



DIARIO DE SESIONES



PARLAMENTO DE ANDALUCÍA

COMISIONES

Núm. 360

X LEGISLATURA

23 de mayo de 2017

Presidencia: Ilmo. Sr. D. Miguel Ángel García Anguita

Sesión celebrada el martes, 23 de mayo de 2017

ORDEN DEL DÍA

PROYECTOS DE LEY

10-16/PL-000007. Comparecencia de los agentes sociales y organizaciones que pudieran estar interesados en la regulación del Proyecto de Ley de Garantías y Sostenibilidad del Sistema Sanitario Público de Andalucía (continuación).

SUMARIO

Se abre la sesión a las nueve horas, treinta y cinco minutos del día veintitrés de mayo de dos mil diecisiete.

PROYECTOS DE LEY

10-16/PL-000007. Comparecencia de los agentes sociales y organizaciones que pudieran estar interesados en la regulación del Proyecto de Ley de Garantías y Sostenibilidad del Sistema Sanitario Público de Andalucía (continuación) (pág. 4).

Intervienen:

D. Emilio García de la Torre, vicepresidente primero del Colegio Andaluz de Colegios de Médicos (pág. 4).

D. Juan Antonio Gil de los Santos, del G.P. Podemos Andalucía.

D. Antonio Mingorance Gutiérrez, presidente del Consejo Andaluz de Colegios Oficiales de Farmacéuticos (pág. 10).

D. Juan Antonio Gil de los Santos, del G.P. Podemos Andalucía.

D. Julio Piedra Cristóbal, presidente del Consejo Andaluz de Colegios Profesionales de Trabajo Social (pág. 16).

D. Fidel Astudillo Navarro, representante del Consejo Andaluz de Colegios Veterinarios (pág.21).

Dña. Rosa Berges Acedo, secretaria de Política Social de la Confederación Sindical de Comisiones Obreras (CCOO) (pág. 25).

D. Juan Antonio Gil de los Santos, del G.P. Podemos Andalucía.

D. José Gutiérrez Campo, representante de la Confederación Sindical de Comisiones Obreras (CCOO).

D. Francisco Pérez Barroso, presidente de la Federación Andaluza de Asociaciones de Diabéticos (pág. 30).

D. Manuel Pérez Fernández, presidente de la Fundación Medicamentos Huérfanos y Enfermedades Raras (MEHUER) (pág.35).

D. Fernando García Sanz, decano del Colegio Oficial de Psicólogos de Andalucía Occidental (pág. 37).

D. Juan Antonio Gil de los Santos, del G.P. Podemos Andalucía.

DIARIO DE SESIONES DEL PARLAMENTO DE ANDALUCÍA

Núm. 360

X LEGISLATURA

23 de mayo de 2017

Dña. Inmaculada Nieto Castro, del G.P. Izquierda Unida Los Verdes-Convocatoria por Andalucía.

Dña. Catalina Montserrat García Carrasco, del G.P. Popular Andaluz.

D. Jesús Maeztu Gregorio de Tejada, defensor del pueblo andaluz (pág. 45).

D. Juan Antonio Gil de los Santos, del G.P. Podemos Andalucía.

D. Jesús María Ruiz García, del G.P. Socialista.

Dña. Inmaculada Nieto Castro, del G.P. Izquierda Unida Los Verdes-Convocatoria por Andalucía.

Dña. Catalina Montserrat García Carrasco, del G.P. Popular Andaluz.

Se levanta la sesión a las trece horas, cincuenta y dos minutos del día veintitrés de mayo de dos mil diecisiete.

10-16/PL-000007. Comparecencia de los agentes sociales y organizaciones que pudieran estar interesados en la regulación del Proyecto de Ley de Garantías y Sostenibilidad del Sistema Sanitario Público de Andalucía (continuación)

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Señorías. Señorías, buenos días. Empezamos la comisión.

Bien, buenos días. Damos comienzo..., o continuamos la Comisión de Salud al objeto de oír a los agentes sociales interesados en el proyecto de ley. Nos acompañan en esta ocasión los representantes del Colegio Administración de Médicos. Yo quiero personalmente dar la bienvenida al doctor don Emilio García de la Torre, jiennense de pro, uno de los médicos que tenemos en Jaén, la suerte de tenerlo en Jaén. Y como es lógico, y como jiennenses, Lina y yo, pues queremos darle la bienvenida, el resto de la comisión también, y agradecerle el trabajo que hace siempre en Jaén por los enfermos, como otorrino de categoría. Aquí hay un paciente suyo operado, y se me entiende cuando hablo, después de la operación. Y por tanto decirle que su intervención son diez minutos, su exposición sobre el proyecto de ley. Y después, pues si hay interesado algún portavoz, le podrá preguntar o interrogar sobre su intervención, y usted esperaría a que terminaran todos y haría una segunda intervención, resumiendo o contestando a los portavoces. Por lo tanto, tiene diez minutos, ¿vale?

Muchas gracias.

El señor GARCÍA DE LA TORRE, VICEPRESIDENTE PRIMERO DEL CONSEJO ANDALUZ DE COLEGIOS DE MÉDICOS

—Muchas gracias, señor presidente.

En primer lugar, quiero decirles que voy a leer precisamente..., aunque me gustaría más hablar, pero para intentar ser más escueto, voy a intentar leer todo lo que tengo escrito.

Ilustrísimos señores, muchas gracias. Atendiendo al trámite de comparecencia que se nos ha trasladado, procedemos a informar sobre el Proyecto de Ley de Garantías y Sostenibilidad del Sistema Sanitario Público de Andalucía.

En primer lugar, significar que este Consejo ya informó en el trámite de audiencia para el anteproyecto, habiendo atendido la Consejería de Salud algunas de las cuestiones planteadas, lo cual agradecemos y reconocemos como una importante muestra del reconocimiento y cercanía con la realidad de los profesionales sanitarios. Entre las cuestiones que han recogido respecto a nuestras peticiones están el reconocimiento expreso de los derechos a la salud laboral o a la conciliación familiar de los profesionales sanitarios, la previsión de los planteamientos de recursos humanos necesarios, aunque no se ha previsto la eliminación, en lo posible, de la provisionalidad en el empleo; o un estudio de la figura del médico residente, como vía natural de acceso al sistema sanitario público, evitando un doble efecto, primero, que el médico español y andaluz bien formado se marche a otros países, y, segundo a la inversa, que sean contratados médicos de otras

latitudes, extraños a la Unión Europea. Así también se ha tenido en cuenta la consideración de autoridad pública del personal sanitario.

Creemos que todo esto es un importante éxito para la sociedad que va a suponer un instrumento para mejorar las condiciones de desarrollo profesional y de calidad asistencial. Es por ello necesario felicitar la iniciativa legislativa, así como los principios y valores que la inspiran, de gran vocación y trascendencia para el fortalecimiento de la sanidad, como pilar esencial del presente y futuro de las sociedades avanzadas.

Pero también hay que decir en este Parlamento que se está legislando de forma regular, por no decir pésima, con innumerables normas que están afectando a la sanidad, que es imposible reconocer para los profesionales, y por eso les invitamos a refundir en un solo texto legal toda la normativa sanitaria, para mayor seguridad y garantía de los pacientes, usuarios y profesionales.

Entrando en el fondo, esta ley que hoy comentamos pretende proteger el sistema de salud, y como principal motivación la crisis económica, que es el argumento que facilita las medidas que se ponen al servicio del sistema y que ahora estamos valorando. Sin embargo, los criterios elegidos para proteger el sistema se refieren solo y exclusivamente a la sanidad pública, estimando este Consejo que el derecho a la salud abarca no solamente las políticas sanitarias públicas, sino la regulación básica y los criterios de protección de la actividad privada de los profesionales, de las instituciones y por supuesto del mercado que esta genera. Por ello, pedimos que la consideración de autoridad se extienda a todos los profesionales sanitarios cuando ejerzan su profesión, incluso fuera del escenario de la medicina pública, ya que un profesional sanitario en el ejercicio de sus funciones siempre está defendiendo y protegiendo un interés público, que es la salud, la vida y por supuesto la integridad de las personas.

Dicho lo anterior, la ley aparece como un contrato social, como un compromiso vinculado claramente a los profesionales, haciendo referencia a tres cosas. Primero, a la buena práctica profesional, al uso racional de los recursos sanitarios, y tercero al respeto a los valores y principios éticos en el ejercicio profesional en el ámbito público. Analizando en su conjunto, consideramos que estos conceptos los desarrolla desde un prisma marcadamente economicista, aunque se pretenda revestir de ética y valores. Los valores y principios profesionales son la ética y la deontología, que son iguales para la medicina pública y privada. Como recordarán, esta, la medicina privada, tiene que estar autorizada, supervisada e inspeccionada por la Consejería de Salud. Y que están sometidos a la potestad disciplinaria, tanto en la pública como en la privada, a la potestad disciplinaria de los colegios profesionales y que en síntesis tienen que anteponer la salud y la vida del paciente sobre todo lo demás, siendo esta la garantía imprescindible que ofrece nuestro sistema profesional. Una autorregulación profesional que garantice los derechos de los pacientes por encima de cualquier ideología, de la política o de la religión, incluso de la ley si fuera necesario.

En sentido con lo anterior, hay que significar que los profesionales están comprometidos con un sistema sanitario público siempre que antepongan los derechos del paciente por encima de todo. Así, cuestiones como el uso racional de los medicamentos, o la buena práctica profesional, son obligaciones deontológicas de los médicos que no pueden ser suplidas por normas oportunistas. Por ello, consideramos que no procede la corresponsabilidad en la sostenibilidad económica de los profesionales, tal y como se recoge en el artículo 13.1.b), ya que siendo el uso racional una obligación deontológica imprescindible, existe por el médico ya una responsabilidad deontológica y ética con el paciente y con el sistema sanitario que no se debe perturbar

por una imposición legal que pueda generar un conflicto para poder anteponer los derechos de un paciente, en caso de un medicamento, o un medio tecnológico que pueda ser más costoso para el sistema.

Estamos totalmente de acuerdo con que la prescripción debe adecuarse con el uso de protocolos y guías clínicas, y en definitiva con la evidencia científica, velando siempre por el menor coste; pero lo que no estamos conformes es con la forma en que está redactado el artículo 14.2.2.º, cuando señala que las estructuras de selección de medicamentos para obtener los mismos resultados de salud a un mismo coste. Pensamos que debería decir el artículo «con los mejores de salud al menor coste». Por cierto, que además, en el artículo 14.2, y luego que se repite en el 14.3.i), se pone una palabra que es «partenariado», palabra que no existe en el *Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española*. Y pensamos que una ley debe de estar siempre con palabras que pertenecen al diccionario de la Real Academia.

En todo lo referente a los medicamentos no nos oponemos a medidas que puedan repercutir en un ahorro del sistema, aunque pensamos que se debe posibilitar y garantizar el derecho fundamental del paciente a la libertad de prescripción de su médico para prescribirle el tratamiento que considere mejor en ciencia y evidencia, según el rigor clínico aplicado a cada paciente.

Por ello, creemos que debe constar que todas estas medidas se llevarán a cabo respetando la libertad de prescripción del médico justificado en ciencia. No se trata de prescribir marcas o prescribir sin observar el uso racional de los medios, sino que se trata de que el médico pueda prescribir, en ciencia y en conciencia, lo que considere mejor para su paciente, aunque pueda estar fuera de los medicamentos seleccionados.

En este punto, tendríamos también que hablar de otras palabras, que son las llamadas alternativas terapéuticas más eficientes, antes llamadas alternativas terapéuticas equivalentes. La Agencia Europea y Norteamericana de Medicamentos, la EMA y la FDA, señalan que para que exista equivalencia entre medicamentos tienen que tener idéntico principio activo y demostrar clínicamente la misma eficacia y seguridad, así como tener la misma vía de administración y dosis. No comprendemos como una ley pueda prever un sistema de selección de fármacos contrario a los criterios universales de la ciencia. Pensamos que si un médico considera en ciencia y en conciencia que un fármaco es ideal y distinto al propuesto por el sistema y que es considerado por este —o sea, por el sistema— como más eficiente, deberá facilitarse y nunca cargarse de burocracia informática y penalizaciones, como ocurre actualmente, al objeto de evitar que el médico se vea forzado a prescribir un fármaco que no considera el más idóneo para su paciente, porque el sistema se lo impide.

Por todo ello, reiteramos que es imprescindible que conste en la ley, de forma expresa, el derecho fundamental del paciente a la libertad de prescripción del médico, así como que no se puede seleccionar únicamente por criterios económicos, sin atender a criterios científicos médicos objetivados universalmente, respetando igualmente la cohesión de nuestro sistema y evitando la desigualdad entre los pacientes de distintas comunidades, debiendo recibir los mejores tratamientos en todas ellas.

Por último, lo fundamental es la seguridad de nuestros pacientes, la seguridad que les dan los médicos que les atienden, que son los que conocen su patología y el mejor tratamiento que les conviene, no pudiendo alienarse a estos de esta responsabilidad, porque sería una quiebra de los derechos y garantías de los pacientes.

En cuanto a las unidades de gestión clínica, reconocemos como la consejería ha recogido la reivindicación de nuestro consejo de que estas deben estar sustentadas y orientadas a objetivos y resultados de salud,

no a objetivos economicistas. No obstante, los términos que a lo largo de la norma se expresan, en sentido a la corresponsabilidad en la gestión de recursos, deberán aclararse, como ya se ha dicho, en el sentido de que el profesional sanitario debe disponer siempre de lo que considere mejor para su paciente, sin que se le pueda comprometer a no cumplir su compromiso deontológico a favor de cumplir con su responsabilidad con los recursos económicos. En caso de que exista conflicto, el profesional siempre deberá anteponer al paciente, sin penalización, justificando en ciencia su decisión, y esto solicitamos que conste expresamente en la ley de alguna forma, pues es una premisa esencial para las garantías del sistema sanitario que todos queremos.

Consideramos que cumplir esta exigencia debe constar expresamente que los incentivos deben ir ligados íntegramente a resultados de salud y calidad asistencial, y no a objetivos económicos que, debiendo ser objetivos de una unidad de gestión, no deben comprometer los incentivos profesionales, ni los derechos de los pacientes, que son lo primero.

En cuanto a la protección de la salud de los profesionales sanitarios, la salud laboral, ya hemos reconocido que consta recogida, pero nos gustaría que constara de forma más expresa.

En cuanto se refiere a la estructura de la unidad de gestión, aclara que la dirección tendrá la consideración de cargo intermedio, pero en lo que no estamos de acuerdo es en que su selección sea libre mediante una convocatoria pública, y que el acceso a la dirección no tenga más límites que los que establezcan las sucesivas convocatorias. Comprenderá la consejería que ello le resta imparcialidad y espontaneidad al sistema previsto, que en cualquier caso debería estar presidido por los clásicos principios de igualdad y de méritos. El liderazgo natural dentro de las unidades y las propuestas de los miembros de las mismas deben ser la base para un sistema de éxito. Pensamos que lo ideal es la selección natural entre los miembros de la unidad, como ha sido históricamente, y que ha sido el verdadero motor de la creación de nuestro actual sistema sanitario. No debe ser la dirección de una unidad de gestión clínica un puesto de confianza.

También consideramos que esta ley debe reconocer, de forma expresa, la creación de un Observatorio de la Sanidad en Andalucía, como órgano asesor e imparcial, para recoger el diseño de la sanidad pública y donde participen activamente los colegios de médicos, las sociedades científicas y las asociaciones de los pacientes.

Asimismo, en cuanto a los valores y principios del sistema sanitario público de Andalucía, debe constar la potenciación de la interoperabilidad de los sistemas, igualdad y solidaridad interterritorial con las restantes comunidades autónomas.

En virtud de lo expuesto, rogamos que tengan por cumplimentado el trámite que nos ha sido conferido, habiendo sido un honor el informar y rogando atiendan nuestras propuestas y consideraciones, que creemos que fortalecerán y enriquecerán la alta vocación del proyecto de ley que desarrollan, contribuyendo notablemente a consolidar nuestro imprescindible sistema sanitario público andaluz en cuanto más proceda.

Muchas gracias.

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señor García de la Torre.

¿Algún portavoz quiere intervenir?

Señor Gil, de Podemos.

El señor GIL DE LOS SANTOS

—Muchas gracias por su intervención.

Ha comentado antes, puntualizando el tema de la introducción de terapias de tecnología sanitaria, entre ellas el medicamento, atendiendo a que tengan efectividad, y, dentro de la efectividad, atendiendo al menor coste. Yo creo que, en todo caso, habrá que evaluar y, atendiendo a la evaluación coste-efectividad, aquella que tenga mayor efectividad dentro de un coste razonable, más otros factores que no solamente serán el coste y la efectividad, y también armonizando dentro de la práctica clínica.

Ha comentado también la importancia de la unidad de gestión clínica, que atiendan a resultados en salud. Hay una corresponsabilidad clara a través de los profesionales sanitarios, que tienen que adecuarse en la práctica clínica al uso racional de los recursos, ¿no? En ese sentido, la gestión clínica es importantísima que se integre con la práctica clínica para la sostenibilidad del sistema.

Ahí van mis preguntas, que tienen que ver con mucha parte de lo que ha expuesto, tanto de pública como de privada, que... Ha comentado antes que se tiene que anteponer la práctica clínica en el uso racional de...

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Señor Gil, dese prisa.

El señor GIL DE LOS SANTOS

—Resumo, resumen.

¿En qué considera que la clínica privada hace sostenible al sistema sanitario público? Y también la compatibilidad público-privada de los médicos, que compatibilizan la práctica y trabajo en la pública con la privada, ¿en qué contribuye a la sostenibilidad del sistema?

Gracias.

El señor GARCÍA DE LA TORRE, VICEPRESIDENTE PRIMERO DEL CONSEJO ANDALUZ DE COLEGIOS DE MÉDICOS

—Bueno.

Está totalmente demostrado que es un 30% de la sanidad en España..., ignoro aquí en Andalucía, pero un 30% de la sanidad en España es privada. Entonces, es un 30% que se disminuye precisamente de la asistencia pública. Luego está contribuyendo a que haya menos listas de espera, que haya menos enfermos en la sanidad pública... Y entonces lo ideal sería para mí compatibilizar, porque la sanidad pública está ahorrando mucho dinero con la sanidad privada. Que ahorre un 30% la sanidad pública con la privada creemos que es importante.

Y, en cuanto a la compatibilidad de la asistencia pública con la asistencia privada, yo creo que ha sido tradicional en España, nunca ha habido ningún problema y que un médico que compatibilice las dos cosas,

siempre que cumpla al cien por cien con su trabajo en la sanidad pública, puede perfectamente compatibilizar. Y, ahora, con lo que nosotros no estamos nunca y estamos siempre en contra es que los médicos no deben desviar esos enfermos de la sanidad pública a la privada. Eso tenía que estar muy penalizado por la ley.

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muy bien, muchas gracias, señor García. Pues le agradecemos su presencia, su intervención, su colaboración y tendremos en cuenta su informe.

Muchas gracias.

El señor GARCÍA DE LA TORRE, VICEPRESIDENTE PRIMERO DEL CONSEJO ANDALUZ DE COLEGIOS DE MÉDICOS

—Muchas gracias.

Sí, os lo paso.

[*Rumores.*]

Os lo mandamos por correo u os lo entrego ahora mismo aquí, lo que prefiráis. Lo tengo aquí.

Pues muy bien.

Gracias.

Nada, hombre.

[*Rumores.*]

[*Receso.*]

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Bien, muy buenos días.

Saben que la intervención es de diez minutos, su exposición, y que después los portavoces tienen derecho a preguntarle sobre esa intervención y usted contestaría globalmente a las preguntas de todos.

Muchas gracias por su colaboración, y tiene diez minutos.

El señor MINGORANCE GUTIÉRREZ, PRESIDENTE DEL CONSEJO ANDALUZ DE COLEGIOS OFICIALES DE FARMACEÚTICOS

—Bueno, permítanme, en primer lugar, que les agradezca la invitación a esta comparecencia, en la que trataré de trasladar de forma breve y clara la colaboración del Consejo Andaluz de Farmacéuticos acerca del Proyecto de Ley de Garantías y Sostenibilidad del Sistema Sanitario Público de Andalucía.

Como ya manifestamos en nuestras alegaciones al anteproyecto de ley, creemos que esta nueva norma representa una oportunidad para involucrar a la oficina de farmacia en los grandes retos del sistema sanitario público de salud. El envejecimiento de la población, la creciente prevalencia de las enfermedades crónicas, la falta de cuidadores, los problemas de adherencia dibujan un nuevo escenario de retos de salud pública. Este escenario, frente al que la farmacia puede y tiene mucho que aportar, contribuyendo a dar una mejor respuesta al paciente en términos sanitarios y contribuyendo también, cómo no, a paliar la tensión creciente en la sostenibilidad del sistema público de salud.

Los desafíos a los que nos enfrentamos requieren de medidas audaces y estructurales que garanticen la calidad y la universalidad de las prestaciones sanitarias, al tiempo que la sostenibilidad del sistema. Pensamos que una de ellas es precisamente la integración efectiva de la farmacia dentro del sistema público sanitario, de acuerdo con su condición de establecimiento sanitario privado de interés público, reconocido en la Ley 22/2007, de Farmacia de Andalucía.

Esta integración efectiva es una realidad de facto en nuestra comunidad, que ha proporcionado ya algunos logros muy significativos, como el sistema de receta electrónica andaluz, Receta 21, que fue pinero no solamente a nivel nacional sino a nivel de Europa, que ha ayudado a descongestionar las consultas de atención primaria y a mejorar la seguridad y trazabilidad de la dispensación, promoviendo mayor satisfacción al paciente y eficacia al sistema.

La receta electrónica no es, desde luego, el único ejemplo de esta integración ni de la contribución de la farmacia andaluza al sistema, ni todo lo que está, que se pueda hacer por el mismo, pero sí es un ejemplo muy claro y es, sin duda, un ejemplo también de la dirección por la que podemos y debemos avanzar.

Porque la contribución de la farmacia comunitaria y asistencial al sistema público de salud en Andalucía tiene por delante un amplio campo de desarrollo, y esta ley es una enorme oportunidad para que este desarrollo se materialice y concrete.

Es una enorme oportunidad para avanzar en la integración de los farmacéuticos con el resto de actores del sistema en equipos multidisciplinares de atención primaria, y una enorme oportunidad para avanzar, en suma, en la contribución de la farmacia al sistema público de salud de Andalucía.

Nos gustaría que no fuese una oportunidad perdida. A día de hoy debemos manifestar que echamos de menos en esta norma una apuesta más decidida por integrar sin reservas a la farmacia en los grandes objetivos del sistema público sanitario. Y, para ello, se debe incluir en el diseño de los diferentes planes de salud, como es obesidad, diabetes e hipertensión, tabaquismo, y se debe hacer una apuesta por explicitar el rol y el protagonismo del farmacéutico en retos como el de la atención a los enfermos crónicos, absolutamente clave en un contexto de creciente prevalencia de este tipo de patologías.

Es cierto que en la exposición de motivos de la ley, y de acuerdo con las alegaciones que en su día presentó este consejo andaluz, se ha incluido una mención expresa a la posibilidad de mejorar la sostenibilidad del sistema sanitario a través, y cito literalmente el texto, «de una mayor coordinación de la red de oficinas de farmacia de Andalucía con el resto de servicios sanitarios públicos y de interés público, fomentando la colaboración entre los profesionales sanitarios». Pero resulta indudable, igualmente, que poco o muy poco se ha concretado en el articulado sobre esta integración efectiva de la farmacia comunitaria dentro de los retos del sistema público de salud, desatendiendo en este sentido las propuestas realizadas en nuestras alegaciones al proyecto de ley.

Desde el consejo andaluz pensamos que solo podremos avanzar desde una integración funcional mucho más efectiva, que no parece viable en el actual marco legal y que no vemos suficientemente impulsada en esta norma.

Señorías, en el texto actual, la ley explicita sin ir más allá que fomentará un marco de colaboración con la red de oficinas de farmacia para fomentar el uso racional de los medicamentos. Pero quiero decirles, y esto sí es importante para el sistema y para su sostenibilidad en el futuro, que el uso racional de los medicamentos es muy importante, pero quizás más relevante sea el uso racional de los farmacéuticos y de la red de oficinas de farmacia disponible en nuestra comunidad.

Es más relevante aún sacar partido a la capacidad de nuestras oficinas de farmacia y de la vocación de servicio público de estas. El pasado verano, el Consejo Andaluz de Farmacéuticos y la Administración sanitaria andaluza suscribieron un convenio marco de colaboración dirigido a promover el desarrollo profesional de los farmacéuticos, y cito literalmente de nuevo, «la incorporación de nuevos servicios profesionales que, además de la dispensación de medicamentos y productos sanitarios, pudieran realizar los farmacéuticos en el ámbito de la vigilancia y la promoción de la salud...»

Solo muy tímidamente encontramos en la nueva norma el respaldo legal que necesitamos para avanzar por esta dirección en beneficio de los pacientes y del propio sistema. Las propuestas concretas presentadas en nuestras alegaciones para recoger expresamente la participación de los profesionales farmacéuticos en el desarrollo de procesos de gestión clínica o de programas de promoción de la salud han sido eludidas. Y en el caso del seguimiento fármaco-terapéutico, reformuladas de forma demasiado genérica, a nuestro entender.

Inversamente la nueva norma sí es muy explícita a la hora de abordar la subasta de medicamentos sobre la que la farmacia andaluza ha expresado desde el principio su reserva, y aquí se arroja con un blindaje legal que parece innecesario a la luz de las tres sentencias al respecto del Tribunal Constitucional que dan razón a la misma.

Pensamos francamente que hay cosas más importantes y estructurales en las que poner el foco y sobre las que, además, es posible lograr un mayor consenso político y social. Y nos gustaría que la norma que naciera fuera valiente, pero no valiente en la generación de discrepancias estériles, sino valiente en

la apertura de nuevos caminos, audaz en la generación de soluciones a los grandes retos que tiene nuestro sistema público sanitario andaluz.

Señorías, necesitábamos esta ley, la necesitábamos mucho, y sería una pena que al final de la tramitación, una vez aprobada, todos los actores del sistema y sus beneficiarios, que somos también todos los que estamos aquí, sintiéramos que todo sigue más o menos igual y que seguimos necesitando esa norma valiente que aborde los verdaderos retos de la sostenibilidad del sistema sanitario.

A Albert Einstein se le atribuye el aforismo: «Si buscas resultados distintos no haga siempre lo mismo». No sigamos haciendo lo mismo con nuestra sanidad, no sigamos usando las respuestas de antes a preguntas que son nuevas, apostemos por medidas estructurales que sin dejar de pensar en el presente miren también al futuro con perspectiva.

Y ahora quiero decirles que los farmacéuticos nos sentimos preparados, estamos preparados para ayudar al sistema sanitario andaluz en estos retos, tenemos la especialización, la experiencia y la capacitación necesaria. Y sobre todo tenemos la voluntad, y sobre todo el deseo de hacerlo, y de hacerlo midiendo y probando, y luego acordando. Bajo la premisa de que cualquier nuevo servicio farmacéutico que se desarrolle tiene que aportar resultados en salud contrastables. Bajo esa premisa, desde el Consejo Andaluz de Farmacéuticos venimos desarrollando una serie de programas para la ampliación de la cartera de servicios profesionales asistenciales de la farmacia andaluza, complementarios a la dispensación del medicamento, de los que me gustaría informarles brevemente.

Cronológicamente, el primero de esos programas ha sido el sistema personalizado de dosificación de medicamentos, conocido como SPD, un servicio que ayuda al paciente a seguir sus tratamientos organizándole su medicación por días y tomas para un tiempo determinado y gracias al cual estamos logrando resultados acreditables en el control del paciente, el cumplimiento del tratamiento, la reducción de los errores en la toma de medicamentos, la reducción de los problemas relacionados con la manipulación y conservación y los de confusión e intoxicación involuntaria.

Quiero aportarles algunos datos al respecto. Se estima que un 49% de los pacientes olvida tomar su medicación, un 29 deja de tomarla una vez iniciado el tratamiento, el 31% no retira la medicación que le han prescrito y hasta un 24% toma una dosis menor de la que le ha prescrito su médico.

La no adherencia a los nuevos tratamientos farmacológicos provoca un coste estimado a los gobiernos europeos en torno a 125.000 millones de euros. Los farmacéuticos andaluces con iniciativas como el SPD podemos contribuir a mejorar los índices de adherencia. La eficacia en el sistema SPD en el incremento del cumplimiento terapéutico ha quedado suficientemente mostrada con diversos estudios de campo, uno de ellos realizado en Andalucía oriental.

Reseñar, por último, que este sistema ha sido contemplado en el baremo de la última convocatoria para la atención a centros sociosanitarios residenciales de menos de 50 camas.

Otro proyecto de nuevo servicio asistencial emprendido por la farmacia andaluza es el denominado MAPafarma o monitorización ambulatoria de la presión arterial desde la farmacia, que ya ofrecen más de 500 farmacéuticos en Andalucía y que está permitiendo detectar errores de diagnóstico, hasta un 31% según el pilotaje con una muestra de 690 pacientes. En la toma aislada de la presión arterial hay errores relacionados con fenómenos de bata blanca o hipertensión enmascarada. Quiero agregarles que según los datos obte-

nidos el 99% de los pacientes considera que la oficina de farmacia es el lugar más idóneo para la monitorización ambulatoria de la presión arterial, frente al 1% que prefiere los centros de salud, y que las farmacias andaluzas reciben, de hecho, una media de 20.000 consultas diarias realizadas con la hipertensión arterial. Nuestro objetivo con este programa es, en consecuencia, dar respuesta a una demanda real de atención por parte de la población realizando una aportación significativa desde las farmacias en la mejora del control de la hipertensión arterial, un objetivo de gran importancia para la salud de la población, pues está directamente relacionado con el control de los factores de riesgo cardiovascular.

Más recientemente hemos lanzado el programa de asistencia a nuevos medicamentos, ANM, que es un servicio de acompañamiento al paciente a quien prescriben un medicamento para uso crónico, y cuyo objetivo es mejorar la adherencia y fomentar un uso responsable del fármaco, propiciando una mejor relación del paciente con su medicación. Se trata de un programa en fase avanzada de pilotaje que ha sido premiado por la Escuela Andaluza de Salud Pública, que le ha otorgado una mención especial en su primer concurso de iniciativas de alfabetización en salud.

También quiero mencionarles la implicación y colaboración actual de la farmacia comunitaria en diferentes campañas de promoción de la salud y el uso racional de medicamentos, el ejemplo más actual es el uso responsable de los antibióticos junto a los responsables de Pirasoa, o la de peso y salud infantil, con cientos de niños de entre 5 y 14 años pesados en Andalucía hasta el momento y que contempla una fase de seguimiento mediante el aprendizaje de hábitos saludables relacionados con la alimentación y el ejercicio.

Finalmente, quiero informarles de que acabamos de desarrollar una plataforma tecnológica denominada Axon Farma, que es pionera en España, con un doble objetivo: por un lado, facilitar a todas las farmacias andaluzas, allí donde estén, en el pueblo más pequeño que estén, la implantación de todos estos servicios asistenciales a los que me he referido anteriormente, y, por otro, también que se puedan medir los resultados de estos servicios, poniendo a disposición del sistema sanitario público andaluz una potente herramienta de *big data* para mejorar los resultados de salud y promover la colaboración de los farmacéuticos con el resto de los actores del sistema público.

Pensamos sinceramente que esta iniciativa y este esfuerzo merecen recibir el impulso legal necesario para su desarrollo, despliegue e implementación. Las farmacias y la Administración sanitaria andaluza ya hemos venido colaborando satisfactoriamente e intensamente desde hace mucho tiempo, y así juntos hemos sido capaces de desarrollar proyectos pioneros e innovadores como las políticas de dispensación por principio activo o la receta electrónica, a la que me referí al principio de esta comparecencia. Pero creo que ha llegado el momento de dar fuerza y respaldo legal a esa colaboración y a esa integración funcional de las farmacias comunitarias, asistencial, dentro del sistema sanitario público.

Es el momento de reconocer explícitamente que hay muchos retos del sistema público de salud en los que la farmacia puede realizar una aportación significativa con nuevos servicios en el ámbito de la adherencia de los medicamentos y de la vigilancia y la promoción de la salud. Desde la capilaridad de nuestra red asistencial con sus tecnologías, con la cualificación de sus profesionales, con la medición de resultados y mediante una mayor integración y colaboración de los farmacéuticos con los servicios de salud, sociales y sociosanitarios en los distintos niveles asistenciales. La farmacia puede hacer que el sistema sea mucho más eficiente usando los recursos, que preste una mayor calidad sanitaria y dar adecuada respuesta a los retos relacionados con el envejecimiento de la población y la prevalencia de las enfermedades crónicas.

Ojalá Andalucía sea, como ya ha sido en muchas ocasiones, en todos los temas de prestación farmacéutica, la primera comunidad en hacer una ley sobre sostenibilidad, con medidas valientes y estructurales que sean capaces de sacar partido a las farmacias en beneficio de los pacientes y, por supuesto, en beneficio del propio sistema.

Y muchas gracias por su atención.

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchísimas gracias por su intervención.

¿Algún grupo quiere intervenir?

Tiene un minuto.

El señor GIL DE LOS SANTOS

—Muchas gracias.

Antes ha comentado que las oficinas de farmacia, los farmacéuticos, están haciendo una labor de complementariedad de servicios, como la toma de tensión, dosificación de medicamentos. ¿Hasta qué punto estarían dispuestos las oficinas de farmacia y los farmacéuticos a transitar, también en la fórmula retributiva, a pasar de solamente expedir medicamentos hacia esas nuevas fórmulas de servicios y a transitar desde la venta de medicamentos hacia esa prestación de servicios? Y, por lo tanto, también para la sostenibilidad del sistema la forma de retribución y los márgenes de beneficios también deberían de transitar a ese nuevo modelo. ¿Hasta qué punto están dispuestos a dar ese paso?

El señor MINGORANCE GUTIÉRREZ, PRESIDENTE DEL CONSEJO ANDALUZ DE COLEGIOS OFICIALES DE FARMACÉUTICOS

—Bueno, las farmacias históricamente han sido un sector, y hemos sido los farmacéuticos, si quiere llamarle, un gremio donde hemos sido capaces de adaptarnos desde el siglo XIII hasta nuestros tiempos en todo lo que ha ido evolucionando la sociedad y en las demandas que ha tenido.

Está claro que hay un escenario cambiante y está claro que lo que ha pasado en salud en los últimos 40 años va a ser muy distinto de lo que pase en los próximos 8 años. Yo creo que, en eso, podremos estar todos de acuerdo. Los cambios van a ser mucho más rápidos.

¿Que estamos dando, creyendo que hay una demanda de servicios profesionales y que habrá que cambiar, a lo mejor, un modelo retributivo? Pues, yo no le puedo decir en este momento si hay que hacerlo, pero, bueno, si se hace entre todos y se hace orientado a garantizar el futuro de la sociedad y el futuro del sistema y la sostenibilidad del mismo, pues, nosotros estaremos en ello, porque nuestro futuro está con la sociedad. Nuestro futuro no va por un camino, y la sociedad, por otro. Nosotros tenemos que ir por donde se demande, y está claro que la sociedad está demandando unos nuevos retos de salud y que son distintos, pero no porque lo digamos nosotros, sino que está claro que, en el año 2030, el número de personas que lleguen a 100 años va a ser mucho más que las que tenemos ahora. O sea, algo está cambiando aquí, y lo que no pode-

mos hacer es hacer lo mismo. No podemos..., como he dicho antes, no se puede hacer lo mismo. Es como, hace poco, en Perú hicieron un puente porque un río se lo llevaba cada vez que venía. Dejaron el puente hecho y después la naturaleza, pues, cambió el curso del río, se quedó el puente y, vamos, el puente en la tierra, y el río, al lateral.

Nosotros donde queremos estar es con la sociedad, y si hay que cambiar, pues, cambiaremos, evidentemente.

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muy bien, muchas gracias.

Le agradecemos su intervención.

Buenos días.

El señor MINGORANCE GUTIÉRREZ, PRESIDENTE DEL CONSEJO ANDALUZ DE COLEGIOS OFICIALES DE FARMACEÚTICOS

—Vale. Buenos días a todos.

[Receso.]

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Bien, buenos días.

Bienvenidos a la Comisión de Salud del Parlamento de Andalucía. Agradecemos su presencia y su colaboración. Saben que son 10 minutos de exposición y, después, si algún portavoz de los grupos quiere que le amplíe, haría la pregunta, y ustedes contestarían al final globalmente a las preguntas. Luego tiene, cuando desee, 10 minutos para su intervención.

Con que den cinco para los portavoces, uno por grupo... Tiene seis, pues uno para cada portavoz y para la letrada.

¿Ya? Puede empezar su intervención.

El señor PIEDRA CRISTÓBAL, PRESIDENTE DEL CONSEJO ANDALUZ DE COLEGIOS PROFESIONALES DE TRABAJO SOCIAL

—Buenos días, en primer lugar.

Desde el Consejo Andaluz de Colegios Profesionales de Trabajo Social queremos agradecer la oportunidad que nos habéis brindado.

Desde el Consejo Andaluz de Colegios Profesionales de Trabajo Social, entidad que agrupa a ocho colegios provinciales de Andalucía y que representa a más de 5.000 personas, colegiados y colegiadas, a la vez que ostenta la representatividad de la profesión en Andalucía, agradecemos la oportunidad que se nos brinda de hacer llegar nuestro trabajo de reflexión, de análisis y valoración sobre el Proyecto de ley de garantía de sostenibilidad del sistema sanitario público de Andalucía.

Como introducción, en 2014 tuvimos la oportunidad de que la Federación Internacional de Profesionales de Trabajo Social y la junta directiva de la Asociación Internacional de Escuelas de Trabajo Social aprobaron una resolución en la cual definen la profesión del trabajo social como una profesión basada en la práctica y en una disciplina académica que promueve el cambio y el desarrollo social, también la cohesión social y el fortalecimiento y la liberación de las personas. Y todo ello, bajo los principios, siempre, de la justicia social, los derechos humanos, la responsabilidad colectiva y el respeto siempre a la diversidad.

El trabajo social involucra a las personas y a las estructuras para hacer frente a desafíos de la vida cotidiana y aumentar siempre el bienestar social de la ciudadanía.

También decir que, desde nuestro código deontológico, emanan multitud de funciones que ejerce el trabajo social, entre las cuales está la investigación, la prevención, la promoción, la atención social, y tienen instrumentos específicos y básicos para el profesional, como es la historia social, el informe, la escala de valoración, los proyectos de intervención, tanto a nivel internacional, tanto a nivel individual, grupal, como comunitario y la prescripción social.

También decir, bueno, que ya, como todos sabemos, la Constitución Española y el Estatuto de Autonomía hacen un especial reconocimiento de los derechos fundamentales y sociales que cimentan, siempre, las bases para el Estado del bienestar. Normativas básicas, como la Ley General de Sanidad, de 1986, contemplan el derecho a toda la ciudadanía, no solo a la salud física y psíquica, sino también a lo social. También, la Ley

de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, 16/2003, define en su articulado 12 las prestaciones de atención primaria y, entre ellas, las de trabajo social.

Esta base normativa vincula a todas las administraciones públicas y exige al sistema nacional de salud contemplar la atención social del individuo, dando así fundamento jurídico a la presencia del trabajo social en el campo de la salud.

Y exige la presencia de profesionales de trabajo social en los dos niveles: en atención primaria y atención hospitalaria. En este sentido, el Decreto 137/84, sobre estructuras básicas de salud, indica claramente quiénes conforman el equipo básico de salud en atención primaria. Y ese equipo lo incluye en su artículo 3.e), junto con los trabajadores sociales o asistentes sociales.

También hay diferentes marcos estratégicos para la mejora de atención primaria, como la de 2007-2012, donde identifica entre sus líneas de actuación impulsar la figura del trabajo social en atención primaria, para mejorar la coordinación entre los servicios sanitarios y sociales, haciendo hincapié en el trabajo social para dicha coordinación sociosanitaria, estrategia en salud mental del sistema nacional de salud y un largo etcétera de normativa que afirma la importancia del trabajo social en el sistema público de salud.

Sin embargo, en el servicio sanitario público de Andalucía, se refiere, a través de la derogación parcial del Decreto 195/85 y la publicación del Decreto 197/2007, que regula actualmente la estructura, organización y funcionamiento de los servicios de Atención Primaria en el ámbito de los servicios sociales, deja un poco al lado, dejándolo en los dispositivos de apoyo, el principal papel del trabajo social. El citado Decreto 197/2007, en su artículo 16, adscribe a los trabajadores sociales a una estructura asistencial diferente y de apoyo al equipo básico y con funciones administrativas de gestión y técnica distintas y complementarias al mismo, ya que los adscribe, como hemos dicho con anterioridad, a los dispositivos de apoyo, y todo eso hace diferencia en los diferentes equipos y centros de salud.

Con respecto a la definición y dotación de profesionales de trabajo social en hospitales, el sistema andaluz de salud no se pronuncia, solo existen las recomendaciones citadas por la OMS, pero carece de normativa sobre dotación del número de profesionales en dichos centros.

El trabajo social para nosotros, y creo que podemos estar todos de acuerdo, es miembro nato en el equipo básico de salud y el trabajo social, y es una prestación básica e inicial de la cartera de servicios y de la Ley de Calidad y Cohesión del Sistema Nacional de Salud. Es el único profesional que representa lo social en el ámbito de la Atención Primaria de salud y parte fundamental y verdadera de la atención siempre integral con el resto de los profesionales. Además, el trabajo social sanitario ha sido pionero en la comunidad autónoma en el servicio de salud en el abordaje siempre de las enfermedades raras, en la implementación de programas de recuperación, control y reasignación de material siempre ortoprotésico, en el apoyo de las asociaciones de pacientes, grupos de autoayuda, en el desarrollo de estrategias de participación ciudadana, actividades comunitarias y localización de activos de salud e implantación, como se está llevando a cabo, de grupos socioeducativos tanto para mujeres como para hombres.

Con relación al proyecto que nos acoge hoy, al Proyecto de Ley de Garantías, ya en su exposición de motivos este proyecto de ley deja patente que los profesionales son un activo esencial en la sostenibilidad del sistema, así como la coordinación e integración de los servicios sociales y sanitarios. La mejora del bienestar de las personas, la igualdad efectiva en el acceso, la concepción integral de la salud, entre otros, son al-

gunos de los principios inspiradores de este proyecto de ley y el trabajo integral y coordinado de uno de los valores que lo sustentan. Ya en el artículo 20 del proyecto hace referencia a que se promoverá la valoración social, y es importante adecuar los recursos humanos para este principio.

Las alegaciones realizadas por este consejo al anteproyecto de ley han girado en torno a los siguientes aspectos, algunos ya incluidos en el proyecto actual y otros que consideramos importante trasladarles nuevamente para su consideración. El aspecto de la universalidad del sistema público de salud es importante y garantizar..., el segundo punto, garantizar el enfoque biopsicosocial, con una adecuada dotación de recursos sociales y una coordinación social y sanitaria que sea siempre real y efectiva. Y, por último, integrar, como hemos propuesto, la perspectiva de género en todo el texto legal.

Como aportaciones hemos resumido unas cuantas de las propuestas más significativas.

En el artículo 2, definiciones, apartado d), de Gestión clínica, eliminamos la palabra «sanitaria» para que, cuando se hable de personal profesional sanitario..., consideramos que los trabajadores sociales realizan actividades también preventivas, pero al no estar en la clasificación de personal sanitario, según esta definición, quedarían excluidos en este apartado. Sirva como ejemplo la redacción que hay en la actualidad en el artículo 3.1, donde habla de las personas profesionales del sistema de salud público, caso en el que estaría ya incluido el profesional del trabajo social.

Propuesta número 2. El artículo 3, en principios inspiradores. Incorporamos el concepto coordinación, ya que vemos la importancia en la concepción integral de la salud, en el cual ya se incluyen las actuaciones de promoción, de educación para la salud, prevención, asistencia, rehabilitación, investigación y formación. Entendemos la importancia de la coordinación entre los diferentes niveles y sectores.

La propuesta 3, en el artículo 23, salud pública, el sistema público. El texto propuesto ya os lo reflejamos en el informe, entendemos que el sistema público debe potenciar la atención grupal, especialmente la Atención Primaria de salud y salud mental en materias relativas a la educación para la salud, ayuda mutua, fomento de hábitos saludables y un largo etcétera. La atención grupal es una metodología que favorece la optimización de los recursos tanto en coste y tiempo, así como un mayor bienestar social a la ciudadanía, que a su vez reduce las consultas individuales y propicia una mayor autonomía y empoderamiento de las personas que lo practican.

La propuesta número 4, artículo 20, calidad de los servicios, en el punto 3. El texto propuesto es que el sistema público promoverá la incorporación de los trabajadores sociales sanitarios en los procesos de calidad asistencial de los servicios sanitarios.

En la propuesta número 5, incluir un nuevo apartado en el artículo 25 donde se hable de la atención sociosanitaria. El sistema público, al objeto de garantizar la continuación de la atención social o sanitaria, promoverá desde un enfoque siempre biopsicosocial, liderado por los y las trabajadores sociales del sistema, un carácter multiprofesional e interprofesional que optimice la gestión, la eficacia y la calidad de las intervenciones a través de esa atención sociosanitaria.

La propuesta número 6, artículo 28, nos habla de la coordinación de servicios sociales y sanitarios. Nosotros proponemos incluir que las personas tras un alta hospitalaria carecen de capacidad permanente o temporal para garantizar su salud por alta vulnerabilidad social, de ahí la importancia de la coordinación sociosanitaria, fundamental para evitar situación de exclusión, de riesgo en los diferentes niveles.

La propuesta 7, en el artículo 28, coordinación de servicios sociales y sanitarios, se propone incorporar la coordinación también con el sistema educativo. Vemos la importancia de que el sistema sanitario educativo

podrá coordinarse para mejorar la capacidad de promocionar los hábitos saludables, la prevención y la atención de condiciones de salud y en el ámbito social, que afecta a toda la ciudadanía en este aspecto.

Como conclusión y cierre, para no dilatarlos, concluimos con que hay que hacer un mayor énfasis en la participación social de cara a los resultados en salud. El colectivo de menores se considera que debería tener más protagonismo en este proyecto. Hay una necesidad notable de visibilizar y reconocer e incorporar el papel del trabajo social sanitario en la atención a la salud como medidas de calidad, que es insuficiente la adecuación de recursos que tenemos en la actualidad. Asimismo, es importante la dotación de recursos necesarios para hacer efectivo el cumplimiento de tener un personal del trabajo social en los servicios de urgencias, que ya hubo un informe del defensor del pueblo de 2015, y también una proposición no de ley de 14 de octubre de 2015, del Parlamento andaluz, que en la actualidad no se está cumpliendo.

También detectamos la importancia de incluir a los trabajadores sociales, como hemos reseñado ya con anterioridad, en el articulado como elemento de garantía de la salud, recordando la campaña que tenemos en la actualidad de un trabajador social por centro de salud. También la importancia de la figura del trabajador social para evitar las desigualdades en salud, y en especial en las zonas de necesidad de transformación social.

Y por tanto, y tras lo expuesto, entendemos que si verdaderamente se quiere crear una ley garantista y que trabaje la promoción de la salud, la desigualdad e intervención desde un enfoque biopsicosocial, es fundamental que se tenga en cuenta la figura del trabajador social sanitario como motor de cambio, que se dote a los centros de salud con un trabajador social para que pueda desarrollar todas sus funciones inherentes, que se regule la figura en los hospitales y que se potencien las unidades de salud mental. En definitiva, que se tenga en cuenta el papel tan importante que juega la figura del trabajador social en la coordinación socio-sanitaria, en la promoción de la salud, en la detección de las necesidades, en los proyectos de intervención individual y comunitarios. En definitiva, en el bienestar de la ciudadanía...

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Señor Piedra, lleva 16 minutos.

El señor PIEDRA CRISTÓBAL, PRESIDENTE DEL CONSEJO ANDALUZ DE COLEGIOS PROFESIONALES DE TRABAJO SOCIAL

—Y para terminar... Bueno, entendemos la importancia de que para que sea garantista que tenga una dotación suficiente económica, para poder hacer efectivas las propuestas ya realizadas.

Gracias.

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, son 10 minutos, pero como son temas tan importantes para los andaluces siempre dejamos unos minutos. Ha estado 16 minutos justos.

DIARIO DE SESIONES DEL PARLAMENTO DE ANDALUCÍA

Núm. 360

X LEGISLATURA

23 de mayo de 2017

Así que le agradecemos su colaboración, su informe y lo tenemos en cuenta para la tramitación del proyecto de ley.

Muchas gracias.

El señor PIEDRA CRISTÓBAL, PRESIDENTE DEL CONSEJO ANDALUZ DE COLEGIOS PROFESIONALES DE TRABAJO SOCIAL

—Gracias a ustedes.

El señor GARCÍA ANGUIA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias.

Se puede marchar.

Es que al estar 16 minutos no le he dado la palabra pues ya ha explicado usted ampliamente su informe en 16 minutos.

Muchas gracias.

[Receso.]

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Bienvenidos a la Comisión de Salud del Parlamento de Andalucía.

Le agradecemos su presencia y su colaboración para la tramitación, y que su informe ayude a la tramitación de este proyecto de ley. Representa al Consejo Andaluz del Colegio de Veterinarios.

Tienen un plazo de 10 minutos para su intervención y después, si algún portavoz del grupo lo desea, le podrá interrogar, y usted contestaría al final globalmente a las preguntas de todos.

Tiene 10 minutos para su exposición.

El señor ASTUDILLO NAVARRO, REPRESENTANTE DEL CONSEJO ANDALUZ DE COLEGIOS VETERINARIOS

—Buenos días.

En primer lugar, quiero, con carácter previo, expresar mi agradecimiento a la Comisión de Salud ante la que comparezco por la invitación que han cursado a esta organización colegial veterinaria andaluza que represento, y que tiene el Proyecto de Ley de Garantías y Sostenibilidad del Sistema Público de Andalucía.

En cuanto a la valoración que nos merece el proyecto que se nos presenta, se ha de hacer una valoración positiva del mismo, por cuanto supone una firme declaración de intenciones que manifiesta de manera expresa el compromiso de los poderes públicos de Andalucía por velar por el cumplimiento del mandato contenido en el artículo 3 de nuestra Constitución española.

No obstante, y con carácter previo, y por comparación con el texto del anteproyecto del que se nos dio traslado en julio del 2015, hemos de realizar una observación de orden meramente técnico. Y es que si ya en el texto del anteproyecto se observaba cierta reiteración de la técnica de regulación de referencia normativa, el proyecto reincide de manera ostensible en este recurso, que entendemos poco adecuado cuando se trata de una norma de esta naturaleza.

En efecto, cuando se trata del establecimiento de principios generales que hayan de inspirar lo que habrán de ser líneas maestras de actuación en un ente de la importancia del sistema público sanitario de Andalucía, entendemos que lo procedente ha de ser el enunciado literal de los mismos y no por mera referencia, considerando que dicho texto normativo cuenta *per se* con la suficiente entidad para ello y considerando además innecesaria la mera referencia a principios o postulados establecidos en otro texto legal.

Así ocurre principalmente en el artículo 6, titulado «Garantías de los derechos de las personas en relación con el sistema sanitario público de Andalucía», cuya redacción se limita a ser un compendio de referencias normativas, que, por los motivos expuestos, entendemos innecesarias. Y, en segundo lugar, a referencias concretas a una serie de artículos cuyo contenido resulta de interés.

En el título II, el denominado «Sostenibilidad del sistema sanitario público en Andalucía», «Sostenibilidad económica» en el capítulo II, en el artículo 22, en concreto, «Profesionales del sistema sanitario», modificada la ubicación del precepto artículo 17 del anteproyecto y siendo el actual mucho más adecuado en lo referente al contenido material del mismo, hemos de reiterar lo manifestado en nuestras alegaciones presentadas en 2015, así junto con las especificaciones referidas a optimización de recursos humanos, proceso de selección, preven-

ción de riesgos laborales, etcétera, entendemos que debería introducirse como principio básico y fundamental, relacionado precisamente con los procesos de selección del personal, el de la necesaria especialización del personal adscrito a cada área de actividad que compone el sistema sanitario público de Andalucía, determinando las líneas maestras que deben regir tales procesos. Esto es, entendemos que debería realizarse una enumeración, clasificada por especialidades, de aquellos colectivos profesionales que han de conformar el sistema sanitario público de Andalucía, determinando, siquiera en términos generales, las cualificaciones profesionales específicas que han de integrarse en cada área de actividad. Sería deseable que este criterio quede plasmado a lo largo del texto normativo, haciendo referencia expresa a los distintos sectores y especialidades profesionales que deben tener intervención directa y necesaria en cada uno de los apartados que dicho texto desarrolla y fijar las bases para el adecuado desarrollo de la correspondiente carrera profesional.

En cuanto al colectivo veterinario que representamos, entendemos que nuestra participación ha de ser fundamental en áreas como la medicina preventiva e investigación, con eficaz respuesta a las enfermedades emergentes que en el último año se vienen poniendo de manifiesto.

En cuanto al capítulo III, «Sostenibilidad social», el artículo 23, en consonancia con el anterior, entendemos que en este apartado la intervención del profesional veterinario debería ser fundamental por cuanto puede aportar a la medicina preventiva en el diagnóstico y detección de enfermedades animales transmisibles al ser humano. Sabido es que la relación del ser humano con los animales es una constante en la historia de la humanidad, pero la constante evolución de estas relaciones que se ha venido manifestando en los últimos tiempos requiere de respuestas adecuadas. En efecto, si bien podemos considerar la tenencia de animales de compañía como una costumbre ancestral, no es menos cierto que en los últimos tiempos asistimos a una generalización de esta costumbre, que ya no se circunscribe al ámbito rural sino que invade nuestras ciudades.

No hace tanto tiempo que la costumbre de tener animales domésticos en ámbitos estrictamente urbanos era minoritaria. Hoy en día, en todas nuestras ciudades son pocas las familias que no conviven con un animal de compañía al que consideramos o se considera un miembro más de la misma.

La promoción de programas educativos en este ámbito es imprescindible para que la relación entre seres humanos y animales esté regida por principios básicos que no solo se ciñen al cuidado sanitario de los animales, sino sobre todo a la adopción de hábitos preventivos adecuados. Como es lógico, en este ámbito, la intervención del veterinario es fundamental.

La adición en el apartado tres del artículo..., del inciso «con la colaboración de organizaciones profesionales y sociales interesadas, principalmente aquellos entornos que tienen mayor impacto en la salud pública», en cuanto que puede entenderse como la posibilidad de dar entrada entre las organizaciones profesionales a los colegios de profesionales, ha de ser bienvenida, aunque entendemos que se requiere ser más explícito y nombrar a los representantes de profesiones directamente relacionados con la salvaguarda de la salud pública y en especial a los veterinarios.

Finalmente, no queremos dejar pasar la ocasión para referirnos a la importante labor que cumple el profesional veterinario en relación con la seguridad alimentaria, pilar fundamental o fundamentalísimo en la vanguardia de la salud, en la salvaguarda de la salud pública.

Por ello consideramos imprescindible la presencia del profesional veterinario en el sistema sanitario de salud pública de Andalucía. Y, sobre todo, y aunque ello no sea lo habitual, en posición cercana a los propios

usuarios, como medio de recabar datos e información sobre padecimientos y enfermedades cuyo origen pueda situarse precisamente en intoxicación alimentaria o enfermedades zoonóticas.

Gestión clínica. En este apartado, y dado que no se ha incluido nuestra sugerencia, hemos de insistir en la necesidad de que agentes relacionados con la medicina preventiva estén cercanos o integrados en la unidad de protección de salud, formando parte de las mismas por la importante labor que pueden prestar desde el punto de vista preventivo. Por ello reiteramos que, aprovechando esta iniciativa legislativa, sería el momento de descartar el concepto de la medicina preventiva como una mera cuestión de laboratorio. Por el contrario, la diversidad y virulencia que las enfermedades emergentes han venido manifestando en los últimos tiempos requieren de respuesta adecuada, para lo que en ocasiones nuestro sistema sanitario se ha mostrado incapaz.

Sin duda, la adecuación de dicha respuesta será mejor cuanto mayor sea la cercanía y el contacto directo con esta creciente problemática.

Debemos tener muy en cuenta que determinadas enfermedades epidémicas, muchas de ellas con gran alboroto social, tienen origen de manera clara e indubitativa en un agente zoonótico, aunque, pasado cierto tiempo, este hecho parece olvidarse.

En el capítulo V, «Sostenibilidad del conocimiento, la investigación e innovación», constituye, sin duda, el de este capítulo, uno de los más importantes enunciados que se contienen en el proyecto, por cuanto siendo la investigación uno de los pilares básicos en todo ámbito de la vida del ser humano, en este ámbito de salud pública lo es de manera especial, teniendo en cuenta que hablamos del bien máspreciado que posee el ser humano. Sin embargo, nuevamente hemos de poner de relieve que el contenido de este capítulo resulta demasiado genérico, sin entrar a establecer las bases sobre las que debería configurarse el sistema de investigación e innovación que haya de configurarse como parte integrante del sistema sanitario público de Andalucía. Dentro de este capítulo V analizamos el artículo 34, agentes de conocimiento. En consonancia con lo dicho, hemos de reiterar aquí, cuando manifestamos en su día respecto a este enunciado, recogido entonces en el artículo 32, en efecto, sigue recogiendo aquí una serie de enunciados excesivamente genéricos, teniendo en cuenta la materia que trata. Por ello, y en consonancia con cuanto hemos manifestado respecto al artículo 23, consideramos que este es uno de esos apartados que debería establecer la clasificación de áreas fundamentales de conocimiento sobre las que cimentar el posterior desarrollo de cada una de ellas, concretando *ab initio* los sectores profesionales e institucionales cuya intervención se pretende. Por los mismos motivos expresados respecto al artículo 23, la presencia del profesional veterinario debería ser fundamental para el desarrollo y dotación del contenido material de los enunciados en este precepto.

Artículo 36. La carrera investigadora, anteriormente redactado en el artículo 34. Igualmente reiteramos aquí cuanto alegamos en su día respecto de ese artículo en el anteproyecto. En efecto, el reconocimiento y desarrollo normativo de la carrera profesional de los veterinarios adscritos a la Administración competente en materia de salud pública viene siendo demandado de manera insistente por nuestro colectivo profesional. Así, el reconocimiento de la carrera investigadora de los profesionales adscritos al sistema sanitario público de Andalucía debe ser recogido favorablemente, si bien no podemos desperdiciar esta ocasión para seguir manifestando nuestra demanda en este sentido, de manera que este reconocimiento de carrera profesional se haga extensivo no ya solamente a este sistema sanitario, sino también a todo el sistema andaluz de salud pública.

DIARIO DE SESIONES DEL PARLAMENTO DE ANDALUCÍA

Núm. 360

X LEGISLATURA

23 de mayo de 2017

Pues de momento, nada más. Y disculpen que haya corrido mucho, pero cuando me ha dicho lo de los 10 minutos para intentar tener un poco de debate, y si quieren ustedes hacer una pregunta, pues...

El señor GARCÍA ANGUIA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muy bien. Muchísimas gracias.

¿Algún grupo quiere hacer alguna pregunta?

Pues, muchísimas gracias por su colaboración y su presencia, Colegios de Veterinarios. Le agradecemos y tenemos en cuenta sus aportaciones para hacer la mejor ley sostenida que se pueda en Andalucía.

Muchas gracias.

El señor ASTUDILLO NAVARRO, REPRESENTANTE DEL COLEGIO ANDALUZ DE COLEGIOS VETERINARIOS

—Pues nada. Muchas gracias, y que así sea.

El señor GARCÍA ANGUIA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias.

[Receso.]

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Bien.

Interviene la Confederación Sindical de Comisiones Obreras. Muchas gracias por su presencia y su colaboración para colaborar con esta Comisión de Salud de este Parlamento, para poder hacer la mejor ley de sostenibilidad de la sanidad pública andaluza.

Saben ustedes que tienen 10 minutos de exposición, y después, si algún portavoz quiere interrogarles, ustedes responderían en segunda intervención.

¿Quién va a intervenir?

[Intervención no registrada.]

Pues, tiene usted 10 minutos para la intervención.

Muchas gracias.

La señora BERGES ACEDO, SECRETARIA DE POLÍTICA SOCIAL DE CCOO

—Muchísimas gracias a la Comisión de Salud por invitarnos.

Y, bueno, no me voy a detener mucho, voy a empezar rápido, yo voy a intentar leer lo que tengo escrito, la primera parte, luego os voy a dejar la parte de las enmiendas para que ustedes las revisen y las puedan compartir o no.

Bueno, desde Comisiones Obreras compartimos el objetivo y la necesidad de garantizar los valores y la sostenibilidad del sistema sanitario público en Andalucía porque entendemos que el derecho a la salud es un derecho fundamental para todas las personas, que es necesario mantenerlo y mejorarlo, por ser uno de los máximos exponentes del bienestar social, y que tiene una amplísima aceptación por la población andaluza.

Compartimos el análisis sobre los factores que van a determinar el futuro del sistema de salud, es decir, el envejecimiento, la cronicidad, las nuevas tecnologías o la personalización de la práctica médica. Igualmente, nos parece necesario introducir medidas para mejorar la eficacia y la eficiencia, también para adaptarlo a los cambios.

Consideramos que estos cambios, en todo caso, deben hacerse con la participación de los agentes sociales y económicos de otras organizaciones representativas de la sociedad y, por supuesto, negociando con la representación legal de las personas trabajadoras, ya que todas las modificaciones que se requiere llevar a cabo en el sistema sanitario público de Andalucía afectan a las condiciones de trabajo.

Compartimos que se amplíe el concepto del sistema sanitario público a la formación, la docencia y la investigación, ya que le da integralidad y coherencia, lo que deberá significar una mejora sustancial de la salud de la población, contribuyendo, además, al desarrollo del conocimiento y de un tejido económico de alto valor estratégico para la comunidad. Es importante incluir también los aspectos medioambientales y la introducción de las políticas dirigidas a conseguir la igualdad, aunque considerar esta ley como un nuevo contrato social es un poco pretencioso, ya que lo que suele entender en los Estados sociales de Derecho como contrato social incluye muchos más aspectos, no solamente el derecho a la salud.

Dicho lo cual, vamos a analizar las cuestiones más importantes para nosotros, que no las únicas.

En primer lugar, decir que defendemos que el derecho a la salud es un derecho universal, sin ningún condicionante, por tanto compartimos la idea de que la asistencia sanitaria y la protección de la salud deben ser derechos reconocidos al margen de la relación con la actividad económica. Sabemos que el Gobierno del Partido Popular cambió la legislación básica, ligando este derecho a la situación de asegurado del sistema de Seguridad Social, que desde nuestro punto de vista no tienen por qué tener ninguna vinculación.

Esta modificación rompe la universalidad del derecho y afecta especialmente a las personas extranjeras, pero también a personas que están en situación de inactividad. Asimismo, incluyó copagos y recortes presupuestarios que, después de más de cinco años, ha supuesto un grave deterioro del Sistema Nacional de Salud, en general, y en particular del de Andalucía.

Para Comisiones Obreras, cualquier modificación de la legislación sobre salud, especialmente si lo que pretende es garantizarla, debe asegurar la universalidad, que este proyecto rompe, entendemos nosotros, en varios artículos, por ello no compartimos el cambio que se plantea en la disposición final primera sobre el artículo 3 de la Ley de Salud de Andalucía, sobre todo porque limita el acceso de las personas extranjeras no comunitarias. Y no compartimos, además, que este derecho se ligue a las situaciones de riesgo de exclusión, dejando fuera de cobertura a las que no están en esta situación.

Somos conscientes de la contradicción con la regulación estatal, pero creemos que hay que buscar alternativas para mantener la cobertura, dado que la comunidad autónoma tiene competencias exclusivas en la materia, por eso sería conveniente mantener el artículo de la Ley de Salud tal como está, pero en todo caso, si se hace una modificación, debe ser para reforzar la idea de la garantía del derecho universal a todas las personas, buscando una redacción más simple y que no sea excluyente, como la que actualmente se plantea.

Desde Comisiones Obreras apostamos por un sistema sanitario público de gestión y provisión pública con un solo proveedor público, el SAS. Por ello, reclamamos que en el tiempo más breve posible se abra un proceso negociado con la representación sindical para integrar en el SAS las agencias públicas empresariales y todas las fundaciones de investigación biosanitarias sostenidas con fondos públicos. Creemos que hay que apostar por un sistema conformado por las áreas sanitarias y no sanitarias, es decir, las actividades necesarias para funcionamiento y mantenimiento, para la organización, la gestión u otras, que permitan una atención de calidad a las personas y a la sociedad, que utilice para su desarrollo en primer lugar los criterios de cohesión social y territorial, y después los científico-técnicos; es decir, un sistema que disponga de un volumen suficiente de recursos humanos que tengan empleo de calidad y unas vías de participación real; en definitiva, un sistema eficiente social y económicamente.

El proyecto de ley, utilizando el argumento de la mejora en la gestión y la calidad, pretende cambiar de forma unilateral la organización de la estructura del sistema público, que se concreta en la creación de estructuras para la adjudicación de compras, obras y servicios, pero sobre todo en la generalización de las unidades de gestión clínica, que plantean gran controversia, ya que suponen un cambio profundo del sistema sanitario, con el que Comisiones Obreras a priori no necesariamente está en desacuerdo; de hecho, nosotros firmamos en 1999 con el Gobierno un acuerdo para la aplicación consensuada del plan estratégico del SAS, acuerdo que por cierto no se ha cumplido. Por ello, exigimos que la regulación de este modelo sea clara, exhaustiva y negociada con la representación sindical de las personas trabajadoras en la mesa sectorial y que se derive, excepto en las líneas generales, a un desarrollo reglamentario posterior mediante decreto.

En este sentido, el proyecto de ley, dentro de las líneas generales que establece para el desarrollo de las unidades, incluye que la decisión de la constitución y articulación de esta responda a un criterio exclusivo de la gerencia del SAS o de las entidades públicas instrumentales, cuestión que no compartimos, ya que consideramos que esto, además de negociarse, se debe incluir en el desarrollo reglamentario previsto.

En todo caso, para Comisiones Obreras, las unidades de gestión, bajo ninguna circunstancia, podrán tener personalidad jurídica propia ni estarán exentas del cumplimiento de la normativa vigente en materia común, laboral y de contratación. Tampoco puede ser una vía para obligar a las personas trabajadoras a reducir gastos, presionándolos y controlando la práctica profesional a través de los acuerdos de consumo. Por ello consideramos que en la regulación de estas unidades hay que incluir obligatoriamente la participación de las organizaciones sindicales más representativas en el desarrollo y control de este nuevo modelo, lo que supone una participación real de las personas trabajadoras y una forma de mejorar la rendición de cuentas y la transparencia.

Asimismo, exigimos que este modelo reivindicativo se debe implementar para los servicios generales a través de las unidades de gestión de servicios, que englobarán al personal no sanitario del sistema y que deberían incluirse en esta ley.

La financiación es un factor principal para garantizar la permanencia y la mejora del sistema; sin embargo, a pesar de que en el artículo 10 dice que se garantiza esta financiación necesaria y suficiente dentro de los presupuestos de la comunidad, no creemos que esto se pueda cumplir mientras persistan las políticas de austeridad, no se cambien las políticas fiscales, la financiación de las comunidades autónomas, y sigamos sufriendo las discriminaciones del Partido Popular en Andalucía, y mientras lo prioritario siga siendo atender el déficit obligado en el artículo 135 de la Constitución reformado por el PP y el PSOE.

Consideramos que una verdadera ley de garantías debe fijar un objetivo mínimo que garantice una financiación finalista, de igual manera que se hace con otras leyes que fijan techos de gasto público y no estar al albur de la progresión, de la evolución del PIB o del incremento de los ingresos extra, como se recoge en la memoria justificativa que se presenta para la ley.

En los borradores previos se establecía un límite del 6,5% del PIB andaluz. Para Comisiones Obreras este mínimo debería ser..., el punto óptimo de partida debería ser el 7% para poder mantener el sistema público y hacer creíble el objetivo político de hacerlo sostenible económicamente.

Entendemos que, de no establecerse ningún compromiso, se está poniendo en cuestión la credibilidad y la justificación de la norma. Señalar además que en el proyecto se han eliminado todos los compromisos presupuestarios concretos que había anteriormente, como el que aparecía en el artículo 35.2 del anteproyecto.

Otros aspectos claves que creemos que no se abordan con la suficiente concreción son la transparencia y la participación. La ley lo trata de forma retórica a lo largo de todo el texto, a pesar de la intención que se formula en el artículo 29. Entendemos que intenta escapar al compromiso constitucional, refrendado en el Estatuto de Autonomía, sobre la representación institucional y el papel de los agentes económicos y sociales más representativos de la sociedad civil organizada. Es decir, son poco creíbles las referencias a la participación y a la transferencia si nos atenemos a la situación actual en que la Administración no cumple la normativa actual existente y paraliza con frecuencia la puesta en marcha y el funcionamiento de los distintos órganos de participación existentes.

Por el contrario, establece esa figura de los grupos de interés, figura importada, que no necesariamente tiene por qué coincidir con el modelo español de participación, que es indefinida e inconcreta, que más bien parece destinada a establecer un modelo de participación a la carta para la Administración y los gobiernos, como si la participación fuera una elección de estos y no un derecho de la sociedad organizada. Dando el mismo papel, por otra parte, a todas las organizaciones, con independencia de lo que representan.

En el fondo entendemos que se trata de enmarañar y difuminar la participación con una intención clara de no comprometerse, relegar el diálogo social y la participación de la sociedad en general. Para más datos, ver el artículo 13.4.k).

Desde Comisiones Obreras creemos que la ley debe cualificar la participación, estableciendo y definiendo los distintos interlocutores sociales que participan en los distintos ámbitos y niveles a la hora de acceder al derecho reconocido, de participar e incidir en la definición de las políticas públicas, que en el caso de Salud son: agentes económicos y sociales, reconocidos en el Estatuto de Autonomía para Andalucía, los profesionales y las organizaciones sindicales que les representan, la sociedad civil organizada y las personas a título individual o colectivo, como usuarios del sistema público, donde también pueden tener, por supuesto, cabida otros asesores de interés, pero nunca al mismo nivel que las organizaciones que representan intereses generales.

En relación con la transparencia, es preciso establecer mecanismos de información que permitan acceder a los procesos de decisión y gestión, así como a la evaluación de resultados, en cumplimiento de lo presupuestado en las políticas destinadas a la salud de la población. En todo caso, para terminar con este tema, la transparencia nunca debe mezclarse ni confundirse con el derecho a la participación.

Señalar también que el proyecto adolece de una apuesta más ambiciosa para avanzar hacia una coordinación sociosanitaria más efectiva. Es decir, no es suficiente con que se cambie el enfoque asistencial y la orientación del trabajo profesional solo en virtud de los cambios demográficos y epidemiológicos como los que recoge el artículo 25, sino que hay que superar el enfoque estrictamente sanitario, delimitando en este proyecto el papel de los servicios sociales y de sus profesionales y coordinando las medidas y las actuaciones con la Ley de Servicios Sociales, y que no se limite a la cronicidad y a la pluripatología, para lo cual proponemos que el plan de atención que se prevé en este artículo no sea exclusivo de esta consejería sino que se coordine con los servicios sociales para su aprobación.

También nos parece reseñable la atención que se presta a la investigación y a la innovación, así como que el sistema público incluya la formación e investigación en salud. Quizá por ello nos llama la atención que no se dedique ningún artículo a la docencia, que junto con la asistencia y la investigación conforman un trípode esencial para la actividad profesional, aunque sí se ha recogido la docencia como parte del sistema público en la modificación del artículo 43 de la ley de salud que se propone en la disposición adicional primera.

Y, para terminar, consideramos que hay que establecer un compromiso de tiempo para el desarrollo reglamentario de la ley, que solo ha considerado un plazo para el desarrollo de la estrategia, que no para todos los cambios estructurales de la gestión, ya que no vemos posible el desarrollo de la estrategia de gestión si no se han desarrollado reglamentariamente las unidades de gestión clínica, las de salud pública y las de servicios. Por tanto, proponemos que se establezca un plazo máximo de seis meses desde la entrada en vigor de la ley para desarrollar todas estas cuestiones.

Muchas gracias por su atención. Espero no haber sido excesivamente rápida.

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muy bien. Muchas gracias.

¿Algún grupo quiere hacerle alguna pregunta? Señor Gil, de Podemos.

El señor GIL DE LOS SANTOS

—Respecto a la unidad de gestión clínica, que había un acuerdo previo de 1999, nos gustaría saber en qué grado se ha incumplido y qué puntos se han incumplido y deberían tenerse en cuenta ahora en la legislación.

Gracias.

El señor GUTIÉRREZ CAMPO, REPRESENTANTE DE CCOO

—Sí.

Ese acuerdo, que es de julio del año 1999, fundamentalmente versaba sobre la participación de los agentes sociales en la puesta en marcha de las unidades de gestión clínica. Hay que decir que actualmente en Andalucía existen más de mil unidades de gestión clínica, que agrupan a unos sesenta mil trabajadores. En ninguna de ellas los agentes sociales, los sindicatos de [...] sectorial, hemos tenido ninguna información previa, tal como se recogía en el acuerdo de julio de 1999.

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muy bien.

Pues muchísimas gracias. Le agradecemos a Comisiones Obreras su información, sus informes, y los tendremos en cuenta para la mejor tramitación de este proyecto de ley. Muchas gracias y buenos días.

La señora BERGES ACEDO, SECRETARIA DE POLÍTICA SOCIAL DE CCOO

—Gracias a ustedes.

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Señorías, a las 12:00 habrá un minuto de silencio abajo por el atentado de ayer en Manchester, así que si les parece bien podríamos suspender cinco minutos y bajar al minuto de silencio.

[Receso.]

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Tras hacer una alteración del orden del día, como estaban ya aquí los representantes de la Federación Andaluza de Asociaciones de Diabéticos, pues, les damos la bienvenida, y le indico que tienen una comparecencia de unos diez minutos aproximadamente.

Buenos días. Señor Pérez Barroso, que es quien va a intervenir, pues, cuando quiera, tiene 10 minutos.

El señor PÉREZ BARROSO, PRESIDENTE DE LA FEDERACIÓN ANDALUZA DE ASOCIACIONES DE DIABÉTICOS

—Buenos días.

Bueno, aquí estamos otra vez este año para ver cómo..., lo de la proposición no de ley esta que se firmó hace dos años ya y está en el cajón todavía. A ver cómo va.

Eso está firmado por todos los grupos parlamentarios, la proposición no de ley. Claro, si lleva dos años y no funciona, pues, nos viene..., estamos hablando de que el tema de las unidades de diabetes es imprescindible para poder dar educación, coordinar los centros de salud con las unidades y con el personal especializado, las unidades de pies diabéticos, que también está en la proposición no de ley... Yo qué sé, yo me..., estamos hablando de que se siguen amputando 1.500 pies todos los años en Andalucía, que son evitables, que es lo grave. Yo no sé si tenéis fuerza como para que esto empiece a andar. Yo no sé para qué nos llamáis porque, después firmáis y no cumplís lo que firmáis.

La señora LÓPEZ MARTÍNEZ, VICEPRESIDENTA DE LA COMISIÓN

—Bueno, yo le indicaría, si puedo, ¿puedo hacerlo?

En relación con la proposición no de ley se insta al Gobierno, no son obligatorias las PNL, se insta al Gobierno a cumplir, pero hoy, sí están aquí por un proyecto de ley sobre sanidad y sostenibilidad en nuestro sistema sanitario en el que sí nos gustaría que nos hicieran propuestas para aportar lo que ustedes de verdad crean necesario que pueden aportar a esta ley.

El señor PÉREZ BARROSO, PRESIDENTE DE LA FEDERACIÓN ANDALUZA DE ASOCIACIONES DE DIABÉTICOS

—Bueno, nosotros hemos estado un año y medio de reuniones por el plan integral. El plan integral es..., los profesionales de la Administración y los afectados, que nos hemos estado sentando durante un año y medio, yo qué sé, hemos tenido casi 50 reuniones. Nosotros les dijimos lo que necesitábamos, igual que se lo dijimos a los grupos parlamentarios, uno por uno. Nosotros queremos que a los diabéticos nos atiendan así y así, así y así, ¿vale? Todo eso, sacado del plan integral, de las reuniones con los profesionales. Los profesionales dicen, bueno, ustedes necesitáis esto, y esto se puede hacer así. Cuando llega a la parte política, se pierde todo. Y estamos hablando de un año y medio de reuniones, que yo me llevan-

to a las cinco de la mañana para venir aquí, y el de Jaén se levanta a las cinco de la mañana, y el otro... Y aquí no nos..., esto no, es que no se ve andar ni un poquito. Cuando todavía hay divergencias entre un partido y otro, vale, pero es que está firmado por todos los grupos parlamentarios. Y, después, aquí hay una proposición de obligado cumplimiento del 15 de febrero sobre la proposición no de ley, y tampoco sabemos si eso se va a poner en marcha o no.

Yo, lo que..., es que me quedo, me quedo yo muy tocado, yo me quedo muy tocado con el tema, porque firmáis a sabiendas de que no vais a cumplir las cosas. Y entonces, pues, pues te ves descorazonado. Dices tú: bueno, es que, es que hacemos un gran esfuerzo para venir a todas las reuniones, para estar en cabeza de... Porque es que es muy simple, es muy simple... Hoy, la pandemia del siglo XXI, que es la diabetes, que tenemos los profesionales, tenemos las instalaciones, lo tenemos todo, lo único que hay es que organizarlo. Entonces claro, me..., no sé yo cómo..., cómo entender yo esto, yo... Es que no sé cómo entenderlo, si nos llamáis para cumplir el expediente o nos llamáis porque queréis saber realmente qué es lo que queremos y cómo lo queremos.

La señora LÓPEZ MARTÍNEZ, VICEPRESIDENTA DE LA COMISIÓN

—Le indico. Recibieron la carta —me imagino—, porque están aquí...

El señor PÉREZ BARROSO, PRESIDENTE DE LA FEDERACIÓN ANDALUZA DE ASOCIACIONES DE DIABÉTICOS

—Sí, sí, sí.

La señora LÓPEZ MARTÍNEZ, VICEPRESIDENTA DE LA COMISIÓN

—... en la carta lo que queremos es qué alegaciones creen ustedes, como asociación, y usted, como representante, qué alegaciones quieren hacer a esta ley que se les... En fin, yo me imagino que recibieron en su momento..., habrán visto el proyecto de ley y qué quieren ustedes que se incorpore en esa ley, ¿qué pueden aportarnos? Entonces, eso es lo que...

El señor PÉREZ BARROSO, PRESIDENTE DE LA FEDERACIÓN ANDALUZA DE ASOCIACIONES DE DIABÉTICOS

—A ver..., si nosotros lo que queremos...

La señora LÓPEZ MARTÍNEZ, VICEPRESIDENTA DE LA COMISIÓN

—... que queremos que usted ahora mismo nos haga aquí saber...

El señor PÉREZ BARROSO, PRESIDENTE DE LA FEDERACIÓN ANDALUZA DE ASOCIACIONES DE DIABÉTICOS

—A ver, si nosotros...

La señora LÓPEZ MARTÍNEZ, VICEPRESIDENTA DE LA COMISIÓN

—... qué es lo que quieren incorporar a la misma.

El señor PÉREZ BARROSO, PRESIDENTE DE LA FEDERACIÓN ANDALUZA DE ASOCIACIONES DE DIABÉTICOS

—Claro. Pero si eso se lo dijimos hace un año, hace dos años, hace cinco años... Si es que..., por eso digo que...

La señora LÓPEZ MARTÍNEZ, VICEPRESIDENTA DE LA COMISIÓN

—Vale, pues, creo...

El señor PÉREZ BARROSO, PRESIDENTE DE LA FEDERACIÓN ANDALUZA DE ASOCIACIONES DE DIABÉTICOS

—Si es muy simple, es muy simple. Está todo, está todo hecho. Sí, está todo hecho. Los protocolos de educación en los centros de salud están hechos hace 25 años. No funcionan porque no tienen personal. Los retinógrafos, para hacerse las revisiones de fondo de ojos en los centros de salud, la mitad están metidos en los almacenes porque no tienen personal para eso.

Queremos que se coordinen los centros de salud con las unidades de diabetes, y las unidades de diabetes que tengan el personal que está relacionado con la diabetes, junto con las unidades de pie diabetes en cada provincia. No se pueden meter todavía, porque yo llevo ya 30 años de..., en la diabetes metido, y lo que no se puede es seguir cortando los mismos pies que hace 30 años, no se ha quitado ni uno, habiendo sistemas como el de..., porque ahí está en San Lázaro, se está utilizando un método que lo llevé dos veces a Antonio de la Cuesta, que es el cirujano vascular de allí, y que está de jefe del tema, dos veces, a reuniones con el director del plan integral, con resultados en lo alto de la mesa. Mire usted, los resultados del Virgen Macarena: 9 amputaciones; los resultados del Virgen del Rocío: 285 amputaciones. Y estamos hablando de que están a dos kilómetros, alguien tendrá que ver eso.

Entonces, todo lo que no sea que los dramas en las casas se quiten, los que sean evitables. Hace 30 años no se podía, pero hoy..., si hoy nada más que es voluntad política, de llegar y decir, vamos a dar los recursos para que se fusionen las unidades. Así de simple. Y todo lo que queremos que se integre dentro del ..., de salud, está dicho por activa y por pasiva, si llevamos diciéndolo ya un montón de años.

Ya te digo, un año y medio de reuniones, el director del plan integral y todos los representantes de la federación, bien. Llevamos 50 reuniones, los acuerdos, que están en la revista que sacamos informativa, están todos los acuerdos.

En el tema de..., porque tenemos otra cosita más, las nuevas tecnologías a nosotros no nos llegan, eh. Se están implantando en otras comunidades, pero aquí no tenemos ni una. Aquí, ya ves si no tenemos nuevas tecnologías que incluso las agujas con las que se pincha el diabético, nos las están dando de mala calidad. En Málaga, tuvimos que traer 4.000 firmas aquí, y sin embargo siguen trayéndonoslas de mala calidad. Que es lo más básico, que el diabético se pincha cinco o seis veces al día. Si les das una aguja de mala calidad..., y la compran de mala calidad a sabiendas de que son malas, que eso es lo grave.

Mire usted, usted tenía la aguja buena y se la voy a cambiar por la mala. Pero oiga, mire usted, que nosotros estamos bien así. No, no, porque ahora tiene que estar todo el mundo en el concurso. Bueno, tendrá que entrar la que sea buena, ¿no? En Málaga se están dando las de baja calidad, 4.000 firmas les trajimos aquí el otro día, que es lo más básico. Pues, así cómo vamos a llegar al sensor, que eso está en la proposición no de ley hace dos años: la compra del sensor para que no te pinches en el dedo. La bomba de insulina con el sensor, tampoco. Entonces, ¿a qué nos llamáis aquí? Cubrimos expediente, «el año que viene te vienes otra vez y nos explicas a ver cómo va eso». Hombre, eso... Hombre, que ya estamos..., yo ya tengo 65 años, voy a todos sitios, no me importa ir, pero tiene que ser con un poquito de formalidad, porque si no..., no creemos. Es que es grave.

La señora LÓPEZ MARTÍNEZ, VICEPRESIDENTA DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias.

Y si algún grupo quiere hacerle alguna pregunta...

Puede marcharse.

El señor PÉREZ BARROSO, PRESIDENTE DE LA FEDERACIÓN ANDALUZA DE ASOCIACIONES DE DIABÉTICOS

—Nos podemos ir. Ya venimos el año que viene, a ver...

[Risas y rumores.]

[Receso.]

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Señor Pérez Fernández, siéntese, siéntese.

Muchas gracias por participar e intervenir en esta Comisión de Salud, en la que estamos haciendo el Proyecto de Ley de Sostenibilidad. Se lo agradecemos. Y tiene usted 10 minutos para la exposición. Y, cuando termine usted, si algún portavoz le quiere preguntar le pregunta, y, si no, pues daríamos por terminada la intervención, ¿vale?

Muchas gracias. Y tiene 10 minutos.

El señor PÉREZ FERNÁNDEZ, PRESIDENTE DE LA FUNDACIÓN MEHUER

—El agradecimiento es nuestro por poder comparecer ante esta Comisión de Salud. Permítanme, por ello, que les dé las gracias, y sobre todo porque es la segunda vez que tenemos la oportunidad de comparecer en esta comisión.

En esta ocasión, se nos ha invitado en relación al Proyecto de Ley de Garantías y Sostenibilidad del Sistema Sanitario Público de Andalucía. Y queremos agradecer que quieran conocer sus señorías la opinión de la Fundación MEHUER, de Medicamentos Huérfanos y Enfermedades Raras, en relación con el mencionado proyecto.

Cuando analizamos el proyecto, un análisis general, y dada la repercusión social de las llamadas enfermedades raras, nos sorprende no encontrar una mención expresa a las mismas más que en la disposición final primera. No obstante, interpretando la literalidad del mencionado proyecto y evacuando un análisis optimista, podemos suponer el abordaje de las necesidades de estos pacientes en las alusiones genéricas que algunos preceptos de la norma contienen.

Así, por ejemplo, cuando menciona que el sistema sanitario público de Andalucía desarrollará políticas y estrategias específicas para atender a las personas con enfermedades crónicas, que permitan una visión compartida de los aspectos sociales y sanitarios; cuando habla de que el sistema sanitario público de Andalucía promoverá planes, programas y proyectos dirigidos a la promoción y protección de la salud y a la prevención de las enfermedades con la colaboración de las organizaciones profesionales y sociales interesadas; o también cuando se refiere a que el sistema sanitario público de Andalucía implantará un plan de atención a sus pacientes con enfermedades crónicas y pluripatologías, que será revisado y, en su caso, actualizado cuatrienalmente.

En la exposición de motivos se declara que esta ley representa el instrumento para desarrollar un auténtico contrato social en el ámbito de la Comunidad Autónoma de Andalucía. Y, desde nuestro punto de vista, entendemos que de eso se trata, de un compromiso con la sociedad más que de una norma jurídica que pudiera incidir de forma efectiva en la vida de los ciudadanos.

El proyecto se limita a establecer una serie de principios, inspirados por buenas intenciones, loables, por supuesto, y por otro lado, sin que después esos principios se traduzcan en mandatos imperativos. En este sentido, y tal y como expusimos en nuestra anterior comparecencia, seguimos demandando la segunda edición del denominado Plan de Atención a Personas Afectadas por Enfermedades Raras en Andalucía 2008-2012, que ahora pudiera con este proyecto ver la luz. Si en el proyecto en debate se hace alusión

directa a que el sistema sanitario público de Andalucía implantará un plan de atención y revisión y su actualización cuatrienal, esperamos y deseamos que la Consejería de Salud ponga en marcha esos compromisos con la inmediata elaboración del II Plan de Atención a Personas Afectadas por Enfermedades Raras en Andalucía, que además garantice el normal acceso a los tratamientos con medicamentos huérfanos a todos los pacientes que los necesiten y de forma inmediata, desde su autorización y acuerdo de financiación, sin que existan las trabas actuales.

Como también expusimos en nuestra anterior comparecencia, actualmente en España el código postal es determinante en muchas ocasiones en la instauración, o no, de los tratamientos.

Señorías, resumiría esta parte de nuestra intervención en una frase: es urgente facilitar el desarrollo de medidas para conseguir la atención integral a los pacientes afectados por enfermedades raras.

En otro orden de cosas, y para completar nuestra comparecencia ante esta Comisión de Sanidad, que agradecemos de nuevo, manifestar con preocupación que se mantiene en el artículo 14.4.h) el sistema de selección de medicamentos y productos sanitarios que deban ser dispensados en las oficinas de farmacia cuando se prescriban por principio activo, a través de procedimientos de pública convocatoria, [...] subasta.

Aunque la competencia del Gobierno andaluz haya sido declarada acorde a la Constitución por sentencia del Tribunal Constitucional de 15 de diciembre de 2016, el sistema de selección no ha demostrado que se haya logrado ni la mejor asistencia de la población, ni los ahorros en las arcas públicas autonómicas que compensen los grandísimos inconvenientes que posee, tales como los continuos y numerosos desabastecimientos de medicamentos seleccionados a través de las reiteradas convocatorias ya padecidas, y estas continuas faltas de abastecimiento han conducido a una deficiente asistencia, con claros perjuicios de los usuarios y beneficiarios del sistema.

Por otro lado, las denominadas subastas también han incidido negativamente en la economía de nuestra región, al resultar adjudicatarias entidades mercantiles deslocalizadas y sin aportación de riqueza en forma de puesto de trabajo en Andalucía, privando además a nuestra industria farmacéutica nacional y al resto de la industria farmacéutica investigadora de importantes ingresos que pudieran ser destinados a la investigación de nuevas moléculas que consiguieran curar o aliviar determinadas enfermedades, entre ellas las enfermedades raras.

Señorías, resumiría esta segunda parte de nuestra intervención también en una frase: las subastas de medicamentos no han sido una solución y se están convirtiendo en un problema.

Señor presidente, señoras y señores portavoces, señorías, muchísimas gracias por su atención y por la invitación de nuevo a comparecer ante esta Comisión de Sanidad de nuestro Parlamento andaluz.

Muchísimas gracias.

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchísimas gracias a ustedes.

¿Algún portavoz quiere intervenir? Pues, muchísimas gracias por su aportación. Y seguiremos trabajando en la tramitación de este proyecto de ley para hacerlo lo mejor posible.

Muchas gracias.

DIARIO DE SESIONES DEL PARLAMENTO DE ANDALUCÍA

Núm. 360

X LEGISLATURA

23 de mayo de 2017

El señor PÉREZ FERNÁNDEZ, PRESIDENTE DE LA FUNDACIÓN MEHUER

—Muy bien. Muchísimas gracias, muchas gracias.

[Receso.]

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—¿Qué hay? Buenas tardes.

Siéntese ahí, por favor.

¿Don Fernando García Sanz?

[Intervención no registrada.]

Representa al Colegio Oficial de Psicólogos de Andalucía Occidental. Le agradecemos enormemente su presencia, su participación y colaboración con la tramitación de este proyecto de ley.

Sabe que tiene 10 minutos para intervenir. Una vez que haga su exposición, si algún grupo político le quiere hacer alguna pregunta, le contestaría con posterioridad.

Tiene 10 minutos para su intervención.

El señor GARCÍA SANZ, DECANO DEL COLEGIO OFICIAL DE PSICÓLOGOS DE ANDALUCÍA OCCIDENTAL

—Bueno, pues muchísimas gracias.

La verdad es que estoy feliz, al colegio se nos suele llamar para comparecer en comisiones. En este mismo año hemos tenido la de la ley de las personas con discapacidad, la ley de servicios sociales, tan traída y llevada también, el salario mínimo... En fin.

Y una ley que... Veréis, yo lo que voy a intentar es explicarles una documentación que les hemos enviado, porque nos parece que ahí se centra bastante. Partimos de que, en el año 2015, nuestro colegio ya emitió un informe en el momento en el que se nos remitió el borrador de proyecto de ley. Ese informe, vuelto a estudiar ahora, tiene toda la validez. Han pasado dos años, casi dos años, pero para nosotros tiene toda la validez. Quizás lo que sucede de entonces aquí es lo que se recoge en los otros dos documentos que hemos querido añadir. Después os lo explicaré.

Uno de ellos es una recopilación de iniciativas legales que se han llevado a cabo, se están llevando a cabo en distintas comunidades autónomas, preparado por el Consejo General de la Psicología, en la que se explican medidas o iniciativas legales que tienen que ver con la psicología, la salud mental, la salud general o la atención primaria.

Y el segundo documento es, precisamente, el proyecto PSICAP, le llamamos nosotros, que lleva funcionando estos dos años, un poco más, a iniciativa del Consejo General de Psicología, se han estudiado, en 10 de las 17 comunidades autónomas, se está en estudio, sobre los efectos de la inclusión de la psicología en la atención primaria de salud. Sobre eso vamos sacando datos. El día 28 de febrero, el día de nuestra comunidad, se presentaron en el Ministerio de Sanidad, justamente, los resultados del seguimiento 3, 6 y 12 meses del estudio que se está haciendo, un estudio que responde a todos los parámetros científicos, grupo de control, grupo de intervención, todo ese tipo de cuestiones, y que lo veis. Lo hemos querido incorporar porque nos parece que es una información relevante y también porque queremos animar, obviamente, a que nuestra comunidad autónoma también dé pasos en la línea del tema de la intervención.

Pero, bueno, vamos a ir por partes. Lo primero, respecto del Anteproyecto de Ley de Garantías y Sostenibilidad del Sistema Sanitario, nosotros lo mismo hoy tenemos que decir, ya digo, que decíamos entonces: primero, celebrar que se esté haciendo. Es decir, realmente hablar de sistema sanitario, garantizarlo y hacerlo

sostenible, para la psicología tiene mucho sentido. Después explicaré por qué la psicología puede, precisamente, ser una de las profesiones que más influya en la sostenibilidad, ¿no?

Pero, aun así, hay una cuestión que siempre tenemos que resaltar cuando la vemos: la tendencia, la impregnación del carácter biologicista de la ley, que habla de garantías y sostenibilidad. A pesar de que el legislador, quien..., la comisión que ha escrito el anteproyecto, evidentemente, incluso enumera qué es la enfermedad, es algo más allá que la enfermedad biológica. Sin embargo, hay una cierta tendencia, una inclinación. Nosotros eso lo notamos, fundamentalmente, en una cuestión, y es que no se hace expresa mención de los aspectos, de los factores emocionales, cognitivos y conductuales, comportamentales, que son fundamentales en cualquier proceso de salud o de su falta y, por tanto, enfermedad. Es decir, que si realmente queremos subvertir el biologicismo de que ya hoy está contestado por todas los organismos científicos, tenemos también entonces que dar un paso y hacer mención expresa de los elementos alternativos, de los elementos que tienen que ver mucho más con la psique, que tienen que ver mucho más que ver con la persona incluso sana.

En este sentido, en el proyecto de ley se habla de enfermedad mental, que es un concepto que también está ya apartado del modo en el que las comunidades científicas y los organismos científicos hablan, que se habla más de trastorno que de enfermedad. Precisamente, porque enfermedad nos sigue refiriendo a ese modelo biologicista, prácticamente en el sentido de que una enfermedad tiene una causa... En fin, todo ese tipo de cuestiones, ¿no? Entonces, precisamente, que se hable de enfermedad y no de trastorno, aún, en las cuestiones de enfermedad mental, nos parece preocupante.

Y después, en una cuestión que es importante. Cuando se habla, en el Capítulo II, creo que tiene que ver, recordar, precisamente, que tiene que ver precisamente con el tema de la sostenibilidad, si no me equivoco, sí, si no me equivoco, se habla de que se promoverá, frente al uso de medicamentos como principal arma terapéutica, se buscará la racionalidad y se buscarán alternativas terapéuticas más adecuadas. Bien, debe nombrarse la psicología y, después, espero que, justamente con esos datos que se aportan y con otros muchos datos que ponemos a disposición de este Parlamento, sin duda alguna, podemos demostrar que, efectivamente, es probable que ese grupo de terapias alternativas al efecto o a las terapias de tipo biológico, de tipo medicamentoso, son precisamente las terapias psicológicas. Aquí, y se nombra en algunos de los documentos que tenemos, el principal referente internacional es el esfuerzo que hizo Reino Unido, en el año 2007, para hacer un proyecto de acercamiento de las terapias psicológicas a la ciudadanía. Hizo un proyecto que consistió, nada más y nada menos, que en incorporar a 3.600 profesionales de la psicología, y ellos lo tienen esto muy descrito, lo tienen muy escrito, en ocho meses se había conseguido resarcir al erario público del gasto que significó ese ingente esfuerzo de incorporar de golpe y porrazo.

¿Por qué decimos esto? Porque una de las cosas inmediatas que hay que añadir es que la psicología es la gran ausente del sistema público de salud, de toda España, y especialmente de Andalucía. Sabéis que, en salud mental, la ratio que en Europa está más o menos consolidada de profesionales de la psicología, psicología clínica, por cada 100.000 habitantes está en 18. En España superamos apenas el 5, 5 profesionales por cada 100.000; en Andalucía, superamos el 2. Estamos lejísimos de llegar a la ratio que en Europa ya se está consignando y se está funcionando a nivel de salud mental, profesionales de la psicología.

Por tanto, nosotros tenemos que reivindicar que la psicología debe tener una mayor presencia. Y ahora digo una cuestión que casi, a veces suena un poco a broma, ¿no? La psicología es la unidad clínica más sos-

tenible, la más barata. Lo único que se necesita es contratar a un profesional formado, lo único que se necesita. No hay ni siquiera que comprar un fonendo, no hay que comprar un aparato de tensión, que vale solo cien euros. Pero ni siquiera hay que comprar eso. Una unidad de psicología la conforma un profesional o una profesional de la psicología, perfectamente formado. Esa es la inversión que hay que hacer. Nada comparable con cualquiera otra de las especialidades sanitarias, que desde la enfermería hasta la cirugía de trasplantes, condicionan tremendamente.

Y un problema añadido que tenemos, por la ausencia de la psicología en el sistema sanitario público, es que la ciudadanía e incluso los propios, creo que los propios poderes, tenemos asumido que la psicología debe ser privada. Es decir, un número importantísimo de consultas de psicología se desenvuelven en el ámbito privado, excepto en la salud mental, con esa ratio que os decía al principio, que es nimia, frente a la importancia que tiene. El resto de la psicología, parece que se admite que debe ser psicología privada. E, insisto, la psicología no necesita, como la odontología, un aparataje brutal y carísimo. Necesita un profesional de la psicología en un despacho relativamente pequeño, con la intimidad necesaria y con el equipo básico que cualquier profesional hoy necesita: una mesa, una silla, dos sillas, una para la cliente o cliente, y el ordenador. Eso es muy importante.

Entonces, pasando ahora... Después, en el documento que nosotros... Hacemos alguna referencia a, en el artículo tal, que aparece enfermedad, en nuestra opinión debe aparecer trastorno; en el artículo tal, que se habla de terapias alternativas y tal, debería aparecer, específicamente nombrada, la terapia psicológica. Lo podréis, lo podrán ustedes estudiar perfectamente y verlo porque creo que ya digo que tiene todo el valor.

Pero hay tres cuestiones que son importantes, y eso se demuestra en el proyecto PSICAP. El proyecto PSICAP ha emulado, en gran medida... PSICAP significa psicología en atención primaria, el acrónimo este. Ha emulado, en gran medida, los resultados, la propia metodología de trabajo que se ha estado llevando en Inglaterra, que llevan ya diez años de experiencia, ¿vale? Partiendo del análisis del costo que tiene hoy la enfermedad mental, que tiene costos directos, supera el 1% del PIB en España, la enfermedad mental directa, trastornos mentales directos, pero también tiene una serie de gastos indirectos. Se sabe que los factores psicológicos son los que más influyen, como factores añadidos, al malestar que condiciona las bajas laborales. Eso está estudiado, hay datos, eso no es necesario inventar ahí nada porque los datos están perfectamente, incluso el propio INE tiene datos, el Ministerio de Sanidad tiene datos sobre el asunto.

Por tanto, los factores psicológicos, la ausencia de la atención a los factores psicológicos, condición, emoción y comportamiento, hacen más cara la factura de la enfermedad laboral, con lo que eso significa. Por lo tanto, se dispara muchísimo ese 1% del PIB, se puede incluso hasta duplicar, en muchos factores.

¿Qué datos nos está ofreciendo el estudio PSICAP? Fundamentalmente, que el nivel... El PSICAP, la atención primaria de salud, desde el punto de vista de la psicología, atiende tres problemáticas que hoy se están atendiendo en la medicina, en la medicina tradicional, en nuestra atención primaria, que son: trastornos somáticos, depresiones leves, leves-moderadas, y ansiedad. Estos tres trastornos, estos tres tipos de trastornos lo que están recibiendo es tratamiento farmacológico. La farmacia encarece tremendamente, qué les voy a decir, es uno de los problemas endémicos que tiene la sostenibilidad del sistema público.

Bien, a doce meses, entonces hacemos un grupo de control que tiene el tratamiento convencional y otro grupo de control en el que se atiende por medio de un proceso de ocho sesiones, pautadas perfectamente

desde la psicología, a todo el mundo por igual. Se hace un seguimiento de tres, seis y doce meses, y a los doce meses el 50% de las personas no ha vuelto a recaer, por decirlo así se ha sanado sin haber usado..., habiendo usado el tratamiento psicológico en vez del tratamiento farmacológico. Esos datos los tenéis en la documentación que os hemos dado para que los podáis ver con un poco más de detalle. Eso es importante.

Por tanto, tenemos, en primer lugar, la evidencia del efecto positivo en la salud de las personas, que es una cosa que es evidente. En segundo lugar, la evidencia de que aminora el gasto farmacéutico notablemente, lo aminora, mucho más allá de lo que lo aminora el uso de genéricos, que tiene por otro lado el efecto de que el porcentaje de principio activo, lo sabe muy bien la medicina, baja bastante, vamos, baja un 20%, que ya es..., por tanto hay una minorización del gasto efectivo. Y después en el año 2012 la Organización de Consumidores y Usuarios ya nos advertía de que la expectativa de la ciudadanía y del resto de los profesionales de la salud era..., precisamente, enfocaba hacia la incorporación de la psicología como uno de los principales elementos que podamos tener.

En esto básicamente es en lo que nosotros queremos centrar esta comparecencia.

Y con esto termino, y ya me pongo por si hay alguna pregunta o alguna cuestión que quieran hacerme.

Muchas gracias.

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muy bien, muchas gracias.

Señor Gil, de Podemos, tiene la palabra.

El señor GIL DE LOS SANTOS

—Muchas gracias por su explicación.

En cuanto a la implementación de ese modelo de atención psicológica en atención primaria me gustaría preguntarle la forma concreta en la que se implementaría y la relación que tendría con los médicos de familia.

Otra pregunta aún más concreta: ¿directamente el usuario podría pedir cita a un psicólogo, o el sistema que se está proponiendo por parte del colegio es que sea derivado a través del médico de atención primaria?

Gracias.

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias.

Señora Nieto, de Izquierda Unida.

La señora NIETO CASTRO

—Gracias, presidente.

Gracias por su explicación. Yo quería que me aclarara una confusión, porque ayer por la tarde tuvimos ocasión de oír a las federaciones de personas que padecen enfermedades mentales y nos pedían justamente lo contrario de lo que nos ha pedido usted, nos pedían que nos refiriéramos en el texto de la ley a la enfermedad mental y no al trastorno mental.

Bueno, como al final habrá que optar por una denominación, quería que abundara, en fin, si es para ustedes especialmente relevante ese cambio, habida cuenta de que las personas que padecen la enfermedad prefieren que eludamos el término del trastorno.

Gracias.

El señor GARCÍA ANGUIA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Señora García, del Partido Popular.

La señora GARCÍA CARRASCO

—Gracias por su intervención.

Y a mí me gustaría preguntarle una cosa muy escueta. Habla de la importancia de la atención psicológica en atención primaria. A nivel de especializada, ¿en qué unidades considera usted que también es muy importante que esa atención psicológica esté presente?

El señor GARCÍA ANGUIA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—¿Algún miembro más, algún portavoz más?

Pues conteste, si quiere, por favor.

El señor GARCÍA SANZ, DECANO DEL COLEGIO OFICIAL DE PSICÓLOGOS DE ANDALUCÍA OCCIDENTAL

—Bueno, muy bien. Muchas gracias por estas preguntas.

¿Cómo se haría la implementación? Bueno nosotros podemos contar cómo se ha hecho en este estudio piloto.

Pueden darse..., son dos cosas que pueden darse de manera paralela. Quiero decir que el sistema sanitario tiene un modelo de incorporación del usuario cuando llega, fundamentalmente a nivel de *screening*, si se trata de urgencias, fundamentalmente a nivel de pedir consulta y tal, tienen que darse las interconsultas y muchos de los casos vendrían derivados. Nosotros lo que planteamos es que aquellas personas que pidan consulta para algunos de estos trastornos que hemos nombrado, que son los más frecuentes en atención primaria, puedan ir directamente a la psicología, puedan ir directamente a la psicología, sin necesidad de que tenga que ser una derivación interna en ese sentido, sino que el usuario tenga acceso directamente a solicitar consulta con la psicología.

Nosotros ahora mismo, que lo que se está haciendo es un ensayo, ese ensayo, digamos, que las personas van conducidas hacia ahí, en el momento que toman... Es decir, probablemente a futuro una de las

cuestiones que se podría hacer es diseñar justamente cómo se pudiera hacer ese acceso. Pero para ansiedad, que es un asunto reconocible, trastornos somáticos y depresión, se puede acudir perfectamente a la psicología directamente. Por tanto, nuestra apuesta sería que llegado el momento el modelo hiciera ese método..., ese método de trabajo.

Claro, vamos a ver, la enfermedad mental tiene una prevalencia, tiene una morbilidad de en torno al..., entre el 8 y el 10%, la enfermedad mental, pero el trastorno mental es una cosa que va mucho más allá. Nosotros cuando lo hemos reflejado..., y en el primer documento tenemos una bibliografía que fundamenta, justifica o fundamenta la justificación que nosotros ponemos, es, como he dicho antes, refiriéndonos a las recomendaciones fundamentales que hay en torno a todas las..., en fin, el compromiso científico, el tema de tal... Entiendo que para personas usuarias en el actual modelo, que es un modelo basado en la enfermedad, no es un modelo basado en la salud, entiendo que se sientan excluidas, nos pasa también con el tema de enfermedades raras y todo el tema de medicamentos huérfanos. Es decir, nos pasa ahí. Ahí el problema está en cómo yo entro en el sistema como ciudadano de pleno derecho, y hoy hay que estar enfermo para que el sistema sanitario se ocupe de nosotros, porque básicamente el sistema sanitario ha olvidado el gran porcentaje de la prevención, ha olvidado que la psicología, por ejemplo, en este caso, es tremendamente preventiva. Entonces, fijaos que además en el tema de la enfermedad y el trastorno hay una cosa que la psicología lleva ya también ocho o diez años muy probado todo el tema de la salud mental, que es el transdiagnóstico; es decir, las enfermedades, las problemáticas, el enfermar psicológico difícilmente encuentra un reflejo exacto en un modelo diagnóstico como pasa, por ejemplo, con las enfermedades biológicas. Es decir, toman síntomas de distintos trastornos, toman síntomas. Una depresión en una persona determinada toma síntomas de ansiedad, toma síntomas de..., por ejemplo, de dependencia, de adicciones, toma síntomas de... Por tanto, se llegó al modelo de transdiagnóstico justamente para decir: oye, el DSM4, o cinco ya, la versión cinco, que es el gran..., la gran Biblia de los trastornos psicológicos y de las enfermedades psicológicas, que por cierto se llaman trastornos allí. Entonces, yo creo, no sé, no la he oído y no he podido hablar con..., pero creo que puede tener mucho más que ver con una cuestión coyuntural que con una cuestión conceptual, en mi opinión. Nosotros lo planteamos en estos términos fundamentalmente.

A nivel de especializada, yo con el tema de las especializadas haría una extensión de este argumento anterior. Vamos a ver, hoy la psicología que actúa en el sistema público de servicios sociales es la psicología especialista clínica, así está definido, la LOPS desde el principio, la Ley General de Salud Pública también en el ámbito público, e incluso la sentencia, famosa sentencia, que intentaba dirimir entre la psicología general sanitaria y la psicología clínica.

¿Qué ocurre? La psicología clínica, insisto, tiene una parte preventiva muy importante en torno a la salud, pero en el ámbito hospitalario, en cualquier especialidad en la que una persona esté padeciendo, la psicología está en juego. Si preguntamos a nutricionistas, no dirán que «no, no, cuando llegue la obesidad hablaremos con la psicología para deshabituarse a esta persona», no, no, sino que desde el principio quieren que la psicología esté ahí. Si hablamos de hospitalizaciones, si hablamos de cardiopatías, sabemos que las enfermedades sobrevenidas de corazón, los infartos de miocardio, con un tratamiento psicológico a la par que fisioterapéutico, que nadie lo duda, que fisioterapéutico, el nivel de sujeción al sistema se reduce casi un tercio. Yo he tenido..., y si me permiten una deriva un poco personal, yo he tenido cerca, en mi familia tengo una

persona trasplantada de corazón. A mí me llamó muchísimo la atención porque yo no sabía calcular qué precio costaba aquello, cuánto pudo costar aquel trasplante de corazón: el trasplante propiamente dicho, la UCI, 22 días, no sé cuántas especialidades, qué de aparatos, tal y cual... Me llamó la atención que esta persona no tuvo apoyo psicológico en ningún momento, le habían cambiado el corazón, tenía otro corazón, el suyo no lo tenía, y eso hay que integrarlo, eso hay que trabajarlo. ¿Eso es una especialidad psicológica? No sé si es una especialidad psicológica, sé que sin la psicología eso es tremendamente muchísimo más difícil, muchísimo más difícil. Y la psicología clínica, la especialidad que está hoy en torno a la salud mental y que es la que hace el sistema PIR dentro del ámbito hospitalario y los sistemas de atención, ese ámbito lo toca [...] y lo toca [...]. Es decir, habría que especializarse en eso. Yo creo que hay que tener profesionales de la psicología en ese ámbito.

Neuropsicología clínica, ¿qué decimos de la neuropsicología? La psicología clínica tiene que aprender muchas más cosas si quiere trabajar en neurología, y como esto podríamos decirlo un poco en todo.

En atención primaria se está enfocando precisamente sobre estos trastornos que son los que ocasionan ese gasto al sistema y esa dificultad para que las personas mejoren objetivamente, y perdurable en su estado de salud, pero la atención psicológica en atención primaria podría intentar llegar a otras cuestiones, y el cambiar con una de las cosas, y que a nosotros más nos preocupa, es el intrusismo que se favorece por la propia Administración dentro del sistema. Hay profesionales que no son de la Psicología, que no tienen capacidad, la capacidad que te da el estudio de la Psicología, que hoy están haciendo, si no tratamientos psicológicos, porque no los pueden llamar así, porque sería flagrante el delito, sí están haciendo tipos de actuaciones que estarían infinitamente mejor enfocadas y desarrolladas en manos de profesionales de la Psicología. Y estoy hablando de atención familiar, estoy hablando de acompañar a los grandes cuidadores, estamos hablando de las enfermedades raras, que tardan 25 años en un diagnóstico, y durante todo ese tiempo lo que tienen encima es una espada de Damocles, que no saben qué les va a pasar.

Eso tiene que ser apoyado por la Psicología, que, insisto, es la unidad clínica más barata, piénsenlo bien, es la que menos dinero cuesta, solo el profesional. Fueron 3.600 profesionales incorporados en el Reino Unido, y decían que al año habían incorporado ese gasto, precisamente con el ahorro que habían ocasionado todos los tratamientos que habían aportado. Yo les animo, por favor.

Y, el último documento es ese, es la recopilación. Empieza con una declaración institucional en octubre del año pasado, justamente del Parlamento andaluz, en la que insistían en la importancia de la prevención en la salud mental, del enfermo mental, porque el día 10 de octubre es el Día de la Enfermedad Mental. Tienen una oportunidad muy importante ahora para incorporar en el texto legal que, al fin y al cabo, el BOE, o el BOJA es lo que más influye en el comportamiento de la ciudadanía, precisamente esa voluntad para que se pueda hacer. Y es la situación —insisto—, y nos ponemos, por supuesto, a disposición de este Parlamento para la ampliación de toda esta documentación, para las reuniones técnicas que hagan falta. Y, además, creo que el día 1 de junio vamos a tener una oportunidad en la Facultad de Psicología, muchísimas gracias a todos los partidos que habéis aceptado la invitación de la facultad y del colegio, para reunirnos allí, para hablar justamente de qué piensan sus señorías de la incorporación de la Psicología a la atención en salud, en general, y ahora mismo en la atención primaria.

No sé si esto responde...

DIARIO DE SESIONES DEL PARLAMENTO DE ANDALUCÍA

Núm. 360

X LEGISLATURA

23 de mayo de 2017

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Pues, muy bien, muchísimas gracias por su intervención, su participación. Y le agradecemos...
Buenas tardes.

El señor GARCÍA SANZ, DECANO DEL COLEGIO OFICIAL DE PSICÓLOGOS DE ANDALUCÍA OCCIDENTAL

—Muy bien. Muchísimas gracias a ustedes.

[Receso.]

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muy bien, como siempre, agradecemos al defensor del pueblo andaluz su comparecencia en esta comisión, que viene siempre que es requerido, y es muy interesante su aportación para esta tramitación de este proyecto de ley tan importante que estamos haciendo. Ya sabe usted cómo es la tramitación, tiene diez minutos y un poco más. La Presidencia deja un poco más de margen por la importancia del tema y, después, los portavoces de los grupos podrán preguntarle sobre su intervención.

Cuando quiera, señor defensor.

El señor MAEZTU GREGORIO DE TEJADA, DEFENSOR DEL PUEBLO ANDALUZ

—Bien. Si estáis desde ayer aquí, yo creo que es un martirio que yo viole la condescendencia de la Presidencia sobre los minutos. He procurado ajustarme un poco y, al mismo tiempo, tampoco quería despreciar un poco la importancia de la información o de la aportación humilde de esta Defensoría, ¿no? Por lo tanto, agradecerle un poco la oportunidad de nuestra reflexión, siempre desde nuestras quejas, desde nuestra visión parcial, pero importante, porque es de la propia ciudadanía, dentro de un ejercicio de la imparcialidad. Y, en ese sentido, está pensada y aportada.

Bueno, señoras y señores diputados, señor presidente, me congratula comparecer de nuevo para exponer las consideraciones de la institución que represento en la tramitación de un proyecto normativo; especialmente, por tratarse de un proyecto de relevancia para la ciudadanía, como el que nos ocupa, ya que a nadie se le escapa el interés y la preocupación que existen en la sociedad por todo aquello que afecta a un tema muy importante para nosotros, capital, que es el sistema sanitario.

En este sentido, me gustaría antes que nada destacar que esta problemática, asociada a la prestación de asistencia sanitaria, viene constituyendo un foco muy importante de intervención en esta Defensoría del Pueblo Andaluz desde la creación de la propia institución. Así, la tramitación de las quejas que nos presenta la ciudadanía en esta materia supone una parte esencial de la labor supervisora de esta institución, respecto de la actuación de las administraciones públicas y las reivindicaciones que incorporan dichas quejas, que constituyen el objeto primordial de nuestra labor, orientada a la defensa de un bien esencial, como es el derecho a la salud, Educación, servicios sociales, vivienda y, quizás, una renta de ingresos mínimos constituye un pack ineludible en el Defensor del Pueblo; sería tener casa, agua y luz, una renta mínima, una salud y una buena educación. Creo que eso forma parte del 70% de lo que yo transmito en la institución. Según refiere la exposición de motivos del proyecto de ley, su justificación hay que buscarla en la pretensión de salvaguardar, en un contexto de dificultad marcado por la crisis económica, los valores que nuestro sistema sanitario atesora, como son la universalidad, la equidad, la igualdad efectiva, el equilibrio territorial, la calidad, la eficacia y la eficiencia, y cuya pervivencia y dignidad se han visto amenazadas como consecuencia de los cambios introducidos por la normativa estatal, que, en algunos casos, han supuesto una cierta quiebra de los mismos.

En este sentido, me gustaría reseñar que la institución que represento se ha posicionado críticamente, en sus informes anuales, sobre la aplicación del Real Decreto Ley 16/2012, de 20 de abril, de Medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del sistema nacional de salud y mejorar la calidad y seguridad de sus pres-

taciones, que se nos vino a presentar como un hito normativo, cuya finalidad —se señalaba— era la de garantizar la pervivencia del sistema sanitario público.

Dos aspectos de esa norma estatal han venido centrando la crítica de esta institución y cosechando un amplio rechazo social y profesional: por un lado, la limitación establecida en cuanto al ámbito subjetivo del derecho, especialmente por lo que hace a la exclusión de la titularidad del mismo para las personas extranjeras que carecen de autorización de residencia, que entendimos como una quiebra de la universalidad. Y, por otro, la exigencia de aportaciones económicas para sufragar el coste de determinadas prestaciones, que, a nuestro entender, afectaba directamente al principio de gratuidad.

La polémica en torno a esta norma no ha cesado, y se han avanzado iniciativas para su derogación que aún no se han concretado. Por nuestra parte, ya hacíamos mención, en nuestros informes anuales, a la apuesta normativa que representaba este Proyecto de Ley de Garantías y Sostenibilidad del Sistema Sanitario Público de Andalucía, como respuesta a las restricciones de derechos derivadas de la normativa estatal. Desde esta perspectiva, no podemos sino recibir favorablemente esta iniciativa legislativa.

El primer punto así, importante, que nosotros vemos del proyecto de ley, que está sometido a nuestra consideración, se refiere tanto a las garantías del sistema sanitario como a la sostenibilidad del mismo, y dedica títulos diferentes a la regulación de ambos conceptos, partiendo de un elenco de definiciones y principios inspiradores que se han convertido en un contenido clásico de este tipo de normativa.

En primer lugar, como no podía ser de otra manera, a la vista de los cometidos que ostenta la institución que desempeño, nos interesa detenernos en el catálogo de derechos que se incorporan en el artículo 6, pues, por primera vez, aúnan en un mismo texto derechos que venían siendo reconocidos a los usuarios del sistema en el ámbito sanitario, a través de muy diferentes instrumentos normativos, como la Ley de Salud de Andalucía, la Ley de Voluntades Vitales Anticipadas, la Ley de Dignidad de la Persona en el Proceso de Muerte, la Ley de Farmacia o la Ley de Salud Pública. Este particular... Y la previsión contenida en la Disposición Adicional Primera de elaboración de una guía básica que recopile los derechos de las personas en Andalucía. En relación con los servicios sanitarios, lo entendemos como beneficioso y clarificador del conjunto de derechos de los que gozan los ciudadanos, con vistas a que sean conocidos por los mismos de manera integral y puedan ejercitar los mecanismos que garanticen su efectividad.

En segundo lugar, el artículo 8 lleva a cabo una proclama de la universalidad de la asistencia sanitaria, definiendo el ámbito subjetivo del derecho por remisión al artículo 3 de la Ley 2/1998, de 15 de junio, de Salud de Andalucía, el cual, a su vez, resulta modificado en su redacción por la Disposición Final Primera del proyecto de ley, en el sentido de sustituir la exigencia de residencia en Andalucía por la condición de vecindad administrativa en el territorio de nuestra comunidad autónoma, de empadronamiento.

De esta manera, se lleva a cabo una regulación expresa del derecho a la asistencia sanitaria del colectivo de personas inmigrantes sin autorización de residencia, que resultaba parcialmente excluido, excepto en cuanto a la atención de urgencia, por la normativa estatal, estableciendo que los que se consideren en riesgo de pobreza o exclusión social, siempre que estén empadronados en algún municipio de Andalucía y acrediten la carencia de un determinado nivel de recursos económicos, serán atendidos por el sistema sanitario público de Andalucía.

Este reconocimiento, que se ha convertido en seña de identidad de nuestro sistema sanitario, ha sido permanentemente apoyado y reivindicado por el Defensor del Pueblo Andaluz, especialmente en aquellos casos

en los que en la práctica cotidiana, por inconvenientes de índole burocrática o formal, se había retrasado el acceso a la asistencia de quienes se encontraban en esta circunstancia.

Ahora bien, no podemos perder de vista que la regulación autonómica se produce en el marco de la legislación básica del Estado y que, mediante esta última, se sigue reservando a un organismo de carácter estatal y ajeno al sistema sanitario público andaluz —como es el Instituto Nacional de la Seguridad Social— el reconocimiento de la titularidad del derecho a la asistencia sanitaria, por la inclusión en algunos de los supuestos que permiten ser considerados como personas aseguradas o beneficiarias.

Partiendo de dicha regulación estatal básica, necesariamente tenemos que señalar la contradicción que, con aquella, entraña la regulación legal del aspecto que estamos considerando, pues, hasta ahora, la asistencia al colectivo de inmigrantes sin autorización de residencia en nuestro territorio se venía produciendo de hecho con el único soporte de los convenios suscritos por la autoridad sanitaria con diversas organizaciones no gubernamentales que desempeñan su actividad en este ámbito y, posteriormente, con el de las instrucciones remitidas a este respecto desde la Dirección General de Asistencia Sanitaria y Resultados en Salud del SAS.

A nuestro modo de ver, razones de justicia social se unen a las muchas otras, como la problemática de salud pública, por ejemplo, que aconsejan mantener este régimen de atención a las personas inmigrantes. Pero es mi responsabilidad advertir sobre la posibilidad de que pueda surgir un conflicto con la Administración estatal, sobre las competencias de ambas instancias, que se traduzca en un recurso jurisdiccional; posibilidad que es, en la actualidad, poco probable. Y creemos que sería desaconsejable teniendo en cuenta que la prescripción estatal en este sentido, prácticamente, no se ha cumplido y que, desde el mismo ámbito estatal, se han pretendido iniciativas dirigidas a dar, de alguna manera, cobertura sanitaria al colectivo en cuestión.

En tercer lugar, y por lo que hace a la cartera de servicios, se asume el compromiso de no establecer sistemas de copago para las prestaciones de la cartera complementaria, así como de minimizar los que pudieran fijarse por la normativa básica estatal en cuanto a la cartera común, con el fin de que nadie quede excluido de la misma por razones económicas.

No se mencionan, sin embargo, los mecanismos que habrían de utilizarse, ni los parámetros que se tendrían en cuenta para ello. Y, aun siendo oportuna su declaración legal, también cabe reflejar que las tentativas iniciales que propician el establecimiento de aportaciones económicas, en relación con distintas prestaciones, se han visto felizmente postergadas. En todo caso, se echa de menos una previsión sobre el contenido de la asistencia y el eventual alcance que pudiera llegar a tener la misma conforme a la competencia que asiste a la Comunidad Autónoma andaluza para ampliarla con cargo a sus propios recursos.

Y el segundo punto, junto a la universalidad de la asistencia que hemos hablado, el segundo gran objetivo de la ley es el de la sostenibilidad del sistema, característica que se predica en diversas vertientes que se añaden a la ya tradicional premisa de la sostenibilidad económica.

El debate de la sostenibilidad acompaña al sistema sanitario prácticamente desde sus comienzos, y no pocas propuestas se han barajado en torno a su consecución un vez que todos los agentes que tienen participación en aquel han tomado conciencia de la necesidad de utilizar de la manera más eficiente posible unos recursos que son siempre limitados y con los que hay que hacer frente a una fuerte demanda de ampliación.

Nuevas prestaciones, tecnologías, terapias o fármacos surgen constantemente y llaman a la puerta del sistema, requeridos por profesionales o usuarios por la mejora que incorporan para el diagnóstico o el tra-

tamiento. En esta tesitura hay que contemplar las diversas tentativas de pacto por la sanidad que en el ámbito estatal al parecer se han retomado recientemente. Por nuestra parte, hemos reivindicado la necesidad de llegar a un acuerdo que fije los límites infranqueables para la defensa de la sanidad pública por parte de quienes están llamados a ejercerla, que, en definitiva, somos todos los sectores de la sociedad.

El proyecto de ley establece un principio de suficiencia financiera para desarrollar las actuaciones que corresponden al sistema sanitario, mediante la previsión oportuna a estos efectos en el presupuesto de la comunidad autónoma. Sin embargo, no se acompaña de una memoria económica o un plan de financiación, ni tampoco se define de alguna manera el alcance de dicho compromiso presupuestario, por ejemplo, como han reclamado muchos de los consultados en relación con esta ley mediante la fijación de un porcentaje del PIB.

Esta es una de las críticas principales que se le pueden hacer al proyecto, con el peligro cierto de que el texto legal no supere la mera declaración de intenciones, de forma que las exigencias que aquel incorpora resulten irrealizables desde la perspectiva de la disponibilidad económica.

Por lo demás, la ley regula diversos mecanismos para contribuir a la sostenibilidad económica, que en su mayor parte vienen ya funcionando, algunos con refrendo legal, como, por ejemplo, parte de los vinculados al uso racional del medicamento, y otros que ahora se recogen con dicho rango, así la estrategia de gestión que resulta equiparable a los actuales planes de salud, la estructura de compras de bienes y servicios o la entidad responsable de la evaluación de tecnología sanitaria. De ahí hablábamos del sistema centralizado de compras, subastas de medicamentos, genéricos, principio activo, etcétera.

La sostenibilidad social, por su parte, se fundamenta en la equidad, y la equidad implica una atención sanitaria igual en contenido y calidad, objetivo que en mi opinión aún nos encontramos lejos de alcanzar a tenor de las situaciones que a nosotros nos llegan, las quejas de muchos ciudadanos en relación con la asistencia sanitaria que precisan.

La amplitud territorial de nuestra región y la diversidad geográfica son, sin duda, condicionantes difíciles de superar. Pero lo cierto es que no podemos decir que la prestación sanitaria en nuestra comunidad autónoma sea igual para todos los usuarios en relación con determinados aspectos como pueden ser las terapias para el tratamiento del ictus, los cribados de algunas patologías, el acceso a medicamentos innovadores, el tratamiento de rehabilitación domiciliaria, los programas para enfermos mentales, los tiempos de espera para consultas e intervenciones, etcétera. Y esto está sacado de nuestras quejas.

En este campo cobra relevancia la alusión que el artículo 16 realiza a la distribución territorial de los recursos, pues pensamos que junto a los mencionados criterios técnico-científicos habría que tener en cuenta situaciones crónicas de insuficiencia de medios que afectan a determinados pueblos y áreas geográficas y aglutinan las reivindicaciones de su población, que, al ser atendidos en centros de referencia ubicados fuera de su lugar de residencia, se ven obligados a realizar importantes desplazamientos y a someterse a los tiempos y plazos que marcan los mismos.

En todo caso, me gustaría centrar la atención fundamentalmente en el artículo 18, el cual, con la denominación «Diálogo con la sociedad», prevé el establecimiento en el sistema sanitario público de instrumentos estables y permanentes que garanticen el diálogo continuo y fluido con los grupos de interés con los que se interrelacionan para la implicación de estos en el fortalecimiento de las políticas de salud y de su sostenibilidad.

Al respecto de estos instrumentos, se dice que garantizarán el conocimiento mutuo, sus necesidades y expectativas, los acuerdos que se asuman y las funciones y responsabilidad de los interlocutores que participan en el día.

En relación con este mismo asunto, el artículo 29 apunta hacia la gestión abierta del sistema, invocando la transparencia y el establecimiento de espacios permanentes de colaboración y gestión con los grupos de interés.

Dicha regulación entronca con el carácter que la propia exposición de motivos del proyecto de ley le asigna de ser un auténtico contrato social cuyo fin es conseguir un objetivo a todas luces ambicioso, como es el de conformar un sistema sanitario en el que la participación ciudadana permita adecuar la oferta de servicio a las expectativas reales de la ciudadanía.

Es un objetivo muy loable que nos parece especialmente necesario en estos tiempos en que los buenos deseos en este sentido no parecen concordar con la realidad, o al menos eso parecen poner de manifiesto las numerosas muestras de contestación ciudadana que en relación con las políticas sanitarias vienen sucediéndose en los últimos tiempos.

Para finalizar, creemos que, con independencia de las causas concretas que se encuentren en el origen de estas movilizaciones y el sentimiento de deterioro a veces de la calidad de la asistencia que ha impregnado la participación de las mismas, resulta muy significativo que uno de los principales reproches que las haya sustentado se vincule precisamente a la falta de diálogo y participación ciudadana en los procesos de toma de decisiones de la Administración sanitaria.

Por este motivo, en el informe anual del año pasado nos preguntábamos si no habría que buscar nuevas fórmulas participativas que trascendieran de los formatos actuales y propiciaran un debate real entre la ciudadanía, los grupos de interés y el poder público en el proceso de adopción de aquellas decisiones de mayor alcance y trascendencia.

Por ello, retomando las consideraciones que ya efectuamos en el trámite parlamentario del Proyecto de Ley de Participación Ciudadana, me reafirmo hoy y también ahora en la necesidad de que los procesos participativos no queden restringidos a determinadas élites sociales, políticas o profesionales, y reivindico para ello un incremento de la formación de la ciudadanía en el uso de las herramientas de participación y la incorporación de fórmulas que incentiven y faciliten el ejercicio de este derecho.

Asimismo, estimo necesaria la concienciación y sensibilización de los responsables públicos y del personal al servicio de la Administración para interiorizar en ellos la visión del ciudadano, la lectura de la calle, como un colaborador necesario en la gestión de lo público y como una fuente de legitimación en la adopción de decisiones y en la determinación de las políticas públicas.

Muchas gracias.

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señor defensor.

¿Algún un portavoz? El señor Gil. ¿Alguien más?

Señor Gil.

El señor GIL DE LOS SANTOS

—Muchas gracias, señor defensor.

Ha comentado muchas cosas que nuestro grupo está muy de acuerdo, entre ellas los determinantes sociales de salud y las desigualdades territoriales que existen, que no solamente han de resolverse a través del sistema sanitario público, que tenga un impacto en los resultados en salud, en un porcentaje que no llega al 20%, y hay otras políticas, no de la Consejería de Salud, pero que repercuten en la salud de los andaluces y andaluzas, pues, como puede ser combatir la pobreza energética, o una cosa que apuntaba y ahí va mi pregunta.

¿Opina que la renta básica universal es un determinante por el cual se pueden resolver de forma efectiva los grandes problemas de salud que ahora existen para los andaluces y andaluzas? Y si cree conveniente que hay que ponerla en práctica y desarrollar lo que ya existe en el Estatuto de Autonomía.

Muchas gracias.

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Señor ponente del PSOE.

El señor RUIZ GARCÍA

—Gracias, señor presidente. Muchas gracias, señor defensor. Desde nuestro grupo queríamos plantearle dos cuestiones básicamente.

A su juicio, ¿cuáles son los elementos que, de acuerdo al contenido y los objetivos fundamentales de esta ley y la garantía y la sostenibilidad del sistema sanitario público, deberían ser inexcusablemente objeto de ese pacto de Estado por la salud, que, por otro lado, desde Andalucía estamos reclamando? ¿Y quién, es algo menos relevante, pero, bueno, quién debería de tomar la iniciativa en el entorno estatal? Esta sería una cuestión.

Y, por otro lado, a lo largo de estos días y yo creo que a lo largo de los últimos meses, supongo que en esta comisión, y en el ámbito del conjunto del Parlamento, hemos tenido evidencias de que es necesario mejorar la participación, esto se puede decir en términos generales de diálogo.

A mí me gustaría conocer su opinión, en primer lugar, sobre..., fundamentalmente en cuanto a la participación en la toma de decisiones clínicas, que es uno de los elementos clave en los procesos de atención a la enfermedad y a la salud pública, pero fundamentalmente a la enfermedad, dada la asimetría de información que existe entre el profesional y el usuario, el enfermo, si este tipo de participación debería ser un objetivo que prevaleciera sobre la otra forma de participar, que es en la planificación sanitaria, que es algo que se viene demandando desde un punto de vista más social, menos individual. O si, por el contrario, deberíamos atender, en paralelo y en la misma importancia al desarrollo de mecanismos de participación, en la toma de decisiones clínicas y en la planificación sanitaria. Y si, ahora o posteriormente, podríamos avanzar en eso que usted ha llamado explorar nuevas formas o nuevas herramientas.

De modo que la primera cuestión, relacionada con el pacto, y la segunda, con la participación.

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Señora Nieto.

La señora NIETO CASTRO

—Gracias, presidente.

Gracias, defensor, por sus aportaciones.

Yo le quería hacer un par de preguntas que tienen que ver con salud mental, porque además es un tema al que ustedes le dedican un esfuerzo importante, y su opinión nos parece muy importante al respecto.

Ayer comparecieron las federaciones de personas que padecen enfermedades mentales y nos hacían dos sugerencias, que yo quería saber su opinión, defensor.

Por un lado, nos hablaban de la necesidad de contar con un defensor del paciente de salud mental. Nos decían que necesitaban que se diera cierta visibilidad a algunos problemas que tienen, sobre todo cuando padecen una crisis y son atendidos de una manera que no suelen, a veces, considerar ellos adecuada. No sé si es por el volumen de quejas que usted recibe a este respecto, le parece que fuese necesario o... Quería saber su opinión.

Y luego, nos hablaban de una especie de documento de voluntad anticipada. No un testamento vital, sino un documento que reflejara la manera en la que quieren ser atendidos, o el facultativo con el que quieren o con el que no quieren estar, una vez que tienen esa crisis, y que, por tanto, no pueden decidir por ellos.

Y quería saber también, defensor, si sobre este tema había tenido usted ocasión de tramitar alguna queja o si tenía alguna referencia sobre ello, para conocer su opinión.

Muchas gracias.

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Señora García.

La señora GARCÍA CARRASCO

—Gracias.

Gracias, defensor, por las explicaciones.

A mí me gustaría ahondar yo creo que en el problema que yo creo que ahora mismo tenemos encima de la mesa, más importante, que es que esta ley, de verdad, garantice y ponga encima de la mesa mecanismos reales y verdaderos de participación. Y yo creo que ahí sí que deberíamos llegar a un acuerdo entre todos, y la pregunta es clara: ¿cree que los mecanismos que establece este proyecto de ley van a venir a solucionar los problemas que sabemos que existen porque ha fallado el sistema anterior?

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias.

Señor defensor, tiene la palabra.

El señor MAEZTU GREGORIO DE TEJADA, DEFENSOR DEL PUEBLO ANDALUZ

—Muy bien.

Contestando a la primera observación, nosotros tenemos muy claro que la situación primaria no tiene problema, la situación de la... Pero sí hemos notado un aumento de problemas en el desequilibrio territorial.

Yo estoy ahora mismo yendo a todas las comarcas. Llevamos ocho comarcas ya, que son pueblos, nos reunimos todos los alcaldes de la zona. Por ejemplo, en Sevilla norte, diez. Ahora, la próxima va Huelva. Hemos ido a Los Pedroches. Hemos ido a los sitios más insospechados, donde vemos problemas que parece que no hay, que no hay cajero, que se están muriendo, que no hay financiación, que no pueden sacar dinero, que se están... Es decir, qué hacemos con mantener con pueblos así. Habría que obligar a los bancos, al teléfono, tener algún medio... Estamos encontrándonos...

Y el desequilibrio territorial forma parte de problemas. Es decir, esto que yo decía que no son iguales todos. Es decir, es muy difícil, o no hay una ambulancia determinada, o tiene que venir, o está en otro pueblo, y cuando vienen, no pueden, que tienen que desplazarse a otra situación porque, digamos, la atención está, digamos, comarcalmente contemplada o está esperando. Y, en ese sentido, nosotros creemos que la geografía nuestra y una región tan amplia, ahí hay carencias. Y yo creo que, en ese sentido, pues, las quejas de los colectivos que vienen a nosotros ahí es un poco que..., bueno, que la prestación sanitaria, digamos, ellos se van quejando de algunas cosas elementales incluso.

Es decir, que yo creo que ahí hay un filón abierto, que había que ver cómo se puede arreglar, cómo se puede concentrar porque, digamos... Es decir que, sobre todo, yo citaba algunos aspectos, como pueden ser la terapia para el tratamiento de los ictus, los cribados de algunas patologías, el acceso a medicamentos innovadores, el tratamiento de la rehabilitación, etcétera, domiciliaria, los programas... Yo creo que en ese sentido había, había que... No sé, que parece que tenemos que demostrar... Yo, que soy un defensor acérrimo de la joya de la corona, que es el sistema sanitario público andaluz, es decir, que no esté en función de determinada geografía o determinados niveles de tal..., sobre todo todavía un poco... Es decir, a nivel de renta no puede estar nunca unido el sistema de salud, de protección de salud, nunca, porque el sistema de universalidad, gratuidad, de equidad, yo creo que esos son fundamentales. Y a mí me parece que, en eso, había que tener en cuenta, ¿no?

O sea, que mejorar prestaciones, las prestaciones obligatorias. Esas son iguales para todo el mundo, y los índices de espera, los tratamientos innovadores... A lo mejor en un hospital se hace uno, pero si tú no tienes la suerte de estar en ese hospital, ese tratamiento no lo tienes.

[Intervención no registrada.]

No, por eso digo, me había puesto un poco el desequilibrio territorial. Y ahora voy a la segunda pregunta.

Nosotros siempre hemos visto, con relación a la protección del salario social, que hoy el perfil de la familia ha cambiado muchísimo, que las condiciones..., la norma habla que en dos meses hay una prestación social por seis meses, no prorrogable, en principio. Entonces, esos dos meses se vuelven, cuando se vuelven, digamos, más lentos a través de seis, ocho meses, se produce una disfunción del sistema, porque a lo mejor ha trabajado tres días limpiando en una casa, en un ayuntamiento, que le ha dado algo. Y, entonces, ya sale del sistema y entra otra vez.

Hemos hecho un estudio, un informe. El 90% lo ha aceptado la... Y está ya en el elenco de normativa de hacer un nuevo decreto, ¿en espera de qué? En espera del cumplimiento del 23.2 del Estatuto de Autonomía. Nosotros creemos de acuerdo con... Es decir, los vascos tienen 1.100 o 1.200 horas; Navarra tiene 900, pero nosotros no tenemos el cupo. Y, entonces, en ese sentido, yo creo que una renta de ingresos mínimos... En esto, nosotros vamos a volver otra vez a decir... Hay muchos nombres de renta de ingresos, que si es universal, por vía de IRPF, que el Estado tiene una manera de hacer una renta universal... Pero yo estoy hablando de problemas de familias con necesidades básicas de exclusión, en riesgo. y ahí yo abogaré por unos ingresos mínimos, una renta básica, digamos, que si nosotros estamos hablando siempre de una situación económica que está entre los 450-500 euros, digamos, que por lo menos, digamos, para que pueda atender un poco a la amplitud de andaluces del territorio.

Nosotros siempre hemos abogado por que el cumplimiento del Estatuto, pues, se pueda llegar, y que mientras, el nuevo decreto del salario social, de la aportación de los ingresos mínimos, digamos, se reforme conforme al informe. Lo han aceptado, hemos trabajado con la Consejería de Igualdad. Se ha aceptado casi el 90% de esto. El decreto saldrá nuevo en este sentido, en espera de que se haga el cumplimiento del 23.

Yo sería partidario de hacer el cumplimiento de esto y tener un poco... Dentro de que es un territorio muy amplio, ver qué dinero hay y qué se puede hacer, pero yo creo que sería bien que una renta básica sería un funcionamiento mejor que el decreto, que yo creo que el decreto ha cumplido 25 años y que ya no tiene...

Después, yo creo que en ese sentido nosotros... Me habla un poco de la iniciativa de quién forma el pacto, ¿no?, el pacto de esto. Yo creo que, en este sentido, nosotros estamos... Yo no sabría decirle quién... Nosotros no hemos hablado tanto de pactos, sino de que haya un acuerdo sobre unos límites infranqueables del sistema. Y, entonces, esos límites infranqueables, creo que serían muy bueno, es decir, y ahí está la universalidad, la gratuidad, la igualdad y la equidad. Y yo creo que se haría muy bien que el contenido de eso fuera..., que las fuerzas políticas dijeran: estos límites son infranqueables en el sistema de salud.

Por lo tanto, no se puede quebrar la igualdad, la universalidad, la gratuidad y la equidad. Y ahí entran los aspectos que estáis planteando, ¿eh? Porque tenemos un buen sistema de Atención Primaria, tenemos una geografía muy complicada, tenemos disfunciones según el hospital..., digamos, sobre aspectos innovadores, sobre tratamientos especiales o sobre listas de espera de ictus o de tal tema. Entonces, yo creo que en ese sentido sería...

Me hablan también de mejorar la participación. Hombre, estáis desde ayer, aquí, por la mañana. Me parece que habéis pasado por aquí pues buena parte de..., de tal. Pero algunas veces le preguntamos a la gente, oiga, están en el Parlamento estas..., este proyecto de ley. Ah, pues no lo sabíamos, y algunas son plataformas muy cercanas a temas sanitarios.

Entonces, todo lo que la población se responsabilice y participe, eso quita problemática, eso está claro. La participación es un poco molesta en el sentido de que tarda..., es más lenta, pero tiene una amplitud, y sobre todo tienen un ejercicio de responsabilidad. Si yo participo me tengo que hacer responsable de lo que he dicho, y por lo tanto lo tengo que mantener. Entonces, esto no es una cuestión de diputados que no tienen conexión con la realidad. Entonces nosotros decimos: hay fórmulas participativas clásicas, de profesionales, etcétera. Pero yo creo que había que..., había que..., la participación, en ese sentido, tiene que haber una buena comunicación, un buen..., no sé, un buen..., buen..., una buena estrategia de comunicación. Es decir, es-

tamos analizando esto, ¿usted tiene algo que decir aquí? Es decir, hacer mucho más partícipes... Porque es la manera de que después usted no se pueda quejar. Es decir, hemos escuchado su opinión, vemos un poco cuáles representan lo mayoritario, y una buena elaboración y estrategia de la participación... Yo he hecho en barrios, sobre unas plazas, y al final todo el mundo ha preguntado lo que ha querido de la plaza, y al final ha salido un modelo de plaza bastante de acuerdo con la mayoría, si lo sabe administrar, digamos, el que hace la moderación de esa participación. Yo creo que en ese sentido..., ¿explorar nuevas fórmulas? Pues... Es decir, yo siempre me ha interesado el tema de la participación, porque creo que eso es..., eso es que la gente tiene que hacer responsable. Aquí somos responsables todos, cada uno en la medida en que es..., y unos más que otros, y sobre todo los representantes. Pero aquí no se puede dejar esto a una participación que tenga fórmulas antiguas superadas. Hay muchos medios tecnológicos de información y de llegar a la gente, y ustedes los conocen, que esto ha cambiado bastante, ¿no?

Y, en ese sentido, planificación sanitaria. Es decir, yo creo que hay muchas fórmulas de acuerdo de planificación, que a lo mejor no se han..., no se han, digamos, dialogado anteriormente. O ha llegado una planificación antes que la propia participación. Yo creo que algunos conflictos que ha habido ahora en la zona de Huelva y de Granada, etcétera, aunque son distintos, unos más por carencias y otros por una planificación..., que no estaba..., no estaba consensuada, y se han dicho muchas caricaturas, que si los taxis te llevaban a un sitio y a otro, porque estaba dividida la gestión...

Yo creo que en este sentido me parece que la planificación tiene que tener previamente un diagnóstico de la realidad, unas conveniencias de por qué se hacen mejor algunas propuestas, qué fortalezas y debilidades tienen estas propuestas. Y son previas. Y yo creo que ahí..., es difícil, yo reconozco que es difícil, pero yo creo que..., nosotros estamos convencidos que muchas veces se basa en que esto no tiene pies ni cabeza... Pues, participe usted antes. Y ahora meta usted lo difícil que es llegar a una serie de soluciones que cuando usted se hace responsable, digamos, reconoce un poco. Yo cuando he participado en algunas cosas de..., en barrios marginales, etcétera, hemos dicho, la limpieza no es una cosa fácil, pero después, al final, el sistema que hemos cogido de limpieza nadie lo ha puesto en cuestión, nadie. ¿Por qué? Porque lo hemos tratado previamente. Es más lento, pero mucho más participativo y más sostenible. Y en ese sentido yo creo que habría que combinar fórmulas, que algunas orgánicas, normales, que vengan aquí entidades que se dedican a eso, de este sector, y otra gente que diga... Bueno, lo que pasa es que tampoco la sociedad civil tiene muy estructurados los órganos de participación, y muchas veces es difícil decir, bueno, quién es el que quiere venir aquí a hacer esto. Pero yo creo que habría que combinar. Y no tengo tiempo para desarrollarlo.

Sobre el tema de la salud mental. Nosotros tenemos muy claro que podíamos poner defensores sectoriales. Eso es muy peligroso. Aquí, en España, digamos el Defensor del Menor es el único que está... Una adjuntía hay en Cataluña, y no sé qué más, no creo que haya ninguna más, ¿no? Defensor del Menor. El menor..., creo que el menor tiene una importancia..., bastante. Es el futuro, son víctimas siempre de todos los mayores... Yo creo que ha habido un buen acuerdo en el Parlamento de Andalucía sobre que haya una Defensoría del Menor, y yo estoy orgulloso de ello, porque yo..., ahora mismo estamos..., yo tengo los adjuntos repartidos, [...] aquí y estamos en unas mesas con la fiscalía, la policía de fronteras, el Estado, los Ministerios de Empleo y de Sanidad, la Cruz Roja, los servicios sociales comunitarios, toda la gente que llega a tratar de menores. Y todas las víctimas de prostitución de..., de todos los que vienen, Motril, Utrera, Sevilla, Algeciras,

¿no?, y Ceuta y Melilla. Y ahí está toda la fiscalía y toda la policía, y estamos ahí 25 organizaciones que estamos haciendo una guía de, tú empiezas, tú trabajas, tú trabajas, tú trabajas, etcétera. Porque el menor... Y son doscientos y pico. Ahora mismo había en Ceuta y Melilla doscientos y pico de niños. Y hay una realidad que estamos analizando, y yo creo que esa Defensoría... Ahora, una defensoría de la mujer, o de la violencia de género, con decir que son instrumentos vitales, de dedicarse, y [...] con decir que son instrumentos vitales, de dedicarse, y ... Yo creo que la violencia es porque es transversal, yo no creo que debería ser de una entidad solo, o de una materia, sino que nosotros tenemos que tener transversalmente la..., la esto.

La salud mental, a mí me ha preocupado mucho, porque yo he vivido aspectos, y de..., y sobre todo de la patología dual, es mucho peor, ¿no? Y la carencia de servicios. Pero yo creo que una defensoría del paciente, a título..., en el modelo de Defensor del Pueblo que hay..., no, no lo sé, si eso va a traer mayor número de quejas, que no me preocuparía tanto el mayor número de quejas, como las soluciones a las quejas que hay, que son los recursos...

Es que la reforma psiquiátrica se ha quedado a la mitad, se ha quedado, de la supresión de los manicomios a socializarlo en el ámbito de la familia. Pero yo tengo muchísimos enfermos que no pueden socializarse en la familia, porque es que la familia la va a matar. Es decir, no puede. Y para eso hay que tener recursos. Y los niños todavía más. Y los trastornos de conducta, cuando no se tratan bien y a tiempo, que tienen solución, se convierten en salud mental. Y ahora los jueces hacen imputable a los menores, en cualquier..., que tiene..., que serían inimputable, porque no está mentalmente cuerdo, y lo están haciendo porque los..., los..., los 15 recursos que tiene la Junta de Andalucía tienen tratamiento mental, de informe mental.

Entonces, hacen imputable a un menor para meterlo en un centro de reformas, porque allí hay recursos de..., de..., de tal. Pero es la puerta falsa, van por la puerta falsa para que ese niño sea tratado mentalmente, porque el niño sería inimputable. Pero, entonces, ¿qué lo hace?

Yo creo que en esa carencia, que yo estoy muy preocupado con ella, si me preguntan, yo, tener cuidado con crear muchas defensorías de esto, porque no sé, digamos, lo que tendría. Yo me quedaría... De hecho, en España nada más que hay la que hay, y se ha planteado este tema muy fuerte. Yo creo que la salud mental deberíamos tener..., tal, ¿no? Pero que yo creo que..., que no...

Entonces, yo creo que, en realidad, me parece que el documento... Y, bueno, usted me decía un poco lo del documento.

Nosotros ahora mismo estamos haciendo un informe especial sobre la muerte digna, le hemos metido mano a este tema, y lo vamos a hacer antes de final de año, ¿eh?, sobre la muerte digna, el documento de anticipación, el tema... Yo no sé si me lo decía relacionado con la salud mental, pero...

[Intervención no registrada.]

La señora NIETO CASTRO

—Sí. Lo que nos trasladaban ayer que nos generó alguna duda, incluso jurídica, que ya veremos cómo..., era que cuando se encuentran bien, quieren..., pues es dejar por escrito la manera en la que quieren ser tratados cuando tienen una crisis que ya no les permite a ellos, pues, verbalizar ese tipo de preferencias.

Y, bueno, por si ustedes tenían conocimiento de ello, y alguna opinión al respecto.

El señor MAEZTU GREGORIO DE TEJADA, DEFENSOR DEL PUEBLO ANDALUZ

—Entonces..., me dicen los técnicos de aquí, que estamos hoy, justamente, además, son los dos que..., porque los adjuntos están en otra sala, tal, que están tratando el tema de salud, y el tema de este informe, que está, digamos, está previsto, digamos, el documento este que tú..., que usted habla, del tema este, que lo podemos tratar, ¿no?, que vamos a considerar. Porque estamos ahora de lleno haciendo las consultas y la participación con los profesionales, con los ...

[Intervención no registrada.]

Exactamente, y eso lo tendremos en cuenta en ese sentido.

Y no le puedo decir más de nuevas fórmulas porque creo que sería un buen debate el que usted ha abierto sobre esto, pero ya un poco le digo que en esa nueva fórmula estaría la estrategia de comunicación distinta, participaciones más innovadoras, pero que no... Y quejas no tenemos sobre esto, todavía no nos ha llegado ningún documento que nos pidan por salud mental eso que tiene..., pero lo tendremos en cuenta porque creo que sería muy útil.

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchísimas gracias, como siempre, señor defensor.

Agradecido por comparecer en esta comisión, y seguiremos trabajando en la tramitación de esta ley tan importante, como es la que estamos viendo.

[Intervención no registrada.]

Copia para los portavoces. Muchísimas gracias.

[Se levanta la sesión.]

