



ASAMBLEA REGIONAL DE MURCIA

DIARIO DE SESIONES COMISIÓN DE SANIDAD Y ASUNTOS SOCIALES

Año 2018

IX Legislatura

Número 39

SESIÓN CELEBRADA
EL DÍA 23 DE OCTUBRE DE 2018

ORDEN DEL DÍA

I. Interpelación 58, sobre razones por las que se ha aprobado un convenio con la Federación de Municipios de la Región de Murcia para que los menores cumplan las medidas judiciales de prestación en beneficio de la comunidad en su ámbito referencial, formulada por el Grupo Parlamentario Popular.

II. Pregunta oral 18, sobre qué objetivos pretende lograr el Plan de Desarrollo Gitano impulsado desde la Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades, formulada por el Grupo Parlamentario Popular.

III. Interpelación 51, sobre razones de incumplimiento de la moción sobre implantación de una unidad de disfagia infantil en los hospitales Virgen de la Arrixaca y Los Arcos del Mar Menor y en el resto de áreas de salud, formulada por el Grupo Parlamentario Socialista.

IV. Interpelación 59, sobre razones para la presentación del proyecto Caprimur, de reducción de derivaciones al cardiólogo, formulada por el Grupo Parlamentario Popular.

V. Interpelación 57, sobre irregularidad en la convocatoria de pruebas selectivas para cubrir tres plazas de técnico auxiliar no sanitario, formulada por el Grupo Parlamentario Ciudadanos-Partido de la Ciudadanía.

VI. Preguntas para respuesta oral.

VII. Aprobación de actas de sesiones anteriores.

SUMARIO

Se abre la sesión a las 11 horas y 15 minutos.

I. Interpelación 58, sobre razones por las que se ha aprobado un convenio con la Federación de Municipios de la Región para que los menores cumplan las medidas judiciales de prestación en beneficio de la comunidad en su ámbito referencial.

Desarrolla la interpelación la señora **Montero Rodríguez**, del G.P. Popular.....776

Le contesta la señora **Tomás Olivares**, consejera de Familia e Igualdad de Oportunidades.....776

II. Pregunta oral 18, sobre qué objetivos pretende lograr el Plan de Desarrollo Gitano impulsado desde la Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades.

Formula la pregunta la señora **Molina López**, del G.P. Popular.....779

Le contesta la señora **Tomás Olivares**, consejera de Familia e Igualdad de Oportunidades.....779

III. Interpelación 51, sobre razones de incumplimiento de la moción sobre implantación de una unidad de disfagia infantil en los hospitales Virgen de la Arrixaca y Los Arcos del Mar Menor y en el resto de áreas de salud.

Desarrolla la interpelación el señor **Navarro Jiménez**, del G.P. Socialista.....781

Le contesta el señor **Villegas García**, consejero de Salud.....781

En el turno de réplica interviene el señor **Navarro Jiménez**.....782

En el turno de dúplica interviene el señor **Villegas García**.....783

IV. Interpelación 59, sobre razones para la presentación del proyecto Caprimur, de reducción de derivaciones al cardiólogo.

Desarrolla la interpelación el señor **Coronado Romero**, del G.P. Popular.....783

Le contesta el señor **Villegas García**, consejero de Salud.....784

V. Interpelación 57, sobre irregularidad en la convocatoria de pruebas selectivas para cubrir tres plazas de técnico auxiliar no sanitario.

Desarrolla la interpelación el señor **Molina Gallardo**, del G.P. Ciudadanos-Partido de la Ciudadanía....786

Le contesta el señor **Villegas García**, consejero de Salud.....787

En el turno de réplica interviene el señor **Molina Gallardo**.....789

En el turno de dúplica interviene el señor **Villegas García**.....790

VI. Preguntas para respuesta oral.

*** Pregunta 17, sobre los tiempos de espera para acceder a los servicios de atención primaria de salud en el área III de salud de la Región de Murcia.**

Formula la pregunta la señora **García Navarro**, del G.P. Podemos.....791

Le contesta el señor **Villegas García**, consejero de Salud.....791

En el turno de réplica interviene la señora **García Navarro**.....792

En el turno de dúplica interviene el señor **Villegas García**.....793

*** Pregunta 16, sobre motivo por el que el Servicio Murciano de Salud se ha negado a sustituir las bajas por vacaciones en centros de atención primaria en Cartagena.**

Formula la pregunta el señor **Molina Gallardo**, del G.P. Ciudadanos-Partido de la Ciudadanía.....794

Le contesta el señor **Villegas García**, consejero de Salud.....794

En el turno de réplica interviene el señor **Molina Gallardo**.....795

En el turno de dúplica interviene el señor **Villegas García**.....795

VII. Aprobación de actas de sesiones anteriores.

[Votación](#) de las actas correspondientes a las sesiones celebradas los días 13 y 19 de septiembre de 2018.....795

Se levanta la sesión a las 12 horas y 40 minutos.

SR. CORONADO ROMERO (PRESIDENTE):

Buenos días, señorías.

Vamos a pasar a desarrollar la Comisión de Sanidad y Asuntos Sociales convocada para el día de hoy, y que tendría que desarrollar el orden del día según lo previsto, pero debido a incidencias les voy a hacer una propuesta de modificación del orden del día, que ya estaba consensuada en la Junta de Portavoces que tuvimos ayer. De manera que el punto número 5, que es la Interpelación 58, se va a hacer en primer lugar, y a continuación el punto número 6, que es la pregunta en comisión. Esa va a ser la primera intervención para que la consejera pueda contestar. Y después la pregunta 18.

Después, en segundo lugar, irá la interpelación que tienen ustedes en el orden del día como número 4.

En tercer lugar irá la Interpelación número 59, que tienen ustedes como número 2.

Y en cuarto lugar va la Interpelación 57.

Como les digo, señorías, ayer lo propusimos en la Junta de Portavoces para hacer más operativa esta comisión.

Bien, entonces empezamos por la Interpelación 58, [interpelación en comisión sobre razones por las que se ha aprobado un convenio con la Federación de Municipios de la región para menores que cumplan medidas judiciales para prestación en beneficio de la Comunidad en su ámbito referencial](#), formulada por Adoración Molina López.

Tiene la palabra la representante del Partido Popular, que va a desarrollar la interpelación durante diez minutos.

Rosario.

SRA. MONTERO RODRÍGUEZ:

Muchas gracias, señor presidente.

La verdad es que esta interpelación es bastante fácil y no creo que necesite los diez minutos para poder interpelar a la consejera, pues, como saben, el Estatuto de Autonomía de la Región de Murcia atribuye a la Comunidad Autónoma, en su artículo 10, la competencia exclusiva en asistencia y bienestar social, desarrollo comunitario, política infantil e instituciones de protección y tutela de menores, todo esto respetando la legislación civil, penal y penitenciaria. Y, por supuesto, es a la Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades a quien corresponde la propuesta, el desarrollo y la ejecución de las directrices generales del Consejo de Gobierno en materia de instituciones de protección, reinserción y rehabilitación de menores, a través de su Dirección General de Familia y Políticas Sociales.

Todos conocemos que el pasado día 22, ayer creo que fue, lunes, se firmó un convenio, y habiendo el Consejo de Gobierno aprobado ese convenio con la Federación de Municipios de la Región de Murcia para que los menores cumplan las medidas judiciales de prestación en beneficio de la comunidad en su ámbito referencial, interpelo a la consejera de Familia e Igualdad de Oportunidades para que explique las razones y beneficios de este convenio.

Gracias.

SR. CORONADO ROMERO (PRESIDENTE):

Muchas gracias, señora Montero.

Por parte del Consejo de Gobierno, durante diez minutos tiene la palabra la consejera, la señora Tomás.

SRA. TOMÁS OLIVARES (CONSEJERA DE FAMILIA E IGUALDAD DE OPORTUNIDADES):

Gracias, señor presidente.

Buenos días. Saludar a los miembros de la Mesa y a los diputados y diputadas que forman esta comisión.

Agradezco esta interpelación para explicar las razones para la firma del convenio entre el Gobierno regional y la Federación de Municipios de la Región de Murcia, con el objetivo de que los menores cumplan las medidas judiciales de prestación en beneficio de la comunidad en su ámbito referencial.

Como bien ha dicho la diputada Montero, el Estatuto de Autonomía de la Región de Murcia atribuye a la Comunidad Autónoma la competencia exclusiva en materia de asistencia y bienestar social, desarrollo comunitario, política infantil, instituciones de protección y tutela de menores, respetando en todo caso la legislación civil, penal y penitenciaria. Y es a la Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades a quien corresponde la propuesta, desarrollo y ejecución de las directrices generales del Consejo de Gobierno en materia de protección, reinserción y rehabilitación de menores, a través de la Dirección General de Familia y Políticas Sociales.

En este sentido, la Ley Orgánica 5/2000, de 12 de enero, reguladora de la responsabilidad penal de los menores, establece que la ejecución de las medidas adoptadas por los jueces de menores en sus sentencias firmes es competencia de las comunidades autónomas, y que dichas entidades llevarán a cabo, de acuerdo con sus respectivas normas de organización, la creación, dirección, organización y gestión de los servicios, instituciones y programas adecuados para garantizar la correcta ejecución de las medidas previstas en esta ley, indicando además que las comunidades autónomas pueden establecer los convenios o acuerdos de colaboración necesarios con las entidades, bien sean públicas (de la Administración del Estado, local o de otras comunidades autónomas) o privadas sin ánimo de lucro, para la ejecución de medidas de su competencia.

Precisamente una de esas medidas que pueden imponer los jueces de menores es la prestación en beneficio de la comunidad, cuya finalidad es la reparación simbólica del perjuicio causado a la sociedad, tanto si hay transgresión directa que afecte a bienes públicos como si ha sido un acto lesionador de derechos privados. Se trata de una medida judicial considerada de alto contenido educativo, que supone que el joven al que se le imponga este tipo de medida deberá realizar actividades no retribuidas de interés social o en beneficio de las personas en situación precaria.

Además, por su naturaleza educativa debe realizarse en el propio entorno de los menores y dentro de su municipio, por eso la utilización de los recursos municipales es altamente eficaz, ya que prestando los servicios en ellos los menores restituyen a la sociedad el daño que han cometido con su infracción. El objetivo prioritario es disponer de un ambiente que tenga las condiciones educativas adecuadas para que el menor pueda reorientar aquellas deficiencias que han caracterizado su comportamiento antisocial.

La experiencia ha demostrado que lo más beneficioso para que estas medidas sean efectivas es que se realicen en el lugar más cercano al entorno del menor y consistan en actividades relacionadas con el tipo de delito o falta cometida. Porque implica directamente a la comunidad dañada, se da una mediación o reconciliación y ambas partes asumen la responsabilidad: por una parte la sociedad permite la recuperación del menor y por otra el menor repara los daños causados.

Por ello, la Comunidad Autónoma, a través de la Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades, tiene suscrito un contrato de gestión de servicio público con la entidad CEFIS para la ejecución de las medidas de medio abierto, en cuyo objeto se incluye la obligación de realizar y sufragar cuantas gestiones sean necesarias para dar de alta y de baja en la Seguridad Social a aquellos menores a los que se les imponga la medida de prestación en beneficio de la comunidad.

Siendo necesaria la ejecución de las medidas judiciales de prestación en beneficio de la comunidad y siendo altamente beneficioso para la efectividad de las medidas que estas se realicen en el lugar más cercano al menor y consistan en actividades relacionadas con el tipo de delito, se consideró necesario suscribir un convenio de colaboración con la Federación de Municipios de la Región de Murcia, por entender que esta es la realización idónea para contribuir al cumplimiento efectivo de estas medidas.

Como bien ha dicho la diputada Montero, ayer lunes, 22 de octubre, la Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades y la Federación de Municipios de la Región de Murcia renovamos esta colaboración, que se inició en mayo de 2012 a través de un convenio firmado entre la Consejería de Presidencia y la Federación de Municipios para la realización de prestaciones en beneficio de la co-

munidad, un acuerdo que se ha prorrogado en años sucesivos y que a día de ayer se ha formalizado para los próximos cuatro años.

Y ese es el espíritu que rige este convenio, instrumentalizando a la Federación de Municipios como canal más adecuado para la difusión, contacto y recogida de las ofertas de cada entidad local, y a la Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades como responsable del seguimiento de los programas de actuación en materia de ejecución de medidas adoptadas por los jueces de menores y el desarrollo de programas de prestaciones en beneficio de la comunidad.

Se trata además de un convenio que tiene un gran impacto social, por lo que supone educativamente la reparación social a través de la realización de una prestación por parte del menor, pero que no conlleva impacto económico para ninguna de las partes, ya que las actuaciones que se realizan en esta colaboración no suponen coste adicional alguno, pues las condiciones en que se realiza la colaboración y que pueden suponer gasto ya están contempladas en el programa presupuestario 313Q para la ejecución de las medidas judiciales y la suscripción del convenio no las modifica.

Creemos, y con esto voy concluyendo, que este convenio ha demostrado ser una herramienta muy útil para ayudar a los jóvenes tanto en su proceso de reforma como para garantizar la realización efectiva de este tipo de medidas judiciales. Así, durante el pasado año se ejecutaron 235 prestaciones ejecutadas en el entorno del menor y durante este año se llevan ejecutadas 187.

En consecuencia, estoy convencida de que, tanto desde la Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades como de todos y cada uno de los municipios de la Región, a través de la Federación de Municipios, vamos a continuar trabajando para contribuir a la recuperación de nuestros menores, facilitándoles su propia responsabilidad sobre los hechos cometidos, dándoles la oportunidad de reparar los daños producidos a través de su trabajo y posibilitando el acercamiento entre el menor y su comunidad.

Muchas gracias.

SR. CORONADO ROMERO (PRESIDENTE):

Muchas gracias a usted, señora consejera de Familia e Igualdad de Oportunidades, y entiendo que no hay... ¿Señora Montero?

SRA. MONTERO RODRÍGUEZ:

Solamente, señor presidente, darle las gracias a la señora consejera por la explicación exhaustiva que ha hecho de esta acción, y desde luego felicitarle porque creemos que es una acción que se está llevando a cabo muy correctamente y que además ayuda a insertar de nuevo en la comunidad a los menores que hayan podido cometer algún tipo de falta, y al mismo tiempo haciéndoles que trabajen en pro de la comunidad y ejemplarizando esas acciones, que a veces son pequeñas gamberradas pero que de alguna manera hay que corregirlos.

Muchas gracias, señora consejera.

SRA. TOMÁS OLIVARES (CONSEJERA DE FAMILIA E IGUALDAD DE OPORTUNIDADES):

No, al contrario, dar las gracias por la oportunidad que se me ha ofrecido de poder hablar sobre este convenio, que creemos que es sumamente importante para esta Comunidad Autónoma, sobre todo, como usted bien ha dicho, para la recuperación de nuestros menores y sobre todo también para que ellos se den cuenta de que cuando cometen una falta, una infracción, son ellos los que tienen que responder, no los padres, que muchas veces se les multa y son los padres los que tienen que pagar la multa.

Entonces siempre es bueno que sean los menores los que tengan que responder y se hagan responsables de sus acciones. Así que muchas gracias.

SR. CORONADO ROMERO (PRESIDENTE):

Muchas gracias a las dos, a la consejera, la señora Tomás, y a la señora Montero.

Y pasamos a desarrollar el punto número 6, que es: [pregunta oral en comisión sobre qué objetivos pretende lograr el Plan de Desarrollo Gitano impulsado desde la Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades](#), formulada por doña Inmaculada González Romero, del Grupo Parlamentario Popular.

Durante diez minutos tiene la palabra la señora Molina.

SRA. MOLINA LÓPEZ:

Muchas gracias, señor presidente, y darle la bienvenida a su casa, que también es su casa, a nuestra consejera.

La población gitana todos sabemos que ha tenido durante mucho tiempo una trayectoria histórica marcada muchas veces tanto por persecuciones, por intentos de asimilación, por procesos de exclusión social importante. Es un colectivo importante, porque son en España en torno a unas 750.000 personas, según los datos que yo tengo. En su mayoría suelen ser una población muy joven (un tercio de ellos tienen una edad inferior a los 16 años), con tasas de natalidad que son superiores a la media del país y con una situación social heterogénea y diversa: hay personas de este colectivo con niveles socioeconómicos altos o medios, con plena integración social; hay un grupo más amplio con notables avances, aunque siguen acusando distintos grados de carencias sociales y de desigualdades, y hay un grupo minoritario en situación de exclusión social severa y con pocos avances en su inclusión social.

Ha habido claros avances en cuanto a escolarización, pero con frecuencia el absentismo escolar y el abandono prematuro es importante, y especialmente en el ciclo obligatorio de Educación Secundaria, y se ve aún más agravado en el colectivo de niñas gitanas.

Hay presencia ya de muchos jóvenes en estudios postobligatorios, que además está siendo una tendencia en aumento, aunque no es aún muy frecuente.

La población adulta tiene una alta tasa de analfabetismo y también una alta tasa de actividad. Tiene un alto potencial laboral, porque trabajan casi siempre desde edades muy tempranas y hasta edades bastante avanzadas, más incluso que el resto de la población española, pero tienen una baja tasa de ocupación en empleos por cuenta ajena.

Muchos de ellos se ven abocados a trabajos en actividades de baja remuneración por su falta de formación, a trabajos temporales con unas condiciones laborales en ocasiones precarias. El desempleo, la temporalidad y una jornada parcial afectan fundamentalmente a la población gitana. Un alto porcentaje se dedica a la venta ambulante, con lo cual los ingresos dan, pues eso, para sobrevivir.

Tienen una prevalencia importante de enfermedades crónicas, la mayoría por la frecuencia de estilos de vida poco saludables.

Aunque van mejorando en las condiciones residenciales, en muchos casos viven en infraviviendas. Se ha ido eliminando el chabolismo pero es verdad que son población que necesita determinada protección.

Es por eso que le pregunto cuáles son los objetivos que a través del Plan de Desarrollo Gitano, que viene financiado por el Ministerio y que la Comunidad también recibe fondos, va a desarrollar, o qué se pretende desarrollar con los recursos que ahí vienen aportados.

SR. CORONADO ROMERO (PRESIDENTE):

Muchas gracias, señora Molina.

Por el Consejo de Gobierno, para contestar tiene la palabra la señora Tomás, consejera de Familia e Igualdad de Oportunidades.

SRA. TOMÁS OLIVARES (CONSEJERA DE FAMILIA E IGUALDAD DE OPORTUNIDADES):

Muchas gracias, señor presidente.

Señorías, señora Molina, como saben, la población gitana aún sigue siendo uno de los grupos sociales más desfavorecidos, como usted bien ha dicho y además ha ilustrado con muchos datos, y es-

tán afectados por los procesos de exclusión social.

El nacimiento del primer Plan de Desarrollo Gitano, del año 1989, significó un importante avance hacia la mejora de las condiciones de vida de la población gitana. Sin embargo, un alto porcentaje de familias gitanas se encuentra todavía en situación de vulnerabilidad social, provocada por las dificultades de acceso a los bienes y recursos que proporciona nuestro Estado de bienestar.

La Estrategia Nacional para la Inclusión Social de la Población Gitana en España 2012-2020 estableció mecanismos de cofinanciación de proyectos de intervención social de carácter integral específicos, dirigidos a facilitar la integración plena en la sociedad de este grupo étnico.

Es en este marco de cofinanciación donde la Comunidad Autónoma demuestra su especial compromiso con las más de 30.000 personas gitanas que viven en nuestra región. En concreto, desde la Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades, a través del Instituto Murciano de Acción Social, de 2014 a 2017 se han destinado, aproximadamente, 168.000 euros al año para el desarrollo de este tipo de proyectos en ocho municipios de la Región.

En este año 2018 el presupuesto destinado a la concesión de estas subvenciones se ha incrementado a 350.000 euros, de los que 48.000 corresponden a la financiación afectada por parte del Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, y más de 300.000 euros a fondos propios de la Comunidad Autónoma.

Este incremento ha permitido, entre otras cuestiones, conseguir que los proyectos dirigidos a este colectivo tengan una continuidad anual y no semestral, como venía ocurriendo. Poner en marcha dos nuevos proyectos en municipios con alta densidad de población gitana y ausencia de recursos sociales adecuados para dar respuesta a las necesidades que presentan los mismos, y además ampliar de 8 a 10 el número de municipios en los que se implementan este tipo de actuaciones. En concreto, estos 10 municipios son: Águilas, Alcantarilla, Cartagena, Cieza, las Torres de Cotillas, Lorca, Murcia, Puerto Lumbreras, San Javier y San Pedro del Pinatar.

Por supuesto, la elección y distribución del presupuesto entre estos territorios se ha realizado siguiendo unos criterios determinados, como son:

El beneficio o el impacto generado en la zona por el desarrollo de proyectos sociales en el marco del Plan de Desarrollo Gitano de forma continuada.

La mayor densidad de población gitana residente, según el estudio sobre vivienda y población gitana.

Los municipios con núcleos de población en los que se aprecia alta concentración de población gitana en grave situación de vulnerabilidad social.

Y, por último, la ausencia o insuficiencia de recursos sociales adecuados en el territorio para dar respuesta a las necesidades de la población objeto de intervención.

La implementación de estos proyectos, según nuestras estimaciones, permitirá atender a 2.533 personas, de las que 1.432 son mujeres y 1.101 son hombres.

La puesta en marcha durante el pasado mes de mayo de una comisión de trabajo que permitirá crear mecanismos de coordinación, diálogo y seguimiento entre la Administración regional, la local y el tercer sector, para la inclusión de la población gitana en la Región de Murcia, supone asimismo una clara evidencia de que la inclusión de este colectivo forma parte de la agenda política del Gobierno regional.

Muchas gracias.

SR. CORONADO ROMERO (PRESIDENTE):

Muchas gracias a la señora Molina y a la señora Tomás.

Y pasamos a desarrollar la interpelación que viene en el punto número 4, la Interpelación 51.

[Interpelación 51 en comisión, sobre razones de incumplimiento de la Moción 362, sobre estudio y toma en consideración de implantación de una unidad de disfagia infantil en hospitales Virgen de la Arrixaca y Los Arcos del Mar Menor y resto de áreas de salud](#), formulada por doña Consuelo Cano Hernández.

Tiene la palabra para realizar la interpelación, en nombre del Grupo Parlamentario Socialista, el señor Navarro.

SR. NAVARRO JIMÉNEZ:

Gracias, señor presidente.

Señorías, en primer lugar saludar al consejero de Salud y darle la bienvenida a esta comisión.

Tal como dice la interpelación, el 30 de mayo de 2017, repito, 30 de mayo de 2017, se debatió una moción del Grupo Parlamentario Socialista sobre estudio y toma en consideración de la implantación de una unidad de disfagia infantil en el hospital Virgen de la Arrixaca y progresivamente en el resto de áreas de salud. Esta moción se aprobó por unanimidad de todos los grupos políticos y de ahí que, visto el tiempo pasado, hagamos esta interpelación al consejero para que explique cuáles son las razones por las que no se ha cumplido la Moción 362, que, como repito, se aprobó por unanimidad de los grupos políticos el 30 de mayo de 2017.

SR. CORONADO ROMERO (PRESIDENTE):

Muchas gracias, señor Navarro.

Por parte del Consejo de Gobierno tiene la palabra el consejero de Salud, señor Villegas.

SR. VILLEGAS GARCÍA (CONSEJERO DE SALUD):

Buenos días, señor presidente.

Señorías, señor Navarro, les voy a confesar una cosa, la verdad es que no sé si algún día lograré acostumbrarme al lenguaje que tienen parlamentario. No lo tomen como una crítica, pero sí es cierto que por mucho tiempo que el destino me tenga deparados estos menesteres me seguirá sorprendiendo esta situación.

En el caso concreto que nos ocupa, yo leo que «la Asamblea manda a la Consejería de Salud que estudie y tome en consideración la implantación de una unidad de disfagia infantil en el hospital Virgen de la Arrixaca y el hospital Los Arcos del Mar Menor», que se aprobó, efectivamente, en mayo del año pasado. Y ahora me interpelan por el incumplimiento de la moción. Automáticamente me pregunto por qué afirman que se está incumpliendo. ¿No sería mejor preguntar cuál es el estado de la moción sobre estudio y toma en consideración, etcétera, etcétera, y es a lo que me refería? Porque dan por sentado que se está incumpliendo y esto no es así.

En la Consejería no solamente hemos estudiado ya la implantación de esta unidad, sino que además hemos tomado en consideración el proyecto y lo estamos desarrollando. Por tanto, aunque podamos discutir y discrepar sobre la velocidad del proyecto, sí quiero dejar claro que no se está incumpliendo esta moción.

Ahora bien, la implantación de una unidad de disfagia infantil en el hospital Virgen de la Arrixaca y en el hospital Los Arcos del Mar Menor no es cuestión de colocar un cartel en la puerta de una consulta. Hay que realizar una serie de actuaciones y que hemos venido desarrollando a lo largo del último año.

Lo primero fue elaborar un protocolo. El Servicio Murciano de Salud creó un grupo multidisciplinar formado por profesionales del hospital Virgen de la Arrixaca y del hospital de Los Arcos para la elaboración del protocolo «Valoración y tratamiento integral de los pacientes pediátricos con disfagia en la Región de Murcia y para la implantación de la unidad de disfagia infantil». En el protocolo se establecieron las áreas de referencia para la derivación de los pacientes con disfagia. El hospital clínico universitario Virgen de la Arrixaca iba a ser la referencia para las áreas I, III, IV, V, VI, VII y IX, y el hospital universitario de Los Arcos del Mar Menor sería para las áreas II y VIII, y enviaría al hospital Virgen de la Arrixaca a los pacientes más complejos.

Asimismo se estableció qué pacientes del área VIII se derivarían al área I. En este sentido, en la Arrixaca se realizarían las pruebas de videofluoroscopia, impedanciometría y calorimetría indirecta, y además se valorará a los pacientes más complejos.

Se estableció asimismo un circuito de derivación, de tal modo que los pediatras del equipo de Atención Primaria, ante el caso de un paciente con sospecha de disfagia, derivarán a la consulta de

gastroenterología infantil de su área y podrán directamente derivar a la consulta de disfagia a los pacientes que procedan de otras especialidades pediátricas, como neuropediatría, neumología infantil, etcétera.

Y se estableció un catálogo de pruebas que se realizarían en cada hospital. En el hospital Virgen de la Arrixaca se iba a hacer la observación de la ingesta, el test de volumen de viscosidad, terapia rehabilitadora, valoración nutricional, endoscopia digestiva alta, videofluoroscopia de deglución, fibroscopia de deglución y el test de Evans. Y en el Mar Menor, la observación de la ingesta, el test de volumen de viscosidad, la terapia rehabilitadora, valoración nutricional, endoscopia digestiva alta, fibroscopia de deglución y el test de Evans, igualmente.

Y es importantísima la implantación del formulario de disfagia en la historia clínica electrónica, en el Selene, que ya está elaborado y en funcionamiento, así como la habilitación de los espacios físicos necesarios para la realización de las consultas, que también estén asignados en ambos centros hospitalarios.

Se ha dispuesto ya en curso la adquisición de los recursos materiales necesarios que les voy a detallar:

En el hospital Virgen de la Arrixaca: silla, mesa y torna regulable y adaptable, según la edad, para la ingesta; silla específica para la terapia logopeda; cámara de video para la grabación de la ingesta; plicómetro; tallímetro inextensible; impedanciometría corporal; silla videofluoroscopia con adaptador de la edad; nasoendoscopio de otorrino pediátrico de alta definición; material protésico adaptable para terapia de logopedia; aparataje de electroestimulación muscular.

Y en el Mar Menor, la silla, mesa y torna regulable y adaptable, según la edad, para la ingesta; la silla específica para terapia de logopeda; el material protésico adaptable para terapia de logopedia y el aparataje de electroestimulación muscular VitalStim Plus.

Y, por último, los recursos humanos que se consideraron necesarios fueron: un logopeda en el hospital Virgen de la Arrixaca cuatro días a la semana y un nutricionista, y en el Mar Menor un logopeda compartido con el hospital Virgen de la Arrixaca un día a la semana. Ya se ha contratado al nutricionista en el hospital Virgen de la Arrixaca y se está pendiente de contratar el logopeda.

Todo esto, señorías, no tendría sentido si no se organizaran las comisiones de seguimiento multidisciplinarias entre ambas áreas de salud y que también se van a poner en marcha antes de que finalice el año.

Nuestro objetivo es que la apertura de la unidad de disfagia se realice en un plazo máximo de dos meses, tiempo que vamos a ocupar en la información y coordinación de los profesionales implicados.

Muchas gracias.

SR. CORONADO ROMERO (PRESIDENTE):

Muchas gracias a usted, señor Villegas.

En el turno de réplica por parte del interpelante, el señor Navarro tiene la palabra por cinco minutos.

SR. NAVARRO JIMÉNEZ:

Gracias, señor presidente. Brevemente.

Señor consejero, en mi intervención no hemos dicho que no se esté trabajando, pero las noticias que nos llegan y sobre todo la relación con AMDIB, la asociación de familiares, nos dice que hay buena voluntad, que se está trabajando, pero que la unidad todavía físicamente no está constituida como tal, y usted lo ha dicho.

Yo le iba a preguntar, pero usted me ha contestado ya, cuál es la fecha definitiva de puesta en marcha. De verdad que sí que me gustaría que se cumpliera ese plazo, o nos gustaría que se cumpliera el plazo pero no a nosotros, a la asociación de familiares y a los afectados seguro que les satisface más que a nosotros.

Sin más, le tengo que decir que nosotros reconocemos, y las noticias que tenemos son que se ha trabajado, que se ha ido avanzando, probablemente no con la prontitud... estamos hablando de más

de diecisiete meses desde que se aprobó la moción y creemos que ha habido tiempo más que suficiente para poder ponerse en marcha. Sabemos que queda por contratar algún especialista, y usted lo ha corroborado. Según nuestra información faltaba por contratar a un logopeda y a un dietista. Usted dice que ya está contratado el dietista, que va a ser compartido, nos satisface que así sea. Y espere-mos de verdad que se cumpla la fecha de puesta en marcha definitiva de esta unidad de referencia del hospital Virgen de la Arrixaca y de esta otra unidad de referencia del área del Mar Menor o el área de Cartagena en el hospital de Los Arcos.

SR. CORONADO ROMERO (PRESIDENTE):

Muchas gracias, señor Navarro.

En el turno de réplica por parte del consejero, el señor Villegas tiene la palabra durante cinco minutos.

SR. VILLEGAS GARCÍA (CONSEJERO DE SALUD):

Señor Navarro, yo atiendo al escrito que tengo aquí, de fecha 5 de junio, que dice: «¿Cuáles son las razones por las que no se ha cumplido la moción?». Si el escrito hubiera puesto «cuál es la situación de la moción?», pues yo hubiera dicho ahora mismo... ¿Entiende? Yo me baso en la respuesta a lo que tengo escrito. Si ahora me dice que no, que sabe que estamos trabajando y que quiere ver cómo estamos, pues no hay ningún problema, pero entiendo que me tengo que ajustar a lo que preguntan por escrito, no a lo que dicen aquí que querían haber preguntado.

Pero, bueno, yo creo que como estamos los dos en la misma línea, que es que queremos que se haga lo antes posible, que es lo importante, ya le vuelvo a decir que en un par de meses estas unidades estarán en funcionamiento. A mí también me hubiese gustado que esto se hubiera puesto en marcha antes, pero a veces tenemos dificultades de todo tipo, usted lo sabe, que estas cosas son complejas, pero, bueno, lo importante es que las unidades de disfagia, sobre todo por los pacientes y familiares, sean una realidad antes de final de año.

Muchas gracias.

SR. CORONADO ROMERO (PRESIDENTE):

Muchas gracias a usted, señor Villegas.

SR. NAVARRO JIMÉNEZ (VICEPRESIDENTE):

Señorías, a continuación corresponde la [interpelación en comisión sobre razones para la presentación del proyecto Caprimur, de reducción de derivaciones al cardiólogo](#), formulada por don Domingo Coronado Romero, del Grupo Parlamentario Popular.

Tiene la palabra el señor Coronado.

SR. CORONADO ROMERO:

Muchas gracias, señor presidente.

Buenos días, señor consejero.

Miren, si hablásemos de accesibilidad en los tiempos actuales y cada vez más, la accesibilidad en el sistema sanitario público va a ser la máxima. Es decir, yo creo que los profesionales sanitarios tienen que estar en la cabecera de los pacientes o en la casa de los pacientes aunque ni siquiera estén enfermos, para llevar a cabo labores preventivas.

Yo creo que la medicina está cambiando mucho. Yo creo que cada vez más tenemos que prestar la asistencia lo más próxima posible a la ciudadanía, y por lo tanto los médicos de familia tendremos que aprender a desarrollar habilidades en colaboración con los otros médicos especialistas que traba-

jaban en el ámbito hospitalario para facilitar la vida a las personas que necesitan de cuidados sanitarios. Era habitual hasta hace poco que cuando llegábamos a problemas complejos relacionados con la hipertensión arterial, o con una persona que tiene palpitaciones, o con alguien que se desmaya, acudiésemos al especialista o lo derivásemos al hospital.

Yo creo que la relación entre cardiógrafos y médicos de la atención primaria cada vez tiene que ser más fluida, y sobre todo tenemos que aprender a utilizar de manera eficiente los recursos. Es decir, no es igual atender a un paciente en su hábitat que atender a un paciente fuera de su hábitat. Atender a paciente en su hábitat significa que le ahorramos el desplazamiento al centro especializado, significa que además le damos seguridad, porque al no desplazarse no tiene que coger un coche ni ningún vehículo, con lo cual no sufre ningún riesgo, y sobre todo yo creo que lo que le damos a entender al paciente es lo que llevamos mucho tiempo intentando y que hay que demostrarlo cada vez más, y es que de verdad son los dueños del sistema y están en el centro del sistema, que ellos son los que mandan y lo que quieren es que estemos a su lado.

Cuando yo leí la primera vez el proyecto Caprimur, bueno, lo que era un esbozo, me pareció que era interesante, aunque puede suscitar algunas dudas. Es decir, hay ocasiones en las que la imagen que tiene la ciudadanía es que el especialista es el que le va a resolver los problemas, y ahora lo que vamos a intentar es demostrar a la ciudadanía que el especialista, en colaboración con el médico de familia, seguramente va a ser más eficiente en el tratamiento de sus problemas y lo va a tratar de manera más segura. Por eso me gustaría que nos contase usted, porque me parece que es interesante, en qué consiste el proyecto Caprimur y qué objetivos pretende la Consejería de Salud con su desarrollo.

Muchas gracias, señorías.

SR. NAVARRO JIMÉNEZ (VICEPRESIDENTE):

Para contestar a la interpelación tiene la palabra el señor consejero de Salud durante un período máximo de diez minutos.

Tiene la palabra, señor consejero.

SR. VILLEGAS GARCÍA (PRESIDENTE):

Muchas gracias, señor presidente.

Señorías, señor Coronado, la verdad es que cómo no voy a entender la relación estrecha que existe entre cardiología y medicina de familia, cuando sabe que yo soy cardiólogo y médico de familia y me levanto de cardiólogo y me acuesto como médico de familia, con lo cual fijese si entiendo esa relación.

La cardiología es una de las especialidades que más ha avanzado en estos últimos años, tanto en el aspecto de diagnóstico como en el aspecto terapéutico, y sobre una base investigadora muy potente que obliga a incorporar, como sabe, todas las novedades muy rápidamente. Esto hace y ha hecho que los médicos de familia a veces se sientan y haya habido un desfase entre su formación y cómo está la cardiología en el mundo actualmente.

Entonces, ¿qué hemos hecho o qué se ha hecho? Se ha desarrollado un modelo de trabajo en equipo y coordinación entre ambos ámbitos asistenciales, efectivamente, para beneficiar al paciente, y por eso se ha puesto en marcha este proyecto que hemos denominado Caprimur (Cardiología Primaria de Murcia).

Se ha hecho un documento que está aquí, que lo he traído por si ustedes lo quieren ver, que está compuesto por las rutas asistenciales y las recomendaciones consensuadas entre cardiología y atención primaria. Ya no se trata de que el cardiólogo diga al médico de familia cómo tiene que hacer las cosas, sino que se pongan en contacto las dos especialidades y que lleguen a acuerdos, así como una línea formativa en cardiología para optimizar la atención integrada de los pacientes de la Región de Murcia.

Como apoyo a este proyecto han sido desarrolladas, por la Subdirección General de Tecnologías de la Información, herramientas informáticas en el ámbito de la telemedicina, que facilita una comunicación entre los profesionales responsables de la asistencia.

El programa formativo se ha diseñado por los coordinadores de dicho proyecto y ha sido validado por un grupo amplio de médicos de atención primaria, apoyados por la Unidad de Desarrollo Profesional de la Dirección General de Recursos Humanos, del Servicio Murciano, para realizar un despliegue en todas las áreas en colaboración con la Dirección General de Asistencia Sanitaria.

En una primera fase se ha programado una actividad formativa, que se ha denominado «Visión práctica de la cardiología para optimizar la atención integral de los pacientes de la Región de Murcia», consistente en sesiones formativas mensuales dirigidas a todos los médicos de primaria, en la modalidad de teleformación. Metodología innovadora que se apoya en las nuevas tecnologías, con el objeto de conseguir una máxima participación de los médicos de atención primaria y que además esta interacción sea muy rápida.

El contenido de las sesiones es eminentemente práctico, basado en el estudio de las patologías más prevalentes de cardiología, mediante la presentación de casos prácticos, y que se va actualizando progresivamente con el fin de introducir cualquier avance en el conocimiento del manejo al paciente cardiológico.

Las sesiones que conforman la actividad formativa se llevan a cabo de forma simultánea, como digo, en todos los centros, y va a tener una duración de un año, que se prolongará más adelante con vocación de mantenerse en el tiempo, para actualizar el conocimiento que tienen los profesionales respecto a la cardiología.

El 5 de junio pasado se celebró la primera sesión y la asistencia y participación superó las expectativas de los organizadores. En total participaron más de 250 médicos de atención primaria de un total de 72 centros de salud, y hoy mismo, 23 de octubre, se habrá celebrado a primera hora de la mañana la cuarta jornada de estas características. Esta formación está acreditada y a disposición de los profesionales de todas las áreas de salud.

Las actividades formativas incluyen también reuniones presenciales de cardiólogos y médicos de atención primaria. El proyecto Caprimur dispone además de una cuenta en la red social Twitter, un recurso empleado fundamentalmente con fines docentes. A través de la misma se publican casos clínicos a diario, esquemas y resúmenes sobre aspectos prácticos en Cardiología y convocatorias a los diferentes cursos programados en el calendario del proyecto.

Caprimur es un proyecto que nació en el área de salud de Murcia-Oeste, donde se ha podido constatar las ventajas de la implantación de la telemedicina y los tiempos de mejora en el servicio al paciente, disminuyendo las demoras.

Tras una primera fase de extensión a la totalidad del área I, durante este trimestre se está procediendo a su extensión progresiva en el resto de áreas de salud, que ya cuentan en su totalidad con la posibilidad técnica de utilizar consultas de telemedicina entre atención primaria y los servicios y unidades de cardiología.

Están ya plenamente integrados en el programa 26 centros de salud, y los buenos resultados en cuanto a la eficiencia del proyecto nos lleva a impulsar su extensión progresiva, de modo que tendremos el objetivo de que esté implantado en otros veintiséis centros antes de final de año y en la totalidad a final del ejercicio 18-19.

Aunque los resultados analizados nos impulsan a una extensión rápida en el proyecto, hay que tener en cuenta lo complejo que es cambiar modelos asistenciales que implican a centenares de profesionales, la necesidad de monitorizar la mejora de datos asistenciales en cada una de las áreas, con características en ocasiones diferentes entre sí, y transformación continuada que esperemos que dé estabilidad en el tiempo a la iniciativa, de forma que los datos recogidos hasta el momento indican que solo en un 26% de los casos los pacientes compartidos en el proyecto necesitan desplazarse al centro hospitalario, y en el caso de hacerlo la coordinación entre profesionales la realizan en consultas de alta resolución, de modo que al paciente se le realiza en una misma jornada la consulta de cardiología y las exploraciones complementarias y necesarias para su diagnóstico y tratamiento.

Al margen del alto grado de satisfacción que estas consultas generan en el paciente, el proyecto espera conseguir una elevada tasa de eficiencia en el uso de exploraciones complementarias. La finalidad de este proyecto es seguir cumpliendo con los objetivos que nos hemos propuesto desde esta Consejería para asegurar una atención rápida a los pacientes y facilitarles el acceso más eficaz a los

servicios sanitarios. Gracias a las herramientas que a través de estos canales de información estamos dando a la atención primaria, los médicos de familia pueden tratar y hacer seguimiento de distintas patologías cardíacas, a lo que se suma la inversión que estamos realizando de equipamiento para dotar a los centros de salud de electrocardiógrafos digitales y al Servicio Murciano de Salud de una central de electrocardiografía corporativa capaz de almacenar y posibilitar el análisis detallado de los electrocardiogramas por parte de los profesionales, asegurando así su mayor capacidad resolutive.

Este proyecto de coordinación entre médicos de familia y cardiólogos pretende mejorar la continuidad asistencial, la formación bidireccional, el uso eficiente de los recursos y aumentar el grado de satisfacción de los pacientes.

Buscamos el equilibrio del sistema optimizando los recursos y la información entre el especialista y los médicos de familia. Los resultados obtenidos durante el desarrollo en el área I son muy satisfactorios y por eso lo estamos extendiendo a todas las áreas de salud.

Señorías, queremos seguir trabajando en esta línea porque los avances de la cardiología requieren de una formación continua adecuada y mejorar la relación que existe entre niveles asistenciales más especializados, y esto será así en todas y en cada una de las especialidades. Por eso esta guía pone la tilde en la necesidad de crear canales interconectados entre los médicos de familia y los especialistas, con el fin de establecer criterios de derivación y seguimiento que mejoren el sistema y reduzcan las demoras en beneficio de la organización y del usuario.

Muchas gracias.

SR. NAVARRO JIMÉNEZ (VICEPRESIDENTE):

Gracias, señor consejero.

Parece que no hay turno de réplica del interpelante, con lo cual agradecemos la explicación del consejero y damos paso a la siguiente interpelación.

SR. CORONADO ROMERO (PRESIDENTE):

Bien, señorías, vamos a pasar a desarrollar la [Interpelación número 57 en comisión, sobre irregularidad en la convocatoria de pruebas selectivas para cubrir tres plazas de técnico auxiliar no sanitario](#), formulada por don Juan José Molina Gallardo, del Grupo Parlamentario Ciudadanos-Partido de la Ciudadanía.

El autor de la interpelación tiene derecho a desarrollarla durante diez minutos. Tiene la palabra el señor Molina Gallardo.

SR. MOLINA GALLARDO:

Gracias, señor presidente.

Buenos días, señor consejero.

En la Ley 55/2003, que es legislación consolidada, publicada en el Boletín Oficial del Estado, en el artículo 15 dice: «Corresponde al Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad la aprobación de un catálogo homogéneo donde se establecerán las equivalencias de las categorías profesionales de los servicios de salud». Es decir, el Ministerio de Sanidad establece unas categorías profesionales de todos los trabajadores que hay trabajando para los servicios de salud, para que haya una homogeneidad, lógicamente.

En el año 2002, cuando el Insalud se transfiere a la Comunidad Autónoma de Murcia, se adquieren las competencias, los cocineros, junto con el resto de trabajadores (estamos hablando en este caso de una irregularidad en una convocatoria de oposición de cocineros), pues los cocineros pasan con el resto de trabajadores en una categoría, en un grupo o subgrupo profesional, que es el C1, pasan con categoría C1, y con una titulación requerida de Técnico de Cocina, que es una FP2.

El SMS en el 2002 saca un decreto de opciones y dice que los cocineros están en el C2, o sea, cambian la categoría de los cocineros. De manera que los fijos que pasaron del Insalud al SMS se quedaron con C1, porque, lógicamente, no los iban a degradar de categoría, pero los nuevos cocine-

ros que entraban, por ese decreto de opciones que hizo el SMS, entraban con el C2, que es una categoría inferior, en la que se cobra menos y además la titulación que se exige también es distinta.

Eso sigue ocurriendo en la actualidad, es decir, se sigue contratando a los cocineros, a los que hacen sustituciones o trabajos eventuales, en la categoría C2, que, como digo, es una categoría inferior, y, según las noticias que yo tengo, solo hay un hospital donde se contrata bien, se contrata a todos en el C1, que es en la Arrixaca. En el resto, a estos trabajadores se les contrata con el C2 ya, lo cual es ya algo difícil de explicar por qué en un hospital se hace de una manera, en la Arrixaca, todo se contrata con esa categoría, que es la que dice el Ministerio que tienen, y en el resto se les contrata con una categoría inferior. Yo entiendo que es una cosa bastante difícil de explicar, por qué se está haciendo eso, teniendo en cuenta que ambos realizan el mismo trabajo. Mismo trabajo, categorías distintas y sueldo distinto.

Bien, además de eso, en el año 2015 sale un decreto, un Real Decreto, el 184/2015, de 13 de marzo, por el que se regula el catálogo homogéneo de equivalencias de las categorías profesionales del personal estatutario de los servicios de salud y el procedimiento de su actualización. Es decir, hacen un decreto para que todas las comunidades que tienen sus competencias actualicen esa clasificación de los trabajadores para que haya homogeneidad en todas, y vuelve a remarcar que los cocineros son C1 una titulación de Técnico de Cocina, una FP2, módulos que se llaman ahora.

Bueno, pues a pesar de eso, de ese decreto, que lo remarca en el 2015, se hace una convocatoria de oposiciones en la que se permite el acceso a la categoría de cocinero con una titulación inferior a la requerida y encuadrada en el grupo C2, es decir, sabiendo que los cocineros son C1 y que es la norma nacional, se hace una convocatoria encuadrándolos en el C2, que requiere una titulación inferior y que por supuesto van a cobrar menos en el momento en que se les contrate.

¿Por qué hace el Ministerio este decreto de actualización? Porque, entre otras cosas, si en una región los cocineros son C1 y se quieren trasladar a otra región, como Murcia, y pasan a ser C2, pues, lógicamente, no puede ser que al cambiarte de región se te degrade de categoría, no tiene ningún sentido. Si alguien viene a sustituir a un cocinero, por ejemplo, del Reina Sofía, que parece ser que es el único hospital no homologado donde incluso los fijos están contratados con C2, si alguien viniera de otra comunidad a sustituir a un cocinero del Reina Sofía, bajaría de categoría, pasaría a ser C2, y además tendría esa discriminación salarial, porque el C2 cobra menos que el C1.

De manera que los cocineros fijos cobran más que los temporales, los que vienen a hacer sustituciones y contratos eventuales, haciendo el mismo trabajo. Y además, según la información que yo tengo, los fijos del Reina Sofía cobran menos que los fijos del resto de hospitales, porque en ese hospital parece ser que no están homologados e incluso los fijos están en el C2, lo cual, como digo, es una discriminación.

Y no me meto en la bolsa de trabajo, porque no estoy muy seguro pero no me extrañaría que estuviera mezclada gente con la titulación adecuada, técnicos de cocina, con gente que no la tiene, porque como luego los contratan con el C2, que es una titulación inferior, les permitiría tener ahí mezclada a gente que tiene la titulación y gente que no la tiene.

Lo que estoy diciendo es, primero, que se está haciendo mal, porque se contrata con categorías distintas. Y, segundo, que es lo que estoy diciendo en la interpelación, se ha convocado una oposición con una categoría inferior a la que dicen las normas estatales que tienen los cocineros.

Muchas gracias.

SR. CORONADO ROMERO (PRESIDENTE):

Muchas gracias a usted, señor Molina Gallardo.
Tiene la palabra el consejero de Salud, señor Villegas.

SR. VILLEGAS GARCÍA (CONSEJERO DE SALUD):

Señor presidente, señorías.

Señor Molina, admiro su tenacidad con las interpelaciones y preguntas relacionadas con los re-

cursos humanos del Servicio Murciano de Salud. No sé si es que está interesado en este aspecto del sistema sanitario especialmente, que, efectivamente, es un problema clave en la tarea asistencial, pero lo que ocurre es que nos perdemos en cuestiones que lamentablemente solo tienen respuesta desde la farragosidad del entramado normativo, que me obligan a plagar mi intervención de referencias legales.

Usted me solicita que explique las razones por las que no he exigido al gerente del Servicio Murciano de Salud que se ajuste al requisito de titulaciones exigido por el Real Decreto que usted ha comentado precisamente, el 184/2015, de 13 de marzo, suspendiendo la convocatoria de plazas y retro trayendo las actuaciones para que se subsane en las mismas el requisito de titulación.

No es una cuestión discrecional, señor Molina, es una cuestión de ajustarnos a la legalidad vigente y a los acuerdos de los órganos de negociación. Por acuerdos de 10 de diciembre de 2015 y 16 de marzo de 2016 del Consejo de Administración del Servicio Murciano se aprobaron las ofertas de empleo público del citado ente. En ellas se convocaba, dentro de la categoría de Técnico Auxiliar Especialista, opción Cocina, una plaza por el turno libre y dos plazas por el turno de promoción interna.

En dichos acuerdos se indicaba que los requisitos de titulación para participar en los procesos selectivos que se deriven de la presente oferta de empleo serán los que establezca el Decreto 119/2002, de 4 de octubre, por el que se configuran las opciones correspondientes a las categorías del personal estatutario del Servicio Murciano en los momentos de la publicación de las correspondientes pruebas selectivas.

De conformidad con ello, el 30 de diciembre de 2017 fue publicada la Resolución de 28 de diciembre del mismo año del director gerente del Servicio Murciano de Salud, por la que se convocan pruebas selectivas para cubrir tres plazas de la categoría de técnico auxiliar no sanitario, opción cocina, por los turnos de acceso libre y promoción interna.

En la base específica 3 de la resolución del director gerente, mencionada en el párrafo anterior, se indican los requisitos de los candidatos, entre los que se incluyen en el punto 3.2: «Estar en posesión del título de Técnico en Hostelería y Turismo, ciclo Cocina o equivalente, o en condiciones de obtenerlo dentro del plazo de presentación de solicitudes por haber abonado los derechos para su expedición».

El Real Decreto 184/2015, de 13 de marzo, por el que se regula el catálogo homogéneo de equivalencias de las categorías profesionales del personal estatutario de los servicios de salud y el procedimiento para su actualización, se dicta, al amparo del artículo 149.1.18 de la Constitución, por el que se constituyen en bases de régimen estatutario del personal incluido en su ámbito de aplicación. El citado Real Decreto en su exposición de motivos indica que permitirá que el personal estatutario pueda acceder a plazas vacantes de otros servicios de salud, mejorando la calidad de la asistencia y haciendo efectiva la garantía de su movilidad en todo el Sistema Nacional de Salud. Y en su artículo 1 añade que «tiene por objeto garantizar la movilidad en términos de igualdad efectiva del personal estatutario del conjunto del Sistema Nacional de Salud».

De acuerdo con lo anterior, el objeto del citado Real Decreto es establecer las condiciones y criterios básicos de las convocatorias de los concursos de traslados. Sin embargo, no establece ninguna relación con las titulaciones a exigir en las convocatorias de pruebas selectivas.

En el Servicio Murciano de Salud, el Decreto 119/2002, de 4 de octubre, por el que se configuran las opciones correspondientes a las categorías de personal estatutario del Servicio Murciano de Salud, establece en su anexo I la relación de opciones estatutarias y las titulaciones exigidas para el acceso a las mismas. Entre las citadas categorías y opciones se recogen las opciones de: restauración, que se encuadra en la categoría de Técnico Especialista no Sanitario, del grupo C (C.1); y la de cocinero, encuadrada en la categoría de Técnico Auxiliar no Sanitario, del grupo D (C.2), exigiéndose para la primera la titulación de Técnico Superior en Hostelería y Turismo, ciclo Restauración, y para la segunda el de técnico de Hostelería y Turismo, ciclo Cocina.

En el anexo II se describen las funciones más relevantes de cada una de las categorías, señalando como propias de la restauración la de administrar el área de restauración, diseñando su oferta gastronómica, mientras que la opción cocina, grupo D, es la de ejecutar todas las operaciones de manipulación, preparación, conservación y presentación de toda clase de alimentos. Por tanto, las funciones de un técnico especialista no sanitario, opción restauración, y las de un técnico auxiliar no sanitario, op-

ción cocina, son, como ve, totalmente diferentes.

El artículo 21 de la Ley 5/2001, de Personal Estatutario del Servicio Murciano de Salud, dispone que la oferta de empleo público incluirá las plazas vacantes dotadas presupuestariamente cuya cobertura por personal estatutario fijo a través de los sistemas de acceso libre o promoción interna se considere necesaria en el correspondiente ejercicio presupuestario.

Como conclusión, señor Molina, y a la vista de lo expuesto, entra en el ámbito de la potestad de la autoorganización de la Administración la capacidad de esta para determinar cuáles son sus necesidades de personal y proceder a la convocatoria de nuevas plazas, de conformidad con ello.

Por tanto, si el Servicio Murciano de Salud, en el ejercicio de dicha capacidad y en el marco de su planificación global, considera que sus necesidades en el momento de la aprobación de la oferta de empleo se corresponden con la categoría de restauración o de cocina, atendiendo a las distintas funciones que tiene encomendadas, debe proceder a ofertar las plazas que así considere de las respectivas categorías, todo ello de conformidad con el marco legal existente y previa negociación en el marco de la mesa sectorial de sanidad, mesa en la que se negociaron las ofertas públicas de empleo de los años 14, 15, 16, 17, 18 y extraordinaria, así como su publicación en el diario oficial de la Comunidad.

Muchas gracias.

SR. CORONADO ROMERO (PRESIDENTE):

Muchas gracias a usted, señor Villegas.

En el turno de réplica para el interpelante, durante cinco minutos tiene la palabra el señor Molina Gallardo.

SR. MOLINA GALLARDO:

Muchas gracias, señor presidente.

Sí, es farragoso, es verdad, empezamos aquí a tocar leyes.

Yo he intentado sacar un poco conclusiones de lo que ha estado leyendo, y la conclusión que saco es que ustedes se han basado para hacer esta convocatoria en el Decreto 119 de 2002, decreto del Servicio Murciano de Salud, que obvia el Decreto 184/2015, que he leído yo. Es decir, ustedes hicieron un decreto, una vez que cogieron las transferencias, donde dijeron que los cocineros eran C2, a pesar de que ya los cocineros que se les transfirieron eran C1 y a pesar de que hay un decreto posterior de 2015 donde dice que son C1, pero ustedes se basan en el suyo propio que tienen, donde dicen que pueden ser C2. Y además en esa convocatoria dice que «aquellos que tengan la titulación requerida o que puedan sacársela». Me parece estupendo, yo contrato a un señor que digo «la titulación es esta, pero, bueno, si no tiene y puede sacársela, también lo admito». Yo imagino que si hiciéramos eso... En cocina, por lo visto, puede entrar cualquiera, hacer allí comidas, y no pasa nada. Como no es importante... Imagino que con un cirujano no dirán lo mismo, no le dirán «si tiene usted la titulación de cirujano, pero si no la tiene y se la puede sacar usted, también lo admitimos». Ahí seguro que no van a permitir que entre nadie sin la titulación adecuada. En la cocina sí, porque se ve que la cocina no es importante, pero, en fin, yo creo que lo que comemos es importante.

El Decreto este 184, efectivamente, usted lo ha dicho, buscaba la movilidad. Ya lo he dicho yo, claro, la movilidad y la homogeneidad, porque si yo soy cocinero en Albacete y me quiero trasladar a Murcia y soy C1, me quiero trasladar en mi categoría C1, no en la categoría que se han inventado en Murcia, que es distinta y encima me van a pagar menos.

Y, además, ¿qué explicación tiene que en esta región por el mismo trabajo unos cocineros cobren más que otros? ¿Por qué los que están en C1 cobran más que los que están en C2, cuando hacen el mismo trabajo? De hecho, los del C2, la mayoría, vienen a sustituir a uno del C1, porque está de vacaciones, o se ha ido de excedencia, o lo que sea. ¿Eso qué explicación tiene? Yo es que no le encuentro explicación, porque al mismo trabajo, mismo salario. Eso lo admitimos todos, y aquí hay un problema. Ustedes se han inventado una categoría, en aquel momento, en el 2002, por las circunstan-

cias que fuera, yo no lo sé, y siguen manteniéndola, siguen manteniendo algo que a todas luces tiene muy difícil explicación, por mucho que usted se ampare en todas las normativas que quiera, y le estoy diciendo que su normativa de 2002 va en contra de otra de 2015, que es del Ministerio de Sanidad, nacional.

Yo, de verdad, busque todas las explicaciones que quiera a nivel de normativas y tal. Yo creo que lo están haciendo mal. Muchas veces se lo digo, si se hace una cosa mal, bueno, pues vamos a arreglarla. Yo no le echo la culpa a usted, si usted ha llegado después, si usted se ha encontrado todas estas cosas, pero si eso no se está haciendo bien, por qué no lo arreglamos, por qué intenta buscarle justificación, por qué tiene que justificar algo que no se hace bien, que encima lo hicieron mal otros. Si eso no es culpa suya, pues arréglole. Solo estoy diciendo que no pueden estar en C2 los cocineros cuando los otros están en C1, que son todos C1, porque lo dice el Ministerio, y todos tienen que cobrar lo mismo. Arréglole, no justifique lo que está mal, porque eso, a todas luces, yo creo que usted lo entiende. No está bien y justificarlo no nos lleva a ningún sitio que suponga mejoras.

Muchas gracias.

SR. CORONADO ROMERO (PRESIDENTE):

Muchas gracias a usted, señor Molina Gallardo.

En el turno de dúplica, por el Consejo de Gobierno durante cinco minutos tiene la palabra el consejero de Salud, señor Villegas.

SR. VILLEGAS GARCÍA (CONSEJERO DE SALUD):

Hay una cosa, señor Molina, que creo que no la ha debido de decir, o por lo menos no la ha expresado bien, no lo ha entendido, porque lo que decía exactamente es que la gente pueda acceder si ha solicitado la plaza y ha abonado los derechos para la expedición del título en posesión, no es que yo pueda sacar un título. Es que ha hecho la referencia respecto a los cirujanos, y lo que yo quería decir era que si una persona es cocinero, ha pagado la titulación pero todavía no tiene el título, ha pagado las tasas, puede presentarse. Eso es lo que quería decir, no que ahora me presento y ya veré luego si saco el título, no se trata de eso. O sea, en definitiva, es si tiene titulación, ha pagado las tasas pero todavía no tiene la titulación, también se le dejaba presentarse.

Pero, bueno, señor Molina, por centrarnos, estamos inmersos en la mayor oferta de empleo público de la historia del Servicio Murciano de Salud, concatenamos las ofertas de empleo del 14, 25 y 16 con las sucesivas anuales y la extraordinaria aprobada por el Ministerio, y todo se ha hecho y realizado de acuerdo con las organizaciones sindicales, como legítimos representantes de los trabajadores y de los que aspiran a serlo en un futuro.

Hasta la fecha hemos realizado los exámenes del 65% de las 89 categorías previstas, es decir, 58, que se corresponden con 1.104 plazas de las 1.250, y en total 57.054 opositores convocados y 39.998 presentados, un 70,11%. Y todo se ha hecho conforme a lo acordado en la mesa sectorial y así se va a seguir haciendo.

Con ello lo que le vengo a decir es que ahora mismo lo más importante que tenemos es estabilizar a estas 1.250 personas, a estos 6.000 que van a venir en la OPE extraordinaria, y luego ya nos acordaremos de qué pasa con las categorías C1... A ver si me entiende, tenemos un problema muy serio ahora mismo, que es trabajar en la OPE y que todo esto salga bien, antes que ponernos a ver si exactamente el cocinero de algún sitio es C1 y está ejerciendo las mismas funciones, que en principio parece, según dice el Servicio Murciano, que son categorías y hacen cosas distintas. Pero, bueno, no quiere decir que no lo vayamos a estudiar, señor Molina. Lo que le vengo a decir es que ahora mismo tenemos un problema mucho más serio ahora mismo, que es que la OPE salga bien, y en esto sí que nos estamos jugando muchísimo, porque el 25% de la gente que está trabajando para el Servicio Murciano va a estar estabilizada, esperemos que en el próximo año o en el siguiente.

Gracias.

SR. CORONADO ROMERO (PRESIDENTE):

Muchas gracias a usted, señor Villegas.

Pasamos a la pregunta oral en comisión sobre cómo valora los tiempos de espera para acceder a los servicios de Atención Primaria de Salud en el Área III de Salud de la región, dirigida a la Consejería de Salud, formulada por doña Mari Ángeles García Navarro.

El artículo 177 dice que el tiempo para la tramitación de cada pregunta oral no podrá exceder de diez minutos, repartidos a partes iguales por el presidente entre el diputado que la formula y el Consejo de Gobierno.

La autora de la pregunta, para formularla, tiene la palabra. Señora García Navarro.

SRA. GARCÍA NAVARRO:

Gracias, señor presidente.

Buenos días, señor consejero.

La pregunta es muy sencilla. ¿Cómo valora los tiempos de espera para acceder a los servicios de atención primaria de salud en el área III de salud de la Región de Murcia, y, por concretarlo más, en los centros de salud del municipio de Lorca? ¿Tiene usted conocimiento de que para ser atendido en los centros de salud de Lorca en ocasiones hay que esperar más de una semana y en algún facultativo que otro incluso llega la demora a doce días, y no estoy contemplando los veinte días de demora que había en el período estival?

Para mi Grupo Parlamentario, estas demoras son alarmantes, indignantes e injustas, y sobre todo las sufre la población de Lorca.

¿Sabe usted qué ocurre cuando las personas solicitan ser atendidas en atención primaria y tienen que esperar tantos días? Pues que finalmente, aun no siendo para un procedimiento de urgencia, acaban en la puerta de urgencias del Rafael Méndez. ¿Y cuáles son las consecuencias de acudir a urgencias al hospital? Que se colapsa el servicio de urgencias, y este colapso lo que nos viene a decir es que es un síntoma claro de que algo no está funcionando bien, y, lejos de adoptar medidas, soluciones, estructurales y de personal, las medidas que se vienen adoptando en esta área son medidas parche que no vienen a aliviar un síntoma que se puede tratar como leve, sino que es un problema crónico de esta área III, y en concreto de Lorca.

Las urgencias se encuentran en el nudo en el que se enlaza lo extrahospitalario con lo hospitalario, y si no funciona bien la atención primaria, por falta de personal, por reducción de horario o por falta de centros de salud, las urgencias se saturan.

Así que: ¿cómo valora usted esta demora en el acceso a los servicios de atención primaria?

Gracias.

SR. CORONADO ROMERO (PRESIDENTE):

Muchas gracias a usted, señora García Navarro.

Por parte del Consejo de Gobierno, para contestar tiene la palabra el consejero de Salud, señor Villegas.

SR. VILLEGAS GARCÍA (CONSEJERO DE SALUD):

Señor presidente, señorías.

Señora García Navarro, es cierto que en el área III de salud, de Lorca, arrastramos demoras de primaria que se alejan bastante de la media regional, y le aseguro que esto, efectivamente, nos preocupa. En el área III hay 98 consultas de medicina familiar y comunitaria distribuidas en diez equipos de atención primaria. 75 consultas alcanzan el objetivo de una demora de 48 horas mientras que 23 consultas registran una demora superior.

Totana-Norte, Águilas-Sur, Lorca-La Paca, Lorca-Centro y Lorca-Sutullena están dentro de los ratios regionales, mientras que Puerto Lumbreras, Águilas-Norte, Totana-Sur, Lorca-San José y Lorca-San Diego son los que más dificultades tienen, especialmente este último.

La falta de profesionales en bolsa y las libranzas de profesionales que realizan atención continuada y que no pueden ser sustituidos son los principales factores que influyen en estas demoras, a los que se suma que otros compañeros son los que tienen que asumir el cupo del sanitario ausente y esto qué duda cabe que produce esta demora. Pero le aseguro, señoría, que se está trabajando con los equipos de atención primaria para que actúen sobre estas demoras, para que las citas de los pacientes con la configuración de agendas puedan facilitar el acceso a todos los ciudadanos.

Muchas gracias.

SR. CORONADO ROMERO (PRESIDENTE):

Muchas gracias a usted, señor Villegas, consejero de Salud.

Tiene la palabra la señora diputada, García Navarro, en el turno de réplica, para repreguntar durante dos minutos.

SRA. GARCÍA NAVARRO:

Gracias, señor presidente.

Señor consejero, me hubiese gustado que su respuesta no hubiese sido la frase que más utiliza usted, que es que todo es susceptible de mejorar y que todo lo están estudiando.

Me hubiese gustado que hubiese concretado mucho más la respuesta, porque la realidad es que esta situación la están sufriendo muchísimas personas de esta área III y en concreto de determinados centros de salud, como usted nombraba, en Lorca, en el que también incluiríamos Sutullena. Usted ha dicho que está dentro de la media regional pero por lo que nos llega no es así.

Con esta pregunta estamos hablando de accesibilidad, un derecho que viene reconocido por la Ley de cohesión y calidad en el Sistema Nacional, pero que en el área III vemos cómo queda en papel mojado en relación con las diferencias que se manifiestan con otras áreas de salud de la Región.

Como le decía, para mi grupo estas demoras son alarmantes, y no solamente para mi grupo, para la población de Lorca e incluso para el Defensor del Pueblo, que ya instó al Gobierno regional a que tomase medidas, medidas concretas con plazos concretos para poder solucionar lo que estaba ocurriendo en el área III de Lorca.

En cuanto a esas medidas que ustedes han impulsado en esta área, hay que reconocer que ha mejorado la actividad quirúrgica, han aumentado el número de quirófanos, pero al mismo tiempo no aumentan el número de camas, por lo tanto, se colapsan los pasillos.

También sigue aumentando el gasto destinado a la actividad concertada. Y si hablamos de la gestión del resto de listas de espera, podemos decir que es desastrosa. De junio de 2017 a junio de 2018 aumentan las consultas externas en doce días, llegando la demora a 97 días en total. La de pruebas diagnósticas aumenta 4 días.

¿Realmente qué está pasando en el área III? Que está fallando la gestión desde el primer nivel asistencial. La atención primaria es considerada como el mejor nivel que resuelve los problemas de los pacientes, el más efectivo y el que mejora más la calidad de la atención de la salud en relación con las inversiones que en él se producen y vemos que aquí está fallando. Además, la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud, esa cuestión que tanto nos preocupa a todos pero que ustedes traducen en recortes, pues reside en la eficiencia y capacidad resolutive de la atención primaria, pero difícilmente se puede mantener una atención primaria eficiente y resolutive si se mantienen consultas masificadas de manera permanente. Así que las medidas que ustedes han llevado a cabo en esta área -también podríamos hablar del área II, pero hoy estamos hablando en concreto del área III- ni son eficientes ni suficientes.

Si no se dota a Lorca de las infraestructuras necesarias ni de la plantilla suficiente, que en el caso de los facultativos de atención primaria el sindicato médico cifra en número de 22, es un acto de responsabilidad por su parte, porque vamos a seguir manteniendo esa saturación de las consultas.

Así que la respuesta que usted me ha dado no sirve. Para que sea una respuesta válida tendría que haberme dicho cuándo esperan aumentar las plantillas de los centros de salud, cuándo van a abrir, cuándo van a empezar los trámites para poner en marcha el centro de salud de San Cristóbal, cuándo

se va a aumentar la consulta de pediatría de San Diego, y así etcétera, etcétera, pero no me lo ha dicho.

Y además son medidas que vienen recogidas en el famoso PAIMAP, ya viene contemplado el aumento de las infraestructuras, el aumento de la plantilla... Entonces, si ya tienen el estudio hecho y ya lo tienen recogido, por qué no se pone en marcha en esta área de Lorca, por qué sigue siendo un área tan abandonada.

Entendemos que para tener un sistema de salud de calidad necesitamos una atención primaria fuerte, pero, lamentablemente y a pesar de lo que ustedes dicen, para el Gobierno del Partido Popular en la Región no es así, y los hechos lo demuestran y los datos corroboran lo que estamos diciendo. Pongan en marcha medidas eficientes y sin demora porque la población de Lorca lo está sufriendo.

Gracias.

SR. CORONADO ROMERO (PRESIDENTE):

Gracias a usted, señora García Navarro, por consumir también el doble de tiempo de los dos minutos, pero, bueno, da igual, está bien. Ya saben ustedes que yo utilizo el micrófono como señal, no me ha mirado usted, señora García, pero da igual... No se preocupe, señora García Navarro, está usted en su derecho, no la he interrumpido.

Por el Consejo de Gobierno tiene la palabra el señor consejero durante un tiempo de tres minutos.

SR. VILLEGAS GARCÍA (CONSEJERO DE SALUD):

Bueno, vamos a concretar. Ya veo que a usted también le gusta concretar.

En el área III, a nivel asistencial estamos haciendo durante esta legislatura un esfuerzo como nunca antes se había hecho: más de 9 millones de inversión en el área. Hoy el Rafael Méndez, como bien ha comentado, tiene 9 quirófanos y no 5, como tenía antes, con una nueva área de reanimación posquirúrgica, una nueva área de obstetricia y ginecología, paritorios modernos individuales y una recién reformada área maternal.

Vamos a mejorar el centro de salud de San Diego y estamos avanzando en el proyecto de construcción de un nuevo centro de salud en San Cristóbal y en la reforma del Santa Rosa de Lima.

En el PAIMAP, efectivamente, están contempladas todas estas cosas y está puesto el cronograma de cómo se van a ir realizando. En el PAIMAP también dice que vamos a contratar a 28 nuevos profesionales. Entre estos, 7 médicos de familia y 3 pediatras (aunque en pediatría no hay demora fuera de lo normal).

Por lo tanto, señoría, si no nos preocupara Lorca, como nos preocupa, no estaríamos invirtiendo y trabajando en otros proyectos que van a mejorar la asistencia sanitaria, como el centro de alta resolución de Águilas.

El cronograma está hecho, yo creo que en los próximos meses... de hecho el tema de San Diego es de las próximas semanas, y lo que pasa es que sí que tenemos una planificación para ir haciendo las cosas de manera que podamos asumir el tema desde el punto de vista presupuestario.

Muchas gracias.

SR. CORONADO ROMERO (PRESIDENTE):

Muchas gracias a usted, señor Villegas, consejero de Salud.

Y pasamos a desarrollar la [pregunta número 16, pregunta oral en comisión sobre motivo por el que el Servicio Murciano de Salud se ha negado a sustituir las bajas por vacaciones en centros de Atención Primaria en Cartagena](#), dirigida al consejero de Salud por don Juan José Molina Gallardo, del Grupo Parlamentario Ciudadanos.

El tiempo para la tramitación de cada pregunta no podrá exceder de diez minutos, repartidos a partes iguales por el presidente entre el diputado que la formula y el Consejo de Gobierno.

Tiene la palabra el autor de la pregunta, el señor Molina Gallardo, representante del Grupo Parlamentario Ciudadanos-Partido de la Ciudadanía.

SR. MOLINA GALLARDO:

Muchas gracias, señor presidente.

Un día normal los médicos de atención primaria suelen atender una media de unos cuarenta pacientes. Cuando un compañero falta se ven en la obligación de tener que atender a menos pacientes suyos y coger al menos la mitad de los pacientes del cupo del otro compañero. Eso supone más o menos que se atiende a unos 60-70 pacientes por médico.

Esta saturación ya provoca retrasos en las citas, pues se van acumulando, lógicamente, esos que el médico tenía suyos, que no puede ver, que tiene que relegar porque tiene que ver a los otros, y cuando son días sueltos esas acumulaciones se pueden recuperar, a lo mejor son asumibles, pero cuando son períodos de vacaciones ya es absolutamente inasumible, porque ya son muchos días seguidos, mucha acumulación de pacientes y al final los cupos se hacen muy grandes y los retrasos también se hacen enormes.

Y eso es lo que ha ocurrido este verano en Cartagena, que parece ser que las vacaciones de los facultativos no se han cubierto, los que se han quedado han tenido que asumir esos pacientes que eran de los que estaban de vacaciones, y al final los retrasos se han hecho muy grandes, ha habido retrasos de 10-12 días. ¿Qué pasaba? Que muchos de esos pacientes, en vez de quedarse allí en el centro o ir incluso al centro de atención primaria, se iban directamente a las urgencias, porque pensaban que allí era más fácil que les atendieran. Con lo cual, ¿qué pasa? Que se van colapsando también las urgencias de los hospitales, que además ya tenían problemas y deficiencias porque faltaban médicos, en concreto faltaban dos en Santa Lucía, dos médicos de urgencias, y uno en el Rosell, este verano.

Por lo tanto, ¿qué es lo que estamos diciendo? Que las ausencias por vacaciones tienen que sustituirse con contratos de sustitución, como es lógico, como marca la ley, para que se mantenga al menos la calidad del servicio y no se produzcan estas acumulaciones, estos retrasos, y en definitiva la pérdida de calidad en el servicio. Además de que son épocas que se conocen, estos no son picos que surgen por una epidemia de repente, sino que esto son las vacaciones de verano, así que se tiene claro que va a ocurrir. ¿Por qué no se cubren esas ausencias? ¿Qué pasa, que no hay dinero, que no hay médicos, que no hay voluntad, qué es lo que ocurre?

SR. CORONADO ROMERO (PRESIDENTE):

Muchas gracias, señor Molina Gallardo.

Por parte del Consejo de Gobierno, para contestar tiene la palabra el señor consejero de Salud, el señor Villegas.

SR. VILLEGAS GARCÍA (CONSEJERO DE SALUD):

Señor Molina, quiero aclarar que el Servicio Murciano de Salud no se ha negado nunca ni se negará a sustituir las bajas por vacaciones. El Servicio Murciano de Salud tiene la responsabilidad de garantizar la seguridad de la actividad asistencial, y su cometido debe ser de organizar, de común acuerdo con las direcciones de áreas, los servicios cuando disminuye la demanda en unos puntos y aumenta en otros, que es lo que sucede en verano.

Se han sustituido todas las vacaciones autorizadas de dichos profesionales en el período de junio a septiembre, todas.

Muchas gracias.

SR. CORONADO ROMERO (PRESIDENTE):

Muchas gracias a usted, señor Villegas.

Para repreguntar, durante tres minutos tiene la palabra el señor Molina Gallardo.

SR. MOLINA GALLARDO:

Más que repreguntar, mi información es que no se han sustituido las vacaciones. Usted dice que se han sustituido, entonces tenemos aquí un enfrentamiento de información. Y no lo digo yo, lo dicen las asociaciones de usuarios de la sanidad, lo dicen los partidos políticos de Cartagena, lo dice todo el mundo, no se han sustituido, las sustituciones de vacaciones no se han hecho. Eso ha producido retrasos, ha producido que la gente se vaya a las urgencias, que estas se colapsen, etcétera.

Usted dice que se han producido todas las sustituciones. Pues yo qué quiere que le diga, mi información es que no se han hecho las sustituciones.

SR. CORONADO ROMERO (PRESIDENTE):

Muchas gracias, señor Molina Gallardo.

Durante cuatro minutos tiene la palabra el señor consejero de Salud, señor Villegas.

SR. VILLEGAS GARCÍA (CONSEJERO DE SALUD):

Vamos a ver, los criterios de cobertura de las solicitudes de vacaciones de los profesionales se hacen atendiendo a los centros periféricos de asistencia unipersonal, así como las sustituciones de pediatría, con el fin de garantizar la seguridad de la actividad asistencial.

No todas las solicitudes de vacaciones conllevan la petición de sustitución, y cuando se solicita la misma dicha petición es valorada previamente por la dirección correspondiente, que es la que tiene potestad, dentro de sus funciones de gestión, para autorizarla si lo considera necesario. Una vez valorada la petición de sustituto es remitida a Recursos Humanos, donde se procede a realizar el trámite necesario para la contratación a través de la bolsa.

En aquellas categorías en las que no se puede, por no existir candidatos disponibles en la bolsa correspondiente (médicos de familia, pediatras o matronas), la cobertura se realiza mediante el asume-cupo, cupo mismo de distinto horario, por profesionales del equipo de atención primaria o de otras gerencias, según se establece en los artículos 28 y 29 de la Ley 5/2010, de 27 de diciembre, de medidas extraordinarias para la sostenibilidad de las finanzas públicas.

Vamos a enviar a su grupo el archivo con el informe detallado de los períodos de vacaciones y sus sustitutos, con indicación de si es o no un asume-cupo, en el que se puede apreciar que en todas las categorías, de médicos de familia y pediatras, se han sustituido todas las vacaciones autorizadas de dichos profesionales en el período de junio a septiembre. Es decir, todo lo que se nos solicitó todo se ha dado. Si en un momento no ha habido especialistas en bolsa, puede ser que sea ese el motivo por el que puntualmente alguna de las sustituciones no se ha dado. Otra cosa es que las gerencias digan si todos los que están de vacaciones hay que sustituirlos de una manera o de otra, por un asume-cupo o lo que sea, pero en principio todo lo que se pidió al Servicio Murciano por sustituciones se pone encima de la mesa.

Muchas gracias.

SR. CORONADO ROMERO (PRESIDENTE):

Muchas gracias a usted, señor consejero de Salud. Muchas gracias, señor Villegas.

Antes de levantar la sesión, vamos a aprobar, si a ustedes les parece bien y no hay nada en contra, las [actas de sesiones anteriores números 35 y 36, correspondientes al 13 y al 19 de septiembre](#). ¿Algún grupo tiene algo en contra? Pues se aprueban por asentimiento.

Bien, no teniendo más asuntos que tratar y agradeciéndole al señor consejero de Salud, como no puede ser de otra manera, su amabilidad, la asistencia, y a todas sus señorías deseándoles que tengan un buen día, levantamos la Comisión de Sanidad y Asuntos Sociales.