



INFORME

CONSEJO SOCIAL DE MÁLAGA

LA SITUACION SANITARIA EN MÁLAGA

2017

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN

1 ANÁLISIS DE SITUACIÓN

1.1 EVOLUCIÓN DE LA POBLACIÓN. ENVEJECIMIENTO Y CRONICIDAD

1.2 ATENCIÓN PRIMARIA

1.3 ATENCIÓN ESPECIALIZADA

1.3.1 Camas hospitalarias en nuestra provincia

1.3.2 Evolución del parámetro de camas públicas por habitantes

1.3.3 Relación de camas públicas/camas privadas en Andalucía

1.3.4 Inversiones en asistencia especializada

1.3.5 Pérdida de empleo público en sanidad

1.3.6 Política de personal del SAS

1.3.6.1 Disminución de la actividad asistencial

1.3.6.1.1 Porcentajes de cierre de camas

1.3.6.1.2 Actividad quirúrgica

1.3.6.2 Comparativa de sustituciones/situación asistencial

1.3.7 Consecuencias asistenciales

1.3.7.1 Listas de espera

1.3.7.2 Agresiones a profesionales

2 BALANCE

3 PROPUESTAS DE MEJORA DE LA SANIDAD MALAGUEÑA

3.1 Plan de choque

3.2 Crecimiento por encima de la tasa de reposición

3.3 Reordenación de la asistencia especializada

3.4 Potenciación de la atención primaria

4 PROPUESTAS DE MEDIDAS TRANSITORIAS

4.1 Política de sustituciones

4.2 Aumento de la contratación

4.3 Aumento de las camas disponibles

**Anexo I: Documento de la Federación T. de Asociaciones de Vecinos
“UNIDAD” de Málaga**

INTRODUCCIÓN

El presente documento ha sido elaborado por la comisión emanada del Consejo Social de la Ciudad de Málaga en sesión extraordinaria celebrada el día 2 de febrero de 2017. Esta comisión ha estado integrada por D. Alfredo de Pablos Caille, Coordinador General de la Agrupación de Desarrollo Málaga Accesible, en representación de las asociaciones de pacientes y de usuarios; D. Antonio Herrera López, Secretario General de la unión provincial de CCOO de Málaga, a quien sucede en este cargo D. Rafael González Delgado; D. Juan Miguel Contioso Monclova, Secretario de Comunicación y Organización del sindicato UGT de Málaga; D. Carlos Carrasco Pecci, Secretario General del Colegio Oficial de Médicos de Málaga, en representación de los Colegios Profesionales Sanitarios; D. Antonio Delgado Romero, en representación de la Federación de Asociaciones de Vecinos 'Unidad'; y D. Juan Antonio García Galindo, Vicepresidente del Consejo Social de Málaga, en calidad de Coordinador de la comisión. La Mesa de trabajo ha estado constituida igualmente por D^a M^a Ángeles Manzano Domínguez, Técnico de Administración General, perteneciente al Área de Participación Ciudadana, Inmigración y Cooperación al Desarrollo del Ayuntamiento de Málaga, quien ha actuado como Secretaria de la Mesa; así como por D^a M^a Ángeles Macías Aguado, Jefa de Servicio del Área de Participación Ciudadana, Inmigración y Cooperación al Desarrollo del Ayuntamiento de Málaga y D^a M^a José Puerta Sánchez, administrativa de apoyo, asimismo perteneciente a la citada área municipal.

Los trabajos de la comisión se iniciaron el 29 de marzo de 2017, contando con las aportaciones previamente solicitadas a los diferentes colectivos presentes en el Consejo Social, que fueron remitidas por las entidades siguientes: Federación de Vecinos Unidad; CCOO; UGT; Colegio Oficial de Médicos, en representación de los colegios profesionales sanitarios; Agrupación de Desarrollo Málaga Accesible, en representación de usuarios y pacientes, tras haberse reunido con 17 colectivos; Placasama, que remitió su acuerdo con la Delegación de Igualdad, Salud y Políticas Sociales y Gerentes de los Hospitales Regional, Virgen de la Victoria y Distrito Sanitario Málaga-Guadalhorce; Gerencia Municipal de Urbanismo, Obras e Infraestructuras del Ayuntamiento de Málaga, que remitió informe del Servicio de Planificación Territorial y Urbanística; Federación Civilis; y Grupo Municipal de Ciudadanos.

El objetivo principal era alcanzar el máximo consenso en los aspectos fundamentales, y elaborar un informe consensuado que fuera elevado oportunamente al Consejo Social de la Ciudad. A lo largo de todo este año, la comisión se ha reunido en nueve ocasiones, en la sede del Área de Participación Ciudadana, y con la colaboración inestimable del personal de dicha área, a quienes los miembros de esta comisión queremos expresar nuestro reconocimiento a su espléndida labor. Para nosotros su apoyo ha sido determinante en la consecución de los fines que nos habíamos planteado desde el principio.

Conscientes de la importancia del tema que tratábamos y de la necesidad de contar con otras voces expertas que nos orientaran en nuestra labor, nos hemos reunido además con: el grupo técnico de trabajo para la reordenación hospitalaria designado por la Junta de Andalucía, coordinado por D. José Luis García Arboleya; con D. José Pablo Lara

Muñoz, Decano de la Facultad de Medicina de la Universidad de Málaga; D. José Miguel Pena Andreu, profesor de la misma facultad; D. José Miguel Morales Asensio, Director del Departamento de Enfermería de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Málaga; D^a Pilar Navarro Pérez y D^a Eugenia Gómez Martínez, de la Escuela Andaluza de Salud Pública; D^a Isabel Gámez Poza, Directora Técnica del Área de Movilidad del Ayuntamiento de Málaga, D. Alfonso Cruz Conejo, Técnico del Área de Movilidad del Ayuntamiento de Málaga; y D. Francisco Jiménez Játiva, Jefe de Servicio de Planificación Territorial y Urbanística de la Gerencia Municipal de Urbanismo, Obras e Infraestructuras de Málaga. También han participado, en representación de sus entidades, D. Antonio Vega Aguilar y D. Ramón Carlos Morales Cruces, por la Federación de Asociaciones de Vecinos 'Unidad'; y D. Ramón Sánchez-Garrido Escudero, por UGT-Sanidad.

El informe que se presenta es, por tanto, resultado del trabajo continuado de los miembros de la comisión, realizado a partir del análisis de los datos de la situación sanitaria malagueña, y responde a las expectativas y valoraciones de los distintos grupos profesionales, sindicales, vecinales y de usuarios y pacientes que la conforman. Los resultados y las propuestas que se plantean son fruto del consenso que en todo momento se ha alcanzado entre los miembros de la comisión, y representan la voz de dichos colectivos presentes en el Consejo Social de la Ciudad de Málaga. Pero son también fruto del análisis y del debate de las ideas y de las propuestas planteadas por los expertos que han participado en las distintas sesiones de trabajo, que han cumplido un rol de asesoramiento de la comisión.

Desde el primer momento, la comisión se planteó abordar el estudio de la situación sanitaria malagueña en tres niveles de análisis: a) Diagnóstico de la situación; b) Optimización y rentabilización de los recursos existentes; y c) Propuestas de creación de nuevas infraestructuras hospitalarias y reorganización del sistema. Partimos del diagnóstico de la situación, para luego proponer un plan de actuación que permita recuperar, en primer lugar, el déficit acumulado en los últimos años, como paso previo a cualquier intervención posterior. Consideramos que solo resolviendo ese déficit se puede programar con éxito un plan de actuación que devuelva a Málaga la calidad sanitaria y asistencial que le corresponde y que se merece en función de su población. Dicho plan de acción e intervención ha de pasar, en todo caso, por la creación de nuevas infraestructuras hospitalarias, que impliquen la reordenación del conjunto del sistema a fin de dar respuesta a los nuevos retos sociales, sanitarios y demográficos (envejecimiento, cronicidad, atención primaria, nuevas tecnologías sanitarias, nuevos modelos de gestión, investigación aplicada, atención primaria, etc.).

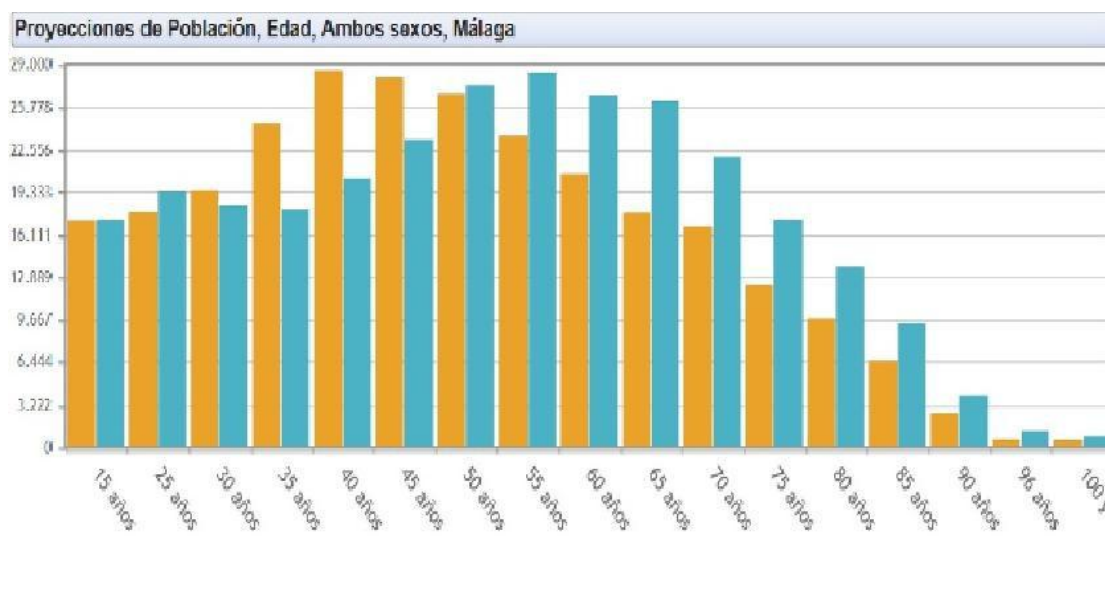
El presente informe intenta, pues, ofrecer una visión de la situación que en la actualidad vive la sanidad malagueña, pero al mismo tiempo trata de identificar una serie de retos que deben ser abordados por la administración sanitaria para paliar los agravios que la provincia de Málaga ha venido sufriendo en los últimos años, y que sumados a los recortes en la financiación y en los recursos humanos, como consecuencia de la crisis económica, muestran por el momento un panorama claramente deficitario.

1. ANÁLISIS DE SITUACIÓN

1.1 EVOLUCIÓN DE LA POBLACIÓN. ENVEJECIMIENTO Y CRONICIDAD

La población de la provincia de Málaga en 2016 era de 1.638.952 personas. Sin embargo, para 2030 nuestra provincia será una de las pocas provincias andaluzas que aumente de población, alcanzando la cifra estimada de 1.748.554 habitantes, según el INE previsto para ese año. Junto con el aumento de la población general, las personas mayores de 65 años se incrementarán en un 55%, alcanzando la cifra de 430.389 h. Un 25% del total serán, por tanto, personas mayores. Es decir, una de cada cuatro.

En el siguiente cuadro del INE se refleja la proyección demográfica de la provincia de Málaga por grupos de edad, siendo las barras de color dorado la población por edad a 2018 y las barras de color azulado a 2030. Es evidente el envejecimiento de la población en 2030, pero es necesario fijarse en el fuerte incremento relativo de la población con 70 o más años para entender la demanda creciente de servicios socio-sanitarios.



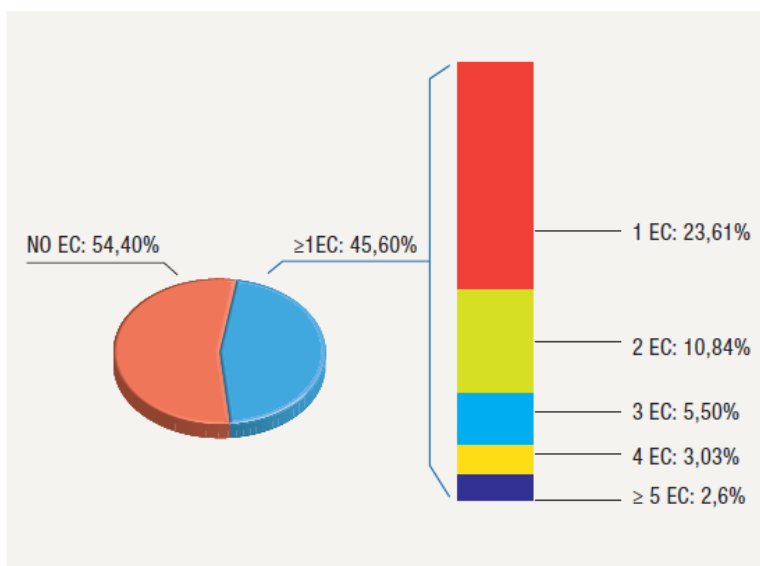
Graf.1.- Fuente: INE, 2018. Elaboración propia.

En la encuesta de salud realizada a mayores de 16 años en 2007 por la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, y que podemos ver reflejada en la siguiente gráfica, se observa que un 45,6% de la población tiene una o más patologías crónicas y que el 23% tiene dos o más patologías de este tipo.

Los siguientes gráficos tienen como fuente el Observatorio de Prácticas Innovadoras en el Manejo de Enfermedades Crónicas Complejas (OPIMEC) y en la Encuesta Andaluza de Salud de 2007.

<http://www.opimec.org/comunidades-de-practica/plan-andaluz-de-atencion-a-personas-con-enfermedades-cronicas/documentos/2309/#ante-section-6412>

Prevalencia de Enfermedad crónica (EC)*



*Al menos una de entre las 12 siguientes: alergias crónicas, artrosis o reumatismo, bronquitis crónica, diabetes, hipertensión, migrañas/jaquecas, dolor o molestias de espalda, cuello, hombro, espalda, cintura, mala circulación, trastornos cardíacos, depresión y/o ansiedad, otros problemas mentales y osteoporosis. Coeficiente de variación máximo obtenido del 7,5%.

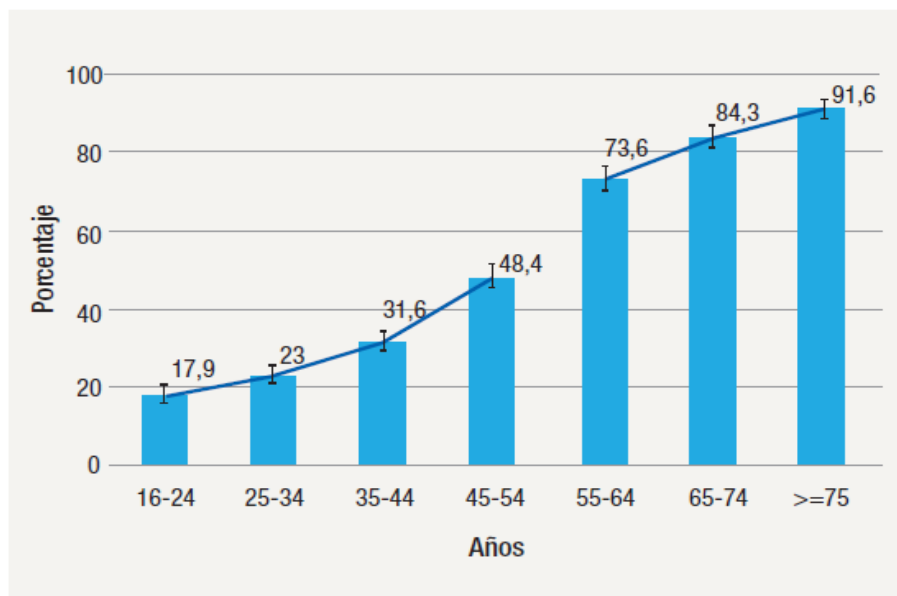
Fuente: Encuesta Andaluza de Salud de 2007. Muestra de mayores de 16 años.

Graf. 2.- Fuente: Consejería de Salud, Junta de Andalucía, 2007.

En este gráfico se observa que más del 45% de la población tiene una o más enfermedades crónicas.

PREVALENCIA POR GRUPO DE EDAD

Prevalencia de tener al menos 1EC* según grupos de edad**.



*Al menos una de entre las 12 siguientes: alergias crónicas, artrosis o reumatismo, bronquitis crónica, diabetes, hipertensión, migrañas/jaquecas, dolor o molestias de espalda, cuello, hombro, espalda, cintura, mala circulación, trastornos cardíacos, depresión y/o ansiedad, otros problemas mentales y osteoporosis.

** Intervalos de confianza de la proporción al 95%. Coeficiente de variación máximo obtenido del 6,8%.

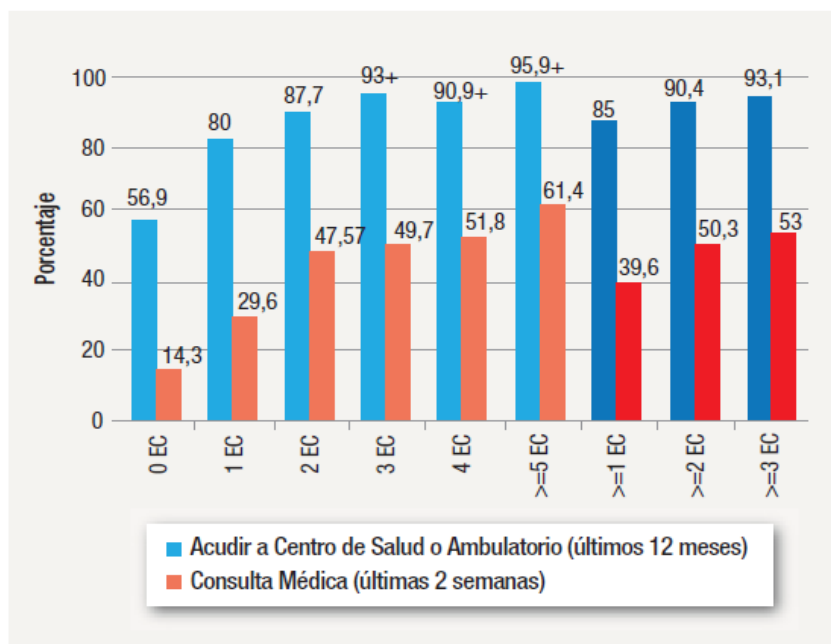
Fuente: Encuesta Andaluza de Salud de 2007. Muestra de mayores de 16 años.

Graf. 3.- Fuente: Consejería de Salud, Junta de Andalucía, 2007.

Observamos una población que envejece y que con 48 años presenta ya una patología crónica.

UTILIZACIÓN DE ATENCIÓN PRIMARIA CON AL MENOS UNA PATOLOGÍA CRÓNICA

Utilización de Centro de Salud, Ambulatorio o Consulta Médica* y tener al menos 1 EC**



* No se refiere a una petición de hora o cita ni a la realización de una radiografía o análisis.

** Enfermedades Crónicas (EC) de entre: alergias crónicas, artrosis o reumatismo, bronquitis crónica, diabetes, hipertensión, migrañas/jaquecas, dolor o molestias de espalda, cuello, hombro, espalda, cintura, mala circulación, trastornos cardíacos, depresión y/o ansiedad, otros problemas mentales y osteoporosis.

+ Coeficientes de variación por encima del 16,6%, por lo que la interpretación debe tomarse con precaución debido a la alta variabilidad. El resto de estimaciones obtuvieron un máximo del 13,8%.

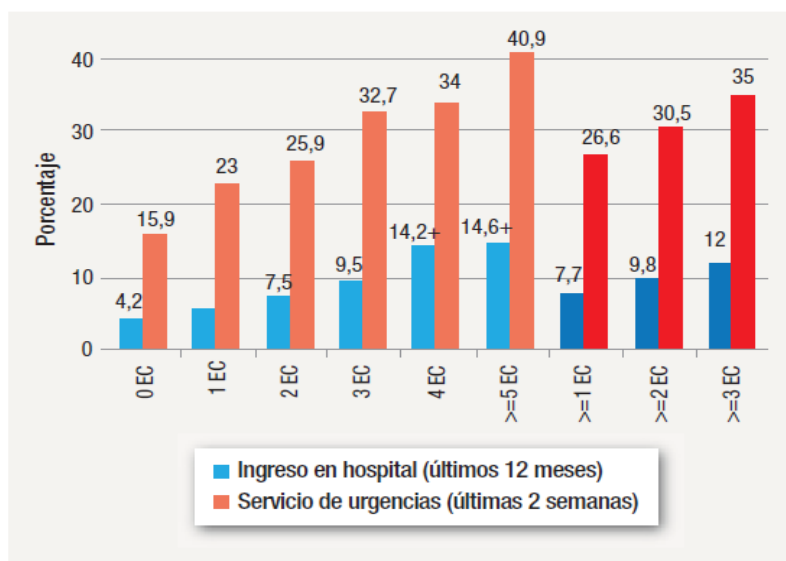
Fuente: Encuesta Andaluza de Salud de 2007. Muestra de mayores de 16 años.

Graf. 4.- Fuente: Consejería de Salud, Junta de Andalucía, 2007.

Un 56% de la población sin enfermedades crónicas acude al menos una vez al año a consulta. Con una enfermedad crónica se eleva al 80% y con tres o más enfermedades crónicas al 93%. Pero en este último caso el 53% ha acudido a consulta en las dos últimas semanas.

UTILIZACIÓN DE URGENCIAS Y HOSPITALIZACIÓN EN FUNCIÓN DE LA CRONICIDAD

Hospitalización* y utilización de servicios de urgencias y tener al menos 1 EC**



* Ingreso en el hospital de al menos 1 noche.

** Enfermedades Crónicas (EC) de entre: alergias crónicas, artrosis o reumatismo, bronquitis crónica, diabetes, hipertensión, migrañas/jaquecas, dolor o molestias de espalda, cuello, hombro, espalda, cintura, mala circulación, trastornos cardíacos, depresión y/o ansiedad, otros problemas mentales y osteoporosis.

+ Coeficientes de variación por encima del 16,6%, por lo que la interpretación debe tomarse con precaución debido a la alta variabilidad. El resto de estimaciones obtuvieron un máximo del 13,2%.

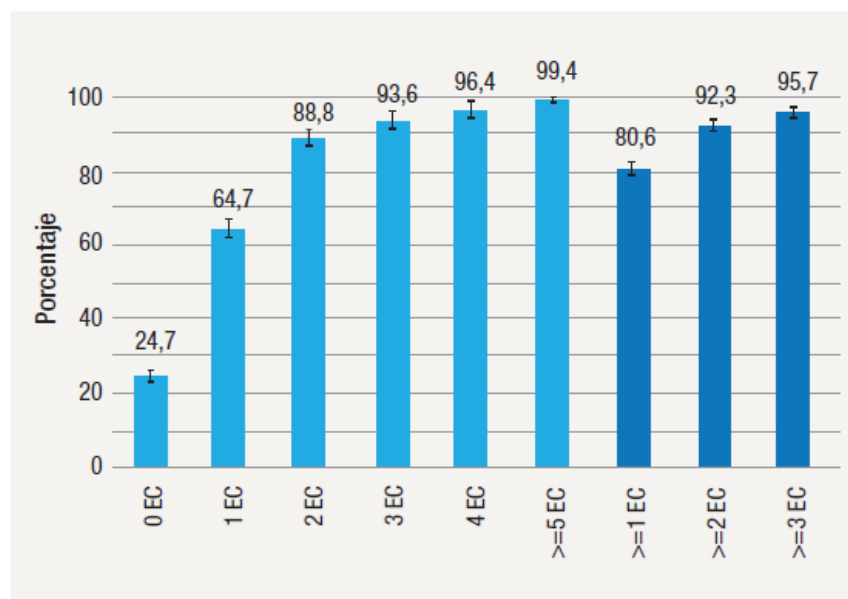
Fuente: Encuesta Andaluza de Salud de 2007. Muestra de mayores de 16 años.

Graf. 5.- Fuente: Consejería de Salud, Junta de Andalucía, 2007.

En este gráfico se aprecia cómo aumenta la hospitalización y la utilización del servicio de urgencias en función de la cronicidad de los pacientes.

CONSUMO DE MEDICAMENTOS Y CRONICIDAD

Consumo de medicamentos* y tener al menos 1EC**



* En las 2 semanas previas a la entrevista. Medicamentos como gotas, pastillas, inyecciones, supositorios, etc., no necesariamente recetados.

** Enfermedades Crónicas (EC) de entre: alergias crónicas, artrosis o reumatismo, bronquitis crónica, diabetes, hipertensión, migrañas/jaquecas, dolor o molestias de espalda, cuello, hombro, espalda, cintura, mala circulación, trastornos cardíacos, depresión y/o ansiedad, otros problemas mentales y osteoporosis. Intervalos de confianza de la proporción al 95%. Coeficiente de variación máximo obtenido del 2,9%.

Fuente: Encuesta Andaluza de Salud de 2007. Muestra de mayores de 16 años.

Graf. 6.- Fuente: Consejería de Salud, Junta de Andalucía, 2007.

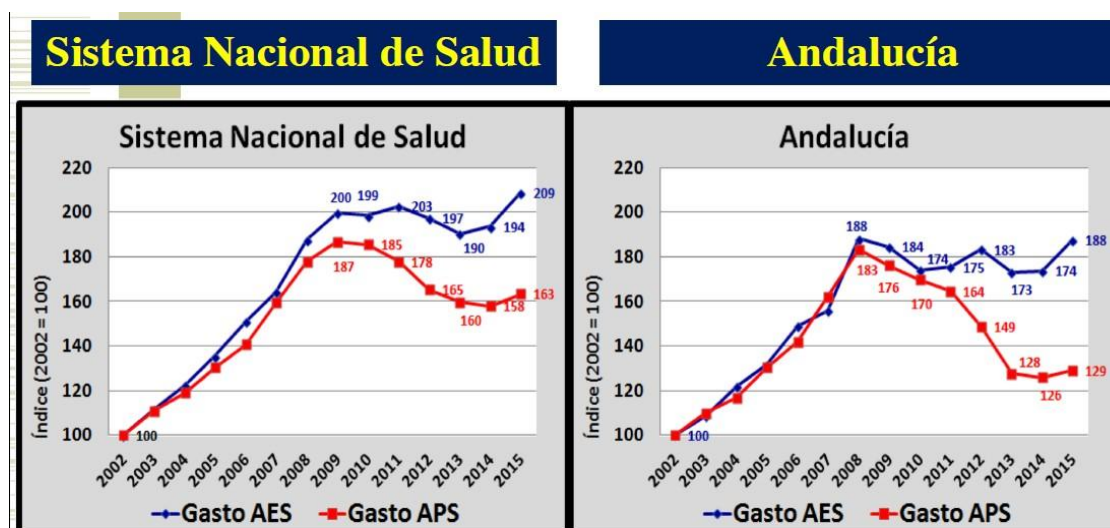
En este gráfico podemos observar que los enfermos con pluripatologías crónicas consumen gran cantidad de medicamentos. Se calcula que el 70% del gasto farmacéutico se debe a las patologías crónicas.

Aunque no existen datos desagregados para Málaga, de los datos anteriores podemos concluir que tenemos una población que envejece, que ya cerca del 50% tiene al menos una patología crónica, y que en estas condiciones son usuarios de todos los servicios de atención primaria, atención especializada, pruebas diagnósticas, urgencias y hospitalización. Una población con una cronicidad alta, polimedicada, que necesita de cuidado constante a todos los niveles, y que la precariedad del sistema socio sanitario, deficiente ya para la atención de los pacientes agudos en Málaga, actualmente no puede cubrir. Una población además con problemas de movilidad, en muchos casos con discapacidad, que se encuentra en muchas ocasiones con infraestructuras sanitarias que no cumplen con la normativa de accesibilidad universal, con consultas inaccesibles y pruebas diagnósticas con aparatos que no contemplan la diversidad funcional de los pacientes. No hay que olvidar que, mientras las personas mayores con discapacidad constituyen aproximadamente el 30% de la población, son el 70% las que acuden y usan los distintos servicios sociosanitarios.

1.2 ATENCIÓN PRIMARIA

La Atención Primaria es el pilar que sostiene la asistencia sanitaria. Debe garantizar la asistencia centrada en el paciente, teniendo en cuenta su situación socio-familiar y cuidando especialmente de las personas más frágiles. Es la principal responsable de elaborar estrategias que se concreten en acciones para la promoción de la salud y para la prevención de la enfermedad y de la discapacidad.

En los siguientes gráficos se pueden observar cómo ha aumentado en Andalucía la brecha de inversión en atención primaria con respecto al gasto realizado por el Sistema Nacional de Salud.



Graf.7.- Fuente: Sistema Nacional de Salud, 2016.

Sustituciones en Atención Primaria

Este es un dato indicativo de la política de personal del SAS. Los primeros datos que tenemos sobre refuerzos de verano y sustituciones datan del año 2005 y hemos querido compararlos con los que se han producido una década después, además de comparar otros factores como el crecimiento poblacional en este período, sin olvidar el incremento de la actividad turística que, afortunadamente, hemos tenido durante una década.

	2005	2017	Diferencia
Refuerzos	53	25	-28 (47,16%)
Sustituciones	60 % (de media)	45% (de media)	- 15%

Tabla 1.- Evolución de los contratos de refuerzos y sustituciones en Atención Primaria en Málaga. Verano 2005-verano 2017.

En 2017, en los centros de salud costeros se ha producido un ligero aumento en la contratación de refuerzos en verano, con seis profesionales más, lo que hace que la reducción total de profesionales se aminore hasta el 47,16%. Este año ha habido un aumento general en la contratación en todos los centros de salud de Málaga, aunque este hecho ha sido desigual según los distritos. De acuerdo con nuestros datos la contratación en verano de 2017 ha estado en torno al 45% de sustitución, un 15% menos que en 2005. Hay que decir que este hecho ocurre en toda Andalucía, pero al ser Málaga la provincia que presenta unos peores indicadores, estos recortes de personal supone un efecto negativo sobreañadido.

En este contexto de falta de inversión en la atención primaria, los problemas de plantilla, las sustituciones, la estructuración de las actividades en contratos-programas obliga a que este nivel asistencial tenga como principal actividad la consulta a demanda, restringida en el tiempo de atención. El resto de las actividades de fomento, promoción y prevención sufren las consecuencias, así como la atención domiciliaria. En estas circunstancias entendemos que existe un deterioro de la asistencia y una sobrecarga en el trabajo de los profesionales.

1.3 ATENCIÓN ESPECIALIZADA

1.3.1 Camas hospitalarias en nuestra provincia

En Málaga se ha reducido el número de camas hospitalarias en los últimos años como consecuencia de los recortes que, desde el comienzo de la crisis, han afectado a la sanidad. Para conocer la evolución de las camas hospitalarias en nuestra provincia, hemos recurrido al Catálogo Nacional de Hospitales que publica anualmente el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad y que se puede consultar en:

<http://www.msssi.gob.es/ciudadanos/prestaciones/centrosServiciosSNS/hospitales/home.htm>

	2012	2013	2014	2015	2016	
H Regional	1.216	1.216	1.076	1.076	1.076	- 140
H Clínico	710	710	531	531	531	- 179
AGS Antequera	220	220	159	159	159	- 61
H Benalmádena	48	48	48	48	48	0
H Costa del Sol	366	366	372	372	372	6
AGS Serranía	152	152	158	158	158	6
AGS Axarquía	179	179	177	177	177	-2
TOTAL	2.891	2.891	2.521	2.521	2.521	- 370

Tabla 2.- Dotación de camas hospitalarias de Hospitales Públicos en Málaga. Fuente: Catálogo Nacional de Hospitales del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

Aunque en el último año el número de camas públicas no ha variado, la reducción acumulada desde 2012 alcanza a -370 camas. Es decir, en Málaga se ha reducido su dotación de camas hospitalarias en 370. En la práctica es como si se hubiese cerrado un hospital comarcal como el Costa del Sol (372 camas).

Este descenso de camas en los hospitales públicos ha hecho que la oferta privada en Málaga haya crecido en los últimos años con la apertura de nuevos hospitales privados (Xanit, Quirón), y con la remodelación y ampliación de algunos existentes (Parque San Antonio, CHIP). En la siguiente tabla se han comparado los cinco últimos años, se percibe cómo la oferta privada se mantiene e incluso aumenta claramente, mientras que la oferta pública se reduce, por lo que el peso de la sanidad privada en Málaga va ganando terreno a la pública.

	2012	2013	2014	2015	2016	Diferencia
S. Pública	2.891 (58,78%)	2.891 (58,68%)	2.521 (55,26%)	2.521 (54,39%)	2.521 (54,50%)	-370
S. Privada	2.027 (41,21%)	2.035 (41,31%)	2.041 (44,73%)	2.114 (45,61%)	2.104 (45,50%)	77
TOTAL	4.918	4.926	4.562	4.635	4.625	

Tabla 3.- Dotación de camas hospitalarias de Hospitales Públicos y Hospitales Privados en Málaga. Fuente: Catálogo Nacional de Hospitales del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

En este sentido, de seguir esta evolución en poco menos de un lustro se igualará la oferta de camas públicas y privadas en Málaga.

1.3.2 Evolución del parámetro de camas públicas por habitante

Málaga sufre de manera endémica una infradotación de recursos tanto en Atención Primaria como en Atención Especializada. Ya en el año 2004, Málaga era la última provincia de Andalucía en cuanto a camas por habitante, en datos referidos al año 2003.

En la siguiente tabla queda patente la situación.

Año 2003	Población	Camas Hospitalarias Públicas	Ratio camas / 10.000 hab.
Almería	565.310	1.296	22,92
Cádiz	1.115.724	2.767	24,80
Córdoba	775.944	1.507	19,42
Granada	828.107	2.065	24,93
Huelva	472.446	1.080	22,85
Jaén	651.565	1.418	21,76
Málaga	1.374.890	2.656	19,31
Sevilla	1.782.862	3.579	20,07
Andalucía	7.606.848	16.368	22,00

Tabla 4.- Recursos Sanitarios Asistencia Especializada de Andalucía, CCOO, 2004.

Esta es la radiografía que presentaba este indicador sanitario en el año 2003. Ya entonces la ratio de Málaga era muy inferior a la media de Andalucía y cifrábamos la necesidad del incremento en unas 355 camas para alcanzar la media de Andalucía. En 2017 la situación de este indicador sanitario puede observarse en la siguiente tabla.

Año 2017	Población	Camas Hospitalarias Públicas	Ratio camas/ 10.000 hab.
Almería	704.297	1.264	17,94
Cádiz	1.239.889	2.050	16,53
Córdoba	791.610	1.692	21,37
Granada	915.392	2.261	24,64
Huelva	519.596	1.009	19,41
Jaén	648.250	1.375	21,21
Málaga	1.629.298	2.521	15,47
Sevilla	1.939.775	3.298	17,00
Andalucía	8.388.107	15.470	18,44

Tabla 5.- Recursos Sanitarios Asistencia Especializada de Andalucía. INE, Catalogo Nacional de Hospitales. CCOO, 2017.

En 2017 la situación en la Comunidad Autónoma de Andalucía ha mejorado con un aumento de 381 camas en el ámbito regional, a expensas únicamente del incremento experimentado por la provincia de Granada lo que hace que haya aumentado en 0,48 puntos en la ratio camas por habitantes.

	2003	2015	2016	2017
Almería	22,92	18,04	18,02	17,94
Cádiz	24,80	17,34	16,52	16,53
Córdoba	19,42	21,28	21,26	21,37
Granada	24,93	20,50	20,49	24,64
Huelva	22,85	19,25	19,40	19,41
Jaén	21,76	20,75	21,01	21,21
Málaga	19,31	15,48	15,47	15,47
Sevilla	20,07	17,89	16,98	17,00
Andalucía	22,00	18,30	17,96	18,44

Tabla 6.- Evolución Recursos Sanitarios Asistencia Especializada de Andalucía. INE, Catálogo Nacional de Hospitales. Informe CCOO, 2017.

En cuanto a Málaga las evidencias empiezan a percibirse. En nuestra provincia ha habido un aumento poblacional de 254.408 personas en este período de 2003 a 2017 (un 18,50% de incremento de población) con un descenso del número de camas de 135 (entre 2003 y 2017), que supone una pérdida porcentual del 5,08%. Es decir existe más población con menor número de camas, lo que nos da una ratio inferior a la de 2003, de 19,31 hemos pasado a 15,47 camas por 10.000 habitantes. Continuamos siendo la última provincia de Andalucía en el indicador de camas por habitantes, por lo que en la actualidad sería necesario aumentar en 483 camas para alcanzar la ratio media andaluza.

Para dar una idea de nuestra situación en este indicador hemos utilizado las ratios de camas del resto del Estado y de algunos países de la Unión Europea, que se pueden ver en la siguiente tabla:

	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Alemania	3,35	3,41	3,37	3,37	3,35	3,32
Francia	4,02	3,97	3,95	3,91	3,88	3,80
Grecia	3,08	3,01	2,97	2,77	2,77	2,76
Italia	2,49	2,41	2,34	2,25	2,17	2,16
España	2,14	2,10	2,07	2,04	2,03	2,05

Tabla 7.- Ratio camas por 1.000 habitantes. Análisis de CCOO sobre presupuestos sanitarios. CCOO, 2017.

Los datos están referidos a camas por 1.000 habitantes, y para poder comparar por camas por 10.000 habitantes solamente hay que multiplicar por diez. Sería 20,5 camas por 10.000 habitantes la media española en 2015. La media de Andalucía está más de dos puntos por debajo (17,96), y Málaga, tiene el dudoso honor de ser la última provincia de España en este indicador sanitario con 5,03 puntos menos que la media española.

1.3.3 Relación camas públicas/camas privadas en Andalucía

En este informe hemos incluido este nuevo apartado para ver el peso que la oferta sanitaria privada tiene en cada provincia.

Año 2015	Camas hospitalarias totales	Camas Hospitales Públicas	Camas Hospitales Privados	Porcentaje Público Privada
Almería	1.429	1.264	165	88,45/11,55
Cádiz	3.294	2.050	1.239	62,39/37,61
Córdoba	2.023	1.692	331	83,64/16,36
Granada	2.599	2.261	338	87,00/13,00
Huelva	1.293	1.009	284	78,04/21,96
Jaén	1.414	1.375	39	97,25/2,75
Málaga	4.625	2.521	2.104	54,50/45,50
Sevilla	4.721	3.298	1.423	69,85/30,14
Andalucía	20.778	15.089	5.689	72,62/27,38

Tabla 8.- Recursos Sanitarios Asistencia Especializada de Andalucía Pública y Privada. INE, Catalogo Nacional de Hospitales. CCOO, 2016.

Es la primera tabla donde Málaga sale bien parada. Málaga es la segunda provincia andaluza que posee más camas hospitalarias de toda la Comunidad Autónoma si sumamos la oferta pública y privada. Esto es así porque Málaga cuenta con la mayor dotación privada de camas hospitalarias en toda la región, 2.104 camas, lo que supone el 36,98% del total de Andalucía. Sin embargo, la dotación de camas públicas en nuestra provincia supone el 16,70% del total de Andalucía. Una vez más se pone de manifiesto la infradotación de recursos públicos en asistencia especializada en nuestra provincia.

1.3.4 Inversiones en la Asistencia Especializada en Málaga

Para dar una idea un poco más clara de las inversiones que la Junta de Andalucía ha llevado en nuestra provincia en la asistencia especializada hemos comparado la población existente en Málaga cuando se abrió el último hospital público en Málaga. Fue en 1992 y correspondía al Hospital Costa del Sol. Desde entonces, excepto el HARE de Benalmádena, con 48 camas, no se ha abierto ningún centro hospitalario público en Málaga que suponga aumento de este recurso, ya que el Hospital de Antequera fue un traslado del antiguo Hospital Municipal, al igual que ha ocurrido con la apertura del Hospital de Ronda. Además, el Hospital del Guadalhorce a día de hoy no cuenta con área de hospitalización. Según los datos del INE, el censo de Málaga en 1992 era de 1.170.086 (se puede consultar en <http://www.ine.es/jaxiT3/Datos.htm?t=3118>) y hemos pasado en 2017 a 1.629.298 habs. Se ha producido un aumento de casi medio millón de personas (459.212) con casi los mismos recursos hospitalarios que en el año 1992. Hace, pues, 25 años que las inversiones en Asistencia Especializada en Málaga no se concretan en un indicador claro como son las camas hospitalarias.

Demostremos con datos la falta de inversiones en nuestra provincia en Asistencia Especializada en Málaga y provincia. Para cuantificar las necesidades solamente depende de la ratio que queramos alcanzar. Para situarnos en la media andaluza (18,44 camas por 10.000 habitantes) sería necesaria aumentar en 483 la dotación de camas hospitalarias en Málaga. Pero si lo que aspiramos es a estar en la media del Estado (20,50 camas hospitalarias por 10.000 habitantes) las necesidades se elevan a 818 camas hospitalarias que habría que sumar a la ya existentes. Por tanto, estaríamos necesitando entre un hospital como el Clínico (483 camas) para alcanzar la ratio andaluza o uno más parecido al Hospital Regional (818) para alcanzar la media nacional.

En este período de tiempo sí ha habido dos grandes inversiones en Andalucía. La remodelación integral del Hospital Reina Sofía de Córdoba, con una inversión de 131 millones en dos fases. Se puede consultar en:

http://www.diariocordoba.com/noticias/temadia/junta-destina-81-millones-gran-ampliacion-reina-sofia_586042.html ;
http://www.diariocordoba.com/noticias/temadia/reina-sofia-mejorara-diagnostico-nueva-zona-exploraciones_68948.html

Y el nuevo Hospital Campus de la Salud, con más de 110 millones de euros solamente en obras, cuya referencia viene recogida en:

http://www.ptsgranada.com/asistencia_sanitaria/hospital_campus_de_la_salud/

Y con un montante total de más de 260 millones:

<http://www.elmundo.es/andalucia/2016/11/29/583dc703ca474153038b466d.htm>

1.3.5 Pérdida de empleo público en sanidad

Andalucía está entre las regiones españolas que más empleo público ha perdido como consecuencia de la crisis. Es la quinta Comunidad Autónoma que más empleo ha destruido porcentualmente del conjunto del Estado español. En nuestra provincia se han perdido 1893 plazas, lo que supone un 20,41% de las plazas de todas las categorías de la sanidad pública. En ninguna otra provincia ha habido un recorte tan pronunciado. Hay que apuntar que este recorte y pérdida de empleo público es como consecuencia directa de las políticas restrictivas del gobierno central a nivel de todo el Estado con la imposición de la tasa de reposición 0 durante tres años.

Provincia	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Pérdida
Almería	6153	5964	6165	6144	5739	6075	6023	5984	6154	1
Cádiz	13371	13340	12485	13511	12411	12691	12819	12806	13117	-254
Córdoba	10006	9424	9760	9914	9205	9191	9188	9176	9282	-724
Granada	12870	11378	12832	12634	11755	11773	11727	11647	11865	-1005
Huelva	6213	6064	6201	6258	5854	5921	5918	5913	5989	-224
Jaén	8092	7688	7729	7810	7115	7257	7198	7227	7216	-876
Málaga	17539	17134	16791	16301	15030	15503	15380	15533	15646	-1893
Sevilla	22970	24437	22988	22822	21238	21695	21696	21552	21769	-1201
Andalucía	97214	95429	94951	95394	88367	90196	89949	89838	91037	-9271

Tabla 9.- Pérdida de empleo público en Sanidad, datos desagregados por provincial. Análisis de CCOO sobre presupuestos sanitarios, CCOO, 2017.

1.3.6 Política de personal en el SAS

Como consecuencia de los recortes provocados por la crisis, se ha instaurado en el SAS una política de no contratación de las bajas, permisos reglamentarios y vacaciones junto a una tasa de reposición del 0% de las jubilaciones por imposición del gobierno central desde 2012, que ya en 2015 era del 50%, y que pasó en 2016 al 100%, continuando en 2017.

Esta política tiene una doble vertiente en la asistencia especializada. Se traduce en el cierre de camas durante el verano y en la atención primaria en una casi nula contratación en los centros de salud y consultorios y una disminución de los refuerzos de verano.

1.3.6.1 Disminución de la actividad asistencial

1.3.6.1.1 Porcentajes de cierre de camas

La disminución de recursos sanitarios ha sido una constante durante los últimos veranos en nuestra capital. El hecho consabido de la disminución de la demanda ha supuesto unos nuevos recortes para el Sistema Sanitario Público de Andalucía. Entre estos recortes se han planteado en los años previos una disminución y precarización de los contratos de sustituciones durante los meses estivales y el cierre de camas hospitalarias. La situación sanitaria que en verano se ha producido en Málaga ha mejorado en 2017 por un hecho relevante como fue el aumento de unos 13 millones de euros en el presupuesto para sustituciones de profesionales durante el verano, casi la mitad de todo el aumento presupuestario de Andalucía. Los datos presentados en el presente estudio son aportados por la Gerencia de los Hospitales Regional y Virgen de la Victoria así como por las Áreas de Gestión Sanitaria de Serranía, Axarquía y Antequera.

	Camas hospitalarias	Cierre verano 2017	Porcentaje
H. Regional	1076	34	3,15
H. Clínico	531	61	11,50
AGS Axarquía	177	36	20,33
AGS	159	37	23,27
AGS Serranía	152	0	0
Totales	2095	168	8,01

Tabla 10.- Cierre de camas verano 2017 en Málaga. Elaboración propia, CCOO, 2017.

	Camas hospitalarias	Cierre verano 2016	Porcentaje
H Regional	1076	274	25,46
H Clínico	531	159	29,94
AGS Axarquía	177	34	19,20
AGS	159	37	23,27
AGS Serranía	158	29	18,35
Totales	2101	533	25,36

Tabla 11.- Cierre de camas verano 2016 en Málaga. Elaboración propia, CCOO, 2016.

La media de cierre de los hospitales en 2017 es de 8,01%. Es decir, podemos afirmar que ese año ha cambiado la tendencia de los años previos reduciéndose el cierre de camas de los hospitales de manera considerable, del 25,36% hemos pasado al 8,01%.

Según nuestros datos, se cerraron en Málaga capital el verano de 2017 un total de 95 camas cuando en 2016 se cerraron 433; en 2015, fueron 427; en 2014, fueron 401 y en 2013 se cerraron 272. Es decir, el verano pasado fue en el que menos camas se cierran en nuestra capital, concretamente un 8,9% del total de camas de los grandes hospitales de Málaga. Un 65% menos que en verano de 2013, y una reducción del cierre de camas del 78% con respecto al verano de 2016.

	2013	2014	2015	2016	2017
Málaga Capital	272	401	427	433	95

Tabla 12.- Cierre de camas en verano en Málaga capital. Elaboración propia CCOO, 2017.

Es la primera vez que se cierra una cifra de camas por debajo del 10%, lo que indica una fuerte inversión en sustituciones en los hospitales malagueños, concentrados mayormente en los hospitales generales, continuando los hospitales comarcales con la misma tónica de

años anteriores excepto el nuevo Hospital de Ronda.

1.3.6.1.2 Actividad quirúrgica

El cierre de los quirófanos disponibles nos puede servir de indicador de la actividad quirúrgica en nuestra provincia. Los quirófanos cerrados durante el verano del 2016 han aumentado con respecto a 2015, siendo entre el 55% y el 60% de reducción de la actividad en todos los hospitales de Málaga, excepto en el Hospital Clínico Virgen de la Victoria donde el porcentaje de cierre fue del 65%. Sin embargo en 2017 la actividad quirúrgica aumenta en todos los hospitales excepto en los de Antequera y Axarquía, como se puede comprobar en la siguiente tabla:

Actividad quirúrgica	Porcentaje
Hospital Regional	100%
Hospital Clínico	86,23%
Hospital Axarquía	50%
Hospital Antequera	50%
Hospital Ronda	100%
Media	77,24%

Tabla 13.- Actividad quirúrgica en verano 2017 en Málaga. Elaboración propia CCOO, 2017.

La actividad quirúrgica ha aumentado considerablemente pasando de un cierre en torno al 60% de los quirófanos a menos del 23% de cierre, destacando los dos hospitales generales con unas cifras desconocidas en otros veranos.

1.3.6.2 Comparativa sustituciones/situación asistencial

En la siguiente tabla mostramos la relación entre el porcentaje de sustituciones en los centros hospitalarios y su relación con los dos indicadores analizados: cierre de camas y actividad quirúrgica:

Centro	% Cobertura	Camas abiertas	Actividad Quirúrgica
AGS Axarquía	57%	79,67%	50%
AGS Norte	47%	76,73%	50%
AGS Serranía	69%	100%	100%
Hospital Regional Málaga	62%	96,85%	100%
Hospital V de la Victoria	61%	88,50%	86,23%

Tabla 14.- Comparativa del porcentaje de sustituciones con el cierre de camas y la actividad quirúrgica en verano 2017 en Málaga. Elaboración propia, CCOO, 2017.

Existe una clara relación entre los recursos destinados a sustituciones y la disminución de cierre de camas, así como la actividad quirúrgica que se lleva a cabo en los meses estivales.

Según viene recogido en el Instituto Nacional de Estadística, y que se puede consultar en: <http://www.ine.es/jaxiT3/Datos.htm?t=9687>, la población en Málaga y provincia el 1 de enero de 2005 era 1.438.401 personas residentes. Mientras que una década después, el 1 de enero de 2017, esta cifra ascendía a 1.629.298 habs. Es decir, el aumento poblacional en este periodo es de 190.987 personas. Se ha producido un aumento poblacional del 13,27% en el período de estudio. A lo que hay que añadir el mejor año turístico de la historia con menos refuerzos en los centros costeros.

1.3.7 Consecuencias asistenciales

Existen dos consecuencias directamente relacionadas con la falta de inversiones: el deterioro asistencial y la sobrecarga de los profesionales. Analizamos por un lado las listas de espera, y por otro las agresiones al personal sanitario, que también están relacionadas, además de con otros factores, con la sobrecarga laboral.

1.3.7.1 Listas de espera

La aplicación de la política sanitaria en materia de inversiones y recursos humanos tiene un reflejo claro en las Listas de Espera. El presente informe pretende también poner de manifiesto la evolución que han sufrido las mismas en nuestra provincia en los últimos 6 años, que coinciden con el aumento precarización de los contratos en la Sanidad Pública Andaluza. Los datos utilizados son oficiales y se pueden consultar en:

<http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/RespAsistencial/default.asp>.

Hemos analizado todos los datos de listas de espera publicados por el SAS y comparados desde 2011, aunque se refiera en las gráficas a años naturales, los periodos en realidad van desde 1 de julio a 30 de junio del año siguiente, que es cuando se produce el corte para dar los resultados.

Intervenciones quirúrgicas Decreto (180 días)

En este apartado se reflejan los pacientes programables con garantía pendientes de una intervención quirúrgica incluida en el Decreto 209/01 de 180 días.

Intervenciones quirúrgicas Decreto (180 días)

Provincia	2011		2012		2013		2014		2015		2016
	Paciente	Demora. M (Días)	Paciente	Demora. M (Días)	Paciente	Demora. M (Días)	Paciente	Demora. M (Días)	Paciente	Demora. M (Días)	Paciente
Almería	3.795	50	5.275	51	5.231	60	5.267	59	4.840	55	5.184
Cádiz	5.406	49	6.822	52	6.625	54	7.161	57	6.595	52	6.602
Córdoba	4.096	48	4.497	48	5.370	53	6.916	59	6.122	55	5.296
Granada	6.439	58	6.240	52	7.066	61	6.851	59	7.913	64	9.379
Huelva	2.915	56	3.665	58	3.880	58	4.134	62	3.249	62	4.374
Jaén	3.753	45	4.007	50	4.311	55	4.795	57	5.143	50	5.299
Málaga	11.542	54	10.970	59	10.643	61	12.566	61	10.008	67	9.626
Sevilla	13.833	57	14.194	55	14.059	62	14.745	59	15.217	59	16.639
Andalucía	51.779	54	55.670	54	57.185	59	62.435	59	59.087	59	62.399

Tabla 15.- Pacientes programables pendientes de una intervención incluida en el Decreto 209/01 (180 días) por provincia y demora media, se puede consultar en:
<http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/RespAsistencial/default.asp>

Al analizar las listas de espera de 2016 se observa la fuerte desviación al alza que sufren dos provincias como son Huelva y Granada, curiosamente las dos provincias donde se han llevado a cabo procesos de fusión y desfusión de hospitales. A tenor de estos resultados, dichas provincias han sufrido un retroceso asistencial evidente, esto hace que Málaga deje de ser la última provincia en listas de espera del Decreto de garantías (180 días) a pesar de haber aumentado en cinco días la espera aún con una disminución de 382 personas en los registros con respecto al corte del año anterior. También se ha reducido el diferencial con la media de Andalucía que ha pasado de 8 días en 2015 a 6 días en 2016, precisamente por la desviación de Huelva y Granada. Un dato que llama poderosamente la atención es que Sevilla con 7000 personas más en listas de espera que Málaga tiene una demora media 8 días menor que la provincia malagueña. Un dato no menor es el aumento progresivo de la demora media en Málaga desde 2011, que estaba en 54 días y en la actualidad está en 72 días, es decir ha aumentado en 18 días en el período analizado. Este hecho sólo ocurre en Málaga puesto que en el resto ha habido ascensos y descensos en todas excepto en nuestra provincia.

Intervenciones quirúrgicas Orden de 25 septiembre de 2002 (120 días)

Serían los pacientes programables con garantía pendiente de una intervención quirúrgica incluida en la Orden de 120 días.

Provincia	2011		2012		2013		2014		2015		2016
	Paciente	Demora. M (Días)	Paciente	Demora. M (Días)	Paciente	Demora. M (Días)	Paciente	Demora. M (Días)	Paciente	Demora. M (Días)	Paciente
Almería	1.676	40	2.622	42	2.448	47	2.398	47	2.209	44	2.347
Cádiz	1.925	38	2.955	44	2.788	43	2.757	47	2.142	34	2.431
Córdoba	1.850	40	2.051	42	2.651	47	3.366	51	2.623	45	2.490
Granada	3.263	52	2.940	43	3.191	50	3.350	49	3.710	51	4.644
Huelva	1.387	45	1.793	48	1.819	49	1.973	50	1.276	46	1.790
Jaén	1.951	41	1.948	43	2.225	45	2.411	49	2.501	42	2.557
Málaga	5.128	45	4.987	47	4.496	50	5.647	53	3.975	51	3.633
Sevilla	5.975	45	6.038	45	6.075	51	6.304	49	6.337	46	6.655
Andalucía	23.155	44	25.334	45	25.693	48	28.206	50	24.773	46	26547

Tabla 16.- Pacientes programables pendientes de una intervención incluida en la Orden de 120 días por provincia y demora media. Se puede consultar en:
<http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/RespAsistencial/default.asp>

Análisis parecido se puede hacer con los pacientes inscritos en las patologías que recoge la Orden de garantías (120 días). Las mismas provincias sufren un gran aumento de la demora media, 24 días en el caso de Granada y 30 días en el de Huelva, lo que desplaza a Málaga del último lugar; aunque aumentamos en dos días la demora en este apartado, aun teniendo 342 personas menos inscritas en esta lista de espera. Sin la desviación de estas provincias seguiríamos un año más siendo los últimos, y nuevamente se da la circunstancia de que Sevilla con casi el doble de personas en lista de espera que Málaga tiene una demora dos días menos.

Pruebas diagnósticas

Pacientes inscritos en el registro de procedimientos diagnósticos incluidos en el Decreto 96/2004.

Provincia	2011		2012		2013		2014		2015		2016
	Paciente	Demora. M (Días)	Paciente	Demora. M (Días)	Paciente	Demora. M (Días)	Paciente	Demora. M (Días)	Paciente	Demora. M (Días)	Paciente
Almería	1.911	16	1.234	18	1.321	17	1.649	16	1.768	16	1.642
Cádiz	1.940	15	1.296	18	2.809	20	4.937	17	5.419	16	3.820
Córdoba	3.046	21	2.038	21	2.399	18	2.334	15	5.177	18	3.295
Granada	1.857	20	3.216	21	2.941	19	4.830	22	3.679	25	7.064
Huelva	2.707	20	3.166	19	2.315	18	2.598	18	2.938	21	1.360
Jaén	1.819	17	2.085	18	1.974	19	2.470	17	2.545	18	2.461
Málaga	4.731	17	5.523	19	3.936	18	4.803	17	6.457	16	6.652
Sevilla	5.844	20	4.582	19	6.809	18	6.582	18	4.816	18	4.960
Andalucía	23.855	18	21.140	19	24.504	18	30.103	18	32.799	18	31.254

Tabla 17.- Pacientes inscritos en el registro de procedimientos diagnósticos incluidos en el Decreto 96/2004 por provincia y demora media. Se puede consultar en:
<http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/RespAsistencial/default.asp>

En pruebas diagnósticas es donde Málaga presenta un mejor resultado puesto que somos la tercera provincia con menos demora de la Comunidad Autónoma, y con 14 días por debajo de la demora media de Andalucía. Todo ello a pesar de aumentar en cuatro días la demora media en nuestra provincia en relación con 2015, lo que indica que el resto de provincias han empeorado aún más. Pensamos que la apertura parcial del Hospital del Guadalhorce hace que no se haya disparado esta cifra en Málaga a pesar de ser la segunda provincia con más personas en esta lista de espera.

Consultas externas

Se incluyen aquí los pacientes inscritos en el Registro de consultas externas incluidas en el Decreto 96/2004.

Provincia	2011		2012		2013		2014		2015		2016
	Paciente	Demora. M (Días)	Paciente	Demora. M (Días)	Paciente	Demora. M (Días)	Paciente	Demora. M (Días)	Paciente	Demora. M (Días)	Paciente
Almería	14.793	38	14.910	42	18.863	44	17.073	44	17.824	45	16.015
Cádiz	26.286	43	23.775	42	30.771	46	23.018	42	27.184	43	21.889
Córdoba	16.258	32	15.549	32	19.168	37	18.751	39	19.344	36	16.215
Granada	20.683	40	15.182	37	19.748	39	20.921	43	21.877	45	34.350
Huelva	12.025	38	11.334	39	10.128	39	9.992	37	12.413	68	12.317
Jaén	12.708	32	11.424	32	16.876	39	15.331	39	14.392	43	15.190
Málaga	41.024	45	37.140	44	45.176	47	39.053	45	45.730	47	48.177
Sevilla	54.663	43	53.055	42	56.219	45	45.737	42	44.257	42	42.612
Andalucía	198.440	41	182.440	40	216.949	45	189.696	42	197.021	45	206.765

Tabla 18.- Pacientes inscritos en el registro de Consultas Externas incluidos en el Decreto 96/2004 por provincia y demora media. Se puede consultar en:
<http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/RespAsistencial/default.asp>

Igual planteamiento se podría hacer de las listas relativas a consultas externas. A pesar de aumentar en dos días y ser la provincia con más personas en listas de espera estamos tres días por debajo de la media de Andalucía. Este es un dato de vital importancia porque reducir las listas de espera en este apartado supone aumentar las del resto de categorías, y en Málaga tenemos casi una cuarta parte de todos los pacientes en lista de espera en consultas externas (23,30%). Es esta la puerta de acceso al resto de listas puesto que si no hay una primera consulta no hay posteriormente pruebas diagnósticas ni consecuentemente una posible intervención quirúrgica.

En 2017, Málaga ha dejado de liderar el ranking negativo de listas de espera que lideraba en el último lustro. Sin embargo, no es debido a la mejora de los datos de Málaga sino por el empeoramiento de Huelva y Granada.

1.3.7.2. Agresiones a profesionales

En la siguiente tabla se relacionan las agresiones sufridas por el personal del SAS en el periodo 2007/2016 con respecto a la plantilla.

Comparando ambas variables resulta una ratio de agresiones en relación al número de trabajadores y trabajadoras, que proporciona una visión más real de las agresiones sufridas por todos los profesionales en cada provincia.

Provincia	Agresiones 2007/2016	Trabajadores	Ratio Agresiones/trabajador
Almería	425	6197	6,85%
Cádiz	937	12153	7,71%
Córdoba	1160	9420	12,31%
Granada	702	11552	6,07%
Huelva	709	6003	11,81%
Jaén	737	7449	9,89%
Málaga	2041	15581	13,10%
Sevilla	2196	21284	10,31%
Andalucía	8907	89639	9,93%

Tabla 19.- Ratio Agresiones Totales en relación con los trabajadores en Andalucía entre 2007-2016. Por provincias. RIAC. Elaboración propia CCOO, 2016.

Los colectivos más afectados por las agresiones son: Médicos, 40,05%, Enfermeras con un 34,31%; y Auxiliares de Enfermería, con un 21%. Estos tres colectivos son los de especial riesgo porque acaparan un 95,36% de las agresiones en Andalucía. Málaga tiene la mayor ratio. Se puede concluir que además de los distintos sistemas de protección implantados en las distintas provincias, Málaga, en su atención socio-sanitaria, está sometida a un mayor estrés que deriva en situaciones de violencia sobre los trabajadores.

2. BALANCE

- 1) Como consecuencia de los recortes se han perdido en Málaga 370 camas hospitalarias de la Sanidad Pública en los últimos 5 años.
- 2) Relacionando las camas hospitalarias con la población detectamos que Málaga es la última provincia de la Comunidad Autónoma, y muy distante de la media de España.
- 3) Serían necesarias 483 camas para alcanzar la ratio andaluza de camas por habitantes, y 818 camas hospitalarias para alcanzar la media española.
- 4) Desde 1992 apenas ha aumentado la dotación hospitalaria pública de la provincia de Málaga a pesar del crecimiento poblacional en este periodo, cercano al medio millón de personas.
- 5) Málaga es la provincia de Andalucía que cuenta con una mayor dotación de camas hospitalarias privadas, concretamente el 36,98% del total de camas privadas de Andalucía pertenecen a nuestra provincia, por el contrario las camas públicas en Málaga suponen el 16,70% de la Comunidad Autónoma.
- 6) Andalucía está entre las Comunidades Autónomas que más empleo público ha perdido en Sanidad. Málaga es con diferencia la provincia que más plazas de Sanidad Pública ha destruido. En nuestra provincia se han perdido 1893 plazas, lo que supone un 20,41% de las plazas de todas las categorías de la sanidad pública en Andalucía.
- 7) La política de personal del SAS ha cambiado en 2017 conllevando una reducción del número de camas cerradas, que ha pasado del 25,36% al 8,01%, gracias al aumento de inversión de 13M € en sustituciones en el verano de 2017.
- 8) Málaga en 2017 ha dejado de liderar el ranking negativo de listas de espera que lideraba en el último lustro. Sin embargo, no es por una mejora de los datos de Málaga, sino por el empeoramiento de Huelva y Granada
- 9) Es en las primeras consultas donde debemos fijarnos más en el número de pacientes en vez de en la demora media, puesto que somos la provincia con más personas en listas de espera para consultas externas lo que sirve de tapón para el resto de listas de espera.
- 10) Los profesionales malagueños son los que sufren una mayor tasa de agresiones tanto físicas como verbales con una dotación de recursos preventivos deficitarios.

Málaga lleva soportando desde hace más de una década una falta de inversiones en materia de sanidad, que no se han producido en otras provincias de nuestra Comunidad Autónoma, baste recordar las inversiones efectuadas en la remodelación integral del Hospital Reina Sofía de Córdoba o el nuevo hospital de Granada en el Parque de la Salud, realizadas todas ellas en este período de crisis.

Esta falta de inversiones en Málaga se ha traducido en unos hospitales colapsados y en un deterioro claro de la asistencia que se presta, como refleja el ranking de listas de espera que lideramos un año tras otro, como también encabezamos las agresiones a profesionales.

La Consejería de Salud finalmente se ha mostrado receptiva a las peticiones que desde diversos ámbitos se han llevado a cabo, comenzando por una inversión en sustituciones en el verano de 2017 y en un aumento de la plantilla de Atención Primaria.

3. PROPUESTAS DE MEJORA DE LA SANIDAD EN MÁLAGA

Estas propuestas se concretan en cuatro puntos fundamentalmente:

3.1 Plan de choque

Dentro de este punto habría que diferenciar dos subapartados:

- a) Reapertura con carácter de urgencias de todas las plantas cerradas en la actualidad en los hospitales malagueños, así como la utilización al 100% de las nuevas infraestructuras sanitarias de la provincia de Málaga: y Hospital Valle del Guadalhorce. En Málaga, a 24 de abril de 2018, permanecen sin utilizar:
 - 48 camas en el Hospital del Guadalhorce
 - 40 camas en el Chare de Benalmádena

Esto hace un total de 88 camas que se podrían utilizar en un corto espacio de tiempo.

- b) Continuar con el cambio de la política de personal del SAS con la sustitución de las ausencias por bajas, vacaciones, permisos reglamentarios, etc; manteniendo las inversiones del Plan Costa de 2017 durante todo el año.

3.2 Crecimiento por encima de la tasa de reposición

Es necesario e imprescindible el crecimiento por encima de la tasa de reposición para poder recuperar los 1.893 puestos de trabajo perdidos en la sanidad pública en los últimos años. En la actualidad, en los centros sanitarios de nuestra provincia existe un 20,41% menos de profesionales sanitarios públicos que en 2009, llevándose a cabo la misma labor asistencial con una población más envejecida. Las consecuencias son claras: por un lado, la sobrecarga de los profesionales y, por otro, el deterioro de la asistencia prestada. Todo ello como consecuencia de la restricción de la tasa de reposición impuesta desde el Gobierno Central. Por ello proponemos que la tasa de reposición crezca por encima del 100%.

3.3 Reordenación de la asistencia especializada

Esta reordenación debe ser consecuencia de un plan funcional bien coordinado y ejecutado. Es de dicho Plan de donde debe salir la necesidad de dotar más camas de agudos y crónicos, así como otras actuaciones igualmente importantes: aumento de consultas externas, inversiones en nuevas tecnologías con planteamiento de futuro, rediseño de áreas quirúrgicas, de las urgencias y de otras instalaciones de alta complejidad (UCI, hemodinámica, neonatología y otras).

Presentamos los tres pilares para este proyecto, las dos primeras coincidentes con el Grupo de Trabajo de la Consejería de Salud

a) Construcción de un hospital en la zona posterior del Hospital Materno Infantil que conformaría un gran hospital junto a los ya existentes, Hospital Materno Infantil y Hospital Civil. Este Hospital Regional de tercer nivel tendría las especialidades propias de este nivel asistencial y estaría vinculado con la Universidad, con la creación de áreas específicas de Docencia e Investigación, y con un edificio donde estaría situado el Instituto de Investigación Biomédica. Así se evitaría la disfuncionalidad que actualmente tiene nuestro Hospital Regional con pabellones repartidos por todo el municipio.

Consideramos que a falta de estudios técnicos más precisos este es el lugar más idóneo porque permitiría aprovechar mejor las infraestructuras hospitalarias ya existentes.

No obstante, hemos de considerar una serie de aspectos. En particular, se trata de una zona urbana de alta densidad de edificación y población.

Esta Mesa ha solicitado de las Áreas de Urbanismo y Movilidad información para evaluar si en los terrenos mencionados podría ubicarse un hospital de las características pretendidas y si el impacto de una infraestructura de este tipo afectaría a la movilidad de la zona. Consultada la Gerencia Municipal de Urbanismo un hospital de estas características podría construirse en los terrenos de La Noria en cuanto a superficie y edificabilidad. Para el Área de Movilidad sería necesario realizar un estudio más riguroso de la afectación de la zona. En todo caso se tendrían que tomar las medidas necesarias para facilitar la movilidad en caso de que el proyecto se llevara a cabo.

La dotación de este nuevo hospital debería estar en torno a 800 camas para paliar el déficit existente. Coincidimos en este aspecto con el grupo de trabajo de la Consejería de Salud. Dentro del proyecto contemplamos la ubicación del Instituto de Investigación Biomédicas en un edificio propio. Esto permitiría aunar clínica, docencia e investigación, contando con la implicación de la Universidad.

b) Reconversión del actual Hospital General (Pabellones A y B) en un Hospital Comunitario con una dotación de, al menos, 500 camas, con personal de nueva contratación que supondría un aumento de los recursos sanitarios en asistencia especializada, y que sirva para solucionar los problemas de camas en nuestra capital. Desde la Mesa, de acuerdo con el informe remitido por la Facultad de Ciencias de la Salud, entendemos que debemos afrontar el desafío que representa el envejecimiento, la cronicidad y la dependencia de la población, en un ambiente pensado para el paciente agudo frente a un modelo de atención integral. La reutilización del Hospital Regional como hospital dedicado a la atención de personas con enfermedad crónica, dependientes, de cuidados paliativos y de multimorbilidad con una gestión de los procesos asistenciales coordinados e integrados asistencialmente con Atención Primaria puede ayudar a afrontar este reto.

Es necesario que el plan funcional contemple las necesidades de los ciudadanos para una adecuada asistencia, organización del trabajo, cartera de servicios y previsión de necesidades actuales y futuras; teniendo en cuenta nuevas estrategias en la asistencia.

c) Construir en la zona este de Málaga un Chare, al existir criterios poblacionales similares a otras zonas de nuestra provincia. Que incluya, asistencia especializada y Urgencias equivalentes a las del Hospital del Guadalhorce. Esta infraestructura junto a la remodelación del Hospital Marítimo y al Hospital del Guadalhorce, conformaría una zona periurbana hospitalaria para evitar el colapso sanitario en Málaga dado el incremento demográfico previsto. (**Anexo I:** Documento de la Federación T. de Asociaciones de Vecinos “UNIDAD” de Málaga).

Para completar el mapa sanitario malagueño en un periodo de 6-8 años sería necesario desarrollar un plan con las siguientes fases:

- 1) Nuevo Hospital Regional en los terrenos posteriores del Hospital Materno-Infantil, con conexión a éste y al Hospital Civil. Con un coste estimado de 150 millones de euros.
- 2) Reconversión del actual Hospital Regional en un Hospital General. Según nuestras estimaciones costaría unos 50 millones de euros.
- 3) Construcción de una infraestructura sanitaria en la zona Este de Málaga de características similares al Hospital Valle del Guadalhorce, con un coste estimado de 30 millones de euros.
- 4) Remodelación Hospital Marítimo, con un importe de 15 millones de euros.

Consideramos necesaria una inversión en torno a 245 millones de euros, cifra por debajo de los 260 millones invertidos en el Hospital del Parque de la Salud que se ha llevado a cabo en Granada.

3.4. Potenciación de la Atención Primaria

No tendría sentido una reordenación de la asistencia especializada sin potenciar la calidad de atención en la atención primaria.

Según el estudio de población, cronicidad y envejecimiento expuesto anteriormente hay un gran colectivo de personas mayores con pluripatologías crónicas que consumen la mayoría de los recursos de la atención socio sanitaria. Es la falta de atención continuada que reciben estas personas lo que produce la agudización de sus patologías y su desestabilización. Su entrada en Urgencias y las hospitalizaciones podrían ser evitables.

Esto facilitaría el seguimiento asistencial, la compatibilidad y conciliación de fármacos, la atención socio sanitaria en el domicilio, la prevención, y la coordinación con médicos generalistas y especialistas de atención especializada, etc. Los profesionales de la

.....

atención primaria deben ser los ejes vertebradores de la atención a estos pacientes.

Para que se cumpla esto, los centros de salud deben contar con los profesionales sanitarios necesarios y con los medios para que puedan atender a los pacientes con seguridad, dignidad y confidencialidad. Que puedan realizar un seguimiento adecuado en consulta y en domicilio por parte de los equipos multidisciplinares.

Para que esto pueda llevarse a cabo creemos necesario:

- Que la ratio médico de familia/ pacientes no sea mayor de 1500.
- Que la ratio pediatra/paciente no sea mayor de 1200.
- Que en las consultas se disponga de un mínimo de 10 minutos por paciente.
- Que se sustituyan las bajas, vacaciones y jubilaciones.
- Que puedan realizarse las pruebas diagnósticas indicadas y prescribirse las prestaciones necesarias.
- Que se puedan desarrollar los programas de Promoción, Prevención y Formación de la Salud.

4. PROPUESTAS DE MEDIDAS TRANSITORIAS

La concreción de estas propuestas de mejora necesitaría un período de tiempo que podría oscilar entre cinco y diez años. ¿Qué hacer mientras tanto para paliar la situación actual?

4.1 Política de sustituciones

Continuar con la política de sustituciones iniciada en el verano de 2017 para que la actividad asistencial no se resienta, no se cierren camas y la actividad quirúrgica se mantenga. Para ello es necesario un porcentaje de sustituciones cercano al 80% de la plantilla ausente.

4.2 Aumento de la contratación

Es necesario crecer por encima de la tasa de reposición para recuperar la pérdida de empleo y para ir acomodando paulatinamente las plantillas a la realidad sanitaria. Este aumento neto de plantilla podría desarrollar su actividad asistencial en las estructuras actuales en un horario distinto al habitual, es decir por las tardes, con lo que se incrementaría la actividad asistencial en consultas externas, cirugía mayor ambulatoria y actividad quirúrgica según la disponibilidad de camas. Todo ello tendente a reducir las listas de espera.

4.3 Aumento de las camas disponibles

Si se aumenta la actividad asistencial es necesario imperiosamente aumentar la dotación de camas disponibles. Pensamos que sería necesario en este periodo transitorio disponer de 400 camas más para poder absorber el incremento de la actividad asistencial.

Para ello proponemos una serie de medidas:

4.3.1 Apertura del 100% de las camas disponibles, incluyendo el Hospital del Guadalhorce y el HARE de Benalmádena, con lo que se podría aumentar la disponibilidad de camas en más de 80.

4.3.2 Aumento transitorio de los conciertos, sobre todo de camas de Medicina Interna, Paliativos y Rehabilitación, que serían las que irían en el futuro Hospital Comunitario.



4.3.3 Mientras Málaga alcanza la estructura sanitaria que esta Mesa ha considerado, estimamos necesario complementar la estructura y la oferta sanitaria actual, con fórmulas de contratación con entidades privadas. Bien mediante conciertos, convenios o consorcios.

En Málaga, a 24 de abril de 2018

ANEXO I



“INFORME SOBRE SITUACIÓN SANITARIA EN LA ZONA ESTE DE MÁLAGA

Entidad: Federación T. de Asociaciones de Vecinos “UNIDAD” de Málaga

COLECTIVOS VECINALES Y CIUDADANOS RECLAMAN UN EQUIPAMIENTO SANITARIO PARA LA ZONA ESTE DE LA CIUDAD.

Comenzamos este documento, sobre la necesidad de construir un equipamiento sanitario para la zona Este de la ciudad, reiterando algo que es de todos conocido, la carencia de camas hospitalarias en la capital y en la provincia de Málaga en general, por lo que, es un hecho denunciado reiteradamente desde el Ayuntamiento de Málaga, los colectivos sociales y la ciudadanía. Ya en varias ocasiones, informes públicos, estudios privados e investigaciones de los medios de comunicación, han demostrado la escasa inversión en el ámbito de asistencia hospitalaria en la provincia de Málaga.

La reivindicación es clara, Málaga la capital necesita de nuevos equipamientos hospitalarios para alcanzar los ratios de camas por habitantes; necesitamos, por un lado, sumar 400 camas hospitalarias para alcanzar la media andaluza, y por otro lado, para alcanzar la media española, Málaga necesita 800 nuevas camas.

Tras la reunión del Consejo Social de la Ciudad, celebrado el pasado día 2 de febrero de 2017 en la que se debatió la necesidad de la construcción de un Tercer Hospital en los terrenos del Hospital Civil, la Federación de Asociaciones de Vecinos “UNIDAD” en su turno de palabra expuso que, ***“aunque se está de acuerdo en la necesidad de llevar a cabo esta construcción, desde nuestra entidad, se reivindica igualmente la construcción de un equipamiento hospitalario en el Distrito Este,*** reivindicación que se realizó en su momento en fechas anteriores, y que de nuevo se demanda y se propone en la Comisión de Trabajo del Tercer Hospital.

En la actualidad, existe una problemática que afecta muy directamente a la salud de los ciudadanos/as, está comprobado y es de todos conocidos las carencias que presenta la sanidad pública andaluza en muchas áreas de atención (**faltan camas, saturación de usuarios en las urgencias, interminables lista de esperas etc.**) carencias que quedan agravadas por el aumento de la población de nuestra provincia y más concretamente en la zona Este de la ciudad, por ello, estamos convencidos de que es necesario no solo llevar a cabo la construcción de un hospital para Málaga capital y su entorno metropolitano, sino que también se hace necesaria la construcción de un equipamiento CHARE en la zona Este de la ciudad, situado entre la Ronda Este, el Camino de Olías y Jarazmín; construcción que se establezca como una nueva estructura de atención sanitaria, que persiga mejorar la accesibilidad a los dispositivos sanitarios, que disminuya los tiempo de respuesta y agilice los circuitos de consulta y exploraciones, a los usuarios/as, todo ello, en el marco de una estrategia de mayor eficacia y



Calidad asistencial mediante nuevas estructuras funcionales por proceso, que potencie la cooperación asistencial entre primaria y especializada.

De nuevo, una treintena de Asociaciones Vecinales, Entidades Culturales, Sociales y Deportivas de la zona Este, queremos presentar esta reclamación histórica del movimiento ciudadano:

Asociaciones de Vecinos: A.V. “El Detalle”, A.V. “Gibralfaro”, A.V. “La Malagueta”, A.V. “Jarazmín” A.V, “El Palo”, A.V. “Pedregalejo,” A.V. “San Vicente Ferrer “(Olías). A.V. “Altos de Jaboneros” A.V. “Santo Pitar”, A.V. “Cerro del Moro”, A. V. “Ntra. Sra. Del Carmen” A.V. “Ánimas Jaboneros”, A.V. “La Araña”, A.V. “El Rebalaje”, A.V. “La Mosca”, A.V. “Gálica la Pelusa”, A.V. “Zona Popular el Palo”

Colectivos: Asoc. Antiguos Alumnos del ICET, Hermandad del Rosario, (El Palo), Hermandad de El Carmen (El Palo), Hermandad del Carmen (Pedregalejo), Peña Recreativa Pedregalejo, Centro de Salud de “El Palo “, AMFREMAR, Asoc. De Mayores de Pedregalejo, Asoc. Remo y Pala (Pedregalejo), Asoc. Mar Abierto, Asoc. Amigos del Carnaval Paleño, Empresarios Málaga Este, Peña Malaguista (El Palo), Peña Madridista (El Palo), Peña “El Palustre”, Centro de Deportes El Palo, Peña “Los Bolaos”.

Esta reclamación consiste en poder contar con una infraestructura hospitalaria acorde con las necesidades de la población existente. Pues la no existencia de la misma afecta muy seriamente la salud de muchos ciudadanos y ciudadanas de Málaga capital que viven y trabajan en la Zona Este de la ciudad.

La petición que venimos reclamando a la Junta de Andalucía, y concretamente a la Consejería de Salud, radica en poder disponer de un equipamiento hospitalario de cercanía en la zona mencionada en el párrafo anterior, petición que hemos venido presentando, desde hace mas de 25 años ante los diferentes Delegados de Salud en la provincia de Málaga.

Es por tanto, una reivindicación que desde que la presentamos por primera vez, ha tenido continuidad en el tiempo en el movimiento vecinal y asociativo, así lo reconocen todos los profesionales de la medicina, la ciudadanía, las Instituciones Públicas y Privadas, el propio Movimiento Vecinal y otros colectivos del Distrito Este.

También hemos de decir, que los representantes por la provincia de Málaga de los partidos políticos PP, PSOE, e IU que formaban parte de la Cámara Andaluza en el año 2010, y con los que se llevaron a cabo reuniones en el propio Parlamento Andaluz para explicarles nuestra demanda y nuestros razonamientos comprendieron y apoyaron nuestra reivindicación.

Pero.... ¿por qué razones formulamos actualmente, tal y como lo venimos solicitando desde hace más de veinticinco años, la necesidad de ubicar esta infraestructura hospitalaria en la Zona Este?



RAZONES POR LAS QUE SOLICITAMOS ESTE EQUIPAMIENTO.

Las razones que nos hacen considerar esta reivindicación son las mismas que en su momento realizamos:

1º.- El derecho a participar que tiene el Movimiento Vecinal en el debate del mapa hospitalario de la ciudad de Málaga, derecho que no se entiende de otra manera, tanto es así, que en fecha 16 de Abril de 2009 se presenta una resolución por parte de la Asociación de Vecinos de Pedregalejo en nombre de las asociaciones vecinales y colectivos del Distrito Este, en Asamblea General Ordinaria de Gestión de la Federación de Asociaciones de Vecinos “UNIDAD”, resolución que es asumida por todos los integrantes miembros de la Federación y presentada como reivindicación en todas las Administraciones Públicas competentes para ello.

2º.- Con nuestra reivindicación defendemos el principio de solidaridad entre los ciudadanos de la ciudad de Málaga a la hora de emplazar los equipamientos sean de la índoles que sean y en este caso que nos ocupa un equipamiento hospitalario.

3.- La participación ciudadana, que demanda este equipamiento hospitalario, ha sido clara, no sólo a través de la plataforma ciudadana, **sino también con la constitución del Consejo Sectorial de Salud en 2009**, del que formaban parte los grupos políticos, las Administraciones públicas, los colectivos vecinales y sociales, los sindicatos especializados y colegios profesionales.

4.- En la actualidad los centros y equipamientos hospitalarios existentes, están emplazados al Oeste del río Guadalmedina (Hospital Civil, Hospital Materno Infantil, Hospital Carlos Haya, Hospital Clínico Universitario, CARE “José Estrada” y últimamente del Hospital del Valle Guadalhorce.), al Este de la ciudad, tan solo nos encontramos con dos Centros de Salud para atender a toda la población en dicha zona, por tanto, para ser atendidos en sus necesidades sanitarias, tanto consulta externa, urgencias, operaciones etc. los usuarios tienen que hacer un largo recorrido para recibir asistencia hospitalaria, y en la mayoría de los casos, cruzar el centro de la ciudad; dado que muchas de las atenciones sanitarias tienen carácter de urgencias, se da la circunstancias en algunos casos, que cuando los servicios sanitarios deben satisfacer estas demandas encuentra en sus desplazamientos muchas dificultades debido al intenso tráfico que soporta la ciudad. La distancia que deben recorrer supera los 10 Km para perjuicio del usuario..

En este sentido, la dirección del servicio provincial 061, señaló que el tráfico y la estructura urbana de Málaga hacen que los equipos encuentren dificultades para desplazarse con mayor rapidez, con lo cual, se puede poner en riesgo la vida de los pacientes en aquellos casos especialmente graves. Así vemos como en Málaga, el **061**, según estudios realizados, tiene el peor tiempo de respuesta de Andalucía, para comparar: el tiempo de respuesta que se emplea en Málaga es de 11 minutos y 22 segundos, en Huelva el tiempo que se emplea es tan solo de 7 minutos y 16 segundos

Proponemos la ubicación de este equipamiento en la Zona Este, porque el mismo potenciaría los servicios de salud no solo de los habitantes en el Distrito Este, con una población de 58.693 ciudadanos censados, (según datos del Ayuntamiento de Málaga al 31 de Enero 2013), sino que además se beneficiarían de ésta infraestructura hospitalaria otra zonas metropolitanas de esta



área de la ciudad, tales como la (Araña, y Olías) y términos municipales como: al Norte del Distrito (**Colmenar** con 3.385 hbtes., **Comares** con 1.348 hbtes.) al Este del Distrito (**El Borge** con 1.048 hbtes, **Moclinejo** con 1.198 hbtes y **Totalán** con 707 hbtes) Y al Sureste la **Cala del Moral** con 13.136 hbtes y **Rincón de la Victoria** con 44.003 hbtes.) y un poco más alejado pero que también se beneficiaría de dicha infraestructura, el pueblo de **Macharaviaya** con 461 Hbtes. Todos ellos suman una población total de 65.286 hbtes, que junto con los propios habitantes del Distrito Este, se atendería a una población aproximada de **123.979 hbtes. (*)**. Población que sería atendida en este equipamiento hospitalario que se propone.

(*) Datos de habitantes obtenidos del I. N. E. a fecha 2016

DISPONIBILIDAD DE SUELO Y COMUNICACIÓN

Para la construcción de este equipamiento, y teniendo en cuenta la falta de disponibilidad de suelo en las zonas consolidadas, en relación al emplazamiento de este importante equipamiento hospitalario, se propone, lo que ya propusimos en ocasiones anteriores, es decir, que se tenga en cuenta como primera opción el suelo urbanizable sectorializado **SUS-LE1 “Wintember”, según datos del Informe con fecha 8 de Marzo de 2017, nº de registro de salida 144992**, que remite El Departamento de Planeamiento y Gestión Urbanística del la Gerencia Municipal del Urbanismo Obras e infraestructuras del Excmo. Ayuntamiento de Málaga **al Consejo Social de la Ciudad, con fecha de entrada 9 de marzo de 2017, y número de registro de entrada 789** en el Área de Participación Ciudadana Inmigración Y Cooperación Al Desarrollo, así como, las fichas correspondientes a las diferentes localizaciones analizadas para la determinación de la ubicación idónea del nuevo hospital de Málaga, que se indica en este informe, esta parcela tiene una superficie de 328.036.50 m2 y una disponibilidad de suelo 11.322 m2 según ficha de planeamiento para el Sistema de Interés Público Social. **Dicha superficie podría incrementarse en virtud del art, 6.6.3 del PGOU en 15.981 m2. Por tanto el suelo disponible para equipamiento sanitario podría llegar a tener 27.213 m2.**

En cuanto al suelo urbanizable sectorializado **SUS-LE3 “El Tinto”**. Esta parcela tiene una superficie de 223.163.50 m2 y una disponibilidad de suelo de 4.000 m2 para el Sistema de Interés Público Social. **Dicha superficie podría incrementarse en virtud del art. 6.6.3 del PGOU en 9.000 m2. Por tanto el suelo disponible para equipamiento sanitario podría ascender a 13.000 m2. (Según informe)**

En cuanto a comunicación, el primero se encuentra con acceso inmejorable desde la A-7 conectando con la MA- 24 (antigua Ronda Este) y el segundo desde la MA- 24 y la A 7000. Este último vial y según contempla el Plan General de Ordenación Urbana, necesita de refuerzo y nuevo trazado además de puesta en carga de estos sectores obligaría a que estas conexiones y viales se mejoren, por lo que será necesario articular un sistema de transporte colectivo.



Dichas propuestas de ubicación, reúnen excelente comunicación al estar entre los dos brazos de la Ronda Este, con comunicación directa con el casco urbano y facilidad de llegada del transporte público, lo que nos aportaría una reducción considerable de los tiempos y de recorrido en la movilidad de los usuarios/as.

Por otra parte el Observatorio de Medio Ambiente Urbano (OMAU) del Ayuntamiento de Málaga, considera que ***“la opción más sostenible para la ciudad, consiste en desarrollar una infraestructura hospitalaria en la zona Este”*** así lo recoge el segundo estudio ambiental sobre la necesidad de un nuevo equipamiento hospitalario en Málaga distintos escenarios de ubicación en relación a la Agenda 21 y a la sostenibilidad urbana, movilidad, transporte, compacidad y complejidad urbana, distancias, tiempo y emisiones contaminantes.

Para finalizar, queremos indicar que entendemos que a la hora de invertir hay que respetar una escala de valores, siendo fundamental entre estos el poder realizar una adecuada atención a la ciudadanía, así pues, por lo ya expuesto en el Consejo Social de la Ciudad celebrado en fechas señalada al principio de este Informe, Consejo en el que se debatió la posible construcción de un tercer hospital en los terrenos del **Hospital Civil**, como modo de disponer rápidamente de los terrenos (reserva de suelo) previsto en el propio PGOU y de los recursos, no debe, ni puede impedir la construcción de otro equipamiento hospitalario demandado por un gran número de población malagueña desde hace mas de dos décadas, más aun teniendo en cuenta el déficit de atención sanitaria en la Zona Este de la ciudad.

Por consiguiente, estamos en el convencimiento, que se ha de estudiar también, y debatir la posibilidad, de llevar a cabo la construcción de esta infraestructura en la zona Este, porque con ello se mejoraría en gran medida, la calidad de asistencia sanitaria de la ciudad en general y de la zona Este y de su entorno metropolitano en particular.

En Málaga a 30 de Enero 2018



Federación T. de Asociaciones de Vecinos “UNIDAD” de Málaga”