadanos y al Grupo Parlamentario Vox por su invitación y por la posibilidad que se me da de otorgar voz a las enfermeras, enfermeros y fisioterapeutas desde el sindicato Satse.

En esta ocasión, venimos a debatir sobre el plan que marcará las líneas de futuro de la salud y de la atención sanitaria de la Comunidad Autónoma para los próximos años. Partiendo de que nos parece un plan bien elaborado y muy ambicioso, tengo que ser realista y tengo que decir que el papel todo lo soporta y que lo complicado es llevarlo a la práctica. Por eso espero sinceramente que, tras los recursos destinados a su elaboración, este plan se haga realidad y repercuta de forma efectiva en la salud de los asturianos y de las asturianas.

El objetivo final del plan es facilitar las herramientas necesarias para mejorar resultados en salud, con una visión ambiciosa más allá del propio sistema sanitario. Como enfermera comparto este planteamiento y, por ello, vengo a defender firmemente que la enfermería debe estar ahí de forma activa. Enfermeras y enfermeros tenemos mucho que aportar como actores de los cuidados integrales y promotores de la salud que trabajamos desde la prevención y desde la educación.

La satisfacción de los asturianos y las asturianas con el sistema sanitario es, en líneas generales, muy alta, como refiere el plan. Debo romper aquí una lanza en favor de los profesionales, pues sin su esfuerzo e implicación estos resultados no serían los mismos. Profesionales que trabajan muchas veces por encima de sus posibilidades, con sobrecarga y en ocasiones insuficiente personal, en hospitales, en centros de salud y en residencias de mayores.

Me repito cada vez que me dan la oportunidad de hablar ante ustedes, pero es que creo primordial cuidar las condiciones laborales y profesionales del trabajador sociosanitario para que la asistencia pueda mantener su calidad. Para ello, necesitamos plantillas adecuadas a las necesidades reales, que se tenga en cuenta el desarrollo profesional de los trabajadores y que se les facilite la recuperación de los derechos perdidos. Les recuerdo aquí que el incremento de plantilla aprobado el pasado año ha sido insuficiente, pues muchas de esas plazas eran, como ya saben, de trabajadores estructurales que han pasado a ser reconocidos como interinos.

Se hablar de adecuar los ratios de profesionales. Ojalá los diferentes Grupos políticos demuestren su compromiso con la sanidad pública y salga adelante la Ley de Seguridad del Paciente de Satse, que

está pendiente de ser debatida en el Congreso de los Diputados, adonde llega como proposición no de ley después del respaldo que ha obtenido por la ciudadanía. Si logramos que se apruebe, contaremos con una ratio segura en pacientes por cada enfermera, con las consiguientes ventajas para los usuarios y para el sistema.

El Plan de Salud alerta también del aumento de los ingresos, de las hospitalizaciones evitables y de la creciente estancia media. Otorgando a la enfermería el papel protagonista que le corresponde y para el que nuestra profesión está sin duda preparada, como líder y gestora de los cuidados, estas cifras mejorarían considerablemente. Existen diversos estudios que relacionan una ratio de enfermeras adecuada con estancias hospitalarias más cortas.

En resumen, la calidad del sistema sanitario tiene mucho que ver con una atención centrada en la persona y en los cuidados. Y la enfermería, con figuras como la enfermera de enlace o la enfermera gestora de casos, puede ser muy determinante. También, en la atención domiciliaria y los cuidados paliativos requeridos ante el envejecimiento de la población.

La educación para la salud está en la base de todo el sistema para garantizar unos ciudadanos sanos, para contribuir a la implantación de unos hábitos de vida saludables que contribuyan a revertir algunos de los datos preocupantes de los que alerta el plan, como el incremento de la obesidad infantil, por ejemplo. Son muchos los programas de promoción de la salud que se llevan a cabo en nuestra Comunidad Autónoma liderados por enfermeras y enfermeros, y en esta línea se debe seguir trabajando, aprovechando la capacitación de la enfermería en la promoción de hábitos saludables y educación en salud.

Y, si hablamos de educación, no podemos olvidarnos de la enfermera escolar. El plan recoge textualmente que se ha detectado la necesidad de aumentar la colaboración con la escuela para fomentar hábitos saludables y promoción de la salud, algo que desde el Sindicato de Enfermería consideramos que pasa necesariamente por la implantación de esta figura en los colegios, como reclamamos desde la plataforma estatal creada el pasado año y de la que Satse forma parte.

La enfermera escolar es una de las asignaturas pendientes de los sistemas sanitario y educativo, y permitiría dar respuesta las necesidades asistenciales y de prevención y promoción de la salud que existen en los centros educativos, poniendo fin a la inseguridad asistencial y de cuidados existente.

Prevención y educación, me reitero, también en manos de las matronas, para luchar contra las tasas de embarazos no deseados y de interrupciones voluntarias del embarazo, en las que superamos la media estatal. Como siempre, para desarrollar esta labor necesitamos más matronas, también en nuestros centros de salud.

Y el necesario envejecimiento activo, en este caso, con la implicación de los fisioterapeutas, cuya ratio por habitante en Asturias está muy lejos de la recomendada por la OMS. Una dotación adecuada de estos profesionales tendría repercusiones muy positivas por su contribución a la recuperación de procesos patológicos y la importancia de la intervención temprana, así como en la atención a la cronicidad y la dependencia como reto ante el envejecimiento de nuestra población.

No podemos obviar tampoco la necesaria valoración que debe hacerse de las especialidades para rentabilizar esa formación y ampliar las funciones de la enfermería, como se desprende de una encuesta, también, que recoge el plan. En este sentido, insisto en que es imprescindible el desarrollo de las especialidades y les recuerdo, una vez más, que somos de las pocas comunidades que no han creado aún la categoría de enfermera especialista y, por supuesto, no han realizado la catalogación de los puestos.

En la misma línea, se destaca la investigación. Las enfermeras podemos estar, y de hecho estamos, en este ámbito, también en la docencia, pero para ello tiene que reconocerse todo nuestro potencial y facilitársenos el campo para actuar.

Para ir concluyendo, en el plan se habla de que los principales cuidadores con menores y mayores a cargo son las mujeres, que son también mayoría entre quienes solicitan excedencias y reducciones de jornada con este fin. En una profesión mayoritariamente ocupada por mujeres como es la nuestra, nos estamos encontrando con dificultades cada vez mayores para optar a las reducciones de jornada a las que por ley tenemos derecho los trabajadores, un problema detectado sobre todo y especialmente en centros grandes, como es el HUCA.

Y, por último, bueno, como último apunte, quiero denunciar también brevemente que la Unidad de Convalecencia de la Residencia Mixta de Gijón, que según el plan tiene actividad presupuestada desde el 2019, permanece cerrada un año después de haberse anunciado su inminente apertura.

Estamos ante un plan con un reto ambicioso: el de mejorar la salud y el bienestar de los asturianos y asturianas. Son muchos los frentes abiertos, muchos los aspectos asistenciales, formativos, estructurales y de empleo que deben modificarse para que pueda llevarse a cabo. Así que finalizo

como comencé, incidiendo en que todo esto debe ir más allá del papel, para lo que es imprescindible una voluntad política clara, y también reclamando que la enfermería sea tenida en cuenta como agente de salud capaz de contribuir a estos objetivos.
Muchas gracias.

El señor **PRESIDENTE**: Muchas gracias.

Les ruego que se intenten atener al tiempo... *(Desde los escaños se indica: “No se ve, está quitado”).*

Entonces, fallo mío.

A ver... Así.

Siguiente...

La señora **Montañés Álvarez (representante del Sindicato de Auxiliares de Enfermería, SAE)**:
Buenas tardes.

Soy María Luisa Montañés, que represento al Sindicato de Técnicos de Enfermería.

Agradezco enormemente que me hayan invitado los Grupos Parlamentarios Ciudadanos y Vox.

Vengo a hablar del Plan de Salud, que evidentemente es muy ambicioso y muy amplio, aunque está dividido en varios apartados.

Realmente, esto todo, que me parece demasiado amplio, no se puede llevar a cabo sin todos los profesionales, porque faltan aún muchos profesionales de todos los estamentos, y del que yo represento fundamentalmente.

Realmente, el plan... Yo no voy hablar de todo el plan, que está hablando toda la gente, sino que me voy a referir realmente a lo que importa, al personal de Primaria y de los hospitales, puesto que el personal está totalmente desmotivado y con muy poca..., aunque da el cien por cien de trabajo, pero está muy desmotivado.

Referente a esta desmotivación, tengo una serie de problemas que exponer:

Referente a lo que habían hablado de haber hecho una encuesta a los usuarios, realmente hablaron de las listas de espera, que es un tema que la gente asturiana considera que es muy importante para ella. Referente a las listas de espera, puesto que empezaron a hacer unas horas estructurales, lo que se llamaba antiguamente “peonada”, como medida para contribuir a disminuir la lista de espera, consideramos que las horas estructurales pueden ser una herramienta efectiva, pero a corto plazo. A largo plazo, tiene que encontrarse otra estrategia que dé una solución equitativa tanto al usuario como al personal, que realmente en el plan yo no lo noto, que día a día justifique las estructurales.

Por otra parte, en relación con las horas estructurales, queremos manifestar que los TCAE y los celadores que están involucrados en el área de quirúrgica son víctimas de un agravio retributivo al ser considerado su trabajo como turno habitual y, entre tanto, el resto de los equipos perciben retribuciones en concepto de horas estructurales y nosotros no. Esta situación, lógicamente, provoca un malestar y descontento entre todo el colectivo afectado por la discriminación económica.

Todo ello ha sido planteado y denunciado en varias ocasiones ante los responsables del Área de Servicios Centrales. La contestación en algunas ocasiones ha sido que ha sido exclusivamente un tema presupuestario, pero el caso es que el agravio persiste, que no lo vemos contemplado en el plan.

Denunciamos la elevada carga de trabajo que están soportando los técnicos en cuidados de enfermería en el HUCA y en todas las áreas de salud, en el área quirúrgica y en el Servicio de Esterilización, sufriendo estos últimos un incremento de carga de trabajo tan desproporcionado que este dato el que quiera, la Señoría que quiera, es totalmente objetivable y se puede comprobar cuando quieran en el hospital.

Por otro lado, en el área de mejora de prestación de servicios, así como en todas las condiciones laborales, proponemos que se compense a este personal, celadores y TCAE, que actúa en estas intervenciones (en las intervenciones estructurales, (...) de ARGO, en los implantes cardiacos, etcétera) las mismas condiciones laborales y ejecutivas que el resto de categorías presentes en estos equipos.

También nos repercute para nuestro colectivo el C1, es un tema que estamos llevando continuamente ya a nivel nacional: a estancias del SAE, como ya explicamos otras veces, se presentó una PNL y realmente a lo que instaba al Gobierno era para simplemente la actualización de funciones en consonancia con los tiempos actuales y dejando atrás el lastre de un marco funcional del 73; en cuanto a cualificación, para la titulación del TCAE nivel 3, y la financiación de la disposición transitoria tercera del EBEP.

Por todo ello, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 76 del EBEP, donde se establece el sistema de clasificación de funcionarios públicos y normativa de desarrollo, reclamamos la inclusión de la categoría TCAE de auxiliares en el subgrupo C1 del artículo 76 del EBEP. Del mismo modo y con los

mismos argumentos, debemos requerir la inclusión del resto de técnicos, actualmente integrados en C1, en el Grupo B, al ser este el que les corresponde.

Los tres puntos incluidos en la PNL han contado con el respaldo de todos los Grupos Parlamentarios, Defensores del Pueblo autonómicos, Consejeros de Sanidad, etcétera.

Otro tema que nos importa, y sí que es para el plan, es la potenciación de la Primaria. Una vez más, queremos defender las plazas de TCAE en un servicio de Atención Primaria, entendiendo que nuestra categoría tiene capacidad y conocimiento suficiente para el desarrollo del programa de Atención Primaria con atención domiciliaria, colaboración en colegios, educación para salud, descarga de tareas administrativas de otros colectivos, de otros grupos superiores, como son los enfermeros, con el consiguiente abaratamiento de costes, para ayudarlos.

Pero no solo con esto, sino la capacitación formativa, y abordaremos tareas como colaborar en pruebas diagnósticas, siempre supervisados bajo el personal de enfermería, realizar las tareas relacionadas con vestir y desvestir al paciente, ayudarle siempre que sea preciso, colaborar en la campaña de prevención de enfermedades en todos los centros de salud, contribuir a la mejora de calidad de salud, participar en la valoración de los diagnósticos de la salud de la zona y en la planificación de organizaciones de los programas y apoyar en las tareas que sea preciso al resto del personal sanitario, médicos y enfermeras, especialmente trabajando codo con codo con las enfermeras, ya que en las tareas de estas dos profesionales se complementan totalmente entre sí, requieren una cooperación y comunicación constante para tratar la mejora y el manejo de los pacientes.

También otro tema que importa mucho a los trabajadores es la apertura del desarrollo profesional: que la apertura de este desarrollo se extienda y englobe a todas las categorías profesionales, que la reapertura del sistema no se circunscriba únicamente al primero de los cuatro grados, sino que se amplíe a la totalidad de los niveles, es decir, permitir la progresión de cada trabajador y el grado que le corresponde, que el desarrollo profesional se haga extensivo no solo al personal estatutario, al fijo, sino que también sea para el personal interino.

Realmente, venimos reclamando también unos atrasos que se considera que se nos deben, que es el anexo II, que es el criterio de desarrollo profesional del personal estatutario del Servicio de Salud del Principado, de la Resolución del 14 de febrero de la Consejería de Servicios, por la que se dispone la publicación del 27 de diciembre de 2006 sobre la carrera y el desarrollo profesional.

El Acuerdo del Consejo de Gobierno de 27 de enero de 2010 publicaba la cuantía asignada y ese complemento al desarrollo profesional para el personal sanitario...

El señor **PRESIDENTE**: Le tengo que pedir que vaya concluyendo, si es posible. Luego hay más tiempo, tiene 5 minutos al final de la sesión, por si quiere añadir más cosas.

La señora **Montañés Álvarez (representante del Sindicato de Auxiliares de Enfermería, SAE)**: Realmente, todo lo que quería reflejar es el malestar que está en todo el personal. El personal que está trabajando en todos los hospitales da el cien por cien. No se contemplan tampoco las agresiones que tiene el personal, en Primaria y en Especializada, tanto médicos y enfermeras como auxiliares. Y luego el resto ya..., ya explicaré el resto.

El señor **PRESIDENTE**: Muchas gracias y disculpe la restricción del tiempo.

La señora **Montañés Álvarez (representante del Sindicato de Auxiliares de Enfermería, SAE)**: No, nada.

La señora **Carou Hermo (representante de la Plataforma de Técnicos Unidos de Asturias)**: Muy buenas.

Soy Rosa María Carou, represento a la Plataforma de Técnicos Unidos de Asturias.

Quiero agradecer la invitación del señor Presidente a estar aquí, al igual que a mis compañeras por haber depositado en mí la confianza para que, más o menos, las represente.

Yo no puedo leer muchas cosas porque yo hablo desde el trabajo, desde el corazón y como trabajadora. Yo no vengo preparada con un discurso bien elaborado porque yo hablo como trabajadora, simple trabajadora.

He visto, me he leído tres, cuatro o cinco veces el Plan de Salud, está muy elaborado, y estoy de acuerdo con todo lo que dicen todos los que han estado participando, pero se repite mucho y durante mucho tiempo a quién va encaminado, a todo lo que está encaminado. Por ejemplo, dice que no es solo un plan sanitario, sino un plan de salud orientado a mejorar el bienestar individual y colectivo. Habla

también de la importancia de controlar el nivel de salud desde el nacimiento hasta la muerte, donde se acumulan experiencias. Yo hablo desde nosotras, desde las TCAE: nosotras estamos desde el nacimiento hasta la muerte, con los neonatos cuando nacen e incluso somos quienes le damos el último aliento al que fallece.

Y quisiera saber, en todo este plan, por ejemplo, se habla de la igualdad, la equidad..., respeto muchísimo a mis compañeras las enfermeras, que trabajamos codo con codo con ellas, son maravillosas, nos prestan su ayuda, médicos, pero durante todo el plan siempre se habla de lo que se necesita en la Primaria, o sea, médicos, especialistas, enfermería, ¿dónde quedamos las TCAE?, ¿dónde quedamos nosotras? Se habla de planes de salud, se habla de cursos, ¿dónde se habla de la precariedad que tenemos las TCAE, si ni siquiera se nos contempla con nuestras cualificaciones ni se nos contempla con nuestras funciones?

Desde que éramos... empezaron siendo auxiliares de clínica, se nos han ido dando funciones, se nos han ido dando tareas, nuestras compañeras las enfermeras han ido delegando en nosotras trabajos y cosas que hacemos autónomamente, o sea, sin la supervisión, y no se nos reconocen esas labores. Como ha dicho mi compañera del SAE, estamos en todos los lugares de la sanidad, tanto en quirófanos como en hemodiálisis, y a la hora de reconocer no se nos reconoce nuestra labor. En la sanidad siempre se mencionan médicos, enfermeras o, como mucho, se habla de técnicos no sanitarios, como la labor de los celadores; en medio, estamos nosotros.

Formamos parte de la sanidad, nosotros somos un pilar básico, porque nosotros estamos a pie de calle con el enfermo: estamos mudándolos, miramos su intimidad, estamos pendientes de qué dolores tienen, somos los ojos y las manos de médicos y de enfermeras, somos las que avisamos a veces a nuestras compañeras las enfermeras: tiene fiebre, o está mal la orina... No se da cuenta la sanidad muchas veces, no se nos menciona porque no se da cuenta de la labor que tenemos las TCAE. Llevamos peleando muchísimos años, como dijo mi compañera, por que se nos reconozcan nuestras funciones, por que se nos reconozca nuestra titulación, y, de hecho, nos han dado muchas veces la razón, pero, yo no sé si es por política, por cambios de Gobierno, se nos ha dejado para atrás.

Se habla también, dentro de todo, de una igualdad, de equidad. Nosotros somos un colectivo que somos todavía más mujeres, cada vez hay más compañeros enfermeros, pero TCAE todavía no hay muchos hombres, y siempre se nos ve como que somos las que tenemos que estar limpiando, las que tenemos que estar curando, haciendo camas, cuidando..., pero es que tenemos muchísimas más labores que queremos que se nos reconozcan. Y desde aquí, en mi nombre propio como TCAE y en nombre de todas mis compañeras, me gustaría que desde el partido político o todos los partidos políticos y sindicatos se unan a todas nosotras y que reconozcan la labor y que nos metan dentro de esa Atención Primaria, porque creo que tenemos una función muy importante y tenemos mucho que dar, y sobre todo para este Plan de Salud.

Y, bueno, no me voy a extender mucho más. Yo represento más que nada a las TCAE porque nosotras estamos tanto en ayuda a domicilio como en los geriátricos privados, estamos en el ERA, estamos en el Sespa, se nos pone a trabajar en todo, con gente mayor, gente joven, y tenemos mucha carga emocional, tanto en salud..., y no he visto en este plan en ningún momento que se nos mencione a nosotros, porque somos en potencia, dentro de dos días, los que vamos a necesitar de la salud. ¿Cómo se cuida a las TCAE?, ¿cómo se cuida al personal sanitario, tanto médicos como enfermeras, todo el personal sanitario?, ¿dónde hay en ese plan algo en que se mire por nosotros?

Gracias.

El señor **PRESIDENTE**: Muchas gracias.

La señora **Soto Álvarez (secretaria de Salud de la Federación de Empleados y Empleadas de Servicios Públicos de UGT-Asturias)**: Buenas tardes.

Me llamo Tatiana Soto Álvarez. Soy la secretaria de Salud de la Federación de Empleados y Empleadas de los Servicios Públicos de UGT-Asturias.

Lo primero, quiero agradecer la invitación a la agrupación de Izquierda Unida.

Desglosamos nuestra valoración en tres capítulos:

El primer capítulo, que habla de la "Equidad y la salud en todas las políticas y participación ciudadana". Entendemos que debe existir una comunicación permanente entre las diferentes Administraciones, tanto autonómicas como locales, pudiendo alcanzar mejoras de bienestar y la equidad del conjunto de la ciudadanía, con la participación y el impulso de los Consejos de Salud en los diferentes municipios.

Como consecuencia del aumento de la esperanza de vida de las personas, ha aumentado el número de enfermos crónicos, por lo que sería necesario cambiar la estructura de la Atención Primaria y adaptarla a la sociedad actual. Se debe potenciar la participación del enfermo crónico y empoderarlo para que sea proactivo, haciéndole participe de todos los aspectos referentes a su enfermedad, para que sepa cómo actuar en todo momento ante cualquier síntoma de empeoramiento.

Teniendo en cuenta al enfermo crónico, también sería aconsejable la participación de las diferentes asociaciones de dichas enfermedades crónicas. No podemos olvidar al colectivo de mujeres maltratadas, que con su participación aportarían sus experiencias y, de esta manera, contribuirían a mejorar el sistema sociosanitario en esta grave problemática inmersa en nuestra sociedad.

El segundo capítulo, “La mejora del entorno donde vivimos para conseguir mejores condiciones de vida de la población asturiana”. Para ello, entendemos de suma importancia la implicación de los diferentes ayuntamientos que conforman nuestra Comunidad Autónoma para evaluar las situaciones de sus vecinos, siempre en perspectiva de equidad y en pos de llegar a tener una visión particular de la situación, tanto de salud como social, de cada uno de ellos.

El tercer capítulo, “La garantía de un acuerdo o espacio sociosanitario público”. En este punto, incidiremos en la necesidad de aumentar la colaboración ya existente entre la Consejería de Bienestar Social y la Consejería de Salud y, a la vez, con el ayuntamiento correspondiente de cada zona geográfica. Es muy importante reflejar la realidad de la situación de la Ley de Dependencia, cuyos resultados de funcionamiento en todas sus fases en muchos casos son ineficaces, con el resultado de un alto porcentaje de ayudas que no llegan a ser ejecutadas a tiempo ante la situación de fallecimiento de la persona solicitante. Por ello, es realmente importante la disminución de los plazos de valoración y, en su caso, de ejecución, una vez otorgada la ayuda a la dependencia.

Una vez analizados los tres capítulos anteriores, voy a dar paso a otras reflexiones sobre este plan.

Para la Unión General de Trabajadores, es fundamental continuar con la lucha ante las situaciones tan numerosas y alarmantes de violencia de género. Si bien es cierto que existe un protocolo de detección y asistencia ante estos casos, hay que resaltar la necesidad de una formación específica en este punto para todos los profesionales de la sanidad, para saber evidenciar y cómo actuar ante la presencia de un posible caso de violencia de género.

También tenemos que prestar atención a la violencia sufrida por los niños o los ancianos. En ambos casos, se trata de personas con una gran indefensión.

Otro punto que queremos incluir dentro de nuestros posicionamientos para el Plan de Salud y la mejora de respuesta sanitaria a los usuarios: se debería, ante todo y en primer lugar, orientar a la población con una educación sanitaria que se realizara desde las unidades de Atención Primaria y organizar charlas y/o coloquios con las diferentes asociaciones y vecinos de cada zona básica de salud. Para ello, evidentemente, se necesitan muchos más profesionales.

Cabe incorporar como propuesta de UGT la ayuda en todos los ámbitos a la figura del cuidador, persona muy importante en la calidad asistencial del enfermo dependiente, formándole en asistencia y con apoyo psicológico para que de esta manera pueda sobrellevar la carga de trabajo y la salud, tanto de su familiar como suya propia.

Es realmente necesaria la creación de los grupos de análisis sobre los principales problemas de salud y la equidad en todos los asturianos. Haciendo mención al término de “equidad”, se tendría que tener en cuenta a aquellas personas que se encuentran en estado de exclusión social, y de manera especial si nos referimos a la infancia, y que de alguna manera se les pudieran conceder ayudas o subvenciones para conseguir tratamientos que en la actualidad no están contemplados en la cartera de servicios del Sistema de Salud del Principado de Asturias, como pueden ser tratamientos bucodentales y/o su aparataje, el cual no sirve únicamente por razones de estética, sino también, y mucho más importante, por razones de salud.

Otro ejemplo lo tenemos en el caso de temas de oftalmología, puesto que hay muchas familias que no pueden asumir el coste de algo tan básico como unas gafas para sus hijos, con la importante necesidad para realizar sus estudios académicos y su correcto desarrollo de su visión para el futuro.

Queremos hacer mención a la prevención de la asistencia sanitaria, que a pesar de haber mejorado incluyendo medidas de avance como el *screening* de colon o los dispositivos con sensores de medición de glucosa, evidenciamos en otras especialidades la necesidad un cambio en el protocolo de prevención de cáncer de mama y ginecológico, donde los plazos de revisiones son excesivamente largos (tres años) y el comienzo del *screening* de mama es muy tardío, pues se realiza a partir de los 50, evidenciándose muchos casos de cáncer de mama antes de llegar a esa edad.

Igualmente, queremos hacer una mención especial a la salud mental, ya que condiciona mucho la vida y la salud de las personas y, por tanto, asistimos a un notable incremento de problemas psicológicos,

como ansiedad depresión, etcétera, motivados por estrés laboral, *mobbing*, agotamiento por sobrecarga en el caso de las mujeres trabajadoras, que comienzan a ser motivo de incapacidades temporales.

Evidenciamos la importancia de la figura del psicólogo clínico y la necesidad un considerable aumento de estos profesionales en nuestro Servicio de Salud, ya que centrarnos en fármacos para tratar ese malestar supondría negar a las personas su derecho a denunciar determinadas situaciones de acoso laboral. El abordaje psicológico supone ayudar a la persona a desplegar todo su potencial y sus fortalezas, de manera que aprenda a defender sus derechos, a ser más asertiva. Y, en el caso de los menores de edad, las sesiones tendrían una mejor continuidad en sus tratamientos.

Ahora abordaremos nuestro planteamiento en cuanto a recursos humanos del Sespa, haciendo referencia a la ordenación de nuevas categorías sanitarias, asunto ya reivindicado por este sindicato...

El señor **PRESIDENTE**: Sí que le pido brevedad en esto y le recuerdo también que tiene 5 minutos al final para cualquier cosa.

La señora **Soto Álvarez (secretaria de Salud de la Federación de Empleados y Empleadas de Servicios Públicos de UGT-Asturias)**: Acabo.

En numerosos foros y reuniones, desde la aprobación de la Ley de Salud del Principado Asturias. Se están realizando funciones dentro del sistema sanitario que no se corresponden con la formación del personal que lo desempeña, con la particularidad de que existe formación profesional específica para realizar como corresponde dichas funciones.

Entendemos que la creación de esas categorías aportaría una labor más exhaustiva y de calidad, aprovechando todos los conocimientos del trabajador.

Y, bueno, para finalizar, solo cabe poner de manifiesto la importancia que tiene todo el texto que se desarrolla en el Plan de Salud y esperamos que se vayan cumpliendo todos sus objetivos. Creemos que este plan será un elemento más que mejorará la calidad de la asistencia sanitaria de nuestra Comunidad, la cual ya goza de ser de las mejor valoradas de toda España.

Muchas gracias.

El señor **PRESIDENTE**: Gracias.

El señor **Fernández Lago (presidente del Colegio de Podólogos de Asturias)**: Buenas tardes.

José Luis Fernández, en representación del Colegio de Podólogos de Asturias.

En primer lugar, quiero agradecer la invitación a participar en esta Comisión de Salud de la Junta General del Principado de Asturias. Esta es la segunda vez que nos dan la oportunidad de estar presentes con voz y así poder manifestar nuestro mejor criterio y aportaciones sobre los contenidos a tratar en este orden del día.

Un especial agradecimiento al Grupo Parlamentario Podemos por sugerir nuestra presencia en esta Comisión de Salud, al igual que en su día el Partido Popular hizo posible que pudiésemos estar presentes en la Comisión económica.

De la detenida lectura y análisis del Plan de Salud del Principado de Asturias 2019-2030, sacamos una clara conclusión: el prioritario y principal objetivo es conseguir personas sanas y poblaciones sanas, algo a todas luces loable y meritorio de cualquier Administración pública o Gobierno que se precie, faltaría más.

Si nos ceñimos exclusivamente al marco conceptual del Plan de Salud 2019-2030, todos estaremos de acuerdo que la salud y el bienestar de las personas y comunidades dependen de muchos factores, que de forma directa influyen en la riqueza de la sociedad, es decir, los determinantes de la salud.

Este Plan de Salud 2019-2030 se fundamenta en la Ley General de Sanidad, que dice que cada comunidad autónoma deberá elaborar su plan de salud, y lo subrayo.

Por otro lado, en el título VI del Servicio de Salud del Principado (Sespa), que habla de optimizar recursos y actividades entre las indicaciones y objetivos. Centraremos todo en estos objetivos.

También en el propio Plan de Salud se recoge cómo se formalizó este documento. Según consta, fue fruto de un proceso de trabajo y diálogo con diferentes sectores de la sociedad, entre los que se incluyen los sectores profesionales. Aquí, el colectivo de podólogos se siente apartado por no haber tenido la oportunidad de dar, al menos, o hacer llegar la voz en todo lo referente a las enfermedades de los pies. Este olvido hace necesario definir lo que es un podólogo y, por tanto, el papel que le corresponde en la sociedad y en la prestación sanitaria.

Permítanme que les diga, de forma telegráfica, qué es un podólogo. Desde la realidad académica, forma parte del conjunto de profesores sanitarios facultativos, junto con el odontólogo y el médico, y son facultativos por tener la capacidad diagnóstica y de tratamiento, incluida la cirugía del pie. Obviamente, la formación académica se lleva a cabo en las facultades de Podología.

Si ustedes consultan el *Diccionario* de la RAE, y como tienen teléfonos móviles lo pueden hacer automáticamente, podrán comprobar que estamos incluidos en el grupo de doctores junto al médico y el odontólogo. Distinto es el grado de doctor como reconocimiento universitario, al cual también tenemos acceso.

Aportaciones del Colegio de Podólogos a este Plan de Salud:

En este apartado, quiero dejar claro que nuestra intervención está exenta de acritudes, críticas o intenciones espurias; simplemente, nos limitamos a analizar contenidos y realidades, y, con base en ello, proponer todo aquello que, a nuestro entender, pudiese suponer mejoras al presente Plan de Salud. Esta es nuestra función y responsabilidad como colegio profesional.

Primero. El Plan de Salud 2019-2030, y concretamente el objetivo número 2, remarca la necesidad de reorganizar los recursos y tecnologías del sistema sanitario para así garantizar la equidad, la continuidad, la atención y la eficacia, con la implicación del mayor número de profesionales, lo remarco, dando cumplimiento a estrategias y programas de salud.

Como podólogos, realizamos un análisis cuantitativo y cualitativo sobre las dos patologías comunes en los pies: *Hallux valgus*, más conocido como juanetes, y onicomycosis. Todo ello, sobre la base de un informe de la Consejería de Sanidad de fecha 5 de julio de 2017. Este informe es requerido a la Consejería de Sanidad por un Grupo Parlamentario.

Los datos solicitados y las respuestas emitidas son las siguientes: personas con diagnóstico codificado de juanetes, 18.504; número de cirugías de juanetes durante los años 2010-2016, han sido 6944 intervenciones, de las cuales 4146 han sido derivadas, lo subrayo, y 2798 han sido realizadas por el sistema público.

La primera conclusión que podemos establecer es que se derivan 592 cirugías de juanetes (*Hallux valgus*) por año. El montante económico de cada intervención es de 866 o 1050 euros por cirugía convencional o percutánea, respectivamente. La primera reflexión que nos sorprende es que el coste de una cirugía percutánea sea mayor que el de una cirugía convencional.

En este apartado, es fácil concluir que el coste total como media de las cirugías de juanetes derivadas asciende a 567.136 euros/año. Si hacemos un análisis comparativo realizando este número de cirugías en un centro piloto de podología, el coste de la operación de juanetes sería de 300 euros como media, esto supondría un gasto total de 177.600 euros. Y digo 300 euros como media por si alguien saca “¿de dónde sacaron esta cantidad?”: estamos adjudicando una base de cotización a cada trabajador de 3000 euros. El personal necesario sería de tres personas, con un tiempo medio de cirugía de 90 minutos. Por lo tanto, podemos concluir solo que este tipo de intervenciones supondría un ahorro de 389.536 euros.

En otra patología muy frecuente, como la onicomycosis, es decir, infecciones por hongos en las uñas, se cuantifica que el número de casos de onicomycosis es de 34.916, lo cual supone un coste de 284.066 euros al año. Resulta sorprendente que las historias clínicas no recojan qué tipo de onicomycosis, tanto la magnitud de la lesión como el tipo de hongo causante, así como la duración media de los tratamientos, que debe ser cuantificada. Estos parámetros son absolutamente necesarios para hacer valoraciones y así establecer criterios de eficacia y eficiencia en esta particular patología ungular. Se requieren un diagnóstico y un tratamiento muy especializados.

Los estudios científicos —y no creo que haya ninguna duda de las personas que los han hecho— sobre este tema, realizados por autoridades mundiales como la doctora Antonella Tosti, del Departamento de Dermatología y Cirugía Dermatológica de la Universidad de Miami, el doctor Roberto Arenas, micólogo del Hospital Central de México DF, y Tracey Vlahovic, de la Facultad de Podología, las conclusiones de los diferentes estudios son las siguientes: entre el 89 y el 90 % de las infecciones por hongos están producidas por dermatofitos, solo entre el 40 y el 60 % de las lesiones en las uñas son hongos. Existe un 40 % de diagnósticos equivocados, de aquí se deduce el alto índice de abandonos por parte de los pacientes, con el consiguiente gasto innecesario. Si solo diagnosticamos con base en la clínica tendríamos un 50 % de posibilidades de diagnósticos erróneos. Se hace imprescindible realizar cultivos que identifiquen el germen. Esta prueba en raras ocasiones se realiza en el sistema público. Tenemos un 40 % de falsos negativos como consecuencia de utilizar métodos diagnósticos inadecuados.

Para concluir, podemos decir que los 284.000 euros invertidos en antifúngicos tópicos para tratar la onicomycosis y sobre la base de los estudios existentes, solo el 30 % de los casos se tratan

correctamente, bien por técnica inadecuada o por falsos diagnósticos, con lo cual el montante económico no debería superar los 85.200 euros. Esto supondría un ahorro de 198.800 euros al sistema público, con lo cual, si sumamos el ahorro en cirugías más lo de los hongos, estaríamos en 586.536 euros, que supondría un montante más que suficiente para hacer un centro piloto de podología. Por límite de tiempo, hablaré en otro momento de lo que me queda pendiente. Muchas gracias.

El señor **PRESIDENTE**: Muchas gracias y disculpe.

El señor **Fernández Romojaro (presidente del Sindicato Veterinario Profesional de Asturias, Sivepa)**: Buenas tardes.

Buenas tardes a Sus Señorías.

Soy el doctor José Fernández Romojaro, presidente del Sindicato Veterinario Profesional de Asturias. Lo primero que quiero es agradecer a los Grupos Parlamentarios permitirnos aportar nuestro punto de vista del Plan de Salud del Principado, y especialmente al Grupo Ciudadanos, que es el que nos ha convocado.

Verán, los veterinarios somos pieza fundamental de la salud pública comunitaria desde hace casi doscientos años, y esto no es fruto de la casualidad. Miren ustedes, la medicina no es una ciencia estanca independiente para cada animal; la medicina es celular, es molecular, es genética; es, por lo tanto, única e indivisible. ¿Qué quiero decir? Que es la misma para todas las especies. Los animales sufren idénticos procesos patológicos que los humanos, la naturaleza y la enfermedad no entienden de barreras, y esto el veterinario lo tiene más claro que ninguna otra profesión sanitaria.

Y, caprichos de la naturaleza, las mayores amenazas para la salud de las personas han venido casi siempre de las enfermedades transmisibles de los animales al hombre, es decir, las zoonosis, y de los alimentos contaminados o en mal estado. Se lo ilustraré. ¿Les suenan la peste negra o bubónica, el sida, el ébola, la leishmaniosis, el virus Crimea-Congo, la gripe A o el coronavirus chino, que nos tiene acongojados? Pues todas ellas son zoonosis. ¿Les suenan cosas como la crisis de las dioxinas, la salmonelosis, la toxoplasmosis, el tétanos, el botulismo o la reciente y mediática listeriosis? Pues son problemas de seguridad alimentaria directamente relacionados con los animales. Los animales son nuestro alimento o producen nuestro alimento, en la mayor parte de los casos.

En este contexto, el profesional que realmente sabe de enfermedades animales, de seguridad alimentaria y de cómo se relacionan estos peligros con el hombre y el medio ambiente no es otro que el veterinario. Esto es la columna vertebral de lo que hoy se llama One Health o “Una sola salud”, que es objetivo prioritario para la Organización Mundial de la Salud.

Dicho todo esto, les comentaré los aspectos que creemos que son mejorables en el Plan de Salud.

Lo primero que hemos detectado es que el lenguaje utilizado es difícilmente entendible, incluso para un profesional sanitario. Se habla de humanizar la salud, sería bueno haber empezado por hacerlo más sencillo de entender.

Lo siguiente que nos llama poderosamente la atención es que no se aclara en qué proporción ha intervenido cada profesión en su redacción, y esto quizá tenga mucha relación con algunas de las carencias detectadas por nosotros en este documento.

Verán, la OMS, la FAO, la Oficina Internacional de Epizootias dicen que las zoonosis, la seguridad alimentaria, las vacunaciones y la epidemiología en personas y animales son objetivos de primer orden en la salud pública mundial, y de esas cuatro cosas fundamentales para la salud pública no se dice nada.

Sobra decir la importancia de las vacunaciones y, sin embargo, no se analiza la situación actual, las previsiones o la influencia de peligrosas tendencias como los antivacunas.

Por otra parte, no se habla de epidemiología o vigilancia de las epidemias. En este apartado, se debería establecer una estrategia contra las enfermedades emergentes y reemergentes, que son una amenaza mundial y que tres de cada cuatro nuevos casos son zoonosis, como la gripe A, el ébola o el coronavirus. Y sería conveniente aquí establecer una red de alerta con todas las clínicas veterinarias, pues las zoonosis, por norma general, se manifiestan primero en los animales.

La seguridad alimentaria casi ni se toca en el plan, y es de una importancia mayúscula en salud pública. Tan solo se habla indicando que “se impulsará”, pero se aclara cómo. En este punto, habría que establecer mecanismos para evaluar en qué grado se están comunicando verdaderamente enfermedades e intoxicaciones de transmisión alimentaria desde el campo asistencial a los inspectores veterinarios e idear una estrategia para que haya una mayor declaración de este tipo de procesos.

En cuanto a las zoonosis, quizás sea una de las carencias más relevantes de este documento. La OMS es muy clara al respecto: son una prioridad mundial. Les daré algunos datos al respecto: el 60 % de las enfermedades que padecen los seres humanos tienen su origen en los animales; el 75 % de las enfermedades emergentes, esas que surgen de repente y que no esperábamos, es decir, tres de cada cuatro, tiene origen animal; de los agentes patógenos que se pueden usar en bioterrorismo, el 80 % son zoonóticos. Cada año en el mundo surgen cinco enfermedades nuevas que afectan al ser humano; de esas cinco nuevas amenazas, tres son zoonosis. Y atentos a esto: de las siete enfermedades que la OMS identifica como un riesgo potencial para la salud pública mundial, seis son zoonosis. La octava amenaza mundial, que la OMS llama “enfermedad X”, actualmente es el coronavirus chino, otra zoonosis. La peste bubónica, que mató a entre el 30 y el 60 % de población europea de la época, es y era una zoonosis. El ébola y el coronavirus, como digo, zoonosis también. Y no se lo pierdan: la OMS dice también que, incluso con esos datos, es muy probable que la incidencia de zoonosis sea entre 10 y 100 veces mayor de lo que se notifica, es decir, que todas las cifras que acabo de dar seguramente se queden cortas en relación con la realidad. En palabras de la OMS, “este es un periodo histórico sin precedentes en cuanto al riesgo de zoonosis, debido al enorme movimiento mundial de personas, animales y mercancías, junto al cambio climático”. Les dejo una reflexión: ¿merecen o no merecen las zoonosis ser un objetivo estratégico de este plan? Ahí lo dejo.

Finalmente, aplaudimos que se enfaticen la formación continuada y la especialización de los profesionales sanitarios. Sin embargo, en el caso de los veterinarios, la formación continuada es muy deficiente y la especialización, inexistente, lo que repercute directamente en la calidad de la salud pública.

Echamos de menos que se recoja en el documento un plan para incluir dentro del Sespa a los veterinarios, farmacéuticos y médicos que trabajamos en la Dirección General de Salud Pública, ya que solo dentro del Sistema Nacional de Salud se puede informar y especializar adecuadamente las profesiones sanitarias y se puede dar la importante sinergia médico-veterinario.

Señorías, les ruego tengan todo esto en cuenta y, sin más, me despido.

Gracias nuevamente. Y en su momento estaré encantado de intentar resolver sus dudas, si es que les han surgido.

El señor **PRESIDENTE**: Muchas gracias a los comparecientes por estos tiempos de intervención.

Ahora viene el turno de preguntas de los Grupos Parlamentarios, ordenados por la presentación en el Reglamento de la Cámara de las solicitudes de comparecencias, esto es, Grupos Parlamentarios de Izquierda Unida, Popular, Podemos Asturias, Ciudadanos, Vox y Socialista, y finalizaremos con el Grupo Parlamentario Foro Asturias. 20 minutos por Grupo, incluidas las respuestas.

El Grupo Parlamentario Vox ha solicitado si era posible alterar el orden e intervenir en primer lugar, porque tenían que marchar. Si no hay problema por ninguno de los Grupos, cambiaríamos, alteraríamos ese orden de intervención para que interviniesen en primer lugar. *(Pausa.)*

Vale, pues tiene la palabra en primer lugar el Grupo Parlamentario Vox.

La señora **ÁLVAREZ ROUCO**: Gracias, Presidente.

Y gracias a todos los demás Grupos por dejarme intervenir.

Quiero agradecer la comparecencia de todos los presentes.

Decimos que vemos continuamente promesas, planes... En este caso, el plan concreto es ambicioso.

Quería dirigirle una cuestión al representante del Simpa y hago extensiva también esta pregunta al resto de los comparecientes, si lo consideran oportuno.

Una... Voy a hacer dos, pero, bueno, seguidas y así acabo con esto. ¿Cómo valoran la falta de concreción presupuestaria del plan? Esa es una. Y si creen ustedes que es posible abarcar tanto como pretende el plan con el personal actual del Sistema de Salud.

Gracias.

El señor **Gallego García (representante del Simpa)**: Buenas.

Miguel Ángel Gallego, del Simpa.

Yo uno de los apartados que tenía dentro de la exposición era una concreción presupuestaria. En las páginas finales, se destina un presupuesto de unos 76 millones de euros y lo va desglosando por áreas: dedica, al área 2, 44,4 millones; al área 3, 24,1; al área 1, 7,6, y luego lo va ya... hace una distribución anual a lo largo de los diez u once años donde va adjudicando al principio unos 6 millones por año..., o 5 millones por año al inicio, 6 en el medio y 7 los tres años finales.

Hombre, estamos en el inicio de un plan. Yo soy de la opinión de darle, en principio, un voto de confianza y por eso no argumenté en contra del plan este. Yo creo que las intenciones son buenas. La metodología, como dije, es buena, pero, claro, esto está todo sobre el papel. Lo difícil de todo esto, por eso dije que era un plan ambicioso, será cómo se concrete a lo largo de los diez años.

Eso, con respecto a la primera pregunta.

Y respecto a la segunda pregunta, otra cosa que tenía en el tintero, y eso sí que creo que es una realidad, que eso es palpable hoy, es que este plan presupone la colaboración e implicación de los profesionales sanitarios y, sobre todo, de la Atención Primaria, evidentemente. Pues esto de aquí es una de las partes más flojas, tal y como están hoy en día la asistencia sanitaria y, sobre todo, la Atención Primaria. No hay profesionales sanitarios, no hay médicos, estamos todos en precario, acumulando cupos, con lo cual, si encima nos van a pedir colaboración de esto del plan y otras estrategias y opciones que hay por ahí, pues evidentemente no vamos a ver a los pacientes. Con lo cual, hoy en día los pacientes, muchos de los cuales llevan esperando uno o dos días a ser vistos por el médico, pues lo que quieren es que se le atienda primero su persona y luego ya hablaremos de planes de salud, investigaciones y esas cosas de ahí, pero...

Por eso, evidentemente esta es una de las partes flojas del plan, y esto sí que es corregible, y hay que corregirlo ahora, porque el motivo o no de que el plan llegue a buen fin y que se llegue a su cumplimiento será la colaboración con los profesionales y sobre todo con la Atención Primaria.

La señora **ÁLVAREZ ROUCO**: Muchas gracias.

Si alguno me quiere responder, algún compareciente...

El señor **Fernández Lago (presidente del Colegio de Podólogos de Asturias)**: Sí, yo le voy a responder.

José Luis, del Colegio de Podólogos.

Mire, hay una cosa que no me encaja a mí en el plan...

El señor **VICEPRESIDENTE (Fernández Castro)**: Le pido, por favor, a efectos de constancia en el acta que se identifique.

El señor **Fernández Lago (presidente del Colegio de Podólogos de Asturias)**: Sí.

Soy José Luis Fernández, del Colegio de Podólogos.

El señor **VICEPRESIDENTE (Fernández Castro)**: Gracias.

El señor **Fernández Lago (presidente del Colegio de Podólogos de Asturias)**: Hay una cosa que no encaja: que habla de que no hay profesionales y de que solicita más profesionales. Sí, profesionales no habrá en la medicina o no habrá en la enfermería, pero hay otros profesionales, como son los podólogos, que pueden desempeñar muchas labores, y no solamente una labor poco definida, sino totalmente definitiva. Es decir, un paciente que para tratar una fascitis tiene que ir al médico de cabecera, de ahí a hacer estudios radiológicos o hacer una ecografía, eso se puede hacer directamente en un centro de podología, con lo cual no se marea al paciente y se es muy resolutivo. Por lo tanto lo que habrá que incluir, que ya lo dice el plan, son nuevos profesionales con las competencias que tienen.

La señora **ÁLVAREZ ROUCO**: Gracias.

No tengo más preguntas.

Gracias.

El señor **PRESIDENTE**: Muchas gracias.

¿Grupo Parlamentario de Izquierda Unida?

El señor **ZAPICO GONZÁLEZ**: Sí, Presidente, muchas gracias.

Buenas tardes a todos y a todas las personas que han comparecido. Gracias por sus diferentes aportaciones.

Quisiera realizar alguna pregunta al señor Julio Alonso, al hilo de su intervención.

Para empezar, quisiera, bueno, preguntarle por los aspectos que usted puede considerar en concreto deficitarios o que sean susceptibles de mejora en lo que respecta a las áreas y objetivos que se presentan en el plan y, fundamentalmente, por algo que le escuché decir, especialmente en el área 3.

El señor Alonso Lorenzo (médico especialista en Salud Pública, Unidad de Salud Pública del Área Sanitaria IV): Buenas.

Bueno, en primer lugar, quiero señalar que la valoración por mi parte del plan es positiva; la valoración en general, tanto del desarrollo como del resultado final, es francamente positiva. No obstante, estamos aquí para plantearnos aquellos aspectos deficitarios o de mejoras que puede tener. En los aspectos más intersectoriales, yo creo que realmente es una apuesta realmente interesante y arriesgada...

El señor ZAPICO GONZÁLEZ: ¿Le importa acercarse un poco más el micrófono, por favor?

El señor Alonso Lorenzo (médico especialista en Salud Pública, Unidad de Salud Pública del Área Sanitaria IV): A ver, me acerco yo.

Bueno, que es una apuesta interesante y arriesgada. Donde yo encuentro mayores déficits sería en esa tercera área, ¿no?

El primer objetivo, por ejemplo, se orienta a reorientar el propio sistema de salud, ¿no?, y plantea como un eje relevante el tema de la reducción de las desigualdades. Por ejemplo, ahí el problema es si va a haber mecanismos para evaluar eso. No es fácil evaluar desigualdades, no es fácil evaluar problemas de equidad en la prestación de los servicios. Esperemos que sí que se haga.

El segundo objetivo trata de la reorganización de los recursos, y sí que me sirve este caso para ejemplificar el valor de un plan. El documento plantea que hace falta un plan de ordenación de recursos humanos, es necesario, todos vivimos una situación obvia de crisis de recursos sanitarios de todo tipo, aparte de problemas de orientación de esos recursos, ¿no?, de cualificación o de asignación de funciones, que se ha comentado aquí recientemente. Bien, pero que no se nos olvide que esta crisis de recursos se produce habiendo un plan: existía un plan, existía un plan que no funcionó. Es decir, el que haya un plan no es garantía, ni mucho menos, de que no haya problemas.

El plan de recursos humanos que había sí que tenía la previsión de jubilaciones, de mortalidad profesional..., eso estaba todo previsto. ¿Qué es lo que ocurrió? Bueno, por un lado, hay una crisis, pero además de una crisis hay decisiones, se toman decisiones, hay cosas que no se pueden manejar. El nivel de egresados de la Facultad de Medicina no es algo que podamos manejar, o no es algo fácil de manejar, pero hay otros condicionantes que sí, y lo que parece ser es que, bueno, pues no se manejó adecuadamente a pesar de que había un plan.

Bueno, yo saludo que haya un plan de ordenación de recursos, lo que espero es que realmente identifique dónde están los problemas y realmente sea capaz de actuar sobre aquellos aspectos que sí se pueden manejar. Hace poco revisaba algunos datos sobre el número de profesionales que habían solicitado salir de España a través de la acreditación del Colegio de Médicos y ha sido, bueno, un volumen importante, y eso también tiene que ver con el tipo de política de personal que se ha hecho. Bueno, ese sería un ejemplo de un plan que ahí figura y que habrá que ver la consistencia final que tiene, habrá que evaluar su resultado y, sobre todo, qué acciones conlleva ese plan.

Sí comentaba previamente que yo consideraba insuficiente el enfoque de la asistencia de Atención Primaria, no..., porque además aquí están personas relevantes en su redacción, no porque yo no considere que sea importante todo lo que tiene esa estrategia, todo es importante: es necesario reorganizar los equipos de Atención Primaria, es necesario establecer órganos directivos, es necesario..., creo que sería necesario introducir más elementos de participación en esa organización que está en el decreto de Atención Primaria, pero me parece que no se puede colocar la Atención Primaria como eje del sistema si no hay un planteamiento del sistema. Es decir, solo desde la Atención Primaria sí podremos, y, vamos, a mí me parece muy conveniente, muy adecuado, incrementar los recursos, financiar en mejor medida, dotar con nuevas tecnologías, montar la telemedicina, consultas virtuales..., todo eso es interesante, pero todo eso no va a colocar la Atención Primaria como eje. Esa es la insuficiencia que yo le veo a este planteamiento, simplemente, es lo que quería señalar con respecto a... Lo que se ha hecho es recoger esa Estrategia de Atención Primaria sobre la que ya se venía trabajando, de manera necesaria, es confluente con un plan del propio Ministerio, bien, pero yo considero que para el objetivo final, que es colocar la Atención Primaria como ese eje, necesitamos reformular el sistema.

Y con respecto al objetivo 3, también lo comenté brevemente, el tema de que el tratamiento que se le da a la investigación es demasiado genérico. Estamos en un contexto de planificación estratégica, a diez años; bueno, sería muy razonable que el plan incluyera no elementos de evaluación operativa del plan, no se trata de eso, eso tendrá que desarrollarse, sino líneas de trabajo en la investigación, proponiendo con qué tipo de modelos, con qué tipo de prioridades, que nos digan cuáles son los modelos investigación, máxime cuando lo que estamos planteando aquí es una pequeña revolución, es otro modelo de entender qué pasa con la salud. Estamos hablando de determinantes, lo razonable sería que articulásemos procedimientos y líneas de investigación que actúen sobre eso, sobre todo para saber si lo hacemos bien o mal, ¿no? Ese sería el planteamiento con respecto a esta cuestión.

El señor **ZAPICO GONZÁLEZ**: Gracias, señor Alonso.

También parece desprenderse de su primera intervención que algún aspecto del análisis de situación le llamó más la atención. ¿Podría concretar un poco más también sobre esto?

El señor **Alonso Lorenzo (médico especialista en Salud Pública, Unidad de Salud Pública del Área Sanitaria IV)**: Bueno, cuando yo leo... Yo tengo que leer el plan de forma objetiva, no entender lo que hay detrás del plan o lo que se quiere decir después, ¿no?, porque el plan es también un elemento de comunicación, o sea, eso es lo que se va mostrar. Entonces, mi función aquí es ver lo que se dice y, bueno, cuál es el peso que debe tener la información que allí se aporta.

Comentaré algunos casos en los cuales he visto, bueno, curioso el resultado, ¿no? Con respecto a la información del contexto, cuando se habla del aislamiento, se centra en que es más en mujeres, en la zona rural, pero no se profundiza, yo creo, en el fenómeno del aislamiento con relación a lo sanitario y a lo sociosanitario, que tienen un componente urbano y un componente rural, y que son diferentes, y que debería hacerlo porque la identificación de la situación de salud sirve para generar acciones y no tiene... O sea, no me vale con que se sean más mujeres y del ámbito rural, necesito caracterizar aún más qué es lo que pasa con el aislamiento, que es un problema fundamental.

Pero lo que me parece más sangrante es lo que ocurre con..., más sangrante relativamente ¿no?, con la valoración del sistema sanitario. Me parece, por ejemplo, que se indica que afortunadamente ya tenemos la universalidad de la atención. Bueno, cuando leemos cosas sobre igualdad y desigualdad, se habla de una igualdad formal, legal, que no tiene que ver con igualdad real. Cuando se decreta la universalidad, es eso, que se decreta, y está bien porque lo malo es que se decrete la no universalidad, pero en ningún momento se aporta realmente en qué medida el sistema sanitario es universal, es decir, si hay o no problemas de equidad dentro del sistema. Ese sería uno.

Y el otro aspecto muy..., bueno, relevante, diría yo, que luego se soluciona en el proceso de participación, es que no existe la lista de espera. Se habla de que el sistema es de alta calidad, que lo es, que es muy eficaz, muy eficiente, pero, claro, lo que comentaba al inicio del espíritu crítico, no existe la lista de espera, no existen problemas. No, no es cierto. Existen problemas y eso tiene que ver con la legitimación del sistema y, al final, es la legitimación de todo el proceso.

Hasta aquí. Y necesito beber agua...

El señor **ZAPICO GONZÁLEZ**: Quisiera, si no le importa, realizarle una última pregunta, respecto a las prioridades que se indican en el plan: si hay alguna cuestión que considere que se debería haber tenido en cuenta.

El señor **Alonso Lorenzo (médico especialista en Salud Pública, Unidad de Salud Pública del Área Sanitaria IV)**: Perdome, ahora voy.

Las prioridades. Bueno, claro, es muy difícil entrar a debatir las prioridades. Uno puede decir lo que le parece y puede ser una aportación vulgar, es decir, sin criterio. Es interesante la aportación de Marta Villamil, que ha dicho, bueno, pues el criterio de priorización ha sido la comparación con otras comunidades. Bueno, y la profesora Tardón ha apuntado en las prioridades cosas que le parecen relevantes. Es decir, si entramos a discutir prioridades, claro, es muy difícil, por eso hay instrumentos para establecer las prioridades.

De todas formas, yo voy a decir lo que a mí me llama la atención por el contexto en el que nos..., digo el contexto de nuestra Comunidad Autónoma. Estamos hablando de un plan, bueno, un plan a largo plazo, aunque las prioridades son a corto, pendientes de revisar, pero el que la problemática del cáncer no sea abordada como una prioridad que tenemos aquí me resulta curioso. Y, de nuevo, lo voy a relacionar con cómo se presentan los resultados. Cuando se presentan los resultados en el análisis de la situación, se plantea que las personas se mueren básicamente de enfermedad cardiovascular.

Bueno, esa es una forma de presentar la realidad. Si vemos los datos, que los tienen los técnicos que han hecho este plan, e insisto en que sus razones tendrán para haber descartado esta opción, pero, bueno, el cáncer siempre ha sido un problema muy serio en Asturias.

La profesora Tardón apuntaba a los factores que tienen que ver con el cáncer como problema. Yo aportaría no solamente eso, sino que incluso en esta Comunidad ha habido momentos en que la propia estructura asistencial ha tenido departamentos dedicados a ordenar el cáncer. Porque el cáncer, bueno, es pluridisciplinar, es complejo, tiene elementos investigación... Lo que desde mi punto de vista va a ocurrir próximamente es importante con respecto al cáncer, o sea, va a haber novedades. Ya está habiendo novedades en cuanto a los modelos de atención, en cuanto al tipo de farmacología que se está utilizando, en cuanto a qué tipo de revisiones hay que hacer de esos tratamientos, el surgimiento de la medicina personalizada..., es decir, hay muchísimos elementos. Bueno, eso, pensando en los elementos clínicos. No olvidemos los preventivos: en Asturias tenemos un plan de detección precoz de cáncer de colon, tenemos cantidad..., el plan de detección de cáncer de mama..., cantidad de planes, de estrategias que están por ahí, que sería muy interesante que eso de alguna estuviera ordenado en el plan. Entonces, me resulta curioso.

Puede que tenga que ver con que, bueno, en ese momento no se identificara como problema, pero... Las personas menores de 65 años que mueren, por cada mujer que muere, mueren cinco mujeres de cáncer; por cada mujer que muere de problema cardiovascular, mueren cinco de cáncer, en mortalidad prematura, o sea, que estamos hablando de... Entonces, me resulta curioso. De todas formas, yo no quiero cuestionar el cómo se ha hecho el proceso de priorización; simplemente, dejar encima de la mesa esta cuestión.

Sí quería, con relación a eso, señalar otro aspecto que surgió al valorar el análisis de la situación de salud, y es que el suicidio aparece como una prioridad. A mí parece que debe serlo, pero aparece como una prioridad yo creo que por el proceso de participación que hubo posteriormente y seguramente porque ya hay en marcha una estrategia de suicidio. Pero, curiosamente, cuando nos ponemos a ver lo que plantea el análisis de la situación de salud, lo que se dice con respecto a la mortalidad relacionada con accidentalidad y todo esto es que han disminuido los accidentes de tráfico. Bueno, bien, vale, o sea, esa es otra visión no crítica de los indicadores. Mi problema no es que se hayan reducido los accidentes de tráfico, objetivo que estaba en los planes de salud, desde el Plan de Salud del 94, que lo tengo aquí. Lo que a mí me tiene que llamar la atención es que, en menores de 45 años, la primera causa de muerte entre todas las cosas es el suicidio, por encima de los accidentes, entonces... A lo mejor eso se discutió en los grupos, pero eso no aparece y no es algo que se comunique... Lo que decía al principio, el plan es también..., el documento del plan es un elemento de comunicación. Entonces, hay que intentar que las cosas casen de alguna manera, ¿no?

Bueno, eso es lo que tengo que decir, pidiendo excusas de antemano por el tema de meterme en un establecimiento de prioridades, que es algo, bueno, que el grupo que lo hace decide cuáles son y yo lo único que digo es que me llama la atención el resultado, simplemente.

El señor **ZAPICO GONZÁLEZ**: Muchas gracias, señor Alonso.
Eso es todo, señor Presidente, no haré más preguntas.

El señor **PRESIDENTE**: Muchas gracias.
A continuación, tiene la palabra el Grupo Parlamentario Popular.

La señora **POLLEDO ENRÍQUEZ**: Muchas gracias, Presidente.
Quisiera agradecer a todos los comparecientes porque la verdad está siendo una jornada muy ilustrativa y yo creo que el tenerlos a todos los que estáis aquí, que sabéis cada uno de vuestra especialidad, pues va a aportar mucho, que de eso se trata el que estemos pasando todos esta agradable tarde hoy aquí.

Mi primera pregunta será para María Belén García, la secretaria general autonómica del Satse: ¿cree que este plan, que marcará efectivamente las líneas maestras del futuro de nuestra atención sanitaria en los próximos años, más allá de las buenas intenciones, que no dudamos de que las tiene, y los objetivos marcados, será posible con la situación actual de vuestro colectivo y la importancia o el protagonismo que deberéis asumir para el buen fin de este plan, cree que ahora mismo, como están las circunstancias en su sector, estamos en las mejores condiciones?

La señora **García González (secretaria general autonómica del Satse)**: Belén García, secretaria autonómica del Sindicato de Enfermería, Satse.

Como dije antes, el plan está muy bien elaborado, el plan es ambicioso, el plan recoge el trabajo exhaustivo, yo creo, de muchísimos profesionales, pero lo difícil es plasmarlo y llevarlo a la realidad, como ya dije antes, ¿no?

Respecto a lo que se refiere a nuestro colectivo, ya lo he dicho muchas veces y en muchos ámbitos, es un colectivo cada vez mejor preparado, cada vez más capacitado, cada vez listo para asumir muchas más competencias de las que asume, cada vez mejor formado y digamos que, según las características que está adquiriendo, sobre todo en nuestra población aquí, en Asturias, una población, como habla el plan también, cada vez más envejecida, con cada vez más cronicidad, digamos que sería un colectivo protagonista en la atención de esa población ya que somos, bueno, digamos que los especialistas de los cuidados y con una labor muy importante en la prevención, en la promoción, en la educación.

Ahora, tal como está nuestro colectivo, ¿somos capaces de asumir eso? Vuelvo a decir que no podemos, como siempre pasa, muchas veces en nuestra Comunidad, empezar la casa por el tejado. Para poder llevar a cabo este plan ambicioso y bien argumentado, y para poder hacer las cosas bien, hay que dotar primero a los centros, a las instituciones, del personal necesario. Y, tal como estamos ahora mismo, pues no, mi respuesta es que ya los profesionales están trabajando muchas veces por encima de sus posibilidades y sacando adelante las cargas de trabajo y, evidentemente, como profesionales que son, establecen prioridades, ¿no?, y, bueno, nos guste o no, la prioridad es la atención directa. Y para tener tiempo para todo eso otro, que es fundamental y que es invertir en salud, como, repito, es la promoción, la prevención, la educación —lo decía por aquí antes algún otro de los intervinientes—, es mucho más..., tenemos que tener otra visión, es mucho más económico, ya vamos a hablar de dinero, que al final es lo que marca muchas veces todo, es mucho más económico y mucho más rentable evitar ciertos problemas, aunque los resultados no son a corto plazo, sino que son a medio y a largo, que pagar la causa, luego, que origina esos problemas y ponerles solución.

Entonces, bueno, la respuesta es no, a día de hoy entiendo que no podemos asumir todo eso para lo que, efectivamente, es un colectivo que está preparado, pero... Habría que reestructurar muchas cosas.

La señora **POLLEDO ENRÍQUEZ**: Bien, siguiendo en esta misma línea, que ya, *a priori*, como estamos viendo, las circunstancias actuales que se están viviendo en la sanidad asturiana no son las mejores para afrontar este plan tan ambicioso, me gustaría saber su opinión sobre el papel que debería jugar también la enfermería en estos próximos años en cuanto a atención domiciliaria, que todos sabemos que cada vez va en aumento, y también en los cuidados paliativos. Si le parece que su colectivo está suficientemente valorado para afrontar estas asistencias.

La señora **García González (secretaria general autonómica del Satse)**: Belén García, secretaria autonómica de Satse.

Nuestro colectivo ya está participando en los equipos de cuidados paliativos, por supuesto, y está participando en la atención domiciliaria. Lo que pasa es que, a día de hoy, los equipos que hay de cuidados paliativos y de atención domiciliaria son todavía muy escasos. Y, vuelvo a lo mismo, nuestra población, las características de nuestra población, hace que cada vez se requiera más este tipo de asistencia.

Creo que todos los que estamos aquí sabemos lo que cuesta una cama de hospital y sabemos que, bueno, si el paciente tiene otras opciones, sobre todo en los momentos finales de su vida, que le puedan evitar el estar en un hospital, que le puedan permitir seguir en su domicilio, pues ahí sí creo que la enfermería..., bueno, ya lo está haciendo, de hecho, juega un papel muy importante y es capaz de prestar esos cuidados. Pero, vuelvo a lo mismo, necesitamos más equipos de cuidados paliativos y más equipos de atención domiciliaria.

La señora **POLLEDO ENRÍQUEZ**: Bien, en su intervención hizo referencia, si me puede un poco ahondar en esta cuestión... ¿Puede decirme cuáles son los problemas que están sufriendo con las reducciones de jornada por cuidado de hijos o familiares, especialmente en el HUCA, que hizo referencia en su intervención?

La señora **García González (secretaria general autonómica del Satse)**: Pues sí. Vamos a ver, el plan..., lo saqué precisamente porque el plan habla de eso, un poquitín del perfil del cuidador en nuestra sociedad, y, nos guste o no, mayoritariamente siguen siendo las mujeres las que asumen esa carga; de hecho, lo vemos en cualquier tipo de trabajo, quien más solicita excedencias por cuidado de hijos o de familiares son las mujeres y quien más solicita reducciones de jornada, también, ¿no? Encima, nuestra profesión es a día de hoy todavía mayoritariamente de mujeres.

Entonces, en un momento en que, bueno, a todos los partidos yo creo que se les llena la boca con la conciliación de la vida familiar y laboral, y que por ley los trabajadores, gracias a Dios, tienen derecho a ella, sí que es verdad... A ver, nosotros entendemos, y lo hemos manifestado ya en muchos ámbitos, yo entiendo que no es lo mismo un área sanitaria pequeña que un área como es el Área IV o como es el HUCA, donde trabajan más de 5000 profesionales, ¿vale? Y entiendo que no es lo mismo conciliar en una empresa que trabaja de lunes a viernes en turno de mañanas que en una empresa donde mucho del personal, sobre todo en enfermería, trabaja en turnos rotatorios. Es complicado conciliar ahí, pero, bueno, entiendo que nuestros compañeros tienen exactamente los mismos derechos que el resto de trabajadores.

Y sí que es verdad que venimos observando que en los últimos..., desde hace un año, año y pico, especialmente, vuelvo a repetir, en el HUCA, entendiendo las dificultades que pueda tener el HUCA por el volumen de profesionales que trabajan allí, estamos teniendo dificultades con las reducciones de jornada. ¡Ojo!, no estoy diciendo, porque mentiría, que se denieguen, porque por ley no se pueden denegar, pero sí estamos viendo en el colectivo de enfermería una serie de trabas, digamos, no sé cómo llamarlas, que al final a veces a muchas de esas personas que solicitan la reducción de jornada les hacen desistir de esa solicitud, porque las condiciones en que me dan esa reducción no me solucionan absolutamente nada y no se parecen en nada a las condiciones que yo expuse cuando hice la solicitud. Y, bueno, sí es algo que nos preocupa y que venimos ya denunciando desde hace un tiempo.

La señora **POLLEDO ENRÍQUEZ**: Otro tema fundamental para este Grupo Parlamentario. Como saben todos ustedes, recientemente en esta Cámara se ha aprobado una proposición no de ley, que ha traído el Grupo Parlamentario Popular, sobre la enfermera escolar. La proposición no de ley salió adelante, bueno, con el voto en contra del PSOE y de su socio de gobierno, de Izquierda Unida.

¿Cómo se va a...?, bueno, porque se habla mucho de la educación, de educar en salud, de prevención, ¿cómo se va a conseguir este objetivo que creemos...? Para nosotros la figura fundamental sería esa enfermera escolar, no solo para educar y para esa promoción de los buenos hábitos de la vida saludable, sobre todo en esa etapa escolar, que creemos que es fundamental, y también para hacer frente a patologías que todos sabemos que los profesores no están capacitados para ello. No hay, no se contempla esta figura. ¿Cree, desde su punto de vista, que este objetivo se puede lograr sin que...? Parece ser que no se apuesta por esta figura de la enfermera escolar, ¿cree que este objetivo a corto plazo o a medio plazo, o a largo plazo, como estamos hablando que es este plan, es un objetivo que se puede conseguir?

La señora **García González (secretaria general autonómica del Satse)**: Como ya dije en mi intervención, pues sí, lamento que no se reconozca esta figura dentro del Plan de Salud. Precisamente, bueno, es una campaña... Hace ya un año, no sé si lo saben, nuestro sindicato a nivel nacional, porque creemos que es una asignatura pendiente la enfermería escolar, creó una Plataforma Estatal de Enfermera Escolar, junto con ANPE, que es el sindicato de la educación..., un sindicato de la enseñanza pública, con la Federación Española de Diabetes y con el Foro Español de Pacientes. Hace ya un año, más o menos, que se constituyó la plataforma. Y hoy precisamente, en Madrid, con una rueda de prensa, se ha presentado una campaña por parte de la plataforma, que se inicia ahora, bajo el lema “Su salud, tu tranquilidad”, donde, bueno, se van a emprender una serie de acciones porque seguimos creyendo, tanto nosotros como otros colectivos, que es una figura muy importante y necesaria, y que es una asignatura pendiente, como dije antes, tanto del sistema educativo como del sistema sanitario. No voy a... Podría dar muchísimos datos que justificarían esto. Yo entiendo, y estuve cuando se debatió aquí en la Cámara, y entiendo al partido que gobierna, porque entiendo que las Legislaturas son muy cortas, entiendo que hay otras prioridades, entiendo que al final, como dije antes, influye el dinero y los presupuestos, claro que lo entiendo, lo entiendo, pero yo creo que tenemos todos un poquitín que poner la visión un poco más allá, no solo en este tema, en muchos. Ya sé que queremos todos resultados a corto plazo, pero yo creo que a la larga hay que valorar porque, si no, todos estamos viendo que este sistema es muy difícil de mantener si no cambiamos un poco las bases y la orientación. Y económicamente, pues claro que es importante el dinero, evidentemente, para todo desgraciadamente en esta vida se necesita presupuesto y se necesita dinero, pero sí que es verdad que nosotros sí que tenemos calculado lo que supondría... Evidentemente, esto supondría dinero, la creación de esta figura, ¿no?, y su implantación, pero estamos convencidos —hay un cálculo hecho, os puedo dar datos— de que supondría unos 16,20 euros al año por habitante, que sí que nos puede parecer mucho, pero que es irrisorio si lo comparamos, por ejemplo, con los miles de millones de euros que suponen para nuestro sistema sanitario muchos de los problemas de salud que, a la larga y a medio plazo, se

podrían solucionar con la implantación de esta figura. Ya hablé antes, pues eso, del sobre coste que suponen 2000 millones de euros derivados de la obesidad, más de 5000 millones de euros derivados de un mal control de la diabetes, etcétera, etcétera. Podría dar muchos datos, no voy a aburrir ahora aquí con este tema.

Desde luego, por parte de nuestro sindicato creemos que es una figura que hay que comenzar a implantar, la creemos necesaria, y vamos a iniciar una campaña, junto con el resto de organizaciones que constituyen la plataforma, para sensibilizar tanto a la sociedad como a los grupos políticos en las diferentes autonomías y a nivel estatal.

Sí creemos que puede tener un papel muy determinante, no solo... A ver, recientemente en la prensa, estos días, salía el caso de un..., un caso, es algo anecdótico, entre comillas —por supuesto, no para esos padres—, pero, bueno, un caso concreto, atenciones... Son casos muy puntuales, pero es que no se trata solo de eso. El papel de la enfermera en los colegios sería mucho más que lo que es prestar la atención directa a determinados niños que tienen un problema puntual o crónico, vía determinadas urgencias que puedan surgir. Es mucho más que eso, vuelvo a insistir. Sería invertir en educación, en promoción, en prevención, que a la larga resultaría muy rentable para nuestro sistema.

La señora **POLLEDO ENRÍQUEZ**: Pues muchas gracias, señora García, por las aportaciones tan interesantes.

Paso ahora a preguntar al representante del Simpa.

El plan, lo decía también usted en su intervención, sobre el papel está bien, y el papel todos sabemos que lo aguanta todo, pero con la actual coyuntura que se está viviendo entre los facultativos, o sea, si nos vamos al día a día, a la cruda realidad, donde vemos que hay una sobrecarga asistencial, que las listas de espera en Atención Primaria son crecientes, ni mencionan lo que está pasando con las listas de espera quirúrgicas, contratos precarios, inestabilidad laboral, falta de incentivos también en muchas zonas de difícil cobertura, que no acaban de definirse estas zonas..., bueno, podría seguir aquí y agotar los 6 o 7 minutos, no sé los que me quedan. La pregunta es un poco en el mismo sentido: ¿cree que puede llevarse a cabo este plan con la situación actual, con la coyuntura actual que hay y el déficit de personal que existe? Todos sabemos que va a ser un pilar básico, ¿no?, el personal facultativo. ¿Qué opinión le merece? Porque si al final estamos hablando de un plan a diez años y resulta que a día de hoy no estamos en condiciones de afrontarlo, pues el éxito va a ser complicado, que lleguemos a un buen fin con este plan.

Un poco en la línea que iba con la anterior compareciente.

El señor **Gallego García (representante del Simpa)**: Miguel Ángel Gallego, del Simpa.

Efectivamente, usted lo ha dicho, se puede decir más alto pero no más claro, es así. A día de hoy, está la cosa mal. Ya desde hace tiempo esto se veía venir y, es más, si revisan alguno de los archivos de esta Cámara, ya hace años dije, digo, nos quedamos sin médicos, a los médicos aquí no se les está cuidando, con lo cual se emigran para todos lados. Y una de las especialidades que decía era que los anestesiólogos se iban. Y, efectivamente, ¿por qué se iban los anestesiólogos? Porque los anestesiólogos españoles son muy buenos, se cotizan en todos lados, ofrecen mejores condiciones. Aquí y ahora, como no hay anestesiólogos, la cuestión de las listas de espera quirúrgica se va aumentando, hoy en día se ha tenido que echar mano de la movilidad forzosa, moviendo anestesiólogo de un hospital a otro, haciéndoles jornadas incluso maratonianas, son el rey de la guardia, con lo cual eso repercute en las relaciones y en la conciliación que hablamos ahora familiar. Y lo mismo pasa, los anestesiólogos es la..., pero también pasa con radiólogos, ginecólogos y otras especialidades por ahí.

Y en Atención Primaria, desde luego, lo mismo, o sea: no hay médicos esperando para cubrir los puestos, con lo cual no se cubren las vacaciones ni las bajas, las jubilaciones se tardan mucho tiempo en cubrir... Si hay una baja, porque los médicos también tenemos derecho a ponernos malos de gripe —no del coronavirus, esperemos—, y entonces, ¿qué pasa?, llegas un día y te encuentras con la consulta del compañero acumulada, hoy estamos a menos tres en el centro, el otro día a menos dos, mira, me quería ir, pero es que no te puedes ir... Desde luego, tal como está la situación ahora, es lo que está... Y luego encima te encuentras con los pacientes y dicen: “Hombre, resulta que tengo una lista de espera de dos días, he tardado para que me vea el médico dos días, y ahora resulta que todo de prisa, corriendo, de mala manera...”.

Esto no es plan, evidentemente esto no es un plan, no es un plan para el plan. Así, con estas condiciones... Yo siempre digo, soy de la opinión, confío en la gente, en dar una oportunidad al plan, pero los comienzos no son buenos, esa es la realidad. Ya digo, usted lo ha expresado muy bien: tal como está ahora, mal plantel.

La señora **POLLEDO ENRÍQUEZ**: Bueno, con apenas dos intervenciones, yo creo que es descorazonador el que tenemos un plan encima de la mesa a diez años, pero que el punto de partida es el que es, y es lo más inmediato y lo más preocupante.

Para terminar, solo... Bueno, quería hacerle una pregunta, si me diera tiempo. Quería preguntarle qué opinión le merece el decreto de Primaria que está ahora en exposición pública, y que debe ser, dentro de esa Estrategia de Primaria, según el Consejero, un acicate para una mejora importante. Lo digo porque, bueno, tuve una intervención el otro día en el Pleno y por contrastar lo que dijo el Consejero con lo que piensan ustedes como principal sindicato médico.

El señor **Gallego García (representante del Simpa)**: Miguel Ángel Gallego, del Simpa. Nosotros expresamos por escrito y entregamos las alegaciones al decreto de estructuras de Atención... de equipos de Atención Primaria.

Evidentemente, mostramos nuestro total desacuerdo. Ahí se ha perdido una oportunidad. Prácticamente decimos que hay que refundirlo y hacerlo de nuevo, porque ese real decreto, tal como está planteado, en poco o en nada ayuda a la Atención Primaria. Podríamos hablar largo y extenso, vamos, no sé si es el momento, pero ese decreto, desde luego... O sea, hacer uno nuevo, mejor.

La señora **POLLEDO ENRÍQUEZ**: Bueno, nada, es que el Consejero dijo que había un amplísimo consenso, el mayor de la historia. Como lo de las listas de espera.

El señor **Gallego García (representante del Simpa)**: Para nosotros, no, desde luego.

La señora **POLLEDO ENRÍQUEZ**: Está bien, no, era por contrastar. Y termino ya con el presidente del Colegio de Podólogos —me quedo sin tiempo—, muy rápido. ¿Por qué cree usted que no se ha contado con la participación de los podólogos en este plan?

El señor **Fernández Lago (presidente del Colegio de Podólogos Asturias)**: Bueno, yo creo que no se ha contado porque somos grandes desconocidos. Seguramente, si aquí le preguntásemos a la gente cuando entramos, si decimos “¿el podólogo es personal facultativo?, pues te dirían que no. Pues sí, el podólogo es personal facultativo. Somos un colectivo humilde y minoritario y, entonces, no se nos tiene en cuenta, como pasa con todos los humildes y... Esto suele ser así.

Yo creo que es una pena, además, que no se cuente con los podólogos porque... Aquí se está hablando constantemente de que hay carencia de profesionales. Es que, vamos a ver, nosotros podemos descargar la Atención Primaria, podemos descargar listas quirúrgicas, podemos hacer una gran labor. Además, es que lo que solicitamos es totalmente legítimo: queremos un centro piloto, no queremos entrar en tropel a la sanidad pública, queremos un centro piloto, que se forme.

Yo veo aquí gente de cierta edad, con canas, y seguramente recuerdan cuando salían de la facultad de Medicina, que acababan sexto, pagaban la tasa de las matrículas y automáticamente, a lo mejor, les mandaban a un pueblo. Era ansioso para el profesional y preocupante para el enfermo. Sin embargo, hoy los profesionales de la medicina de Atención Primaria salen un MIR, con una formación académica dentro del hospital y Atención Primaria.

Esto es lo que exigimos. La formación de las profesiones sanitarias tiene que ser con un entrenamiento, esto es absolutamente elemental.

La señora **POLLEDO ENRÍQUEZ**: Me he quedado sin tiempo. Nada, quiero agradecer a los comparecientes y... Muchísimas gracias.

El señor **VICEPRESIDENTE (Fernández Castro)**: Muchas gracias, Señoría. El tiempo es un patrimonio escaso y procuramos gestionarlo de la forma más equitativa posible. Gracias por la formulación de las preguntas y por la precisión de las respuestas por parte de los comparecientes. Continuamos con la formulación de preguntas. En este caso le corresponde al Grupo Parlamentario Podemos Asturias. Tiene la palabra.

El señor **MARÍ RIPA**: Muchas gracias. La primera pregunta era para Begoña Domínguez.

Principalmente, yo le quería preguntar en qué medida es compatible este plan con la situación actual de presión asistencial de los profesionales de su especialidad, de la Pediatría, y también qué opinión le merece esta propuesta, no sé si del Sespa, en el sentido de la sustitución de pediatras por médicos de familia. Un poco, dónde estamos ahora en la Pediatría y en qué medida los objetivos del plan se pueden conseguir con la presión asistencial actual, y qué medidas habría que implementar para poder llegar a 2030 actuando también sobre la infancia, ha salido en varias ocasiones durante esta sesión.

La señora **Domínguez Aurrecoechea (pediatra de Atención Primaria y expresidenta de Aepap)**: Me gustaría tener una varita mágica y con una varita mágica se arreglaba todo, pero no va a ser así de fácil.

De cualquier forma, yo creo que lo fundamental es tener interés político, tener interés político y realizar inversiones adecuadas. Nos sentamos, discutimos cómo está la situación, se distribuyen adecuadamente los recursos, se ven las necesidades... Y las necesidades, no en un plazo inmediato, pero en un plazo relativamente breve pueden cubrirse. Quiero decir que las necesidades de nuevos profesionales dentro de la Pediatría no son tan importantes como sí es mucho más importante una distribución adecuada de los recursos y el retener en Atención Primaria los proyectos que existen y que se marchan de ella porque las condiciones laborales que les estamos ofreciendo son absolutamente inadecuadas para ellos. Siempre que a un profesional le ofreces una situación laboral mejor que otra, lógicamente, se va a ella, excepto que tenga una afición y un cariño especial por la Atención Primaria, que hay algunos colectivos de pediatras que tienen un cariño especial por la Atención Primaria y están en unas condiciones absolutamente precarias, manteniéndose en la Atención Primaria en vez de ir a la Atención Hospitalaria pudiendo hacerlo también.

Entonces, yo creo que no es tan complejo buscar una solución. Hay que sentarse a ello, sentarse para hacerlo, contar con los colectivos implicados, ser bastante imaginativos y... Una solución corta, a corto plazo, quiero decir, no es demasiado difícil, pero creo que no es la solución. La solución no es el cortoplacismo, una vez más; la solución es sentarse y diseñar —lo que decía también Julio, antes— un mapa adecuado, una distribución de las necesidades. A partir del conocimiento de las necesidades, distribuir los recursos y ver las necesidades reales de la población, no las demandadas desde unos u otros ángulos, a veces desde perspectivas políticas realmente, o sea, cortoplacistas, para conseguir equis ventajas en un momento determinado, para unas u otras razones, y no responden realmente a las necesidades de salud de la población.

Entonces, intentando resumir: a corto plazo no es demasiado difícil resolver las necesidades de Pediatría en Atención Primaria en este momento en Asturias; hay que sentarse, distribuir adecuadamente recursos. Y, por supuesto, algunos tendrán que aceptar que no se puede tener un pediatra o, como decíamos antes, una uvi en cada portal, una unidad de cuidados intensivos en cada portal. No es posible. Entonces, bueno, hay que distribuir los recursos y tenemos que asumirlo la población en general, y también los políticos.

Y yo insisto en que esa solución a corto plazo no es la solución definitiva; la solución definitiva es que hay que modificar la atención sanitaria, hay que sentarse y hay que planificar la atención al siglo XXI, y no mantener las normativas y la forma de actuar —y ya termino— de la población de los años ochenta, donde hemos nacido y seguimos persistiendo. Entonces, las dos cuestiones.

Con estas dos cuestiones, pienso que sí podríamos seguir adelante con el Plan de Salud, pero sin ellas, no, es imposible, sería absolutamente imposible. Si a corto plazo no resolvemos la situación de este momento, en un plazo de dos años no podremos abordar, de ninguna de las maneras, el Plan de Salud. Porque no tenemos personal, porque nuestros pediatras están absolutamente agobiados, pero, además, no pueden ser sustituidos realmente por otros profesionales porque tampoco están libres otros profesionales. Estabas planteando el tema de los médicos de familia: en este momento tampoco hay médicos de familia para sustituciones, ni siquiera entre ellos, de manera que tampoco es una solución. En todo caso, nunca sería una solución, solo sería un parche. La solución, la atención a la Pediatría, tiene que ser dedicada por el pediatra, que es el único profesional formado adecuadamente para hacerlo.

¿Te he contestado?

El señor **MARÍ RIPA**: Sí, sí. A nuestro Grupo nos da cierta sensación de que, primero, no se abordan los problemas existentes actualmente, que es la base para poder avanzar hacia un estado mayor..., y que luego tampoco está tan clara la operativización de este plan a diez años: en qué recursos se traduce, en qué prioridades, en qué medios profesionales, cómo se va a plasmar partiendo de una situación de partida que... Yo no sé si comparte esa sensación de que faltaría operativizar y decir de

dónde va a salir el dinero y cómo lo vamos a poner y cómo se va a desarrollar en un momento de limitación de recursos.

La señora **Domínguez Aurrecochea (pediatra de Atención Primaria y expresidenta de Aepap)**: Efectivamente. Si no resolvemos los problemas inmediatos, es imposible ponerlo a andar, eso ya está clarísimo. O sea, nosotros no podemos hacer pediatría comunitaria en estas condiciones, es absolutamente imposible. La pediatría comunitaria la estamos haciendo algunas personas individualmente que no estamos trabajando en este momento en la clínica porque ya estamos en una edad de jubilación y, entonces, nos podemos permitir esos lujos, pero los profesionales que están en estos momentos trabajando en la Atención Primaria no pueden salir de sus centros de salud. Las Comisiones de Salud Escolar parecen una opción realmente buena de participación destinada a la población pediátrica y, además, de educación para la salud a toda la población. Están todos los colectivos implicados: están los niños, están los profesores, están los padres, están las familias, está el entorno, están los ayuntamientos, etcétera, pero... Objetivamente, esas Comisiones de Salud Escolar se han creado en muchos centros escolares, pero no se han puesto en marcha porque desde la atención sanitaria no pueden ni acudir siquiera a las reuniones.

El señor **MARÍ RIPA**: Muchas gracias.
Para José Luis Pérez, del Colegio de Podólogos.

Le quería preguntar, no sé si aparece dentro del plan la Podología en algún punto, en algunas páginas del plan, si plantea una serie de medidas sobre atención podológica. Y luego, en general, en qué cree que mejoraría la salud pública, la calidad pública de los asturianos y asturianas si se incluyese de alguna manera en mejor medida la atención podológica o, bueno, reducción de las esperas, etcétera, en el plan; cómo podría contribuir a la consecución de los objetivos del plan una mejor inclusión, si no está incluida, de la situación de la Podología.

El señor **Fernández Lago (presidente del Colegio de Podólogos de Asturias)**: Se está diciendo aquí, el problema es que faltan profesionales. Es decir, los profesionales sanitarios lo que hacen es responder con tratamientos a una serie de patologías, y si faltan profesionales, pero hay otros profesionales que en la patología del pie son muy efectivos; pues, entonces, tendremos que echar mano de esos profesionales.

Vamos a ver —me van a llamar el “podoejemplos”, porque siempre digo lo mismo—, vamos a suponer que un paciente llega con una fascitis a Atención Primaria, ¿qué hace el médico de Atención Primaria?: o le da un antiinflamatorio, en algunos casos le puede infiltrar, a veces lo tiene que mandar a hacer una radiografía, se tiene que marchar a hacer una radiografía, tiene volver con el informe; en otras ocasiones tiene que hacer una ecografía, tiene que ir a hacer una ecografía; cuando esto no se resuelve le manda al especialista, a Traumatología..., y con esto pueden pasar cuatro meses. Si tenemos un centro piloto de Podología, si tenemos un equipo de podólogos, ese paciente llega y automáticamente se le hace una ecografía y se le hace una radiografía y se le infiltra si procede, y también se le hace una plantilla si es procedente y, sobre todo, también se le da el consejo de calzado. Obviamente, reducimos los tiempos y, por tanto, estamos optimizando recursos; entonces, tenemos más eficiencia y más eficacia.

Esto es que creo que es bastante elemental. Es que aquí todo el mundo se está quejando de que faltan profesionales. Señores, efectivamente, faltan profesionales en Pediatría, faltan en Anestesia, pero, desde luego, para ciertas patologías del pie no faltan profesionales. Lo que tenemos que hacer es formar mejor a los que tenemos, por una vía de máster, dentro de un centro piloto en el que la gente pueda acceder a mayores conocimientos, o sea, llegar a la excelencia. Que es lo que hace Inglaterra en este momento y lo que se está haciendo en Estados Unidos; por tanto, no es nada nuevo.

El señor **MARÍ RIPA**: Voy a procurar hacer el máximo de preguntas posible, es que hay...
A Rosa María Carou.

Yo no sé en qué medida consideran que es invisible en la sanidad pública el trabajo que están haciendo y también en este plan, como consecuencia. Al leer el Plan, ¿han sentido esa sensación? Y, luego, ¿cómo creen de verdad que podría un mejor reconocimiento, una mejor participación...? No sé si han sido invitados de alguna manera a participar en la elaboración del plan..., o, si han tenido eso, en qué medida creen que mejorarían los objetivos de salud pública del plan, básicamente.

La pregunta sería: ¿el estar invisibilizada cree que repercute negativamente en la sanidad pública y en la búsqueda de un plan de salud que mejore los indicadores de la salud de la sociedad?

La señora **Carou Hermo (representante de la Plataforma de Técnicos Unidos de Asturias)**: Soy Rosa María, de Técnicos Unidos de Asturias.

Tiene que ver en todo, porque vamos de la mano con la enfermería. Como dijo mi compañera antes, lo hablado no voy a repetirlo, los técnicos vamos de la mano de enfermería, tenemos que estar siempre con el enfermo. ¿Y en qué repercute? Si no se nos reconocen nuestras funciones y no se nos reconoce nuestro trabajo, nosotros tenemos autonomía para realizarlo, para hacer muchísimas labores que no se nos reconocen en estos momentos. Si tenemos que hacerlo, que se nos reconozca, que se nos diga dónde firmar lo que se nos haga.

Entonces, ¿qué pasa? Que el problema es que, si no se nos da ese reconocimiento y se nos exige que hagamos unos trabajos... En este Plan de Salud se exige, o sea, se quiere plantear la ayuda a domicilio, el sociosanitario, la población está envejecida y tiene que tener muchos más cuidados... Esas labores las hacemos nosotros: tenemos que asearlos, tenemos que alimentarlos, incluso tanto en la sanidad pública como en la privada. Si no se nos reconocen nuestras categorías, son funciones que no hacemos. Si no las hacemos, ¿cómo plantean un plan donde se necesita personal para hacer eso?

Entonces, yo creo que es la pescadilla que se muerde la cola: si no nos tienen en consideración, si no estamos reconocidos, si no se nos ve por ningún lado, pero somos los que hacemos esas funciones, ¿dónde se nos reconoce en ese plan?

Y, luego, se nos exige aparte un trabajo bien hecho. Y, lo que hablaban de estadísticas, yo muchas veces, sí, veo las estadísticas, las veo muy bonitas, a nosotras nos dicen que por paciente tenemos siete minutos. Las estadísticas son muy bonitas, pero los pacientes, los usuarios, no son iguales: tú no puedes tener que atender a veinticuatro personas y tener siete minutos, porque uno te llevará quince, otro llevará siete, otro llevará treinta...

Necesitamos compañeras, necesitamos también ratios, necesitamos como mis compañeros de enfermería. Si no nos ponemos todos desde abajo a meter, o sea, a añadir profesionales, tanto médicos como enfermeras, como técnicos, a reconocerles el valor, incluso celadores, todos los de dentro de la sanidad, sanitarios o no sanitarios, ¿cómo pretendemos hacer un plan donde no contamos con los profesionales? Incluso, donde no se mira por nosotros. Si a mí no se me reconoce una labor, tampoco se me reconoce si me accidento, porque si yo no hago esa labor... Si me tengo que jubilar por un dolor de espalda, por un dolor de mano, por una caída, si yo no he hecho esa labor, si no se me reconoce que yo tengo esos esfuerzos de trabajo, si a mí no se me reconoce que hago esos trabajos, ¿dónde miráis o dónde se mira en ese plan por sus trabajadores?

Entonces, yo creo que somos un pilar básico de la sanidad porque somos los que, desde que entran a ingresar hasta que salen, estamos al pie del cañón con ellos, tanto en intimidad como..., las enfermeras también, médicos, pero nosotras tenemos que bañarlos, vemos su pudor, vemos sus llantos, somos los ojos de cada día de ellos. Entonces, que se nos reconozca todo lo que hacemos, y no solamente ante el paciente o ante el usuario, sino en cada departamento, en cada apartado de dentro de la sanidad. Porque son muchísimas las funciones que realizamos las TCAE que no se nos tienen reconocidas, que se nos han ido dando con los años, que llevamos peleando para que se nos reconozcan y ni siquiera, no solamente en funciones, sino tampoco en nuestras cualificaciones se nos tienen reconocidas.

Entonces, es una lucha tanto a nivel del trabajador como a nivel de las instituciones, que luchen por tenernos en consideración. Y la sanidad no solo son, que son muy importantes, médicos, enfermeras o celadores o especialistas, son todos los que luchan y están al pie del cañón por los enfermos o por los usuarios. Y que no se nos olvide que tanto los que trabajamos como los que hacen esas estadísticas o los que hacen estos planes o los políticos, que son los que tienen que llevar a Pleno si aceptan todo lo que nosotros reivindicamos, todos vamos a ser usuarios de esa sanidad y todos van a necesitar de TCAE, médicos y enfermeras. Entonces, que se den cuenta de que, si no miran por las personas que vais a necesitar o que vamos a necesitar nos ayuden, ¿de qué vale un plan para saber si tenemos un centro bonito o un jardín o un buen parque para pasear? Yo creo que la base de cualquier plan de sanidad sería mirar por las personas que van a tener que realizar ese trabajo.

No sé si le contesté a su pregunta...

El señor **MARÍ RIPA**: Vale, sí, sí, muchas gracias.

Le quería preguntar a Tatiana, de la Federación de UGT.

Me parecen muy interesantes algunas cosas que planteaba, claro, porque en realidad lo que ha puesto sobre la mesa es la necesidad de incorporar una agenda de extensión también de categorías y de prestaciones de la sanidad pública, ver qué hacer con los tratamientos bucodentales, con la oftalmología, con el aumento de psicólogos frente a la farmacologización. Y, también —es algo de lo

que podríamos hablar, ¿no?—, en qué medida la precariedad mata o las condiciones laborales empeoran a efectos de salud y cómo se actúa ante ello.

Yo le quería preguntar un poco, ¿cree que debería incluirse una apuesta mayor, digamos, por la ampliación de prestaciones sanitarias en este plan?, ¿debería ser algo más ambicioso en aspectos de oftalmología, salud bucodental, mejor relación igual con la situación de la dependencia, con los problemas que ha planteado, creación de categorías, creo que ha dicho?, ¿cree que sería un horizonte? Y luego, también, si se incluyen medidas en el ámbito laboral para afrontar los efectos sobre la salud de la precariedad laboral y las condiciones de trabajo.

La señora **Soto Álvarez (secretaria de Salud de la Federación de Empleados y Empleadas de Servicios Públicos de UGT-Asturias)**: Vamos a ver, en las categorías profesionales hay formación, sobre todo enfocado en la Formación Profesional. En Asturias hay ciertas categorías que hay Formación Profesional específica para ellas y, bueno, el Servicio de Salud del Principado de Asturias no las tiene implementadas. Hasta ahora evidentemente no se podía, porque no había una ley que avalara para ello, pero ahora la hay, la Ley de Salud, que ya está aprobada.

Entonces, desde UGT entendemos que esas nuevas categorías puedan aportar más..., no es que la gente que lo está haciendo ahora no lo esté haciendo bien, pero es mucho más específica y más amplia la formación que tiene la gente que cursó esa formación reglada. Esto no quiere decir que la gente que lo esté haciendo, que esté trabajando ahora haciendo esas funciones, que los formó el propio Sespa para poder hacerlo, se tenga que ir de ahí. Simplemente, desde UGT lo que planteamos es que paulatinamente se vayan introduciendo en el sistema, que se creen las categorías y se vayan introduciendo en el sistema poco a poco, ¿vale? Eso, en primera instancia, hablando de las categorías. Luego, un tema que antes no me dio tiempo... y que vemos muy importante es la figura del celador. La figura del celador había que profesionalizarla. Me parece que es suficientemente importante y con bastante responsabilidad en el engranaje de la asistencia sanitaria frente al paciente y se tiene como un personal no sanitario. Evidentemente, eso pasa por una formación reglada, para la cual hay que contar con el Ministerio de Educación. Creo que desde Madrid ya se está tratando por varios sindicatos, lo que pasa es que eso lleva un tiempo que va a ser para largo. Pero desde la Comunidad Autónoma sí que se puede hacer o implementar un certificado de profesionalidad. Y eso es fácil de hacer, hay solo que tener la intención. Con ese certificado hacemos que la figura de celador esté donde tiene que estar, sea valorado como tiene que ser valorado, que pueda desempeñar las funciones correctamente, por lo que digo: tienen mucha importancia en la asistencia sanitaria, mucha responsabilidad —junto también a las TCAE—, tienen que saber muchas cosas de las que cuando empiezan carecen y a medida que va pasando el tiempo van aprendiendo. Y, por lo tanto, veo totalmente necesario, por lo menos, hacer un certificado de profesionalidad.

Luego, bueno, en lo referente a los psicólogos, me parece que es una figura importantísima porque puede ayudar en...

El señor **VICEPRESIDENTE (Fernández Castro)**: Le pido, por favor, brevedad, estamos ya fuera de tiempo.

La señora **Soto Álvarez (secretaria de Salud de la Federación de Empleados y Empleadas de Servicios Públicos de UGT-Asturias)**: Ah, sí.

Bueno, pues nada, que es una figura importantísima porque puede ayudar en muchos aspectos a mucha gente, desde la infancia hasta las mujeres maltratadas, a los cuidadores, en muchos casos de fatiga, de fatiga en el trabajo, el *burnout*... Yo creo que es importantísimo y evitaría muchos tratamientos farmacológicos que, al fin y al cabo, se podrían evitar. Y, bueno, no sé si... ¿Quieres que te diga algo más?

El señor **VICEPRESIDENTE (Fernández Castro)**: Estamos fuera de tiempo. Si quiere hacer una pregunta precisa y la respuesta es muy concreta...

El señor **MARÍ RIPA**: Bueno, sí, yo le quería preguntar a la profesora...

El señor **VICEPRESIDENTE (Fernández Castro)**: Precisión y concreción en la respuesta, por favor.

El señor **MARÍ RIPA**: Precisión, sí.

A la profesora Adonina Tardón, sobre si sería necesario incorporar nutricionistas en la sanidad pública para, digamos, afrontar las cuestiones de eso.

Y, luego, los efectos de la contaminación, si hay medidas adecuadas para frenar los efectos de la contaminación sobre la salud en Asturias.

La señora **Tardón García (catedrática de Medicina Preventiva y Salud Pública de la Universidad de Oviedo)**: Bueno, yo lo que le puedo decir es que somos la comunidad autónoma más envejecida, personas mayores de 65 años tenemos más de un 25 %. Si seguimos centrados en un sistema sanitario que está centrado en la atención y la curación, va a ser imposible que llegemos nunca a poder curar la enfermedad, desde mi punto de vista. Hay que mirar a las causas de la enfermedad.

Evidentemente, un nutricionista, es decir, una dieta... En Atención Primaria, un nutricionista y un especialista en Educación Física, con tratamiento que el médico... Porque el médico, o la médica, no puede prescribir una pastilla para que, de la noche a la mañana, uno haga ejercicio físico o acabe con la obesidad. Un nutricionista y un especialista en Educación Física, en Atención Primaria, evitan el 80 % de la obesidad y el 80 % de la enfermedad cardiovascular.

La enfermedad cardiovascular es la primera causa de muerte en España, en Asturias concretamente, y la primera causa de invalideces. Bueno, de hecho, en el Principado, el primer objetivo que se ha marcado es el envejecimiento saludable. Si queremos cumplir un envejecimiento saludable, quiere decir que la gente tiene que llegar a los 65 años en su peso, activa y que sea autosuficiente.

Desde mi punto de vista, la respuesta a su primera pregunta, en concreto es “sí”. Y sería probablemente la única manera de que en este siglo XXI podamos acometer todos los objetivos de salud que queremos acometer desde este Plan de Salud.

El señor **VICEPRESIDENTE (Fernández Castro)**: Muchas gracias.

Ha finalizado el tiempo. Cada Grupo Parlamentario lo gestiona como ve pertinente, pero, bueno, los 20 minutos llegan para lo que llegan.

Continuando con el orden del día, a continuación, tiene la palabra el Grupo Parlamentario Ciudadanos.

El señor **FERNÁNDEZ BARTOLOMÉ**: Gracias, señor Presidente.

Gracias a todos los comparecientes.

Seguramente el Plan de Salud debería estar firmado por otros responsables políticos, como, por ejemplo, el Consejero de Educación.

Voy a hacer algunas preguntas. En primer lugar, a don Pablo y a la otra interviniente que participó en su elaboración.

Porque, miren, entre las prioridades que ponen ustedes —está en conexión con la intervención que acaba de hacer la señora Tardón— para el periodo 2019-2021, que ya vienen de hace años y me imagino que continuarán después de esos dos años, están el suicidio, el malestar en las mujeres y consumo de psicofármacos, la violencia de género, la atención a personas con enfermedad crónica compleja, el alcohol y el tabaco, la salud sexual —supongo que tendrá que ver con cuestiones preventivas, básicamente también, salió el otro día en la Junta, de usar preservativos, etcétera, etcétera— y la desmedicalización y adecuada utilización de los servicios sanitarios. Es decir, son todas medidas en donde el *software* mental es básico, es decir, lo que lleve cada uno educativamente incorporado. Es decir, son medidas en donde la implicación de las propias personas, a diferencia por ejemplo de, en fin, el tema de los virus, que, al margen de tu actitud, mañana te puedes contagiar —y luego haremos alguna pregunta al respecto—, son cuestiones que tienen que ver con la educación, con cambios de hábitos. Incluso las enfermedades cardiovasculares tienen mucho que ver con estilos de vida, un hipertenso puede llevar un estilo de vida u otro, puede llevar a una adherencia terapéutica, etcétera.

Entonces, mi pregunta es muy concreta. Claro, esto es una cosa formidable, lo que se plantea aquí, pero, para que sea efectivo, es un cambio radical, que debería empezar desde la escuela, continuar con dar..., prescribir, que dijo antes la señora Tardón, más que aconsejar. El ejemplo de la obesidad es perfecto, es supertransversal: afecta a los más pobres, muchas veces se da de manera sistémica en familias, comienza en la infancia y luego resulta que es difícilmente reversible, muchas veces tiene que ver con problemas de ansiedad y problemas psicológicos... Entonces, la pregunta es a los primeros elaboradores. Ustedes supongo que se darían cuenta —y, además, usted es médico de Atención Primaria— de que esto tiene que tener implicaciones económicas y de revolución del sistema, porque, por ejemplo, ustedes con Atención Primaria, para abordar este tipo de problemática, o hay cambios

muy sustanciales, o va a ser francamente difícil. ¿Lo plantearon en los grupos de trabajo? ¿Ese es el objetivo final, el que realmente la gente se haga responsable de su propia salud en sus hábitos diarios?

El señor **Pérez Solís (Medicina Familiar y Comunitaria del centro de salud Laviada, en Gijón)**: Pablo Pérez Solís, médico de familia y comunidad.

En principio, es una buena pregunta para darle el foco al Plan de Salud, que creo que se pierde un poco. Es decir, gran parte de estos problemas dependen mucho de la educación, es decir, de una Consejería de Educación que está reflejada en el Área I y el Área II, de la que no hablamos nunca, es decir, estamos hablando constantemente del Área III (el área sanitaria).

Pero no es solo eso, es decir, vincularlo solamente a la educación o la elección personal de las personas es relativo. Es decir, gran parte de estos elementos (cardiopatía isquémica, malestar de las mujeres y consumo de psicofármacos, alcohol y tabaco) tienen mucho que ver con determinantes que son sociales, de las condiciones de vida, del hábitat en el que están, del barrio en el que están. Es decir, que no solamente va a ser su educación en la escuela, sino su nivel de pobreza, acceder a una vivienda digna, su red social, etcétera.

Entonces, estoy de acuerdo con el planteamiento, el nivel educativo es fundamental en todo plan de salud. Pero, evidentemente, no forma parte de la labor esencial del sistema sanitario, que sí tenemos una labor en todo esto, pero estas líneas prioritarias no se vinculan solamente al sistema sanitario, sino a todo lo demás que comentaba.

El señor **FERNÁNDEZ BARTOLOMÉ**: Bien, entonces... Se lo digo porque, básicamente, aunque sean de tipo mediano, es decir, no tiene que ver con trastornos graves, sí tiene que ver de alguna manera con salud mental, tiene que ver. O sea, de las diez prioridades que ponen ustedes, fíjese, el suicidio, el consumo de alcohol y tabaco, entiendo yo, además, en grados notables, especialmente en la gente joven, el tema de la violencia de género... Y hay evidencia científica, y ha habido cantidad de iniciativas en este Parlamento durante años, por ejemplo, de la incorporación de la psicoterapia, que ayudaría. Y, por tanto, son recursos que están en la mano. ¿Ustedes han contemplado esto?

Porque, vamos a ver, se trata de que hay que ayudar a las personas a que puedan ser autónomas, pero eso también es un recurso, digo aparte del complemento que pueda tener con la educación. Mire, voy a ponerle otro ejemplo, porque ha salido aquí muchas veces en este Parlamento: hay una Ley de Salud Escolar del año 1985; sin embargo, la conexión entre salud y escuela es mínima.

Porque aquí ustedes habrán también contemplado otro problema, y es que las Administraciones viven en compartimentos estancos. Es decir, ustedes van a tener que hacer una reforma administrativa bastante importante para que empiece a haber simbiosis e interrelación, por ejemplo, entre Sanidad..., o entre Salud, la Consejería de Salud, y la escuela. Porque, y termino, no es una cuestión de información, ¿quién no sabe que fumar es malo?, es una cuestión de hábitos, no es una cuestión de información, es una cuestión de educación, que es otra cosa, ¿quién no sabe que si no utilizas preservativo puedes coger enfermedades de transmisión sexual? ¿Esto se ha contemplado en el plan, en la elaboración del plan? Es decir, por eso le decía que es revolucionario, iba a decir que este es un plan casi filosófico, de estilo de vida, porque la incidencia que se pretende es tremenda, y tiene que costar muchos recursos y a muy largo plazo. ¿Lo han tenido ustedes en cuenta en la redacción del plan?, ¿ha salido en los debates?, ¿creen que debería ir por ahí el futuro del plan? Se lo digo porque muchas cosas que salen aquí es que vienen de muy antiguo. Por ejemplo, ¿se ha reducido el consumo de tabaco?, ¿y quién no sabe hoy en día que fumar es malo?

El señor **Pérez Solís (Medicina Familiar y Comunitaria del centro de salud Laviada, en Gijón)**: Bueno, participará, tendrá que participar Marta también. Respondo... Claro que está...

El señor **PRESIDENTE**: Perdón, identifíquese.

El señor **Pérez Solís (Medicina Familiar y Comunitaria del centro de salud Laviada, en Gijón)**: Pablo Pérez, soy médico de familia y comunidad.

Está contempladísimo, es decir, el área 1 y el área 2 ocupan la máxima extensión. Área 1 y área 2 es educación, pobreza, vivienda..., es intersectorial; por tanto, claro que está contemplado. Está contemplada una parte de lo asistencial, pero la situación de salud mental de las personas depende de su entorno, de su calidad de vida, de su nivel de vida, etcétera, y eso se refleja. Por ejemplo, la relación educación-sistema sanitario también se refleja, y a órganos que..., la Comisión de Salud de los centros

escolares, que se refleja aquí... Otra cosa es que no esté suficientemente desarrollada, pero claro que se discutió cuáles deberían ser los órganos en los que articular esa relación entre los sectores sanitario y educativo. Y se reflejan también, eso, cuestiones relacionadas con los entornos, nivel socioeconómico, derechos de las personas, equidad, pero no equidad solamente en salud, sino en lo socioeconómico, ¿no?

El señor **FERNÁNDEZ BARTOLOMÉ**: La señora...

El señor **Hernández Aguado (catedrático de Salud Pública en la Universidad Miguel Hernández de Alicante)**: ¿A mí también me preguntaba?, ¿o no?

El señor **FERNÁNDEZ BARTOLOMÉ**: Bueno, si quiere usted contestar, no tengo ningún problema.

El señor **Hernández Aguado (catedrático de Salud Pública en la Universidad Miguel Hernández de Alicante)**: No, no, era... Como quiera. Era una cuestión sobre el tabaco y lo que dice...

El señor **PRESIDENTE**: Disculpe, identifíquese para...

El señor **Hernández Aguado (catedrático de Salud Pública en la Universidad Miguel Hernández de Alicante)**: Ildefonso Hernández Aguado, perdón, profesor de Salud Pública.

Era sobre la cuestión de que en estas líneas prioritarias hay mucho de salud mental. No es exactamente salud mental, es decir, incluso la palabra “estilos de vida” es una forma de expresar las cosas que es un poco confusa, porque parece que es libre elección. No es libre elección, o sea, la desigualdad brutal que hay en obesidad dentro de los países y entre países no depende de libre elección, sino de unos entornos obesogénicos llevados por, entre otras, corporaciones multinacionales que venden productos ultraprocesados. Esto está muy estudiado. Y cambiar estos entornos obesogénicos tiene que ver con la exclusión, con la pobreza, con la capacidad... Es decir, para la gente que no tiene dinero o vive en pobreza es más fácil comprar un helado, rico en calorías pero malo nutricionalmente, que cuesta un euro en cualquier supermercado que una comida saludable.

Los horarios laborales, la calidad de la ocupación tiene que ver con la posibilidad de también la nutrición. Intentar solucionar problemas como la obesidad o el tabaco por consejos individuales es prácticamente una tarea perdida, eso se sabe hace tiempo en salud pública, es cuestión de cambiar el entorno. En Australia no tienen la tasa más baja de tabaco porque allí tengan más capacidad de decisión, no, no, y estoy de acuerdo con todo lo que ha dicho, quiero decir, tiene que ver con un entorno donde han hecho unas normas de protección de la salud que hacen, entre otras cosas, que el tabaco sea muy caro, que el empaquetado sea genérico, etcétera, etcétera.

Y, sobre educación, la variable que mejor explica la salud de las poblaciones humanas es la educación de la mujer, pero no la educación en salud, sino la educación básica. La mejor inversión que se puede hacer en esta Comunidad para mejorar la salud es que no haya fracaso escolar, eso sería lo mejor. Es decir, no tanto otro tipo de educación, sino la educación general.

El señor **FERNÁNDEZ BARTOLOMÉ**: Sí, estoy de acuerdo. Pero, mire, nosotros hemos hablado aquí en esta Cámara muchas veces de que hay determinado tipo de recursos que, si no me los da el recurso público, entonces voy a la privada.

Mire, en el caso concreto de salud mental infantojuvenil en trastornos de ansiedad, tenemos un auténtico agujero negro, y eso solamente pasa por contratar profesionales en ese recurso. Una de dos: o te lo da la sanidad pública —antes se habló aquí de listas de espera—, o el que tiene recursos se va a la privada. Y muchos trastornos de alimentación también tienen que ver con trastornos de ansiedad, en jóvenes y mayores.

Digo que preventivamente... Estoy de acuerdo con usted, pero es que no lo veo incompatible, no lo veo en absoluto incompatible.

Me gustaría que la señora Villamil también nos contara...

La señora **Villamil Díaz (Enfermería Familiar y Comunitaria del centro de salud de Cudillero)**: Marta Villamil, enfermera de Atención Primaria.

Desde luego que en la elaboración del plan contamos con la Consejería de Educación, además fue de las primeras con las que tuvimos contacto; de hecho, uno de los indicadores que se proponen en el

plan es, por ejemplo, que se disminuya la tasa de abandono temprano de los estudios. Fueron indicadores que nos propusieron directamente desde la Consejería de Educación.

Estamos de acuerdo en que, hasta ahora, cada Consejería funcionaba un poco aparte. Por eso, en este plan la revolución es que todas deben funcionar con un objetivo común, eso es lo fundamental, y que la Atención Primaria, si estamos hablando desde todos los ámbitos que debe ser la base del sistema, que tratamos a personas, a familias y que estamos ahí cerca de los colegios, de esos niños, de los padres, sabemos dónde trabajan y cómo, pues creo que sí que incrementar, como propone el plan, los recursos en Atención Primaria es muy importante.

Las Comisiones de Salud Escolar, estamos asistiendo a ellas y trabajamos directamente con los profesores —como les dije antes, el lunes yo estuve en el instituto de mi pueblo, en el que me toca a mí, trabajando con ellos—. Que tiene que mejorarse, que necesitamos más recursos, que a lo mejor las enfermeras comunitarias somos un gran aporte desde ahí, pero desde luego desde las otras Consejerías, superimportante. Porque yo a mis pacientes, y los estoy tratando cada día, les puedo recomendar y les puedo prescribir que dejen de fumar, que se cuiden, que salgan a correr, pero si se levantan a las tres de la mañana y llegan a las siete de la tarde, cuando es de noche, y no hay farolas, pues poco pueden hacer ellos por su autocuidado individual, solo sentirse más culpables aún.

El señor **FERNÁNDEZ BARTOLOMÉ**: Bueno.

Nada, voy a terminar. Solamente quería decir que tenemos que dar un salto, en todas las edades. Evidentemente, los hábitos es mejor adquirirlos de..., los buenos hábitos, que antes se llamaban virtudes, es mucho mejor adquirirlos cuando uno está verde, cuando uno es joven, que de mayor. Pero hay que tratar de tener buenos hábitos, porque lo que sí creo que podríamos sacar de conclusión, quiero transmitirles, es que el proceso meramente informativo ya no sirve, no sirve. Hay que tener programas de intervención de cambio de comportamientos, y en eso a muchas personas hay que ayudarlas. Evidentemente, el futuro pasa por que esos estén lo más jóvenes..., para que las personas... En el fondo, educar es eso, ¿no?, educar es guiar a alguien para que tenga determinado tipo de hábitos saludables, y, si no son saludables, pues se llaman vicios.

Paso la palabra mi compañera.

La señora **PÉREZ MACHO**: Buenas tardes.

Soy Laura Pérez, Portavoz del Grupo Parlamentario Ciudadanos.

A los comparecientes, a los invitados, queríamos agradecerles su presencia.

Y quería aprovechar la presencia del presidente del Colegio de Veterinarios para formularle una pregunta, en concreto sobre una de las principales ausencias que hemos detectado en este plan y que trataremos de corregir aún en lo que queda de la fase de tramitación.

Sin duda, uno de los retos de la salud pública, en lo que se refiere a prevención, de los próximos años es hacer frente a nuevas enfermedades que podríamos llamar origen global, enfermedades que, como ha aludido usted, llegan a través del tráfico de personas y de mercancías, enfermedades que usted ha vinculado en gran medida con los animales, se transmiten con un origen animal. Y usted nos ha dicho, y es así, que en el plan no hay una alusión a este factor de riesgo, a este gran reto para la salud pública. ¿Qué incluiría usted en concreto? Y háganos también del papel que puede tener en todo esto la presencia de los profesionales veterinarios.

Gracias.

El señor **Fernández Romojaro (presidente del Sindicato Veterinario Profesional de Asturias, Sivepa)**: José Fernández Romojaro, presidente del Sindicato Veterinario Profesional de Asturias.

Bueno, vamos a ver, yo creo que este plan... —antes no me dio tiempo a decirlo porque el tiempo es muy limitado, no hay otra manera de funcionar—, vamos a ver, desde nuestro punto de vista este plan es una especie de guinda del pastel sin gran parte del pastel. Es decir, yo cuando leía el plan veía una declaración de intenciones, a veces se concretaba más o se concretaba menos en objetivos o mediciones, pero, bueno, muchas veces un poco difusa, muy bien planteadas y muy bien dirigidas. Yo estoy de acuerdo con prácticamente todo lo que ponía ahí, no a lo mejor con la manera en la que lo ponía, porque yo creo que se podría expresar mucho más sencillamente, pero... A ver, esto, que puede ser la visión de..., esto es un plan añadido a otro plan, no parece un plan propiamente dicho. Y me explico. Esto es la aportación de la salud y la sanidad del presente y un poco del futuro, pero es que obvia puntos principales, que comenté antes, que como son nuestro campo es en los que me centro, pero otros profesionales hablaron por aquí de la prevención del cáncer, obesidad, etcétera, etcétera. Vamos a ver, yo hablo de aquellas materias que son de nuestra competencia. Entonces, por nuestra

parte echábamos mucho de menos las zoonosis, la prevención de esas enfermedades emergentes y cómo actuar un plan, cómo actuar la seguridad alimentaria, la epidemiología... A ver, estos son conceptos con los que llevamos viviendo doscientos, cien, setenta años, pero estos conceptos, aunque los conceptos en sí se mantengan, la situación cambia y los retos son nuevos. Y este plan no hace referencia a ninguna de esas situaciones.

Vamos a ver, yo entiendo que, como los profesionales veterinarios en esta Comunidad Autónoma, a diferencia de alguna otra, pero es lo común, están fuera de lo que es el Sistema Nacional de Salud aunque están en el sistema sanitario, pues a veces resultan transparentes y su trabajo pasa desapercibido. Pero cada poco tenemos un disgusto a nivel mundial, llámese vacas locas, llámese ébola, llámese coronavirus, llámese gripe A, en que los veterinarios son fundamentales, son fundamentales. Y, sin embargo, en este Plan de Salud, cuando yo revisaba los nombres de los que lo hicieron, solo encontré el nombre de una veterinaria a la que se había entrevistado y que trabajaba en Seguridad Alimentaria, y nada más.

No podemos poner guinda al pastel sin el pastel. Yo revisé el Plan de Salud, por ejemplo, de Extremadura, no me dio tiempo a mirar más, y las zoonosis, las enfermedades emergentes, la epidemiología son objetivos principales. Y es que en Asturias tenemos problemas muy serios —tenemos problemas con la enfermedad de Lyme, con la fiebre Q—, serios, de zoonosis, que muchas veces están infradiagnosticados en el servicio asistencial, no se comunican bien y son parte fundamental de la salud pública.

Yo entiendo que este plan, que está dirigido de alguna manera por la Dirección General de Salud Pública, no puede obviar eso. Si tiene que ser un plan de quinientas hojas, escrito de forma sencilla, tendrá que ser un plan de quinientas hojas, y esta parte, una parte del plan, pero no podemos obviar lo básico del plan.

Entonces, desde nuestro punto de vista se obvian cosas fundamentales, y muchas, muy peligrosas. Yo di unos datos antes corriendo porque eran cinco minutos, no podía decir más, pero basta con que pongan a funcionar sus móviles para que vean la importancia que tienen hoy en día las zoonosis o la seguridad alimentaria, que hablamos de la obesidad, hablamos... Nos estamos olvidando de las resistencias a antibióticos, nos estamos olvidando de que muchos de esos suicidios de los que habla el plan pueden estar relacionados —se lo explico ahora, si quieren— con zoonosis o, incluso, con alteraciones de la flora por determinados componentes de los alimentos. Y esas cosas no se están teniendo en cuenta en la planificación de la salud pública.

Por ejemplo, para que tengan un ejemplo que me comentaba un compañero veterinario, cuando revisamos... Envié el plan a revisar a los 200 veterinarios que trabajamos en el Principado y algunos mandaron comentarios, porque, evidentemente, 200 cerebros funcionan mejor que uno, y los cerebros de los médicos y las enfermeras y los odontólogos y podólogos, junto al de los veterinarios, también funcionan mejor que una profesión sola. Les pondré el ejemplo de la toxoplasmosis: la toxoplasmosis es una zoonosis que está directamente relacionada con los suicidios, y este plan habla de suicidios y no se habla nada de eso, porque no se consultó a los profesionales veterinarios. Yo creo que no se ha partido ya de una consulta equilibrada de profesiones sanitarias, el compañero podólogo también lo decía.

Les diré otra cosa. Por ejemplo, en veterinaria se sabe que determinadas alteraciones de la flora están produciendo alteraciones del comportamiento. Aquí se habla mucho de problemas de comportamiento, de hábitos, etcétera, etcétera, y este plan tan futurista, que a mí ya les digo que me gusta, no habla, por ejemplo, de que, como nosotros sabemos, hay determinados animales que en función de sus alteraciones de flora presenta uno u otro comportamiento. No estoy hablando de procesos patológicos, estoy hablando de comportamientos. Y nosotros, que controlamos la seguridad alimentaria y los aditivos y todo esto, que tienen mucha presión de los *lobbies*, y, como en el azúcar, muchas veces se utilizan, aunque a lo mejor no se debería, nos preguntamos si eso puede tener alguna relación con alteraciones psicológicas, que aparte pueden tener digamos que influencia de otras situaciones sociales.

Al final, lo único que voy a decir, y perdón porque ya he ocupado mucho tiempo, es que aquí se implementa el futuro, que está muy bien, pero se olvida gran parte de lo principal. Y creo que en un plan como este no debería ocurrir algo así.

Muchas gracias.

La señora **PÉREZ MACHO**: Sí, gracias, no abusaré de la paciencia del Presidente. Gracias.

El señor **PRESIDENTE**: Tiene la palabra, ahora, el Grupo Parlamentario Socialista.

La señora **PÉREZ ORDIERES**: Sí, gracias, Presidente.

Quiero empezar este turno de preguntas de mi Grupo Parlamentario agradeciendo muy sinceramente la participación y las aportaciones de todas las personas que durante esta tarde han venido a darnos su visión del Plan de Salud y que, además, evidentemente, con carácter previo han invertido una parte de su tiempo en valorar, en estudiar y en pensar críticamente en cómo analizarían este Plan de Salud. Quiero agradecer, además, especialmente a todas esas personas que han hecho un esfuerzo importante por elevar la visión y superar visiones a lo mejor un poco individualistas, que también serían perfectamente legítimas, pero que creo que quedarían a lo mejor muy cortas en comparación con cuál es el objetivo y cuál es la finalidad de este Plan de Salud. Y en concreto, por ejemplo, quiero reconocer las aportaciones que han realizado los sindicatos mayoritarios en este acto, al analizar este sistema desde el punto de vista de los usuarios del sistema y no solo desde el punto de vista de los trabajadores del mismo, diciendo, como digo, que sus reivindicaciones, todas ellas, las de unos y las de otros, son siempre muy legítimas.

Pero yo tengo la sensación de que en la tarde de hoy hemos visto la pugna entre dos ideas: una idea vanguardista de la salud que atisbamos a empezar a ver y una idea resistente que quiere seguir agarrándose a la salud reparacionista que vimos hasta hace no demasiado tiempo. Y en este sentido yo quiero formular las preguntas.

Quiero dirigirlas en primer lugar a la doctora Villamil, porque la doctora Villamil inició su intervención poniendo de manifiesto que ella había participado en la elaboración del plan poniendo, en primer lugar, un poco de orden en los datos del plan anterior. Y yo la escuché decir: "Pero el plan anterior era un plan más sanitario". Quiero que nos explique, bajo su punto de vista, cuál es la diferencia que hay entre un plan que usted juzga más sanitario y un plan de salud.

La señora **Villamil Díaz (Enfermería Familiar y Comunitaria del centro de salud de Cudillero)**: Marta Villamil. Soy enfermera, no soy doctora.

Pues, efectivamente, la diferencia para mí, que iba desde el ámbito sanitario..., y muchas veces vamos pensando, eso, que nosotros somos los que sabemos, los que tenemos el conocimiento, vamos a prescribir y vamos a decir lo que tiene que hacer la población y cómo se tiene que cuidar. Entonces, el plan anterior, que desgraciadamente ya había finalizado en el 2007 y no tuvo una revisión posterior, era más sanitario: tomaba decisiones sobre salud pública, sobre actividades, sobre recursos sanitarios, sobre los profesionales, y no tenía en cuenta más posibilidades que estas, se quedaba restringido a este aspecto. Sin embargo, en este, como vimos en la intervención anterior respecto a educación, tiene mucha importancia la salud en todas las políticas. Pero todas las políticas es: desde el ambiente laboral, los turnos de trabajo, la contaminación, el urbanismo, que haya aceras, que haya transporte público, que tengamos más tiempo los sanitarios también de ir a las escuelas y de conocernos con los profesores y colaborar, trabajar todos por el bien común, por mejorar. Y, sobre todo, plantear esos indicadores desde Asturias, que no tengamos que tener solamente en cuenta con los que contamos a nivel nacional, para cambiar si es necesario y formular a determinadas Consejerías, pues, mira, esto no está saliendo bien y en cuanto a salud la población se está resintiendo.

Esa es la gran fortaleza del plan: la posibilidad de revisión, de mejora y de que queden esos indicadores y de que tengan transparencia tanto para la población como para todos los intervinientes.

La señora **PÉREZ ORDIERES**: Muchas gracias.

Quiero formular también una pregunta al doctor..., creo que ahora sí acierto, al doctor Pablo Pérez Solís.

En este ámbito, en el que no quiero centrarme porque iría en contradicción con lo que acabo de decir, esta visión solo sociosanitaria del Plan de Salud, pero, en este ámbito, en este ámbito 3, ¿usted cree que el Plan de Salud menciona con la debida profundidad lo que vendría a ser la atención domiciliaria, por ejemplo?

El señor **Pérez Solís (Medicina Familiar y Comunitaria del centro de salud Laviada, en Gijón)**: Pablo Pérez, médico de familia.

Claro, vamos, está nombrado, evidentemente aparece como uno de los objetivos fundamentales. Con la debida profundidad es imposible desarrollar ninguno de los objetivos, porque no es el tono de un plan de salud. Detrás de cada plan de salud siempre hay estrategias, programas, que de hecho muchas

veces ya están en marcha y se incorporan, o, si no lo están, se crean, pero no es el tono entrar en el detalle concreto. Pero, bueno, sí aparece reflejado en varios elementos:

En uno de los objetivos sí manifiesta expresamente la necesidad de reforzar la atención domiciliaria con recursos, que de hecho se evaluarán, deberán evaluarse técnicamente y políticamente en estos años que vengan.

Señala la importancia de los profesionales de enfermería, medicina y trabajo social, que en Atención Primaria es el ámbito donde hay más volumen de prestación domiciliaria, e incluso incorpora, aunque no hay desarrollo hasta ahora ahí, y realmente ninguna comunidad se ha desarrollado demasiado, la posibilidad de que haya fisioterapia en situaciones concretas, incluso odontología. Son campos que añade como posibles líneas de desarrollo futuro.

Y, luego, hay otros espacios donde indirectamente señala la atención domiciliaria o los pacientes que suelen requerir más atención domiciliaria, que son los pacientes en situaciones de dependencia, con enfermedad crónica compleja, fragilidad, etcétera, que tienen otro apartado donde también señala la necesidad de recursos, tanto de personal como económicos. Viene formulado, eso, en aumentar recursos en esos campos.

Y eso está dentro de los indicadores futuros. Entonces, aunque el desarrollo va en otras estrategias que están publicadas, para ir más al dato, realmente sí aparece y aparece la posibilidad, bueno, de comprobar y fiscalizar si en el futuro se cumplen esos aumentos de recursos y la cobertura necesaria.

La señora **PÉREZ ORDIERES**: Sí, porque, al hilo de esto que usted estaba manifestando y a la luz de algunos comentarios que han hecho algunas de las personas que han intervenido esta tarde, es cierto que creo haber llegado a la conclusión de que quizás exigimos concreción a una herramienta que no está prevista para ser concreta. ¿Es así? ¿Usted puede decirme si estoy en lo correcto?

El señor **Pérez Solís (Medicina Familiar y Comunitaria del centro de salud Laviada, en Gijón)**: Pablo Pérez, médico de familia.

Sí, bueno, en esto voy a entrar en el terreno confesional, porque participé un tiempo para unas partes del programa. Como médico de familia, a mí el cuerpo me pedía meter muchas cosas. Bueno, un plan de salud no lo redactan dos personas, es un equipo, hay elementos de participación, hay correcciones, etcétera, es un proceso de meses, pero a uno siempre le pide meter lo de uno, y, evidentemente, si yo lo leo, pues metería cuatro cosas más o cinco, o varios artículos.

En ese sentido, yo creo que están representadas líneas estratégicas clave, que no son excluyentes de otras que igual no aparecen, pero sí están desarrolladas en otros documentos o quizás haya que incorporarlas, que el propio plan reconoce que con ese espacio temporal habrá que introducir nuevos elementos si se considera necesario. Pero, vamos, en principio, a un plan de estas características —ya es una cuestión técnica— es imposible o sería un error exigirle un nivel de concreción tal.

La señora **PÉREZ ORDIERES**: Sí, superando ya este nivel 3, sociosanitario, quiero hacerle una serie de preguntas al señor Ildefonso.

Yo he tomado creo que buena nota, y en todo caso quedan las grabaciones en los servicios de la Cámara, de todo lo que ha dicho cada uno de los intervinientes. Y algo que ha dicho el doctor Julio Cesar que me ha parecido muy interesante, ha dicho: “Un plan debe ser una herramienta de análisis objetivo y crítico y debe ser un instrumento de cambio...”. Me parecen ambas cosas interesantes. ¿Cree usted, señor Ildefonso, que este plan es una herramienta de análisis objetivo y crítico y puede ser un instrumento o una herramienta de transformación?

El señor **Hernández Aguado (catedrático de Salud Pública en la Universidad Miguel Hernández de Alicante)**: Ildefonso Hernández Aguado, profesor de Salud Pública.

Creo que no le dicho explícitamente, pero implícitamente, sí. Es decir, claro que es una apuesta de cambio. Al plan que más me recuerda es al plan de salud sueco, que está considerado el mejor, y precisamente, cuando pone, por ejemplo, prioridades, se parece más a las del plan de aquí que no a ningún otro plan, porque habla de determinantes de salud.

¿Por qué digo que es de cambio? Porque es la primera vez que se traza un plan dirigido a los determinantes de la salud y a las causas de los problemas de salud. Es decir, reconoce de una vez que ojalá no existiéramos los sanitarios, porque nunca nos pusiéramos a enfermos y nunca necesitaríamos los servicios sanitarios. Ojalá no fuera necesaria nuestra profesión; desgraciadamente, lo va a ser. Es necesario que el sistema de salud funcione como un reloj de precisión, pero no tiene que hacer más de lo que hace a veces, porque a veces hace cosas en demasía. En Estados Unidos, la tercera causa de

morbimortalidad es la iatrogenia, la causa el propio servicio sanitario. A veces hay propuestas falsas, adelante, hacer más cribados, más cosas, que a veces no son necesarias. Por lo tanto, tiene que ser de mucha calidad, muy eficiente muy seguro, pero no podemos solucionar los problemas sociales con el servicio sanitario. Nosotros no podemos solucionar el tabaquismo haciendo consejo individual, cuando sabemos que hay normas y hay acciones que reducen eso. Y lo mismo pasa con la obesidad, y lo mismo pasa con la contaminación atmosférica, y lo mismo con la movilidad. Estamos trabajando en otra área.

Por lo tanto, cuando por primera vez veo en este país un plan dirigido a los condicionantes de salud y un plan que habla de salud de los ciudadanos, pues... Yo entiendo las reivindicaciones legítimas de los colectivos, solo faltaría, sobre todo de los más desfavorecidos, por ejemplo, los técnicos que se han presentado aquí, que suelen ser los más..., yo lo entiendo. Y entiendo perfectamente, por ejemplo, al compañero de podología y al de veterinaria, claro que sí. Pero, por ejemplo, la prestación que está recogida en este plan, prestaciones que se pueden hacer en salud, la puede hacer perfectamente el podólogo manteniendo la actividad saludable de los mayores, cuidando los pies en plan preventivo, no tanto en curativo. Y lo de una salud..., estoy completamente de acuerdo con el veterinario, y, de hecho, salud animal está en el plan, salud alimentaria, vaya, está en el plan, lo que cabe es hacer propuestas en la línea que él dice. No se puede llegar al detalle en unas enfermedades, pero yo entiendo que tiene razón.

Pero por lo que vamos es por salud, no por prestaciones concretas o de colectivos concretos. En el plan de salud sueco no se cita ninguna profesión sanitaria, y tampoco se cita ninguna a la ligera en el de salud pública, precisamente por eso, porque estamos sirviendo a los ciudadanos y estamos pensando en conjunto en cómo mejorar la salud y el bienestar de los ciudadanos.

La señora **PÉREZ ORDIERES**: De la lectura del plan, me quedo con esa idea fuerza: es un plan que, se repite constantemente a lo largo del mismo, está destinado a mejorar el bienestar de la ciudadanía partiendo de esa concepción ya de 1948 que la OMS dio de salud, como el estado de bienestar físico, psíquico y social.

Ustedes tienen que entendernos y casi disculparnos cuando, se habrán dado cuenta, para abordar desde el punto de vista político esta cuestión del tema del Plan de Salud, los propios Portavoces de sanidad de este Parlamento tenemos que vencer una serie de resistencias, porque hay una resistencia constante y casi una contradicción, podría decir, entre los requerimientos que constantemente le hacemos al sistema sanitario, pero también la propia conciencia que nosotros y nosotras tenemos de que el sistema sanitario no es capaz de resolverlo todo. Yo pensaba estos días, preparando estas comparencias, que yo creo saber de qué se habla cuando hablamos del Plan de Salud, porque he escuchado a amigas, a familiares, salir del médico y decir, “ja, es que me dice el médico que descanse, ¡qué poco sabe de mi vida!”. Claro, porque le estamos pidiendo al médico que solucione un problema que no es un problema médico, que a lo mejor es un problema laboral, que es un problema de conciliación familiar, que es un problema de otro tipo.

Por tanto, las resistencias no solo van a estar en los políticos, yo creo que las resistencias van a estar también en todos esos agentes de la Administración a los cuales parece que el plan les empieza a encomendar una serie de deberes en materia de salud. ¿Usted cree que se van a poder vencer estas resistencias? ¿Y cómo cree que se debe hacer para conseguirlo?

El señor **Hernández Aguado (catedrático de Salud Pública en la Universidad Miguel Hernández de Alicante)**: Tiene que haber...

Ildefonso Hernández Aguado, profesor de Salud Pública.

Tiene que haber una buena actividad de comunicación. Le voy a poner una anécdota que creo que es muy importante, muy ilustrativa, perdón. Cuando nosotros estábamos llevando la Ley de Prevención del Tabaquismo, en el año 2010, y la señora Trinidad Jiménez la estaba presentando a los medios, hizo una cosa que es muy buena, y es que todo el conjunto de los sanitarios hacía como de agente de salud y defendía la norma. Y ella cuando hacía una rueda de prensa... El problema que tenemos en salud pública —y lo ha dicho muy bien el representante de veterinarios— es que nuestro éxito es que no pase nada. ¿Cómo lo sacamos y le ponemos cara? ¿De qué forma podía poner la Ministra cara a que cuando se aprobase la ley dejarían de ir niños y niñas a Urgencias por asma desde el día siguiente y dejaría de haber mortalidad coronaria, y que tú podrías estar con tu padre y no habría ido al hospital porque ha habido una ley?

Esto es la dificultad que tenemos para, en otros ámbitos, hacerlo. ¿Qué es lo que hacía ella? Pues trajo a la presidenta del Grupo de Mujeres de Cáncer de Pulmón, en este caso una médica, que dijo allí:

“Elena, de 52 años. No ha fumado nunca, es fumadora pasiva. La acabo de tratar hoy”. Visibilizar los problemas relacionados con las causas de salud, que son tan difíciles. Porque la contaminación de cada día y la movilidad motorizada que tenemos nos causan problemas de salud, pero, como no se encienden lucecitas que digan “este que va al hospital está relacionado con esto”, no nos damos cuenta de que la ganancia en salud donde la vamos a hacer es fuera del servicio sanitario.

Cuidado, tenemos la suerte de tener un extraordinario servicio de salud, con unos excelentes profesionales, que, como dicen, hay que cuidarlos, porque si no cuidamos ni siquiera la salud de nuestros sanitarios... En eso, tienen toda la razón todos los que han intervenido, pero para ganar salud tenemos que ganarla sobre todo fuera de los servicios sanitarios. Y, como somos ejemplo, también pueden participar los sanitarios en ese ejemplo, pero para eso, para convencer a otros de que la salud también depende de educación, depende de movilidad, depende de industria, depende de otros muchos sitios. Y, sobre todo, disminuir las desigualdades sociales en salud, que son indignas, lo que nos pasa en nuestro país con la pobreza y con otras cosas, como la violencia de género, por ejemplo.

La señora **PÉREZ ORDIERES**: Por ejemplo, yo leía ayer mismo..., hoy, esta mañana, un artículo de *El País* donde se ponía de manifiesto algo que usted mencionó antes, cómo en los barrios más deprimidos socialmente, exponencialmente, se multiplican los números de lugares donde se sirven comidas rápidas, por ejemplo.

Hemos escuchado hoy, usted lo ha mencionado también, que algunos colectivos echan en falta, o bien su categoría, o bien sus tareas, o bien las tareas que legítimamente realizan en el Plan de Salud. ¿Cree usted, como experto en esta materia, que tienen motivos para preocuparse?

El señor **Hernández Aguado (catedrático de Salud Pública en la Universidad Miguel Hernández de Alicante)**: Yo creo que tenemos que redireccionar servicios sanitarios para dar también otras prestaciones que no sean solo biomédicas. Enfermería, que ha hablado muy bien aquí, tiene una capacidad en enfermería comunitaria para prevenir caídas en ancianos, para prevenir accidentes infantiles, extraordinaria. Cuando prevenimos una caída de un anciano, prevenimos un gasto sanitario, unas necesidades de servicio brutales. Por lo tanto, son acciones muy buenas. Y los fisioterapeutas, también.

Es decir, este Plan de Salud abre la idea de que cuando pensemos en el catálogo de prestaciones pueda haber un podólogo, pueda haber un fisioterapeuta, pero pueda haber también un especialista en derecho que haga una norma de protección de salud buena, y también pueda haber uno en comunicación que haga comunicación de salud a alto nivel, para que la población, como decía el representante de Ciudadanos, también entienda las cosas de otra forma. Es decir, tenemos que tener una innovación social en este terreno que consiga hacer relevante al conjunto la población que podemos mejorar la salud y librar al servicio sanitario de tanta presión y de tanta medicalización, a veces innecesaria.

La señora **PÉREZ ORDIERES**: Y, ya para para finalizar, señor Idefonso, porque se me acaba el tiempo, aunque le confieso que le haría muchas más preguntas, una preocupación constante de esta Cámara, una preocupación constante yo creo que de los ciudadanos..., iba a decir asturianos, pero creo que de España y me atrevo a decir que incluso de Europa, es la sostenibilidad de nuestro sistema: ¿usted cree que este plan, o un plan de salud, es fundamental para la sostenibilidad del sistema sanitario?

El señor **Hernández Aguado (catedrático de Salud Pública en la Universidad Miguel Hernández de Alicante)**: No hay otra salida. Están subiendo exponencialmente los precios de la quimioterapia, están subiendo exponencialmente otros precios. Son golpes a la línea de flotación del sistema. O conseguimos que reduzca el grifo de entrada de enfermos, o lo vamos a tener mal. Es decir, o nos comprometemos firmemente a que cada vez haya menos gente con cáncer, cada vez haya menos gente con obesidad, cada vez haya menos gente fumando, etcétera, o nos comprometemos como Gobierno... O sea, cuando ha dicho el representante de Ciudadanos “tiene que estar el Consejero de Educación”, no, yo creo que tiene que estar Presidente de la Comunidad liderando la ganancia en salud. En los países que son sensatos, el que lidera el programa de salud, con todo su Gobierno, es..., porque la salud es una de las claves para poder hacer otras actividades en la vida, tiene que ser el Presidente del Gobierno el que se comprometa diciendo “nos movemos hacia la salud y el bienestar todos juntos y todos unidos”.

La señora **PÉREZ ORDIERES**: Muchas gracias.

No voy a hacerle más preguntas, que nos dejarían en la mitad del tiempo... *(El señor Alonso Lorenzo solicita intervenir.)*

Sí, dígame.

El señor **Alonso Lorenzo (médico especialista en Salud Pública, Unidad de Salud Pública del Área Sanitaria IV)**: Quería hacer un comentario, un comentario nada más.

Cuando yo planteaba esas dos ideas generadoras de..., no lo planteaba para dar una respuesta dicotómica, de “sí” o de “no”, sino simplemente para ver de qué manera nos podemos aproximar a la valoración del plan. Supongo que dentro de tres, cuatro años, cuando más o menos empecemos a valorar los resultados, en ningún caso la respuesta sea “sí” o “no”, siempre va a ser “hasta aquí hemos llegado con esto y hasta aquí hemos llegado con esto”.

Era hacer simplemente la aclaración, porque podría parecer que yo planteaba evaluar de esa manera dicotómica, que no tiene sentido.

La señora **PÉREZ ORDIERES**: Gracias de nuevo por su aportación y gracias a todos los intervinientes. Ha sido muy satisfactorio hablar esta tarde de la salud, con mayúsculas.

El señor **PRESIDENTE**: Muchas gracias.

El Grupo Parlamentario Foro Asturias tiene la palabra.

El señor **PUMARES SUÁREZ**: Gracias, Presidente.

Voy a ser breve, ya que se tocaron casi todos los temas a lo largo de la tarde. Naturalmente, quiero agradecer a todos los comparecientes por el tiempo, por el tiempo que han estado hoy aquí y por el tiempo que han dedicado al Plan de Salud.

Voy a hacer muy pocas preguntas. Una es al presidente del Sindicato de Veterinarios, porque planteó muchísimas cuestiones que entiendo que son complicadas de meter en el Plan de Salud, pero, por ir a alguna cuestión concreta, si me pudiese concretar alguna cosa que sí que echó de menos en el Plan de Salud, por ejemplo, el tratamiento con medicamentos de determinados animales que puedan afectar también a la salud de las personas o... Si pudiese concretar alguna cuestión concreta que echa en falta en el Plan de Salud..., no tan amplio, porque yo entiendo que en el Plan de Salud es imposible todo lo que usted manifestó.

El señor **Fernández Romojaro (presidente del Sindicato Veterinario Profesional de Asturias Sivepa)**: Bueno, vamos a ver, quizá antes no me expliqué bien porque, bueno, las limitaciones de tiempo a veces hacen que uno no se pueda explicar bien.

Yo no dije en ningún momento... Oí a algún interviniente y a algún Portavoz hablar de que ahora que no se podían concretar cosas el Plan de Salud. Estoy totalmente de acuerdo, el Plan de Salud es un enfoque de líneas de trabajo y, bien, puede tener unos objetivos, unas previsiones de evaluación, debería hablar un poco ya de presupuestos y alguna cosa que lo haga un poco más real.

A ver, yo lo que intenté decir antes es que faltan líneas, es decir, no voy a decir qué objetivo concreto... Podría decir, oiga, pues mire, un objetivo concreto es evaluar la situación de las zoonosis en Asturias, que no hay una verdadera evaluación; otro objetivo concreto puede ser un mecanismo certero de transmisión desde el sistema asistencial a la medicina preventiva, que parece que vivimos aislados en la Dirección General de Salud Pública muchas veces... Pero, no, no, yo me refería a que ni siquiera se nombran con objetivos, y que todo lo que hay está muy bien y muy bien dirigido, y estamos totalmente de acuerdo, pero falta, falta base en el plan, desde nuestro punto de vista. Porque, como dije antes, las zoonosis, aunque vengamos luchando con ellas desde hace doscientos años o más, van cambiando, y el mundo va cambiando, y los retos y los riesgos van cambiando, lo podemos ver todos los días en el telediario. Y, sin embargo, el plan no hace mención a cómo afrontar esas situaciones, esos cambios. No hay como objetivo establecer la situación en zoonosis y prevenir equis zoonosis, o desarrollar un plan de alerta rápida, etcétera, etcétera. Echo eso de menos en, como dije antes, las zoonosis: la seguridad alimentaria, que en cierta medida incluye también, por ejemplo, las resistencias a antibióticos que están hoy en día digamos que sobre la mesa, en discusión; la epidemiología, es decir, lo que hablábamos ahora de cómo reaccionar rápidamente y bien y cómo tener unas buenas defensas ante las enfermedades emergentes y reemergentes...

Y, por ejemplo, también tocaba el tema, aunque eso no es un asunto nuestro, de las vacunas. Todo el mundo da por hecho ya el sistema de vacunaciones... Bueno, el sistema de vacunaciones, como la zoonosis y como la epidemiología, aunque sean conceptos que ya tienen muchos años,

evolucionan continuamente, y este plan ni los nombra, no lo establece como un objetivo. Por ejemplo, las vacunaciones, aunque no sean mi competencia, bueno, las de las personas, entiendo que hay ciertas tendencias sociales, que aquí se habla mucho de tendencias sociales, que no se tienen en cuenta ni siquiera en el plan a la hora de establecer aunque sea unas líneas de ver cómo influyen, cómo están influyendo, por ejemplo, los movimientos antivacunas, ponía antes.

Entonces, yo diría que desde nuestro campo, que sé que hay más cosas, pero desde nuestro campo diríamos: vacunaciones, epidemiología, zoonosis e implementar más concretamente, aunque no en aspectos concretos, no sé si me explico, pero digamos que implementar un poco más en la seguridad alimentaria. En otros planes de salud, son puntos fundamentales. No dan recetas concretas de cómo actuar, son planes, dan líneas, pero las tienen como objetivos fundamentales y ya trazan una dirección de lo que hay que hacer, más o menos.

No sé si respondo a su pregunta...

El señor **PUMARES SUÁREZ**: Perfectamente, gracias.

Luego, tenía otra pregunta, para el representante del Simpa, porque en la intervención inicial y a la pregunta de algún Diputado valoró positivamente el Plan de Salud —yo creo que la mayoría así lo compartieron—, pero también habló del problema que suponía la falta de profesionales y especialmente de médicos de Atención Primaria. ¿Esta falta de personal, y a lo mejor también de dotación presupuestaria, cree usted que puede empeorar muchísimo el Plan de Salud, que en líneas generales dijo que era correcto y que era positivo? ¿Cómo cree que le puede afectar esa falta de profesionales? Y si cree, vamos a decir, que lo puede dejar en mucho menos de lo que podría ser.

El señor **Gallego García (representante del Simpa)**: Miguel Ángel Gallego, del Simpa.

Pues me acaba usted de ahorrar una intervención final, porque yo pienso que quizás hemos sido demasiado críticos o hemos ahondado demasiado en las deficiencias o en las debilidades del plan. Yo creo que en general... O sea, el plan, que está iniciando, ya dije que nos parecía bien. Y, sobre todo, hemos oído aquí determinadas cuestiones que la Dirección General de Salud Pública, como va a ser la directora o la líder del Plan este de Salud, tendrá que escuchar y tendrá que ponerse a enmendarlo o a corregirlo, añadirle, evaluarlo o lo que sea.

Concretando en lo que nos toca, la realidad es esta: los profesionales sanitarios hoy están escasos, escasísimos, con lo cual... Insisto, la población... Tú estás esperando días para que te vea tu médico y, encima, vas para allá y el médico está dedicado a otras cosas... Así no es manera de conducir ningún plan. Eso es evidente, o sea, es la piedra angular, por decirlo, en muchos de los indicadores y en muchos de los objetivos. En los que dependen de la asistencia sanitaria, evidentemente, si no se cuenta con los profesionales, esto hace aguas por todos lados y saldrá en otros aspectos, pero no, desde luego, en los que dependan de la práctica clínica.

¿Es una cuestión coyuntural que no haya médicos en este momento? Pues puede ser, pero eso se va a tardar unos años en corregir. Yo, por ejemplo, hablando de política, no entendí nunca cómo en un determinado tiempo se produjeron jubilaciones masivas de médicos, o sea, no se dejaba a ningún médico prorrogar su actuación sanitaria —a los 65, para casa; 65, a casa; “oiga, que yo...”, “a casa, porque tienes 65”—, eso fue lo que pasó, y, curiosamente, después es que los que hacían eso ahora resulta que quieren prorrogar, es curioso. No sé si alguien me entiende.

Pero, bueno, yo creo que al plan hay que darle un voto de confianza, que está bien, hay que corregirlo, enmendarlo, pero démosle un voto de confianza y que siga adelante. Y, desde luego, una de las cosas, por lo que me toca a mí directamente —yo soy médico y soy de un sindicato médico—, la problemática de profesionales hay que corregirla y hay que corregirla ya, es la piedra angular.

El señor **PUMARES SUÁREZ**: No tengo más preguntas, Presidente.

El señor **PRESIDENTE**: Muchas gracias.

¿Desean los comparecientes hacer alguna precisión o aclaración? Tienen un tiempo máximo de 5 minutos.

El señor **Fernández Lago (presidente del Colegio de Podólogos de Asturias)**: José Luis Fernández, Colegio de Podólogos.

Yo quería aclarar algunas cosas que me quedaron pendientes.

Creo que todos estamos de acuerdo en que el Plan de Salud está bastante bien y que es positivo. Yo un plan de salud lo baso mucho en el coste, la eficacia y la eficiencia.

Un punto que me quedó por aclarar anteriormente lo voy a aclarar. En este mismo plan, se habla de la relación directa y colaboración que debe existir entre los servicios sanitarios, sociales y laborales. Bien, referente a la atención podológica social prestada en los centros de día por parte de la Consejería de Servicios Sociales, tiene un presupuesto en torno a los 200.000 euros. No dudo..., no puedo decirlo con exactitud, estamos a la espera de ser recibidos por la Consejera correspondiente; en cualquier caso, la prestación del servicio creemos que debe ser revisada por los siguientes motivos:

El servicio se presta en unas condiciones que difieren mucho de la exigencia que a cualquier podólogo le exigen para abrir su despacho profesional: historias clínicas, materiales, métodos, esterilización, protección de datos, etcétera. Las carencias de medios técnicos y materiales redundan en una menor calidad asistencial.

El servicio se presta con una periodicidad semanal, quincenal o mensual, en función del número de socios y, por tanto, sobre la base de la demanda; todo ello, dentro de unos límites establecidos en las propias bases de la convocatoria. Parece obvio que si un usuario tiene un problema en los pies no tenga que esperar un mes para ser valorado.

El servicio prestado se materializa con el simple arreglo de pies, limpieza de callos y arreglo de uñas. Muchas de las patologías que se pueden detectar podrían ser tratadas si hubiese medios y evitaríamos que estos pacientes acudan a los centros de salud, con el consiguiente aumento de las listas de espera. Debemos pensar en optimizar recursos.

Cuarto. También se habla en el Plan de Salud 2019-2030 de equidad; pues bien, para que este servicio cumpla con este objetivo, en la programación del presente Plan de Salud deberían fijarse unos criterios y prioridades asistenciales: diabéticos, posibilidades económicas, situaciones personales y familiares. No parece equitativo que un paciente con una diabetes, unido a una situación económica precaria, tenga el mismo número de consultas que otro paciente con una situación más desahogada económicamente y sin enfermedades de base que requieran una mayor atención.

Y quinto. La atención podológica que se presta en los centros de día dependientes de la Consejería de Servicios Sociales debe tener una profunda transformación: por un lado, las condiciones en las cuales se presta el servicio tienen muchas carencias en todos los sentidos; por otro lado, la periodicidad asistencial no es la más adecuada y, sin duda, se puede mejorar con algunas de las propuestas que los podólogos aportamos.

La asistencia podológica de la tercera edad dependiente de la Consejería de Servicios Sociales debería llevarse a cabo en clínicas de podología con licencia de apertura y autorización y registro sanitario. Así se cumpliría con unos mínimos de calidad asistencial; no olvidemos que todo acto sanitario facultativo debe ir precedido, por ley, de la correspondiente historia clínica, con todo lo que ello implica.

Por otro lado, los horarios y la periodicidad asistencial no deberían estar limitados a días concretos, sino que el usuario tendría los mismos horarios que cualquier otro paciente del ámbito privado.

Por último, con la puesta en marcha de esta propuesta se daría solución a un mayor número de patologías, evitando así sobrecargar la Atención Primaria. También se pondrían en valor los actos del Podólogo, dejando de relegarlo al término anacrónico de “callista”, al que en muchas de las ocasiones se le asignan espacios infumables para poder ejercer su actividad.

Por último, quiero hablar también en materia de salud laboral. En materia de salud laboral, entendemos que el podólogo debería estar presente en la toma de decisiones cuando se habla de calzado laboral. No tiene sentido que la profesión en cuya facultad se imparte el mayor número de horas lectivas de Biomecánica (200 horas), además de estudiar en profundidad las características del calzado en general, no figure en los comités de salud laboral. Si analizamos las estadísticas y los estudios científicos al respecto, nos resulta fácil entender que por parte de la Administración correspondiente deben reflexionar sobre este particular y tomar decisiones en beneficio de los trabajadores. Aquí los sindicatos también deberían ejercer su función.

El 20 % de los dolores de espalda tiene su origen en alteraciones biomecánicas. El 12 % de las caídas del personal sanitario se debe al calzado inadecuado: el tipo de calzado es el mismo si se trabaja en un quirófano, urgencias o una unidad de planta hospitalaria.

Marr, un podólogo e investigador del Comité Australiano, ya en 1993 concluye que el 70 % de los problemas de los pies de los trabajadores de la industria tiene una relación directa con el calzado laboral. El Colegio de Podólogos ha tenido el primer contacto con el Instituto Asturiano de Prevención de Riesgos Laborales, con el objetivo de plantear colaboraciones y avanzar en este campo. La impresión es que hemos tenido una buena recepción, y esperamos poder colaborar de forma efectiva y eficiente. No obstante, le corresponde al legislativo y a los sindicatos recomendar la inclusión del podólogo, al menos con voz, en los comités de salud laboral.

La multinacional estadounidense Nike, y según lo publicado en la prensa, parece ser que tiene un modelo de calzado para personal médico y enfermería, concretamente el Nike Air Zoom, con un coste de 108 euros por par. Permítanme que les sugiera encarecidamente que no se cometa ese tremendo error. Como mínimo, tendremos que tomar decisiones ya no sobre la base de la ciencia, que debería tener la última palabra, sino del sentido común. No tiene indicación que a la hora de optar por determinado calzado no tengamos en cuenta la morfología del pie (plano, valgo o cavo), por un lado, así como las características concretas de la actividad laboral a realizar (quirófano, urgencias, planta, despacho). Sinceramente, creo que, si la noticia de prensa tiene visos de llevarse a término, estaríamos ante un claro dislate que ofende a la inteligencia.

Simplemente, para terminar, quiero agradecerles su atención y esperar que pronto la prensa se haga eco de la noticia: “Los pacientes con enfermedades de los pies serán atendidos en un centro piloto de podología, pionero en España. Las radiografías, ecografías y tratamientos se realizarán en el propio centro. Además de ser pionero, se pretende que sea un centro de referencia nacional en formación de posgrado. Este proyecto se pone en funcionamiento gracias a las gestiones del Parlamento asturiano, junto con el Sespa y en colaboración con el Ministerio de Sanidad”.

Muchas gracias.

El señor **PRESIDENTE**: Muchas gracias.

Les recuerdo que, si alguno de los comparecientes quiere aportar alguna documentación adicional a la exposición, la recepcionaremos todos los Grupos Parlamentarios de esta Comisión con alegría y también para utilizarla en las futuras enmiendas del Plan de Salud.

¿Había más...?

El señor **Fernández Romojaro (presidente del Sindicato Veterinario Profesional de Asturias, Sivepa)**: José Fernández Romojaro, presidente del Sindicato Veterinario Profesional de Asturias.

Lo primero que os quiero pedir a todos es perdón, porque a estas horas estáis cansados. Lo que voy a decir ahora creo que es importante y no lo quería dejar en el tintero y por eso os voy a pedir un poco más de vuestra atención, si es que llega todavía glucosa a vuestros cerebros.

Vamos a ver, relacionado con la salud pública y con este Plan de Salud, os voy a dar, entre comillas, una pequeña primicia mala noticia, que probablemente se expondrá en mayo en un congreso de seguridad alimentaria, y es que... Es una denuncia, es una denuncia de una situación... (*Rumores.*) Sí, ¿perdón? Retumba, lo siento, ¿vale?

Bueno, vamos a ver, miren, nosotros nos referimos a ello o lo hemos bautizado como “agujero de zoonosis”. A ver si me puedo explicar en pocos minutos claramente y, aprovechando que están aquí dos catedráticos de Medicina Preventiva y de Salud Pública, me gustaría que, si puede ser, si lo consideran importante, tomen nota. Ellos son mayores, aquí hay gente que ya tiene unos años y ha visto otros sistemas sanitarios, ha visto funcionar el Insalud, las unidades locales de salud... Yo no lo vi funcionar, pero en aquellas unidades había veterinarios; había veterinarios, farmacéuticos y médicos, que cubrían un amplio espectro en asistencial y en preventiva. Y los veterinarios de aquella eran titulares, tenían una doble dependencia, pero básicamente pertenecían al Ministerio de Sanidad y controlaban, entre otras cosas, todas las zoonosis y controlaban la seguridad alimentaria.

Cuando llegaron las comunidades autónomas, se tomó una decisión que pareció buena, pero que hemos visto que es una debilidad o fallo importante del sistema preventivo, del sistema sanitario: se dividió a los veterinarios en Ganadería y Sanidad. A los veterinarios de Ganadería se les dio la potestad de controlar las zoonosis sobre el animal vivo y la seguridad de la producción primaria de alimentos, y a los veterinarios de Sanidad se les restringió únicamente a la seguridad alimentaria, ¿de acuerdo? Bien, esto, con el paso de los años, hemos visto que ha planteado un problema de conflicto de competencias. ¿Por qué? Porque el cliente último, la finalidad última de la autoridad sanitaria es defender la salud, pero la finalidad última de la autoridad agrícola o ganadera, sea en Madrid o sea aquí, no es la salud, es la mejora de la comercialización y las producciones o el desarrollo rural, ¿de acuerdo?

¿Qué ha pasado con esto? A los veterinarios de Sanidad les hemos impedido actuar sobre el animal vivo, con el riesgo sanitario que eso conlleva, y los veterinarios de Ganadería actúan con unas líneas de trabajo que vienen regidas por unos jefes, unas autoridades cuyo objetivo no es la salud, con lo cual han centrado todos sus esfuerzos en las zoonosis que tienen alguna relevancia en la comercialización o en la producción, pero aquellas zoonosis que no tienen relevancia en la comercialización o en la producción han quedado en un vacío, en un agujero de control, en un agujero de zoonosis tremendamente peligroso, porque las clásicas zoonosis relacionadas con la comercialización o los

alimentos (tuberculosis, brucelosis) ya se han superado, pero las grandes amenazas no están relacionadas con la comercialización y la producción de los alimentos: gripe A, volvemos, coronavirus chino, ébola, etcétera, podemos seguir así. Ejemplo, la leishmaniosis de Madrid; ejemplo, el virus Crimea-Congo de Extremadura. Son enfermedades que, como no tienen peso comercial, o bien se desatendieron, o bien quedaron en un vacío competencial que las dejó fuera de control hasta llegar a situaciones digamos que mucho peores o en algunos casos insostenibles, ¿de acuerdo?

Entonces, les quiero dejar esa reflexión ahí porque muy probablemente y en el futuro nosotros propongamos unificar a todos los veterinarios bajo la autoridad sanitaria y dentro del Sistema Nacional de Salud, y este es uno de los argumentos principales y es una de las principales debilidades de la prevención en salud pública en nuestro campo del sistema de salud.

Nada más y muchas gracias. Y perdón por haberos ocupado este tiempo.

La señora **Montañés Álvarez (representante del Sindicato de Auxiliares de Enfermería, SAE)**: Yo soy Marisa, del Sindicato de Auxiliares de Enfermería.

Yo quería simplemente acabar diciendo que realmente leímos todos el plan y que mi voz era la del trabajador. Y quería dejar reflejado el malestar tan grande que hay en el trabajador, independientemente de que el plan me parez genial en unes cosas y en otras, no. Simplemente, era decir eso porque mi voz aquí y lo que yo represento es a los trabajadores.

Realmente, en el plan hay mucha gente que trabajó, como enseñó el señor Ildefonso, que me pareció que es ideal escucharlo y realmente marchó de aquí con una idea muy buena del plan, distinta un poco de la que yo creía. Y también con una preocupación de la sanidad: que realmente sanidad pa todo el mundo, chicle pa todos no hay y café tampoco, y realmente por eso hay que empezar a la educación desde abajo. Y me gustaría que cuando se realizara otro plan sí se contara con todos colectivos, ¿vale?

Gracias, ¿eh?, perdonad.

El señor **PRESIDENTE**: Muchas gracias.

Ha sido... No sé si hay alguna petición más...

Bueno, pues han sido muy didácticas..., yo creo que hablo en nombre de toda la Comisión y los Grupos Parlamentarios, estas cuatro horas que han dedicado a estar con nosotros, a explicarnos el plan y también a enseñarnos un poco más sobre salud pública, y, al menos por mi parte, ha sido un honor esa presencia.

Les quiero dar las gracias, en nombre de toda Comisión, tanto por la exposición como por el tiempo que han invertido con la presencia en esta Cámara.

Y, sin más, se suspende la sesión hasta mañana, 7 de febrero, a las nueve horas de la mañana.

Muchas gracias.

(Eran las diecinueve horas y cincuenta y ocho minutos.)

