



En el Salón de sesiones del Ayuntamiento de Chipiona (Cádiz), en la Plaza Juan Carlos I, siendo las diez horas y siete minutos del VEINTIDOS DE JUNIO DE DOS MIL DIECIOCHO, se reunieron, en primera convocatoria, los señores ediles relacionados a continuación, miembros de la Corporación Municipal, en número suficiente para la válida celebración de este PLENO, según disponen los arts. 46 de la Ley 7/85, de 2 de abril, reguladora de las Bases del Régimen Local, el art. 90 del R.D. 2568/86, de 28 de noviembre, por el que se aprueba el Reglamento de Organización, Funcionamiento y Régimen Jurídico de las Entidades Locales y el art. 49 del Reglamento Orgánico Municipal.

ASISTENTES A LA REUNIÓN:

D^a. Isabel Jurado Castro. Alcaldesa Presidenta. (PP)

CONCEJALES:

D. Francisco Javier Díaz Jurado. (PP)

D^a María Regla Davinia Valdés del Moral. (PP)

D. Rafael Naval Jurado. (PP)

D^a. María Jesús Alicia Valdés Millán. (PP)

D. Rafael Pastorino Torreño. (PP)

D^a. Elvira Jiménez Bueno. (PP) Se ausenta definitivamente en el punto 8º, siendo las 11:35 horas

D. Fernando Lagos Mohedano. (PP)

D^a. María Dolores Naval Zarazaga. (PSOE)

D. Lucas Díaz Bernal. (PSOE)

D^a. Luz María Caraballo Rodríguez. (PSOE)

D. Rafael Martínez Sánchez. (PSOE)

D. Enrique López Gil. (PSOE)

D^a Isabel M^a Fernández Orihuela (IU)

D. José Luíís Mellado Romero. (IU)

D. Sebastián Guzmán Martín. (IU)

SECRETARIA GENERAL:

D^a. Elena Zambrano Romero.

INTERVENTOR MUNICIPAL ACCTAL.:

D. Manuel Bernal Román.

CARÁCTER DE LA SESIÓN:

Ordinaria

Seguidamente, y antes de pasar a tratar los asuntos enumerados en el orden del día el Pleno de la Corporación guardó un minuto de silencio a favor de las víctimas de la violencia de género.

Las distintas intervenciones que se producen en adelante son opiniones sintetizadas de los miembros de la Corporación que intervienen en las deliberaciones e incidencias de éstas, con expresión del sentido del voto de los miembros presentes, en base al art. 3 apartado 2.d) del Real Decreto 128/2018, de 16 de marzo, por el que se regula el Régimen Jurídico de los Funcionarios de Administración Local con Habilitación de carácter Nacional. Las intervenciones íntegras están recogidas en la correspondiente Videoacta.

I. PARTE RESOLUTIVA

PUNTO PRIMERO.- LECTURA Y APROBACIÓN SI PROCEDE, DEL ACTA DE LA SESIÓN ANTERIOR DE FECHA 17 DE MAYO DE 2018 (ORDINARIO)

El Pleno por unanimidad de los asistentes (8 PP, 5 PSOE y 4 IU) acordó aprobar el acta de la sesión anterior de fecha 17 de mayo de 2018 (ordinario).

PUNTO SEGUNDO.- COMUNICADOS OFICIALES.

No hubo.

PUNTO TERCERO.- PROPUESTA DEL CONCEJAL DELEGADO DE URBANISMO DE APROBACIÓN DEFINITIVA DEL PROYECTO DE ACTUACIÓN PARA LA DECLARACIÓN DE UTILIDAD PÚBLICA E INTERÉS SOCIAL DE LA CONSTRUCCIÓN DE BODEGA PARA LA ELABORACIÓN ARTESANAL DE VINOS EN FINCA "LA LAGUNA", POL. 19, PARC. 95, PROMOVIDO POR VINUN SCA (13852/17) (OU)

El Pleno por unanimidad de los asistentes (8 PP, 4 PSOE y 4 IU) acordó aprobar la propuesta del Concejal Delegado de Urbanismo, con el siguiente tenor literal:

"Considerando que con fecha 14 de noviembre de 2017 se presenta proyecto de actuación para la declaración de utilidad pública e interés social de construcción de bodega para la elaboración artesanal de vinos por VINUN, SOCIEDAD COOPERATIVA ANDALUZA.

La Junta de Gobierno Local, en sesión celebrada el día 11 de enero de 2018, admitió a trámite el Proyecto de Actuación para la Declaración de Utilidad Pública e Interés Social de construcción de Bodega para la elaboración artesanal de vinos en Pago Laguna, Polígono 19, Parcela 95, del término municipal de Chipiona promovido por VINUN, SOCIEDAD COOPERATIVA ANDALUZA.

El expediente fue expuesto al público mediante inserción de anuncio en el Tablón de Anuncios del Ayuntamiento de Chipiona y Boletín Oficial de la Provincia de Cádiz nº 30 de 13 de febrero de 2018, no habiéndose formulado alegaciones al mismo.

La Delegación Territorial de Cádiz de la Consejería de Medio Ambiente y Ordenación del Territorio emite Informe favorable con fecha 27 de abril de 2018.

Se ha emitido Informe Técnico-Jurídico de fechas 24/05/2018 y 23/05/2018, respectivamente, en el que se establece lo siguiente:

"Se devengará con ocasión de la concesión de licencia con una cuantía de hasta el 10% del importe total de la inversión a realizar para su implantación efectiva, excluida la correspondiente maquinaria y equipos.

El destino de esta prestación será el Patrimonio Municipal de Suelo.

En el Proyecto de Actuación figura la valoración de las instalaciones y construcciones a realizar cifrándola en la cuantía de 43.260 € por lo que la prestación compensatoria ascenderá a 4.326 €."

Se deberá garantizar la restauración de las condiciones ambientales y paisajísticas de los terrenos y su entorno.

La cuantía que se deberá garantizar es de 8.426 € y su devengo será con ocasión de la concesión de la licencia de obras.

Una vez aprobado el Proyecto de Actuación, deberá solicitar Licencia Urbanística en el plazo máximo de un año."

Por todo lo anteriormente expuesto, y de conformidad con lo dispuesto en el artículo 43.1.e) de la Ley 7/2002, de 17 de diciembre, de Ordenación Urbanística de Andalucía, se propone al ayuntamiento PLENO la adopción del siguiente ACUERDO:

PRIMERO.- Aprobar el Proyecto de Actuación para la Declaración de Utilidad Pública e Interés Social de construcción de Bodega para la elaboración artesanal de vinos en Pago Laguna, Polígono 19, Parcela 95, del término municipal de Chipiona promovido por VINUN, SOCIEDAD COOPERATIVA ANDALUZA.

SEGUNDO.- Fijar en treinta años el plazo de duración de la cualificación urbanística de los terrenos.

TERCERO.- El propietario deberá asegurar la prestación de garantía por importe de 8.426, 00 euros (10% del total de ejecución) para cubrir los gastos que puedan derivarse de incumplimientos e infracciones, así como los resultantes, en su caso, de las labores de restitución de los terrenos.

CUARTO.- El propietario deberá solicitar en el plazo de un año, contado a partir del día siguiente de la notificación del presente acuerdo, la licencia urbanística. Conforme al art. 52.5. párrafo 3º LOUA, el otorgamiento de esta licencia quedará condicionado al previo ingreso y depósito de la prestación compensatoria y garantía.

QUINTO.- Publicación del presente acuerdo en el Boletín Oficial de la Provincia de conformidad con el art. 43.1.f) de la Ley 7/2002, de 17 de diciembre, de Ordenación Urbanística de Andalucía y en el Portal de Transparencia del Ilmo. Ayuntamiento de Chipiona.

SEXTO.- Autorizar a la Sra. Alcaldesa-Presidenta a dictar cuantos actos fueren necesarios en ejecución del presente Acuerdo.

SÉPTIMO.- Dar traslado del presente Acuerdo a VINUN, SOCIEDAD COOPERATIVA ANDALUZA, para su conocimiento y efectos oportunos."

Sentido del voto:

D. Rafael Naval: Comenta que es el final del proceso, es la aprobación definitiva el Proyecto de Actuación para la Declaración de Utilidad Pública e Interés Social de construcción de Bodega.

D. José Luis Mellado: Comenta que se cumplen los requisitos legales y entiende que supone un nicho de empleo, como es el bodeguero, por lo que su voto a va ser favorable.

D. Lucas Díaz: Expone que su voto va a ser favorable y desea suerte a la empresa.

PUNTO CUARTO.- PROPUESTA DE LA ALCALDÍA-PRESIDENCIA PARA DAR CUMPLIMIENTO A LAS PREVISIONES DEL REAL DECRETO LEY 20/2012 DE 13 DE JULIO DE MEDIDAS PARA GARANTIZAR LA ESTABILIDAD PRESUPUESTARIA Y DE FOMENTO DE LA COMPETITIVIDAD EN RELACIÓN CON LA INCAPACIDAD TEMPORAL DEL PERSONAL LABORAL Y FUNCIONARIO DEL AYUNTAMIENTO DE CHIPIONA, ADEMÁS DE AQUELLAS OTRAS AUSENCIAS POR ENFERMEDAD O ACCIDENTE QUE NO DAN LUGAR A INCAPACIDAD TEMPORAL (P)

El Pleno por unanimidad de los asistentes (8 PP, 5 PSOE y 3 IU) acordó aprobar la propuesta de la Alcaldía Presidencia, con el siguiente tenor literal:

“El Real Decreto-ley 20/2012, de 13 de julio, de medidas para garantizar la estabilidad presupuestaria y de fomento de la competitividad ha introducido importantes novedades en la situación de los empleados públicos que se encuentren en situación de incapacidad temporal.

Así el art. 9 del mismo establece que la prestación económica de la situación de incapacidad temporal del personal al servicio de las Administraciones Públicas y órganos constitucionales se registrará por lo dispuesto en este artículo. Así mismo, indica que cada Administración Pública, en el ámbito de sus respectivas competencias, podrá complementar las prestaciones que perciba el personal funcionario incluido en el Régimen General de Seguridad Social y el personal laboral a su servicio en las situaciones de incapacidad temporal, de acuerdo con unos límites.

1.º Cuando la situación de incapacidad temporal derive de contingencias comunes, durante los tres primeros días, se podrá reconocer un complemento retributivo hasta alcanzar como máximo el cincuenta por ciento de las retribuciones que se vengán percibiendo en el mes anterior al de causarse la incapacidad. Desde el día cuarto hasta el vigésimo, ambos inclusive, el complemento que se pueda sumar a la prestación económica reconocida por la Seguridad Social deberá ser tal que, en ningún caso, sumadas ambas cantidades, se supere el setenta y cinco por ciento de las retribuciones que vinieran correspondiendo a dicho personal en el mes anterior al de causarse la incapacidad. A partir del día vigésimo primero, inclusive, podrá reconocerse una prestación equivalente al cien por cien de las retribuciones que se vinieran percibiendo en el mes anterior al de causarse la incapacidad.

2.º Cuando la situación de incapacidad temporal derive de contingencias profesionales, la prestación reconocida por la Seguridad Social podrá ser complementada, desde el primer día, hasta alcanzar como máximo el cien por cien de las retribuciones que vinieran correspondiendo a dicho personal en el mes anterior al de causarse la incapacidad.

Por su parte, el art. 9 apartado 5 establece la posibilidad de cada Administración Pública podrá determinar, respecto a su personal, los supuestos en que con carácter excepcional y debidamente justificados se pueda establecer un complemento hasta alcanzar, como máximo, el cien por cien de las retribuciones que vinieran disfrutando en cada momento. A estos efectos, se considerarán en todo caso debidamente justificados los supuestos de hospitalización e intervención quirúrgica.

La Disposición transitoria decimoquinta del RDL 20/2012 estableció un plazo de tres meses para el desarrollo por las administraciones públicas de las previsiones contenidas en el antedicho art. 9.

Por tanto, cada administración pública en el ámbito de sus respectivas competencias podrá complementar las prestaciones que perciba el personal funcionario incluido en el RGSS y el personal laboral a su servicio en las situaciones de IT dentro de los límites establecidos por el citado RD Ley 20/2012 y en el plazo de tres meses.

El RDL 2/2015, de 23 de octubre por el que se aprueba el texto refundido de la Ley del estatuto de los trabajadores en su art. 82.4 establece que "el convenio colectivo que sucede a uno anterior puede disponer sobre los derechos reconocidos en aquel. En dicho supuesto se aplicara íntegramente lo regulado en el nuevo convenio".

Con fecha 07 de febrero de 2018 se firmó, por unanimidad de los asistentes, Acuerdo de Mesa Negociadora participada por representantes de esta Administración y de los Sindicatos (CSIF, CGT, CC.OO., UGT, USO) sobre una diferente complementación de las retribuciones en procesos de incapacidad temporal. Así como lo acordado de forma unánime en la reunión celebrada el día 7 de Junio del 2018 de conformidad con el informe emitido por la Asesora Jurídica .

A través del citado acuerdo, la Delegación de Personal quiere regular la situación de incapacidad temporal y sus retribuciones, además de aquellas otras ausencias por enfermedad o accidente que no dan lugar a incapacidad temporal. Para ello, se ha utilizado como referencia la normativa desarrollada por la Junta de Andalucía sobre la materia (Resolución de 10 de noviembre de 2016, BOJA N° 219 de 15/11/2016)), en el marco de lo establecido en el Real Decreto Ley 20/2012, de 13 de Julio, de medidas para garantizar la estabilidad presupuestaria y de fomento de la competitividad.

Visto el Informe de la Asesora jurídica de fecha 8 de Junio del 2018

Visto el Informe de la Intervención de fondos de fecha 18 de Mayo del 2018

Considerando que el personal laboral al servicio de las Administraciones Públicas se rige por los preceptos del Texto Refundido del Estatuto Básico del Empleado Público -

TREBEP-, aprobado por Real Decreto Legislativo 5/2015 de 30 de octubre, que así lo dispongan, y por la legislación laboral y las demás normas convencionalmente aplicables (art. 7 TREBEP).

Considerando que, respecto a la negociación colectiva, el artículo 32 del Real Decreto Legislativo 5/2015, de 30 de octubre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley del Estatuto Básico del Empleado Público -TREBEP- establece que la negociación colectiva, representación y participación de los empleados públicos con contrato laboral se regirá por la legislación laboral, sin perjuicio de los preceptos del Capítulo IV del Título III que expresamente les sean de aplicación.

Considerando que en la negociación se ha respetado lo dispuesto en los artículos 82 a 92 del Texto Refundido del Estatuto de los Trabajadores.

Considerando que corresponde al Ayuntamiento Pleno, la aprobación y/o modificación del Convenio Colectivo, en cuanto el mismo puede afectar a las materias contempladas en el artículo 22.2 de la Ley 7/1985, de 2 de abril, Reguladora de las Bases del Régimen Local

Considerando que se han incorporado al expediente los informes de la Intervención Municipal y de la Asesoría jurídica del área de personal, SE PROPONE AL AYUNTAMIENTO PLENO LA ADOPCIÓN DEL SIGUIENTE ACUERDO:

PRIMERO.- Aprobar la siguiente Adenda al Convenio Colectivo aplicable al personal laboral al servicio de este Ayuntamiento y al Acuerdo de Mejoras del personal funcionario de este Ayuntamiento de Chipiona en los siguientes términos:

“PRIMERO.- El listado y el régimen de las enfermedades que darán lugar a la percepción del cien por cien del complemento de incapacidad temporal y a la totalidad de las retribuciones en los días de ausencia al trabajo por enfermedad o accidente **sin incapacidad temporal**, serán las previstas en el apartado

Las enfermedades deberán cumplir los condicionantes indicados en cada una de las columnas del listado y, en particular, la coincidencia con los códigos CIE-9-MC, así como los criterios de inclusión/exclusión. Asimismo, en los supuestos en que se requiera valoración médica, deberán ser objeto de informe por los Servicios Médicos Municipales. La mencionada lista es la recogida en el Anexo I de la presente propuesta.

SEGUNDO.- El régimen establecido será de aplicación al personal LABORAL y FUNCIONARIO del ayuntamiento de Chipiona siempre que tuviera reconocida la percepción de complementos en los supuestos de incapacidad temporal o de retribuciones por ausencia al trabajo debida a enfermedad o accidente que no dé lugar a incapacidad temporal.

TERCERO.- El listado de enfermedades contenido en el ANEXO I será objeto de actualización con periodicidad anual. Sin perjuicio de la citada periodicidad, cuando las circunstancias lo aconsejen y previa negociación con las organizaciones sindicales, se procederá a su revisión o actualización.

CUARTO.- Se establece en CUATRO los días de ausencia por enfermedad o accidente durante el año natural que, sin causar incapacidad temporal, darán derecho a que se complementen al cien por cien las prestaciones económicas de la incapacidad temporal, es decir, que no se aplique el descuento a que se refiere el art. 9 del Real Decreto Ley 20/2012, todo ello en virtud de lo establecido en la **Disposición Adicional Trigésimo Octava de la Ley 17/2012**.

QUINTO.- Al efecto de lo previsto en el punto anterior, se establece un solo episodio de gripe al año, en el que se garantiza el cien por cien de las retribuciones.

SEXTO.- Se reproduce en el Anexo II la lista de enfermedades de declaración obligatoria prevista en el Real Decreto 2210/1995 de 28 de diciembre, por el que se crea la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica.

SÉPTIMO.- Se reproduce en el Anexo III el listado de enfermedades establecido en el Real Decreto 1148/2011 de 29 de julio, para la aplicación y desarrollo, en el sistema de la Seguridad Social, **de la prestación económica por cuidado de menores afectados por cáncer u otra enfermedad grave**.

OCTAVO.- El descuento que en cada caso proceda en nómina se realizará a mes vencido.

NOVENO.- En el supuesto que en los Presupuestos Generales del Estado para el presente ejercicio fueren aprobados definitivamente, seguirá en vigor la regulación contemplada en el Convenio Colectivo Municipal o Acuerdo de Mejora siempre que no sea contradictorio con lo establecido en lo contemplado en la Ley de Presupuestos para cada ejercicio."

SEGUNDO.- Notificar el presente acuerdo al Comité de Empresa y Junta de personal para proceder a su firma.

TERCERO.- Comunicar el presente acuerdo a la autoridad laboral, en el plazo máximo de quince días contados a partir del momento de la firma de Adenda al Convenio Colectivo y Acuerdo de mejoras, con traslado de su texto íntegro, a los efectos previstos en el artículo 90.2 del Real Decreto Legislativo 2/2015, de 23 de octubre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley del Estatuto de los Trabajadores.

ANEXO I

Primera. Listado actualizado de enfermedades graves.

Código CIE-9-MC	Enfermedad	Criterio de inclusión/exclusión	Valoración Médica
010 a 018	Tuberculosis	Excluye: PPD positivo (795.51), PPD positivo sin tuberculosis activa (795.51) y reacción inespecífica a la prueba de la tuberculosis sin tuberculosis activa	X



		(795.51-795.52).	
042	Infección por el virus de la inmunodeficiencia humana	Excluye: estado de infección por VIH asintomático (V08). - exposición a virus VIH (V01.79). - evidencia serológica no específica de VIH (795.71)	X
135	Sarcoidosis		
137	Efectos tardíos de la tuberculosis	Valorar en función de la gravedad/funcionalidad de órgano/sistema, en su apartado correspondiente.	X
480 a 486	Neumonías infecciosas (Están también incluidas en el apartado de respiratorio)	Sólo incluidas neumonías complicadas con asociación a VIH, Neoplasias, Inmunodepresión o precisen Hospitalización por Clínica grave	X
140 a 209	Neoplasias malignas		
210 a 229	Tumores benignos	Se incluyen aquellos que por tamaño y localización impliquen gravedad o alteración de la función del órgano	X
230 a 234	Carcinomas in situ		
235 a 238	Neoplasia de evolución incierta	Se incluyen aquellos que conllevan alteración del estado general o de la función del órgano	X
239	Neoplasia de naturaleza no especificada	Se incluyen aquellos que conllevan alteración del estado general o de la función del órgano	X
250.1 a 250.7	Diabetes mellitus con complicaciones específicas		X
250.8 a 250.9	Diabetes mellitus con otras complicaciones específicas o no especificadas.	Se incluye según valoración de complicaciones específicas	X
258.01 a 258.03	Neoplasia endocrina múltiple tipo I, tipo IIA y tipo IIB		
259.2	Síndrome carcinoide		
270.1	Fenilcetonuria		
271.0	Glucogenosis		
271.1	Galactosemia		
271.2	Intolerancia hereditaria a la fructosa		
277.0	Fibrosis quística		
277.00	Fibrosis quística sin ileo meconial		
277.01	Fibrosis quística con ileo meconial		



277.02	FQ con manifestaciones pulmonares		
277.03	FQ con manifestaciones gastrointestinales		
277.09	FQ con otras manifestaciones		
277.3	Amiloidosis		X
277.30	Amiloidosis no especificada		X
277.31	Fiebre mediterránea familiar		X
277.39	Otra amiloidosis		
277.5	Mucopolisacaridosis		
277.7	Síndrome X dismetabólico		
277.85	Trastornos de la oxidación de los ácidos grasos		
277.86	Trastornos peroxixómicos		
277.87	Trastornos del metabolismo mitocondrial		
279	Trastornos que implican el mecanismo inmunitario	Se incluyen las formas graves	X
280	Anemias por carencia de hierro	Sólo anemias graves según clasificación OMS	X
281	Otras anemias por carencias	Sólo anemias graves según clasificación OMS	X
282	Anemias hemolíticas hereditarias	Sólo anemias graves según clasificación OMS	X
283	Anemias hemolíticas adquiridas	Sólo anemias graves según clasificación OMS	X
284	Anemia aplástica y otros síndromes de insuficiencia medular	Sólo anemias graves según clasificación OMS	X
285	Otras anemias y anemias no especificadas	Sólo anemias graves según clasificación OMS	X
288.0	Neutropenia	Sólo se incluyen neutropenías graves (<500 microlitro)	X
290 a 299	Psicosis orgánicas, otras psicosis.		
300.3	Trastorno obsesivo compulsivo		
301.2	Trastorno esquizoide de la personalidad		
303	Dependencia de alcohol		
304	Dependencia de drogas		
307.1	Anorexia nerviosa	Sólo las graves	X
307.51	Bulimia nerviosa	Sólo las graves	X
320 a 326	Enfermedades inflamatorias del Sistema		



	nervioso central		
331	Otras degeneraciones cerebrales		
332	Enfermedad de Parkinson		
333.0	Otras enfermedades degenerativas de los ganglios basales		
333.4	Corea de Hungtington		
333.5	Otras coreas		
333.71	Parálisis cerebral atetoide		
334	Enfermedad espinocerebelosa		
335	Enfermedad de las células del asta anterior		
336	Otras enfermedades de la médula espinal		
338.0	Síndrome de dolor central		
339.01	Cefalea en racimo episódicas		
339.02	Cefalea en racimo crónica		
340	Esclerosis múltiple		
341 a 341.9	Otras enfermedades desmielinizantes del sistema nervioso central		
342 a 342.92	Hemiplejía y hemiparesia		
343	Parálisis cerebral infantil		
345	Epilepsia y crisis recurrentes	Solo epilepsias refractarias resistentes al tratamiento.	X
346	Migrañas		
347 a 347.11	Cataplejía y narcolepsia		
348	Otras enfermedades cerebrales	Valorar en función de la gravedad.	X
350	Trastornos del nervio trigémino		
351	Trastornos del nervio facial		
357.81	Polineuritis desmielinizante inflamatoria crónica		
358	Trastornos mioneurales		
359	Distrofias musculares y otras miopatías		
366	Cataratas		
391	Fiebre reumática con afectación cardiaca	Criterios clínicos, laboratorios y serología.	X
392	Corea Reumática		
393	Pericarditis reumática crónica		



402	Cardiopatía hipertensiva con insuficiencia cardíaca	Sólo estadios III y IV según NYHA	X
403	Enfermedad del riñón hipertensiva crónica	Sólo se incluye estadios III, IV y V.	X
404	Enfermedad cardíaca y renal crónica hipertensiva	Sólo estadios III y IV según NYHA	X
410 a 414	Cardiopatía isquémica	Excluye: - cardiovascular: - arteriosclerosis o esclerosis (429.2). - degeneración o enfermedad (429.2). - enfermedad cardiovascular arterioesclerótica (ASCVD) (429.2).	X
415	Enfermedad Cardíaca y pulmonar aguda		
420	Pericarditis aguda		
421	Endocarditis aguda y subaguda		
422	Miocarditis aguda		
423	Enfermedad pericárdica otras		
425	Miocardopatía	Solo se incluye con arritmia grave o disfunción ventricular	X
428	Insuficiencia cardíaca	Sólo estadios III y IV según NYHA	X
430	Hemorragia subaracnoidea		
431	Hemorragia intracraneal		
432	Hemorragia intracraneal otras		
433	Oclusión y estenosis de las arterias precerebrales		
434	Oclusión arterias cerebrales		
441	Aneurisma aorta		
442	Aneurisma otros		
444	Embolias y trombosis arteriales		
453	Otras embolias o trombosis venosas		
480 a 486	Neumonías infecciosas	Sólo se incluyen formas graves según la SEPAR. Se incluyen las neumonías adquiridas en la comunidad	X
490 a 492	Enfermedad Pulmonar obstructiva crónica.	Sólo se incluye EPOC grave según clasificación SEPAR	X
493.01	Asma con status asmático		X
493.11	Asma intrínseca con status asmático		X
493.21	Asma obstructiva crónica con status asmático		X
493.91	Asma no especificada con		X



	status asmático		
494.1	Bronquiectasia con exacerbación aguda		
510	Empiema		
511.1 a	Pleuresía con derrame		
511.8			
512	Neumotórax		
513	Absceso de pulmón y mediastino		
515	Fibrosis pulmonar inflamatoria		
516	Otra neumopatía alveolar y parietoalveolar		
517	Neumopatía en enfermedades clasificadas bajo otros conceptos		
518	Otras enfermedades pulmonares	Valoración según gravedad.	X
528.01	Mucositis (ulcerosa) debida a tratamiento antineoplásico		
530	Enfermedades del esófago	Sólo si presentan hemorragia, obstrucción y/o perforación, o son complicaciones de esofagostomía	X
531	Úlcera gástrica	Sólo si presentan hemorragia, obstrucción y/o perforación	X
532	Úlcera duodenal	Sólo si presentan hemorragia, obstrucción y/o perforación	X
533	Úlcera péptica, sitio no especificado	Sólo si presentan hemorragia, obstrucción y/o perforación.	X
534	Úlcera gastroyeyunal	Sólo si presentan hemorragia, obstrucción y/o perforación,	X
535	Gastritis y duodenitis	Sólo si presentan hemorragia, obstrucción y/o perforación.	X
555	Enteritis regional (Enfermedad de Crohn)	Sólo Casos graves según Índice Truelove-Witts modificado para EC.	X
556	Colitis ulcerosa	Sólo casos graves clasificación Montreal	X
567	Peritonitis		
570	Necrosis hepática aguda y subaguda		
571	Enfermedad hepática y cirrosis crónicas	Sólo se incluye: Puntuación B y C de clasificación de Child Pugn.	X
572	Absceso hepático y secuelas de enfermedad hepática crónica		
574 a	Colelitiasis y otros		
575	trastornos de la vesícula biliar	Sólo se incluye cuando presentan colecistitis aguda y/o obstrucción	X
577.0 a	Pancreatitis aguda y		



577.1	crónicas		
580 a 588	Nefritis, síndrome nefrótico y nefrosis	Sólo se incluyen aquellas con estadio de gravedad 3 a 5.	X
710	Enfermedades sistémicas del tejido conjuntivo	Sólo graves	X
711.0	Artritis piógena		X
713.1	Artropatía asociada con enfermedades gastrointestinales salvo las infecciones		X
713.5	Artropatía asociada con trastornos neurológicos		X
714	Artritis reumatoides y otras poliartropatías inflamatorias		X
720.0	Espondilitis anquilosante		X
728.11	Miositis osificante progresiva		X
728.3	Artrogriposis		X
728.86	Fascitis necrotizante		X
730.0	Osteomielitis agudas		X
730.1	Osteomielitis crónicas		X
742	Otras anomalías congénitas del sistema nervioso central	Según valoración específica	X
800	Fractura bóveda cráneo		
801	Fractura base cráneo		
802	Fractura de huesos faciales	Sólo se incluyen fracturas abiertas o múltiples	X
803	Otras fracturas craneales y fracturas craneales no especificadas		
804	Fractura de cráneo y cara múltiples		
805	Fractura de columna vertebral sin mención de lesión de la médula espinal		
806	Fractura de columna vertebral con lesión medular		
807.0 a 807.4	Fractura de costillas y esternón	Sólo se incluyen fracturas abiertas o múltiples	X
807.5 a 807.6	Fractura de laringe y tráquea		
808	Fractura de pelvis		
810 a 815	Fracturas de miembro superior		
816	Fractura de una o más falanges de la mano	Sólo se incluyen fracturas abiertas o múltiples	X



817 a 825	Fracturas de miembro superior y fracturas de miembro inferior		
826	Fracturas de una o más falanges del pie	Sólo se incluyen fracturas abiertas o múltiples	X
827 a 828	Fracturas del miembro inferior		
829	Fracturas de huesos no especificados	Sólo se incluyen fracturas abiertas o múltiples	X
830 a 839	Luxaciones	Sólo se incluyen luxaciones abiertas o múltiples	X
842	Esguinces y torceduras de muñeca y mano	Sólo se incluyen en grado 2 y 3	X
844	Esguinces y torceduras de rodilla y pierna	Sólo se incluyen en grado 2 y 3	X
845	Esguinces y torceduras de tobillo y pie	Sólo se incluyen en grado 2 y 3	X
850	Comoción		
851 a 854	Lesiones intracraneales		
860	Neumotórax y hemotórax traumático		
861 a 869	Lesión interna de tórax, abdomen y pelvis		

Segunda. Supuestos que dan derecho al cien por cien del complemento por incapacidad temporal y a las retribuciones que correspondan en caso de ausencia por accidente o enfermedad que no dé lugar a incapacidad temporal y su acreditación.

1. Incapacidad temporal derivada de exploraciones diagnósticas invasivas, tales como endoscopias, colonoscopias, gastroscopias, fibrobronoscopias, cateterismos y otras de similar entidad.

2. Supuestos de incapacidad temporal derivados de procesos oncológicos, tales como tratamientos de radioterapia o quimioterapia. En estos casos se aportará informe médico que acredite que la incapacidad temporal tiene lugar como consecuencia de los citados procesos.

3. En los supuestos de incapacidad temporal durante el estado de gestación, incluida la interrupción voluntaria del embarazo, durante el tratamiento por técnicas de reproducción asistida o el período de lactancia, aun cuando no den lugar a una situación de riesgo durante el embarazo o lactancia, se aportará informe médico que acredite que el proceso de incapacidad temporal ha tenido inicio durante el estado de gestación, lactancia o tratamientos de reproducción asistida.

4. Otras enfermedades graves y/o sujetas a declaración obligatoria. Se entenderá por tales aquellos procesos patológicos susceptibles de ser padecidos por adultos que estén contemplados en el Anexo I del Real Decreto 1148/2011, de 29 de julio, para la



aplicación y desarrollo, en el sistema de la Seguridad Social, de la prestación económica por cuidado de menores afectados por cáncer u otra enfermedad grave.

También se incluyen dentro de este apartado las cardiopatías isquémicas y todas las enfermedades recogidas en los Anexos I y III del Real Decreto 2210/1995, de 28 de diciembre, por el que se crea la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica.

5. Cuando la incapacidad temporal este motivada por la situación física o psicológica derivada de la violencia de género sufrida por las empleadas públicas. La acreditación de la condición de víctima de violencia de género se verificará con la orden de protección a favor de la víctima o bien, el informe del ministerio fiscal que indique la existencia de indicios de violencia de género hasta tanto se dicte orden de protección. Así mismo, se podrá acreditar de conformidad con lo dispuesto en el artículo 30 de la Ley 13/2007, de 26 de noviembre, de Medidas de Prevención y Protección Integral contra la Violencia de Género.

6. Cuando la situación de incapacidad temporal afecte al personal empleado público con discapacidad reconocida del 33% o superior, siempre que la situación de la incapacidad temporal sea consecuencia directa de dicha discapacidad; a tal efecto se aportará documento acreditativo de la discapacidad y de la situación de incapacidad temporal derivada de la misma.

Tercera. Terminología relacionada con los supuestos excepcionales que dan lugar a la percepción del cien por cien del complemento de incapacidad temporal y a la totalidad de las retribuciones en los días de ausencia por enfermedad o accidente sin incapacidad temporal.

1. **HOSPITALIZACIÓN:** se entenderá por tal la asistencia especializada en hospital de día, la hospitalización en régimen de internamiento y la hospitalización a domicilio a que se refieren respectivamente las letras b, c) y d) del artículo 13.2 de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.

1. Hospital de día: se considera como tal la asistencia en el hospital durante unas horas, ya sea para diagnósticos, investigaciones clínicas y/o exploraciones múltiples, así como para tratamientos que no pueden hacerse en la consulta externa, pero que no justifican la estancia completa en hospital.

2. Hospitalización convencional: estancia hospitalaria para asistencia médica y/o quirúrgica con una indicación de ingreso y asignación de una cama definida como de hospitalización.

A efectos del reconocimiento del abono del cien por cien del complemento por incapacidad temporal y a la totalidad de las retribuciones en los días de ausencia sin incapacidad temporal, se incluye en el concepto de hospitalización convencional permanecer una noche en las unidades de Observación, Cuidados o Estancia Corta de los servicios de Urgencias hospitalarias.

3. Hospitalización domiciliaria: la hospitalización domiciliaria es una alternativa asistencial destinada a pacientes que habiendo sido tratados en el hospital en la fase primaria de su enfermedad, pueden pasar a su domicilio aunque precisan cuidados de intensidad y/o complejidad equiparables a los dispensados en el hospital. Dicha asistencia es prestada por profesionales especializados.

2. CIRUGÍA:

1. Cirugía Mayor hospitalaria. Procedimientos quirúrgicos complejos realizados con anestesia general o regional, que exige hospitalización para sus cuidados postoperatorios, entendiéndose por hospitalización la estancia hospitalaria para asistencia médica y/o quirúrgica con una indicación de ingreso y asignación de una cama.

2. Cirugía Mayor Ambulatoria. Procedimientos quirúrgicos terapéuticos o diagnósticos, realizados con anestesia general, locoregional o local, con o sin sedación, que requieren cuidados postoperatorios cortos que no necesitan ingreso hospitalario.

No se incluyen como supuestos excepcionales la cirugía menor, entendida como actividades asistenciales y de apoyo, encaminadas a dar respuesta a una serie de procedimientos quirúrgicos sencillos y generalmente de corta duración, realizados sobre tejidos superficiales y/o estructuras fácilmente accesible, bajo anestesia local o sin ella, que tienen bajo riesgo y tras los que no son esperables complicaciones posquirúrgicas significativas; asimismo, quedan excluidas las suturas, salvo que las mismas, por su localización, profundidad y /o extensión, produzcan un grado significativo de impotencia funcional o requieran reposo, y el lavado de heridas.

3. INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA:

Es el procedimiento que emplea técnicas instrumentales propias de la cirugía como incisión, extirpación, etc., que se realiza en quirófano y con determinadas condiciones de asepsia (no se incluyen salas de cura, salas de radiología y salas de extracción dental).

No tienen la consideración de intervención quirúrgica:

- La extracción de un diente.
- La realización de endoscopias (colonoscopias, laringoscopias y similares), salvo aquellas que conlleven actuaciones terapéuticas sobre patologías de riesgo.
- Las biopsias cerradas y aspiraciones percutáneas no se consideran como procedimientos quirúrgicos en el documento Agrupación de los procedimientos de la ICD-9-CM 2010 Americana, editado por el SAS.

4. RECAÍDAS:

Se entiende por recaída la aparición de la misma o similar patología en un período inferior a ciento ochenta días naturales. Si tras un período de actividad subsiguiente a un proceso de incapacidad temporal se produjera una recaída, no será necesario iniciar un nuevo procedimiento para el reconocimiento del derecho confirmada la recaída mediante el correspondiente parte de baja.

En el supuesto de concurrir como causa excepcional, la hospitalización, consecuencia de una patología que no sea causa por sí misma de la excepcionalidad, si se produce una recaída de la misma que no origine hospitalización, no será causa del abono del complemento de IT, puesto que la recaída es de la patología y no de la circunstancia excepcional (estancia hospitalaria) y lo mismo ocurre en el supuesto de intervención quirúrgica.

ANEXO II

Lista de enfermedades de declaración obligatoria

1. Botulismo.
2. Brucelosis.
3. Campilobacteriosis.
4. Carbunco.
5. Cólera.
6. Criptosporidiosis.
7. Dengue.
8. Difteria.
9. Encefalitis transmitida por garrapatas.
10. Encefalopatías espongiiformes transmisibles humanas (incluye vECJ).
11. Enfermedad invasora por Haemophilus influenzae.
12. Enfermedad meningocócica.
13. Enfermedad neumocócica invasora.
14. Enfermedad por virus Chikungunya.
15. Fiebre amarilla.
16. Fiebre del Nilo occidental.
17. Fiebre exantemática mediterránea.
18. Fiebre Q.
19. Fiebre recurrente transmitida por garrapatas.
20. Fiebre tifoidea/Fiebre paratifoidea.
21. Fiebres hemorrágicas víricas (Ébola, Marburg y Lassa entre otras).
22. Giardiasis.
23. Gripe/Gripe humana por un nuevo subtipo de virus.
24. Hepatitis A.
25. Hepatitis B.

26. Hepatitis C.
27. Herpes zóster.
28. Hidatidosis.
29. Infección por Chlamydia trachomatis (excluye el linfogranuloma venéreo).
30. Infección por cepas de Escherichia coli productoras de toxina Shiga o Vero.
31. Infección gonocócica.
32. Infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana/Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (VIH/SIDA).
33. Legionelosis.
34. Leishmaniasis.
35. Lepra.
36. Leptospirosis.
37. Linfogranuloma venéreo.
38. Listeriosis.
39. Paludismo.
40. Parotiditis.
41. Peste.
42. Poliomiелitis/parálisis flácida aguda en menores de 15 años.
43. Rabia.
44. Rubéola.
45. Rubéola congénita.
46. Salmonelosis.
47. Sarampión.
48. SARS (en español: Síndrome Respiratorio Agudo Grave).
49. Shigellosis.

- 50. Sífilis.
- 51. Sífilis congénita.
- 52. Tétanos/Tétanos neonatal.
- 53. Tos ferina.
- 54. Toxoplasmosis congénita.
- 55. Triquinosis.
- 56. Tuberculosis.
- 57. Tularemia.
- 58. Varicela.
- 59. Viruela.
- 60. Yersiniosis.

Enfermedades endémicas de ámbito regional

Enfermedad de Lyme.

ANEXO III

Listado de enfermedades graves

- I. Oncología:
 - 1. Leucemia linfoblástica aguda.
 - 2. Leucemia aguda no linfoblástica.
 - 3. Linfoma no Hodgkin.
 - 4. Enfermedad de Hodgkin.
 - 5. Tumores del Sistema Nervioso Central.
 - 6. Retinoblastomas.
 - 7. Tumores renales.
 - 8. Tumores hepáticos.

9. Tumores óseos.

10. Sarcomas de tejidos blandos.

11. Tumores de células germinales.

12. Otras neoplasias graves.

II. Hematología:

13. Aplasia medular grave (constitucional o adquirida).

14. Neutropenias constitucionales graves.

15. Hemoglobinopatías constitucionales graves.

III. Errores innatos del metabolismo:

16. Desórdenes de aminoácidos (fenilcetonuria, tirosinemia, enfermedad de la orina con olor a jarabe de arce, homocistinuria y otros desórdenes graves).

17. Desórdenes del ciclo de la urea (OTC).

18. Desórdenes de los ácidos orgánicos.

19. Desórdenes de carbohidratos (glucogenosis, galactosemia, intolerancia hereditaria a la fructosa y otros desórdenes graves).

20. Alteraciones glicosilación proteica.

21. Enfermedades lisosomiales (mucopolisacaridosis, oligosacaridosis, esfingolipidosis y otras enfermedades graves).

22. Enfermedades de los peroxisomas (Síndrome de Zellweger, condrodysplasia punctata, adenoleucodistrofia ligada a X, enfermedad de Refsum y otros desórdenes graves).

23. Enfermedades mitocondriales: por defecto de oxidación de los ácidos grasos y de transporte de carnitina, por alteración del DNA mitocondrial, por mutación del DNA nuclear.

IV. Alergia e inmunología:

24. Alergias alimentarias graves sometidas a inducción de tolerancia oral.

25. Asma bronquial grave.

26. Inmunodeficiencias primarias por defecto de producción de anticuerpos.

27. Inmunodeficiencias primarias por defecto de linfocitos T.

28. Inmunodeficiencias por defecto de fagocitos.

29. Otras inmunodeficiencias:

a. Síndrome de Wiscott-Aldrich.

b. Defectos de reparación del ADN (Ataxia-telangiectasia).

c. Síndrome de Di George.

d. Síndrome de HiperIgE.

e. Síndrome de IPEX.

f. Otras inmunodeficiencias bien definidas.

30. Síndromes de disregulación inmune y linfoproliferación.

V. Psiquiatría:

31. Trastornos de la conducta alimentaria.

32. Trastorno de conducta grave.

33. Trastorno depresivo mayor.

34. Trastorno psicótico.

35. Trastorno esquizoafectivo.

VI. Neurología:

36. Malformaciones congénitas del Sistema Nervioso Central.

37. Traumatismo craneoencefálico severo.

38. Lesión medular severa.

39. Epilepsias:

a. Síndrome de West.

b. Síndrome de Dravet.

c. Síndrome de Lennox-Gastaut.

d. Epilepsia secundaria a malformación o lesión cerebral.

- e. Síndrome de Rassmussen.
 - f. Encefalopatías epilépticas.
 - g. Epilepsia secundaria a enfermedades metabólicas.
 - h. Otras epilepsias bien definidas.
40. Enfermedades autoinmunes:
- a. Esclerosis múltiple.
 - b. Encefalomiелitis aguda diseminada.
 - c. Guillain-Barré.
 - d. Polineuropatía crónica desmielinizante.
 - e. Encefalitis límbica.
 - f. Otras enfermedades autoinmunes bien definidas.
41. Enfermedades neuromusculares:
- a. Atrofia muscular espinal infantil.
 - b. Enfermedad de Duchenne.
 - c. Otras enfermedades neurosmusculares bien definidas.
42. Infecciones y parasitosis del Sistema Nervioso Central (meningitis, encefalitis, parásitos y otras infecciones).
43. Accidente cerebrovascular.
44. Parálisis cerebral infantil.
45. Narcolepsia-cataplejia.
- VII. Cardiología:
- 46. Cardiopatías congénitas con disfunción ventricular.
 - 47. Cardiopatías congénitas con hipertensión pulmonar.
 - 48. Otras cardiopatías congénitas graves.
 - 49. Miocardiopatías con disfunción ventricular o arritmias graves.

50. Cardiopatías con disfunción cardiaca y clase funcional III-IV.
51. Trasplante cardiaco.
- VIII. Aparato respiratorio:
52. Fibrosis quística.
53. Neumopatías intersticiales.
54. Displasia broncopulmonar.
55. Hipertensión pulmonar.
56. Bronquiectasias.
57. Enfermedades respiratorias de origen inmunológico:
- a. Proteinosis alveolar.
- b. Hemosiderosis pulmonar.
- c. Sarcoidosis.
- d. Colagenopatías.
58. Trasplante de pulmón.
59. Otras enfermedades respiratorias graves.
- IX. Aparato digestivo:
60. Resección intestinal amplia.
61. Síndrome de dismotilidad intestinal grave (Pseudo-obstrucción intestinal).
62. Diarreas congénitas graves.
63. Trasplante intestinal.
64. Hepatopatía grave.
65. Trasplante hepático.
66. Otras enfermedades graves del aparato digestivo.
- X. Nefrología:

67. Enfermedad renal crónica terminal en tratamiento sustitutivo.
68. Trasplante renal.
69. Enfermedad renal crónica en el primer año de vida.
70. Síndrome nefrótico del primer año de vida.
71. Síndrome nefrótico corticorresistente y corticodependiente.
72. Tubulopatías de evolución grave.
73. Síndrome de Bartter.
74. Cistinosis.
75. Acidosis tubular renal.
76. Enfermedad de Dent.
77. Síndrome de Lowe.
78. Hipomagnesemia con hipercalciuria y nefrocalcinosis.
79. Malformaciones nefrourológicas complejas.
80. Síndromes polimalformativos con afectación renal.
81. Vejiga neurógena.
82. Defectos congénitos del tubo neural.
83. Otras enfermedades nefrourológicas graves.
- XI. Reumatología:
 84. Artritis idiopática juvenil (AIJ).
 85. Lupus eritematoso sistémico.
 86. Dermatomiositis juvenil.
 87. Enfermedad mixta del tejido conectivo.
 88. Esclerodermia sistémica.
 89. Enfermedades autoinflamatorias (Fiebre Mediterránea Familiar, Amiloidosis y otras enfermedades autoinflamatorias graves).

90. Otras enfermedades reumatológicas graves.

XII. Cirugía:

91. Cirugía de cabeza y cuello: hidrocefalia/válvulas de derivación, mielomeningocele, craneoestenosis, labio y paladar hendido, reconstrucción de deformidades craneofaciales complejas, etc.

92. Cirugía del tórax: deformidades torácicas, hernia diafragmática congénita, malformaciones pulmonares, etc.

93. Cirugía del aparato digestivo: atresia esofágica, cirugía antirreflujo, defectos de pared abdominal, malformaciones intestinales (atresia, vólvulo, duplicaciones), obstrucción intestinal, enterocolitis necrotizante, cirugía de la enfermedad inflamatoria intestinal, fallo intestinal, Hirschprung, malformaciones anorrectales, atresia vías biliares, hipertensión portal, etc.

94. Cirugía nefro-urológica: malformaciones renales y de vías urinarias.

95. Cirugía del politraumatizado.

96. Cirugía de las quemaduras graves.

97. Cirugía de los gemelos siameses.

98. Cirugía ortopédica: cirugía de las displasias esqueléticas, escoliosis, displasia del desarrollo de la cadera, cirugía de la parálisis cerebral, enfermedades neuromusculares y espina bífida, infecciones esqueléticas y otras cirugías ortopédicas complejas.

99. Cirugía de otros trasplantes: válvulas cardíacas, trasplantes óseos, trasplantes múltiples de diferentes aparatos, etc.

XIII. Cuidados paliativos:

100. Cuidados paliativos en cualquier paciente en fase final de su enfermedad.

XIV. Neonatología:

101. Grandes prematuros, nacidos antes de las 32 semanas de gestación o con un peso inferior a 1.500 gramos y prematuros que requieran ingresos prolongados por complicaciones secundarias a la prematuridad.

XV. Enfermedades infecciosas:

102. Infección por VIH.

103. Tuberculosis.

104. Neumonías complicadas.
105. Osteomielitis y artritis sépticas.
106. Endocarditis.
107. Pielonefritis complicadas.
108. Sepsis.
- XVI. Endocrinología:
109. Diabetes Mellitus tipo I."

Sentido del voto:

D. Fernando Lagos: Explica y expone la parte resolutive de la propuesta.

D. José Luis Mellado: Comenta que van a apoyar la propuesta, que han hablado con los representantes de los trabajadores, que ven un mal menor. Felicita a los representantes de los trabajadores y a los trabajadores por el acuerdo unánime.

D^a. María Naval: Anuncia que van a votar a favor, y le gustaría dejar constancia que solicitaría que una vez que se aprueben los presupuestos que sigan con el diálogo con los sindicatos y que se sigan las negociaciones.

Sra. Alcaldesa: Comenta que es una forma de regular las bajas, ya que hay personas que se dan mucho de baja, sin alegar que tenían enfermedades graves, sin valorar por parte de la mutua, y los demás trabajadores tenían que afrontar el trabajo de esa baja, además de las plazas que se cubren de algún modo, por lo que cuestan dinero al ayuntamiento. Y se van a aplicar a mes vencido, para darle el tiempo necesario para justificar la enfermedad grave, ya que por LOPD no tienen porqué entregar el motivo de la baja y así le damos el tiempo para que lo pueda justificar y no tener que retenerle el dinero correspondiente. Y que los sindicatos piden que se controle el absentismo. Se recogen las bajas recogidas en este acuerdo más las estatales. Y agradece el apoyo de las fuerzas sindicales.

PUNTO QUINTO.- PROPUESTA QUE PRESENTA EL GRUPO MUNICIPAL SOCIALISTA RELATIVA A LA FALTA DE MÉDICOS ESPECIALISTAS. (SG)

El Pleno por 15 votos a favor (7 PP, 5 PSOE y 3 IU) y 1 abstención por ausencia (1 PP D. Rafael Naval) acordó aprobar la propuesta del Grupo Municipal Socialista, con el siguiente tenor literal:

"El marco legislativo de nuestro modelo sanitario viene definido por la Ley General de Sanidad de 1986 como un Servicio Nacional de Salud integrado, con financiación pública, cobertura universal y acceso gratuito. El Gobierno central mantiene responsabilidades en ciertas áreas estratégicas como la planificación de

recursos humanos, que incluyen la formación universitaria de pregrado, de posgrado y de formación sanitaria especializada.

Actualmente, ya nadie duda, que nuestro SNS se enfrenta a un déficit de especialistas médicos, especialmente grave en algunas especialidades, y esto se traduce en una complicada gestión de los recursos humanos de centros de salud rurales, hospitales comarcales o localidades donde aparecen puestos de trabajo de difícil cobertura. Esta situación es especialmente preocupante en las especialidades que desarrollan su trabajo en el ámbito de la Atención Primaria.

Ya en el estudio "Oferta y necesidades de especialistas médicos en España" (2010-2025), publicado por el propio Ministerio de Sanidad a finales de 2011, se hacía constar que en el futuro iban a existir especialidades médicas deficitarias. Concretamente, se manifestaba que precisamente Pediatría podría ser la especialidad más afectada en este periodo "como consecuencia a las estimaciones del INE sobre el número de nacimientos y de las jubilaciones de los especialistas".

Si bien esto era una estimación aproximada, el envejecimiento de las plantillas indica que en los próximos años se va a agravar aún más esta situación, de hecho ya se ha extendido en este momento a la Medicina de Familia, con un volumen importante de jubilaciones en los próximos años.

Hay una clara dejadez de funciones en este ámbito por parte del Ministerio de Sanidad, a pesar de las reiteradas peticiones de soluciones ante este problema por parte de las CCAA en el seno del consejo Interterritorial, ya que tampoco es capaz de resolver la homologación del título de especialidad a médicos extranjeros en los plazos establecidos, con denuncias del Defensor del Pueblo que muestran retrasos de más de tres años en resolver estas solicitudes de convalidación. En paralelo se ha producido, tal como en el mencionado estudio se cita, una "obligada emigración de especialistas médicos españoles al extranjero por la falta de oportunidad o las condiciones del empleo ofrecido en España".

Andalucía ha manifestado en numerosas ocasiones al Ministerio la preocupación por un evidente déficit de profesionales y, desde hace tiempo, se ha solicitado al Gobierno, entre otras cuestiones, incrementar el número de plazas para el acceso al grado de Medicina y la oferta de plazas de formación sanitaria especializada (EIR), coordinar la oferta de empleo público extraordinaria para afrontar la falta de especialistas y que no se retrase más el Registro Estatal de Profesionales Sanitarios. Asimismo, se ha instado al Ministerio de Sanidad a agilizar las homologaciones de títulos de especialistas extracomunitarios, ya que un problema burocrático no puede suponer un problema asistencial para la ciudadanía.

Por todo lo expuesto, el Grupo Socialista del Ayuntamiento de Chipiona formula la siguiente MOCIÓN a fin de que el Pleno se pronuncie sobre la misma y adopte los siguientes:

ACUERDOS

PRIMERO Instar al Ministerio de Sanidad a la puesta en marcha de un Plan que

facilite el retorno a nuestro país, de todos aquellos profesionales sanitarios o médicos especialistas que tuvieron que emigrar debido a la crisis y a todas las restricciones al empleo consecuencia de las medidas del Gobierno Central.

SEGUNDO Aumentar las plazas MIR de las especialidades médicas deficitarias.

TERCERO Agilizar la homologación de títulos de especialistas extranjeros.

CUARTO Impulsar medidas, coordinadas con las CCAA, para fidelizar a los y las profesionales en los puestos de difícil cobertura.

QUINTO Eliminar las limitaciones a la tasa de reposición, de forma que las Ofertas de Empleo Público se adapten a las necesidades de cobertura de plantilla en cada momento y no se vuelva a generar un grado de temporalidad como el ahora existente."

Sentido del voto:

D^a. Luz María Rodríguez: Expone la propuesta y lee la resolución de la propuesta.

D^a. Isabel María Fernández: Comparte el diagnóstico de esta propuesta y adelanta que la va a votar a favor, pero añade que tienen que conocer de dónde viene este problema, que involucra a más de un gobierno y más de una ideología, que viene de más de veinte años atrás.

D. Rafael Pastorino: Comenta que está de acuerdo que han pasado varios gobiernos y que cuando estuvieron realizando el tema de la adquisición de la ambulancia para Chipiona, hablaron con la encargada de sanidad de la junta, que vino a Chipiona, de la problemática de la falta de personal, que no se ocupaban las bolsas que existen para las sustituciones. Por lo que anuncia su voto a favor, ya que están de acuerdo en que hayan más médicos y que están a favor de que se traigan a Pleno este tipo de medidas.

Sra. Alcaldesa: Se suma a lo expuesto por la Portavoz de Izquierda Unida, ya que cuando está el Partido Socialista gobernando no se piden al estado todo lo que se le ha exigido al gobierno central cuando estaba el Partido Popular. Y que la competencia de Sanidad es de la comunidad autónoma.

PUNTO SEXTO.- PROPUESTA QUE PRESENTA EL GRUPO MUNICIPAL DE IZQUIERDA UNIDA PARA LA REVISIÓN DE LOS PROTOCOLOS DE INTERVENCIÓN DE URGENCIA Y DE TRATAMIENTO AMBULATORIO INVOLUNTARIO A ENFERMOS MENTALES DENTRO DEL PLAN INTEGRAL DE SALUD METAL DE LA JUNTA DE ANDALUCÍA. (SG)

El Pleno por unanimidad de los asistentes (8 PP, 5 PSOE y 3 IU) acordó aprobar la propuesta del Grupo Municipal de Izquierda Unida, con el siguiente tenor literal:

"Dentro del Plan de Apoyo a las familias andaluzas (Decreto 137/2002 de 30 de abril)

en su capítulo VII artículo 24 hace mención a que se desarrollarán “por el sistema sanitario público de Andalucía, cuidados enfermeros de forma reglada y continuada en su domicilio a todas aquellas personas mayores o con discapacidad que lo necesiten y por indicación médica o enfermera”.

A raíz de este decreto se establecen una serie de estrategias para la mejora en la atención sanitaria de personas con enfermedades mentales y su entorno familiar. Las visitas domiciliarias establecidas para enfermos mentales, tanto de valoración como de seguimiento, pretenden en última instancia que el paciente siga el tratamiento prescrito y detectar la reagudización de síntomas y que el paciente no se pierda en la red sanitaria.

Desgraciadamente hay un porcentaje de enfermos mentales que por la gravedad de su enfermedad declinan la asistencia sanitaria y rehúsan con los tratamientos.

En el tránsito que va del rechazo a la medicación a la aplicación del ingreso involuntario hospitalario pueden pasar incluso años, en los que enfermos mentales tienen recaídas constantes y se produce un empeoramiento radical de sus patologías. Al sufrimiento del enfermo hay que sumar el trauma y desasosiego familiar que provoca tener a un enfermo mental sin medicación y verlo empeorar de manera paulatina. De ahí la necesidad manifiesta de regular e implantar el llamado Tratamiento Ambulatorio Involuntario (TAI).

El respeto a la autonomía del paciente es el principal escollo de este problema, y de ese derecho al total desamparo asistencial hay una estrecha línea pero de insoldable profundidad.

Hay casos en que un enfermo mental decide no medicarse, pero es la propia enfermedad la que les lleva a ello, les obliga a rehusar cualquier tipo de ayuda. En esta dinámica los enfermos van encadenando recaída tras recaída, agudizándose en muchos casos sus patologías.

El TAI es una forma de tratamiento no voluntario que pretende asegurar la cumplimentación terapéutica en las personas que presentan una enfermedad mental grave, sin conciencia de enfermedad y en las que el abandono del tratamiento supone un riesgo alto de recaída, con hospitalizaciones repetidas y urgencias frecuentes.

En otros países, como Estados Unidos, Canadá, Israel, Australia, Nueva Zelanda... se han usado medidas coactivas o mandatos judiciales para asegurar la medicación de pacientes. En Gales e Inglaterra se condiciona el alta hospitalaria al cumplimiento del tratamiento y permite al psiquiatra ingresar al paciente en el hospital en contra de su voluntad si rompe la rutina de su medicación y tratamiento.

En España en marzo de 2005 se presentó a propuesta de FEALES (Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Enfermos Mentales, Diario de Sesiones de la Comisión de Justicia) una propuesta de modificación de la Ley de Enjuiciamiento Civil para regular los tratamientos no voluntarios de las personas con trastornos psíquicos. En la ciudad de San Sebastián incluso se está realizando una experiencia TAI con uno de los Juzgados de la Ciudad y los estudios han concluido que el TAI funciona con los enfermos diagnosticados de psicosis (esquizofrenia o trastorno bipolar) y no así en los

afectados por consumo de tóxicos o trastorno de la personalidad como diagnóstico principal. En los 7 años de seguimiento solo 11 de 45 de los pacientes ha necesitado reingreso hospitalario. Otras experiencias similares se dan en Barcelona o Valencia.

La aplicación del TAI para los casos de diagnosticados como psicosis, en los estudios llevado a cabo, ven reducido el número de ingresos hospitalarios de estos pacientes en un 75%.

La implantación del TAI debe ejecutarse en un marco regulatorio con todas las garantías para el enfermo, tal y como se viene realizando hasta ahora con el ingreso involuntario hospitalario y no tener que llegar a ese extremo, pudiéndose disponer de este recurso médico-legal.

El doctor psiquiatra y forense J.C. Fuentes Rocañín argumenta respecto a la implantación del TAI: "a fecha de hoy no se dispone de una regularización que permita al clínico a adoptar esa medida ni a un juez a autorizarla, lo que genera una situación incómoda para el médico, peligrosa para el enfermo, frustrante para la familia y económicamente negativa para los sistemas públicos de salud"

Por todo lo anteriormente expuesto, el grupo municipal de IU-LVCA propone al Ayuntamiento en Pleno los siguientes:

ACUERDOS

1.- Instar a la Junta de Andalucía para que revise los protocolos de actuación en los casos de intervenciones de urgencia domiciliaria e enfermos mentales.

2.- Instar a la Junta de Andalucía para que estudie la implantación del Tratamiento Ambulatorio Involuntario para los enfermos mentales que rehúsan por la propia gravedad de su enfermedad a medicarse de manera voluntaria, tanto para los enfermos del Servicio Sanitario Público como enfermos pertenecientes a otras Mutuas o Compañías."

Sentido del voto:

D. Sebastián Guzmán: Expone la propuesta, explicando la difícil situación que supone, y comenta que en la Comisión Informativa todos mostraron interés.

D^a. María Naval: Anuncia que van a votar esta propuesta a favor, que es un tema serio y que por ello se han informado al respecto.

D. Rafael Pastorino: Anuncia que su voto va a ser favorable y comenta que hay que estudiar cada caso y para ello existe actualmente un protocolo.

PUNTO SÉPTIMO.- PROPUESTA QUE PRESENTA EL GRUPO MUNICIPAL SOCIALISTA A FAVOR DEL COLECTIVO DE MILITARES DE TROPA Y MARINERÍA DE LAS FUERZAS ARMADAS. (SG)

El Pleno por quince votos a favor (7 PP, 5 PSOE y 3 IU) y la abstención por ausencia (1 PP D. Rafael Pastorino) acordó aprobar la propuesta del Grupo Municipal Socialista, con el siguiente tenor literal:

“A lo largo de las dos últimas décadas, hemos asistido a un profundo proceso de transformación de las Fuerzas Armadas que ha comportado, a su vez, cambios sustanciales en el régimen de personal de nuestros ejércitos.

Una de las reformas de mayor calado, especialmente para el modelo histórico de reclutamiento del personal militar, fue la que introdujo la Ley 17/1999, de 18 de mayo, de Régimen de Personal de las Fuerzas Armadas, que supuso el fin del servicio militar obligatorio. Este cambio que se realizó con consenso parlamentario, si bien respondía a los deseos de la sociedad española y a líneas de modernización de otros ejércitos de los países de nuestro entorno, debemos reconocer que no contó con la planificación y los recursos presupuestarios necesarios para afrontar el tránsito a un modelo profesional de tropa y marinería.

En el año 2004, el nuevo gobierno socialista surgido de las urnas, impulsó un plan de choque para paliar esta situación, pero enseguida se hizo patente la necesidad de abordar una reforma más de fondo, materializándose en la Ley 8/2006, de 24 de abril, de tropa y marinería, con el objetivo de poner en marcha un nuevo modelo de profesionalización, basado en la calidad y la especialización para dar respuesta a las necesidades de las Fuerzas Armadas y que tuviera en cuenta las previsiones demográficas y las posibilidades presupuestarias.

Esta Ley, que contó con el respaldo de la práctica totalidad de los grupos parlamentarios, amplió el periodo de permanencia en las Fuerzas Armadas hasta los 45 años, a través del siguiente itinerario:

- Un compromiso inicial de dos años, renovable hasta los seis.
- Un compromiso de larga duración que se puede suscribir a partir de los cinco años de servicio, que permite mantener la relación profesional en las Fuerzas Armadas hasta los 45 años.

La Ley además, también flexibilizó la obtención de especialidades y mejoró los programas de formación para el desarrollo personal y profesional. Del mismo modo, reforzó las medidas sociales en cuanto a la protección por desempleo o incapacidad temporal, así como de las mujeres en las situaciones de embarazo, parto o postparto, para que no se causara baja en las Fuerzas Armadas y se prolongara el compromiso. Por otro lado, para los soldados y marineros profesionales que finalizaran el compromiso de larga duración a los 45 años y con, al menos 18 años de servicio, que no accedieran a la condición de personal permanente, se creó la figura del reservista de especial disponibilidad.

Aunque esta Ley ha contribuido a mejorar las condiciones profesionales de este personal, incrementando el número de aspirantes y su nivel formativo, y permitiendo a las Fuerzas Armadas contar con un número suficiente de efectivos y mejorar su capacitación, no obstante después de algo más de 11 años de su entrada en vigor, es necesario continuar avanzando en la definición y mejora de unas condiciones definitivas, que conjugue las necesidades operativas de las Fuerzas Armadas y las

oportunidades de desarrollo profesional y promoción a sus integrantes.

Por este motivo, a iniciativa del Grupo Parlamentario Socialista, el pasado 24 de noviembre de 2016, se aprobó en el Congreso de los Diputados la creación de una Subcomisión "para el Estudio del régimen profesional de los militares de tropa y marinería de las Fuerzas Armadas". Una subcomisión parlamentaria que al día de la fecha aún no ha finalizado su trabajo, estando pendiente conocer sus conclusiones.

Derivado de esta situación, que actualmente afecta en España aproximadamente a más de 30.000 militares profesionales de tropa y marinería, de los cuales, unos 5.000 residen en la provincia de Cádiz, los militares afectados se están apoyando en la Asociación Unificada de Militares Españoles (AUME), la Asociación de Tropa y Marinería Española (ATME) y otras plataformas como "45 sin despidos" y manifiestan en sus reivindicaciones, una modificación de la Ley 8/2016 de tropa y marinería, que les permita estabilidad laboral y se cumpla por parte del Ministerio de Defensa, los compromisos incluidos en la ley, sobre las medidas de incorporación laboral disponiendo de los medios necesarios de orientación, formación, impulso y apoyo para esta nueva etapa. Indican además, que la preparación obtenida a lo largo de su trayectoria militar no es tenida en cuenta a la hora de encontrar trabajo, porque los cursos, misiones o la especialización recibida no son homologables.

Por todo ello, el Grupo Socialista en el ayuntamiento de Chipiona, propone los siguientes

ACUERDOS

El ayuntamiento de Chipiona insta al Gobierno de España a:

Primero.- Establecer la suspensión de la tramitación de los procesos y expedientes administrativos de pérdida de la condición de militar, que afecten a los militares de Tropa y Marinería a los que haya de abrirse el mismo como consecuencia de no tener la condición de permanentes y estar próximos al cumplimiento de 45 años, hasta que se pongan en marcha por el Gobierno las conclusiones de la subcomisión de régimen profesional de los militares de las Fuerzas Armadas, y con ello las oportunas modificaciones legislativas que pueda conllevar.

Segundo.- Mientras se materializan los cambios normativos que se acuerden en la sub-comisión, estudiar y, en su caso, activar militarmente a los Reservistas de Especial Disponibilidad que no estén insertados profesionalmente en la vida civil.

Tercero.- Establecer las vías de homologación de los cursos y titulaciones obtenidas por su paso por las Fuerzas Armadas que se asimilen a los existentes en el sistema general de educación.

Cuarto.- Trasladar los acuerdos de esta propuesta a la Subcomisión parlamentaria del Congreso de los Diputados "para el Estudio del régimen profesional de los militares de Tropa y Marinería de las Fuerzas Armadas".

Sentido del voto:

D. Rafael Martínez: Expone la propuesta.

D^a. Isabel María Fernández: Anuncia, que al igual que lo hicieron en el Pleno de Diputación, lo van a votar a favor. Entiende que la propuesta recoge el sentir de la plataforma de defensa.

D^a. Davinia Valdés: Comenta que esta propuesta pasó por Diputación y que van a seguir el mismo sentido del voto de su partido en el Pleno de la Diputación de Cádiz, siendo a favor.

PUNTO OCTAVO.- TOMA DE CONOCIMIENTO DE LA RENUNCIA PRESENTADA POR D^a. ELVIRA JIMÉNEZ BUENO, A SU ACTA DE CONCEJAL DEL ILMO. AYUNTAMIENTO DE CHIPIONA POR EL PARTIDO POPULAR.

El Pleno del Ilmo. Ayuntamiento de Chipiona toma conocimiento de la renuncia presentada por D^a. Elvira Jiménez Bueno, a su acta de Concejal del Ilmo. Ayuntamiento de Chipiona por el Partido Popular, tras su renuncia presentada por Registro General el pasado 15 de junio de 2018, número de entrada 7441.

Se ausenta definitivamente en el punto 8º, siendo las 11:35 horas.

PUNTO NEVENO.- URGENCIAS.

No hubo.

II. PARTE FISCALIZACIÓN Y CONTROL DE ÓRGANOS DE GOBIERNO

PUNTO DÉCIMO.- DACIÓN A CUENTA DE LAS RESOLUCIONES DE LA ALCALDÍA DEL 14 DE MAYO AL 14 DE JUNIO DE 2018, NUMERADOS DEL 1877 AL 2453.

La Sra. Secretaria General da cuenta al Pleno del Ilmo. Ayuntamiento de Chipiona de las resoluciones de la Alcaldía del 14 de mayo al 14 de junio de 2018, numerados del 1877 al 2453.

PUNTO DÉCIMO PRIMERO.- DACIÓN A CUENTA DE LAS OBLIGACIONES TRIMESTRALES DE SUMINISTRO DE INFORMACIÓN, CORRESPONDIENTE AL 1º TRIMESTRE DEL EJERCICIO 2018. ESTABLECIDA EN EL ARTÍCULO 16 DE LA ORDEN HAP/2105/2012, DE 1 DE OCTUBRE, POR LA QUE SE DESARROLLAS LAS OBLIGACIONES DE SUMINISTRO DE INFORMACIÓN PREVISTA EN LA LO 2/2012.

La Sra. Secretaria General da cuenta al Pleno del Ilmo. Ayuntamiento de Chipiona de las obligaciones trimestrales de suministro de información, correspondiente al 1º trimestre del ejercicio 2018. Establecida en el artículo 16 de la Orden HAP/2105/2012, de 1 de octubre, por la que se desarrollan las obligaciones de suministro de información prevista en la LO 2/2012.

PUNTO DÉCIMO SEGUNDO.- DACIÓN A CUENTA DE LAS ANOMALÍAS DETECTADAS EN MATERIA DE INGRESOS EN 2017, EN CUMPLIMIENTO DE LA OBLIGACIÓN IMPUESTA EN EL ART. 218 TRLRHL.

La Sra. Secretaria General da cuenta al Pleno del Ilmo. Ayuntamiento de Chipiona de las anomalías detectadas en materia de ingresos en 2017, en cumplimiento de la obligación impuesta en el art. 218 TRLRHL.

PUNTO DÉCIMO TERCERO.- RUEGOS Y PREGUNTAS.

Ruego nº 1. D^a. María Naval (PSOE): Ruega que es interesante que exista un baño mixto para los usuarios que necesitan bañar a personas con alguna discapacidad y un pequeño baño para los monitores.

Respuesta nº 1: La Sra. Alcaldesa comenta que no es una pequeña obra, que están en ello y que para poder hacerlo, que tiene que cumplir la normativa de eliminación de barreras arquitectónicas, que no se está hablando de una ampliación, sino de una nueva construcción para la que necesitan consignación.

Ruego nº 2. D. José Luis Mellado (IU): Ruega, con motivo de la temporada de playas, en cuanto al RSU, que se cree el servicio de inspección de recogida de residuos sólidos urbanos, para que se corrijan las deficiencias.

Ruego nº 2. D. José Luis Mellado (IU): Ruega, en relación con los contenedores que hay en los caminos rurales, que hagan unos chaflanes para instalar los contenedores que invaden el tráfico.

Ruego nº 2. D. José Luis Mellado (IU): Ruega, en relación con la Plaza Saharaui, solicita que se resuelva el problema que hay con los alcorques, que están llenos de piedras y que están regados por la plaza, acera y la calzada. Y que pongan medios ante su abandono.

Respuesta nº 2 y 3: La Sra. Alcaldesa intenta poner algún medio de fiscalizar, pero nadie se quiere hacer responsable, por lo que tienen dificultades. Y que dentro del servicio, hay trabajadores que están cansados de recoger basuras depositadas en caminos como si fueran vertederos.

Respuesta nº 4: La Sra. Alcaldesa comenta que el problema que le llega es en cuanto a las vallas, que se están haciendo informes para que se incorpore en los presupuestos y en cuanto los alcorques se están limpiando las hierbas.

Ruego nº 5. D^a. Luz María Rodríguez (PSOE): Ruega que se corrijan las señales de la Ctra. De Rota.

Respuesta nº 5: La Sra. Alcaldesa comenta que se están arreglando en este momento, que ya han hablado con los responsables.

Y siendo once horas y cincuenta minutos del día de la fecha, la Alcaldesa Presidenta levanta la sesión, dando fe como Secretaria General del Ayuntamiento de Chipiona.

LA ALCALDESA PRESIDENTA

LA SECRETARIA GENERAL