



PARLAMENTO DE ANDALUCÍA

DIARIO DE SESIONES

Número 48, Serie A

VII Legislatura

Año 2004

PRESIDENTA: ILMA. SRA. DÑA. FRANCISCA MEDINA TEVA

Sesión celebrada el miércoles, 27 de octubre de 2004

ORDEN DEL DÍA

Comparencias

Comparencia 7-04/APC-000108, de la Excm. Sra. Consejera de Salud, a fin de informar sobre la propuesta a desarrollar en materia de personal, dirigida a la estabilidad en el empleo, presentada por los Ilmos. Sres. D. Juan Pizarro Navarrete, Dña. María Esperanza Oña Sevilla, D. Santiago Pérez López y D. Antonio Sanz Cabello, del G.P. Popular de Andalucía.

Comparencia 7-04/APC-000195, de la Excm. Sra. Consejera de Salud, a fin de informar sobre Plan Integral de Oncología de Andalucía, presentada por los Ilmos. Sres. D. Manuel Gracia Navarro, Dña. Dolores Blanca Mena, Dña. Rosa Isabel Ríos Martínez y Dña. Elisa Lopera Lopera, del G.P. Socialista.

Comparencia 7-04/APC-000243, del Consejo de Gobierno, a fin de explicar la deuda real, el déficit estructural y las necesidades de financiación de la sanidad pública andaluza, así como las exigencias que va a plantear en el debate que se ha abierto al respecto, presentada por los GG.PP. Izquierda Unida Los Verdes-Convocatoria por Andalucía y Andalucista.

Preguntas Orales

Pregunta Oral 7-04/POC-000131, relativa al tratamiento de la fibromialgia, formulada por la Ilma. Sra. Dña. Concepción Caballero Cubillo, del G.P. Izquierda Unida Los Verdes-Convocatoria por Andalucía.

Pregunta Oral 7-04/POC-000278, relativa a las historias clínicas de un menor, formulada por el Ilmo. Sr. D. Juan Pizarro Navarrete, del G.P. Popular de Andalucía.

Pregunta Oral 7-04/POC-000279, relativa a leucemia linfoblástica aguda en síndrome de Down, formulada por el Ilmo. Sr. D. Juan Pizarro Navarrete, del G.P. Popular de Andalucía.

Pregunta Oral 7-04/POC-000311, relativa al hospital de Motril (Granada), formulada por las Ilmas. Sras. Dña. Concepción Ramírez Marín y Dña. Rosa Isabel Ríos Martínez, del G.P. Socialista.

Pregunta Oral 7-04/POC-000312, relativa a las obras en el hospital San Agustín, de Linares (Jaén), formulada por las Ilmas. Sras. Dña. Francisca Medina Teva y Dña. Rosa Isabel Ríos Martínez, del G.P. Socialista.

Pregunta Oral 7-04/POC-000313, relativa al plan de modernización del hospital Infanta Margarita, de Cabra (Córdoba), formulada por las Ilmas. Sras. Dña. Elisa Lopera Lopera y Dña. Rosa Isabel Ríos Martínez, del G.P. Socialista.

Proposiciones no de Ley

Proposición no de Ley 7-04/PNLC-000099, relativa a la creación de una unidad multidisciplinar hospitalaria para el tratamiento de la anorexia y bulimia, presentada por el G.P. Popular de Andalucía.

Proposición no de Ley 7-04/PNLC-000184, relativa a la situación del hospital Infanta Margarita (Cabra), presentada por el G.P. Andalucista.

SUMARIO

Se abre la sesión a las diez horas, cuarenta y dos minutos del día veintisiete de octubre de dos mil cuatro.

Punto primero del orden del día: Comparecencias

Comparecencia 7-04/APC-000108, de la Excm. Sra. Consejera de Salud, a fin de informar sobre la propuesta a desarrollar en materia de personal, dirigida a la estabilidad en el empleo (pág. 1205).

Intervienen:

Excm. Sra. Dña. María Jesús Montero Cuadrado, Consejera de Salud.
Ilmo. Sr. D. Juan Pizarro Navarrete, del G.P. Popular de Andalucía.

Comparecencia 7-04/APC-000195, de la Excm. Sra. Consejera de Salud, a fin de informar sobre Plan Integral de Oncología de Andalucía (pág. 1211).

Intervienen:

Excm. Sra. Dña. María Jesús Montero Cuadrado, Consejera de Salud.
Ilma. Sra. Dña. Dolores Blanca Mena, del G.P. Socialista.

Comparecencia 7-04/APC-000243, del Consejo de Gobierno, a fin de explicar la deuda real, el déficit estructural y las necesidades de financiación de la sanidad pública andaluza, así como las exigencias que va a plantear en el debate que se ha abierto al respecto (pág. 1215).

Intervienen:

Excm. Sra. Dña. María Jesús Montero Cuadrado, Consejera de Salud.
Ilmo. Sr. D. José Calvo Poyato, del G.P. Andalucista.
Ilma. Sra. Dña. Concepción Caballero Cubillo, del G.P. Izquierda Unida Los Verdes-Convocatoria por Andalucía.
Ilmo. Sr. D. Juan Pizarro Navarrete, del G.P. Popular de Andalucía.
Ilma. Sra. Dña. Rosa Isabel Ríos Martínez, del G.P. Socialista.

Punto segundo del orden del día: Preguntas Orales

Pregunta Oral 7-04/POC-000131, relativa al tratamiento de la fibromialgia (pág. 1231).

Intervienen:

Ilma. Sra. Dña. Concepción Caballero Cubillo, del G.P. Izquierda Unida Los Verdes-Convocatoria por Andalucía.
Excm. Sra. Dña. María Jesús Montero Cuadrado, Consejera de Salud.

Pregunta Oral 7-04/POC-000278, relativa a las historias clínicas de un menor (pág. 1234).

Intervienen:

Ilmo. Sr. D. Juan Pizarro Navarrete, del G.P. Popular de Andalucía.
Excm. Sra. Dña. María Jesús Montero Cuadrado, Consejera de Salud.

Pregunta Oral 7-04/POC-000279, relativa a leucemia linfoblástica aguda en síndrome de Down (pág. 1235).

Intervienen:

Ilmo. Sr. D. Juan Pizarro Navarrete, del G.P. Popular de Andalucía.
Excm. Sra. Dña. María Jesús Montero Cuadrado, Consejera de Salud.

Pregunta Oral 7-04/POC-000311, relativa al hospital de Motril (Granada) (pág. 1237).

Intervienen:

Ilma. Sra. Dña. Concepción Ramírez Marín, del G.P. Socialista.
Excm. Sra. Dña. María Jesús Montero Cuadrado, Consejera de Salud.

Pregunta Oral 7-04/POC-000312, relativa a las obras en el hospital San Agustín, de Linares (Jaén) (pág. 1239).

Intervienen:

Ilma. Sra. Dña. Rosa Isabel Ríos Martínez, del G.P. Socialista.
Excm. Sra. Dña. María Jesús Montero Cuadrado, Consejera de Salud.

Pregunta Oral 7-04/POC-000313, relativa al plan de modernización del hospital Infanta Margarita, de Cabra (Córdoba) (pág. 1240).

Intervienen:

Ilma. Sra. Dña. Elisa Lopera Lopera, del G.P. Socialista.
Excm. Sra. Dña. María Jesús Montero Cuadrado, Consejera de Salud.

Punto tercero del orden del día: Proposiciones no de Ley

Proposición no de Ley 7-04/PNLC-000099, relativa a la creación de una unidad multidisciplinar hospitalaria para el tratamiento de la anorexia y la bulimia (pág. 1241).

Intervienen:

Ilmo. Sr. D. Juan Manuel Armario Vázquez, del G.P. Popular de Andalucía.
Ilmo. Sr. D. José Calvo Poyato, del G.P. Andalucista.
Ilma. Sra. Dña. Silvia Calzón Fernández, del G.P. Socialista.

Votación: Rechazada por 7 votos a favor, 10 votos en contra, ninguna abstención.

Proposición no de Ley 7-04/PNLC-000184, relativa a la situación del hospital Infanta Margarita (Cabra) (pág. 1245).

Intervienen:

Ilmo. Sr. D. José Calvo Poyato, del G.P. Andalucista.

Ilma. Sra. Dña. María Jesús Botella Serrano, del G.P. Popular de Andalucía.

Ilma. Sra. Dña. Elisa Lopera Lopera, del G.P. Socialista.

Votación: Rechazada por 7 votos a favor, 10 votos en contra, ninguna abstención.

Se levanta la sesión a las quince horas del día veintisiete de octubre de dos mil cuatro.

Comparecencia 7-04/APC-000108, de la Excm. Sra. Consejera de Salud, a fin de informar sobre la propuesta a desarrollar en materia de personal, dirigida a la estabilidad en el empleo.

La señora PRESIDENTA

—Señorías, buenos días. Vamos a iniciar esta Comisión de Salud.

En primer lugar, por supuesto, y como no puede ser de otra manera, agradecer la presencia de la Consejera de Salud en esta Comisión, así como a su equipo, y comenzamos con el orden del día.

Vamos a empezar por las comparecencias en Comisión. El primer punto del orden del día, solicitud de comparecencia de la excelentísima señora Consejera de Salud ante esta Comisión a fin de informar sobre la propuesta a desarrollar en materia de personal dirigida a la estabilidad en el empleo. Para ello tiene la palabra, por el Grupo proponente, su representante, el señor Pizarro. Su señoría tiene la palabra.

Perdón, señora Consejera. Cuando quiera.

La señora CONSEJERA DE SALUD

—Me doy por enterada, señor Pizarro, del motivo de la comparecencia.

Bueno, pues, en primer lugar, dar los buenos días, en un día desapacible por el tiempo esta mañana.

Como sus señorías conocen, uno de los problemas que en los últimos años han tenido los sistemas sanitarios públicos en el conjunto del Estado en nuestro país es la alta proporción que ha adquirido el personal no fijo en el conjunto de las plantillas de muchos centros sanitarios. Esta situación ha requerido que por parte de la Administración del Estado se arbitraran los mecanismos, los medios necesarios, para paliar en la medida de lo posible los efectos de esta temporalidad, y además se diera respuesta a la situación laboral de un número bastante importante de empleados de los sistemas sanitarios públicos, todo ello con el objetivo de favorecer la estabilidad y afianzar los puestos de trabajo de este colectivo no fijo que hoy tenemos en las plantillas de los centros.

La respuesta que se dio por parte del Estado fue la aprobación de la Ley 16/2001, de 21 de noviembre, por la que se establecía un proceso extraordinario de consolidación y de provisión de plazas de personal estatutario de las instituciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud. La propia Ley establecía en su Disposición Adicional Primera la posibilidad de que las Comunidades Autónomas que a la entrada en vigor de esta ley tuvieran transferidas las competencias de gestión de asistencia sanitaria pudieran acogerse a lo que disponía la Ley. Asimismo, en su Disposición Final Primera, se habilitaba a las Comunidades Autónomas para aprobar, en el ámbito de sus competencias, cuantas disposiciones reglamentarias fueran precisas para el desarrollo y la aplicación de

la ley en el marco de su territorio, en este caso de Andalucía.

Nuestra Comunidad se ha visto afectada, al igual que el resto de los servicios de salud del Sistema Nacional de Salud, por las circunstancias excepcionales recogidas en la exposición de motivos de la ley, lo que nos ha permitido —que no permitió en los últimos años— la provisión de plazas mediante sistemas selectivos ágiles y periódicos que hubieran propiciado una mayor tasa de estabilidad en el empleo.

Como saben sus señorías, la Ley 16/2001 contemplaba la posibilidad excepcional de la no aplicación de determinados artículos de la normativa ordinaria que regula la selección y la provisión de plazas, y definió, por tanto, un sistema también excepcional y aplicable por una sola vez, a fin de consolidar el empleo en los distintos servicios de salud.

En este sentido, se estimó conveniente acogerse a este proceso de conformidad, con la voluntad que se expresó por el Servicio Andaluz de Salud y las organizaciones sindicales presentes en la Mesa Sectorial de Sanidad, que suscribieron un pacto con fecha 26 de septiembre del año 2001. Consecuencia de este pacto fue la aprobación del Decreto 54/2002, de 19 de febrero, por el que se estableció un proceso extraordinario de selección y provisión de plazas de personal estatutario en las instituciones sanitarias del Servicio Andaluz de Salud.

A este respecto hay que señalar que Andalucía fue de las primeras Comunidades Autónomas con competencias de gestión transferidas que hicieron pública su adhesión a dicha ley. En el decreto aprobado para el desarrollo de la Ley en nuestra Comunidad se contemplaba, además, la posibilidad de incluir en el mismo las plazas que, figurando en las ofertas públicas de empleo del SAS, no habían sido hasta la fecha objeto de convocatoria.

Con la adhesión a este proceso, el sistema sanitario público andaluz pretendía compatibilizar la consolidación de empleo temporal con el derecho a la movilidad del personal estatutario fijo. Así, aunque la Ley 16/2001 preveía la celebración de un concurso de traslados previo y específico para los facultativos especialistas de área hospitalaria, el Servicio Andaluz de Salud convocó proceso de provisión previo al proceso extraordinario para todas las categorías de la titulación del grupo A, con la premisa de que aquellas plazas que quedaran vacantes y las resultantes que se produjeran tras la resolución de este proceso se incorporarían a la fase de selección del proceso extraordinario, y, asimismo, las tomas de posesión —se decidió— no se harían efectivas tras la resolución del concurso para poder hacerlas coincidir con las del proceso extraordinario.

Se convocaron, de esta forma, en desarrollo del acuerdo por unanimidad alcanzado en el seno de la Mesa Sectorial, un total de 1.699 plazas, distribuidas de la siguiente manera: 270 plazas de facultativos especialistas de área hospitalaria, 70 plazas de técnicos de la función administrativa, 1.033 plazas de médicos de familia de atención primaria, 285 plazas

de pediatras de atención primaria, 31 plazas de odontostomatólogos y 10 plazas de psicólogos.

El proceso diseñado para esta provisión incluía una fase de selección basada en el sistema de concurso-oposición y una fase de provisión semejante a un concurso de traslados, en la que también podía participar personal estatutario fijo. En todos los casos de categoría de personal estatutario del grupo de titulación A se establecía la realización de una entrevista en la que se valoraba el conocimiento del aspirante sobre las tareas y sobre el nivel de responsabilidad propio de cada categoría. En los baremos de méritos establecidos se daba mayor relevancia a la experiencia profesional adquirida en nuestro ámbito sanitario. Digo mayor baremación que a la acreditada en otros servicios de salud. Esta diferente valoración de los servicios prestados es y fue recíproca entre los diferentes servicios de salud.

Posteriormente, en febrero del año 2002, se acordó convocar para su cobertura por el proceso extraordinario previsto en la Ley el 95% de las vacantes ocupadas por personal interino, lo que representa aproximadamente unas mil ochocientas plazas, lo que representó en su momento la oferta de empleo público más amplia en número de toda la historia del Servicio Andaluz de Salud. Esta oferta se concretaba en 5.921 plazas de personal de Enfermería, 4.661 de personal del grupo A y 7.419 de personal no sanitario. Hay que destacar también, además, que en este proceso extraordinario de consolidación de empleo se afectó a todas las categorías profesionales, independientemente de la mayor o menor temporalidad que existía dentro de las mismas. En concreto, en nuestra Comunidad se convocaron 93 categorías o especialidades.

En la actualidad, el estado de tramitación del proceso es el siguiente: la fase de selección se encuentra prácticamente concluida, restando sólo la publicación de las listas definitivas de aprobados de la categoría de ATS en dispositivos de cuidados críticos y urgencia y las de médicos de familia de atención primaria, debido, en este último caso, al alto grado de participación en este proceso. Ha finalizado la primera ronda de entrevistas de las 42 especialidades de facultativos especialistas de área, estando prevista la segunda vuelta en aquellas que fuera necesario para este próximo mes de noviembre, por lo que es de esperar que antes de finalizar el año haya tomado posesión de las plazas la práctica totalidad de los facultativos especialistas de área.

En cuanto al resto de categorías, ya ha comenzado la fase de provisión de 22 de ellas, y está previsto que la mayoría del personal de oficio pueda incorporarse a su destino antes de finalizar el año. Durante el mes de noviembre próximo se iniciará también la fase de provisión de otras 13 categorías o especialidades.

La fase de selección de este proceso extraordinario ha de desarrollarse de manera coordinada y simultánea entre todos los servicios de salud, para lo cual la propia Ley establecía en su artículo 5 la constitución de una comisión de coordinación específica

en el seno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.

Debo manifestarles, señorías, que, comparativamente, la tramitación de nuestros procesos selectivos se encuentra en una situación más avanzada que en el resto de Comunidades Autónomas. Pero, señorías, a pesar de la importancia de la oferta pública de empleo realizada, el incremento de los servicios asistenciales que se prestan a los ciudadanos, la implantación de nuevos procesos asistenciales y la adaptación a las nuevas tecnologías hacen necesario que la Administración sanitaria conforme equipos de trabajo cada vez más estables de acuerdo a las exigencias de la gestión por competencias en una Administración moderna. Por ello, una vez que concluya el proceso extraordinario, se continuará trabajando por la estabilización de los puestos sanitarios y la reducción de las plazas interinas en la Administración sanitaria andaluza.

Ya para ello, y mediante la aprobación del Decreto 97/2004, de 9 de marzo, se ha ofertado un total de 4.154 plazas para el año 2004, aumentándose, además, en dicha oferta el número de plazas reservadas —un 5%— para ser cubiertas por personas con discapacidad de grado igual o superior al 33%. De esta oferta, 1.998 plazas corresponden al personal no sanitario, 2.090 al personal sanitario no médico y 866 al personal médico y del grupo A.

Por tanto, con esta oferta pública de empleo y unida a la OPE extraordinaria, el SAS ha ofertado en las dos últimas convocatorias de empleo cerca de veinticuatro mil plazas. El Servicio Andaluz alcanzará con estas convocatorias de empleo público una tasa de estabilidad en el empleo cercana al 95% de su plantilla, situación que no se da en ninguna empresa de cierta envergadura en nuestra Comunidad.

Señorías, les he informado de dos elementos muy importantes en las políticas de consolidación de empleo, en el sentido de que derivan en la adquisición de la titularidad de plazas dentro del sistema sanitario; pero desde la Administración sanitaria andaluza se actúa también en otras direcciones que favorecen la estabilidad laboral, que no siempre se tiene que asociar a la posesión de plaza en propiedad.

En este sentido, es conveniente señalar la valoración y la baremación de los períodos de trabajo realizados por trabajadores eventuales y temporales para el acceso futuro a nuevos puestos de trabajo que van consolidando empleo dentro del sistema, en la medida en que esta acumulación de tiempo trabajado facilita cada vez más la continuidad laboral. Asimismo, en los contratos externos que realizamos con otras empresas para atender a determinados servicios en el sistema sanitario garantizamos la estabilidad del personal en los supuestos en que a través de los sucesivos concursos públicos sean otras las empresas que resulten adjudicatarias de dichos contratos de servicios. Conocen ustedes que nuestros pliegos de condiciones generales de bienes y servicios contemplan la subrogación del personal en los centros y dependencias del sistema sanitario público donde desarrollan sus funciones.

Ya en otro sentido también estamos manteniendo reuniones con las organizaciones sindicales a través de la Mesa Sectorial para proceder a una profunda remodelación de las contrataciones de atención continuada —me refiero a guardias médicas y urgencias—, con la finalidad también de introducir elementos de estabilidad en este tipo de contratación y minimizar así los efectos de ciertas formas contractuales que, entendemos, pueden mejorarse.

Desde el Servicio Andaluz de Salud se está elaborando un código ético de la selección temporal en el sentido de que, haciendo un uso legal de la misma, tampoco se superen niveles no recomendables. Se va a introducir un modelo mixto, en el que se contemplan medidas para, dentro de la temporalidad, garantizar unos mínimos períodos de trabajo y, por tanto, una cierta estabilidad. Las conversaciones con los sindicatos están avanzadas y en la reunión celebrada la semana pasada se adelantaron ya algunos elementos para ir definiendo el código y el modelo asociado para conseguir estos objetivos. Pero además, señorías, quiero destacar que, junto a este conjunto de actuaciones para alcanzar la estabilidad laboral, se ha experimentado un considerable aumento en la plantilla de los centros sanitarios públicos andaluces, de forma que desde el año 2000 hemos crecido en 4.453 nuevas plazas que se han incorporado a la asistencia.

Señorías, creo que hay razones suficientemente objetivas para afirmar que la Administración sanitaria andaluza ha hecho una apuesta decidida y firme para la consolidación del empleo en el sistema sanitario público. Fuimos de las primeras Comunidades en adherirnos al proceso extraordinario de consolidación; convocamos procesos de provisión previos al proceso extraordinario para todas las categorías del grupo A; realizamos una oferta para el proceso extraordinario, la más importante de la historia del Servicio Andaluz de Salud, que incluía a todas las categorías en que hubiera mayor o menor grado de temporalidad; estamos desarrollando el proceso extraordinario con un ritmo más avanzado que otras Comunidades; continuamos nuestro objetivo de estabilidad laboral con la convocatoria de una nueva oferta de empleo público de más de cuatro mil plazas, con lo que alcanzamos, como les he dicho, el 95% de estabilidad en el empleo público sanitario, y por último, compatibilizamos este proceso con el incremento continuo de la plantilla, para dar respuesta a las necesidades sanitarias de la población.

Señorías, todo ello, además, se ha realizado sobre la base de un amplio y generoso proceso de negociación con los sindicatos del sector, que han participado del mismo a través de la Mesa Sectorial de Sanidad. Desde la Consejería de Salud estamos, pues, abordando la política de personal de forma realista, ajustada a las necesidades del sector sanitario, y además integralmente, en cuanto se contemplan todos los aspectos que interesan a los empleados del sistema sanitario, como también hemos puesto de manifiesto en los acuerdos de 21 de noviembre

de 2002, sobre política de personal sanitario, que han constituido una referencia para el resto de sistemas sanitarios públicos del Estado.

Muchas gracias.

La señora PRESIDENTA

—Muchas gracias, señora Consejera.

Señorías, antes quería hacerles una consideración. Agradezco a la señora Consejera el ajustarse al tiempo. Y eso era, precisamente, lo que quería comunicarles: que en la medida de lo posible vamos a ver si se pueden ajustar al tiempo del que dispone cada una de sus señorías.

Bien. Tiene la palabra el representante del Partido Popular, el señor Pizarro.

Cuando quiera, señor Pizarro.

El señor PIZARRO NAVARRETE

—Gracias, señora Presidenta. Señora Consejera.

Señora Presidenta, en el caso de que me pase del tiempo, que espero no hacerlo, no me importa que usted me corte.

Señora Consejera, mire, con los datos que nos ha suministrado —que son datos que no voy a poner en duda en ningún momento—, se viene a demostrar el porcentaje de interinidad y contratos que había hasta hace relativamente poco tiempo, y que en la actualidad siguen existiendo, puesto que no se han cubierto las plazas aún, aunque se haya resuelto la convocatoria extraordinaria, la OPE extraordinaria del año 2002.

Mire usted, en la primera comparecencia que hacía el anterior Consejero —del cual usted era Viceconsejera— para presentar el proyecto de trabajo de la anterior legislatura, adquiría unos compromisos en esta Cámara, que era la convocatoria anual de una oferta pública de empleo que no se llevó a cabo. Anualmente, no se convocó esa oferta pública. Y le digo esto porque he estado mirando las resoluciones, y hay una, de 26 de octubre de 2001, para veterinarios y farmacéuticos de centros asistenciales... Por cierto, con muchísimos años que hacía que no se convocaba una oferta para veterinarios y farmacéuticos. Y hay una de mayo de 1999 para facultativos especialistas de áreas en hospitales. Hasta la extraordinaria no hubo ninguna más. Pero no se hizo otra cosa que cumplir con la Orden de 5 de abril de 1990, por la que se establece el régimen funcional de las plantillas de los centros asistenciales del SAS. En su Capítulo III dice que la provisión de puestos de trabajo se hará conforme a los mecanismos ordinarios y, en su caso, extraordinarios, establecidos en la normativa vigente en cada momento, siempre bajo el principio de convocatoria pública. Su punto dice que, con carácter anual, se anunciará oferta pública de empleo del SAS, en la que se recogerán todos los puestos básicos que deben ser ofertados por la Dirección y Gerencia del SAS, y su cobertura por personal fijo.

Es cierto que se ha convocado la oferta pública, pero después no se cubren. Siempre hay alguna razón, unas veces hay unas impugnaciones y otras hay otras cuestiones que hacen que esto no sea posible o no haya sido posible hasta ahora.

En el artículo 8 también dice —porque hay una serie de cargos, de puestos, que son los puestos intermedios— que se realizarán mediante convocatoria pública ante los trabajadores fijos de las plantillas de área de salud que cumplan los requisitos que se establezcan. Estos puestos se proveerán por concurso, según determine la normativa que resulte de la aplicación en cada momento. Esto no se ha hecho, no se ha hecho, y sabe usted, porque ha habido también sentencia sobre este tipo, cómo han sido nombrados los cargos intermedios.

De todas formas, yo me voy a hacer eco de las últimas convocatorias, la OPE extraordinaria, que ha sido la más grande de todas las que se han hecho, como bien ha referido, prácticamente en la historia de la sanidad andaluza, y, mire usted, en mayo de 2003 se publicaban los primeros resultados de esa OPE. En algunas especialidades, en concreto de 12 especialidades, en las que de forma provisional se daba la relación de facultativos que habían superado la primera fase de aquella oferta pública de empleo especial. Resultados pendientes, definitivos, aún no existe ninguno, ninguno. Por lo tanto, siguen estando como puestos interinos, hasta este momento, hasta este momento.

En cuanto a los médicos de familia y de atención primaria, que usted ha hecho referencia, y de urgencias, como los odontólogos, aún no se encuentran ni en fase de expectativa de destino.

Y si nos referimos al personal sanitario no facultativo, como ATS, vamos, enfermería, en fin, terapeutas, matronas, técnicos especialistas, en la fase de provisión de plazas que se encuentran es la fase de selección algunos y otros en fase de resultado definitivo. En cuanto a su fase de selección, mientras que la mayoría se encuentra dentro de la fase de provisión de plazas, en su inicio, pendiente de resultados provisionales definitivos y de nombramiento.

Piense que hace ya bastante tiempo y estos médicos siguen estando de forma interina, algunos de ellos contratados, en esas plazas. Por lo tanto, si bien es cierto, como dice una resolución, que el 95% de las plantillas van a ser prácticamente funcionarios o trabajadores estatutarios fijos, algunos de ellos, en el momento actual, desde luego, llevan un retraso importante.

En la última OPE que han hecho, en la del año 2004, donde se aprueba la oferta pública de empleo, de 4.154 plazas, en la cual dice que la tasa de estabilidad ya se consigue el 95% gracias a las dos últimas ofertas que se han hecho, esto se consolidará una vez que se hayan resuelto, porque todavía la oferta pública ésta del año 2004, me imagino y espero que no tarde el tiempo que han tardado las demás en resolverse y que no haya ningún problema. Por lo tanto, desde nuestro punto de vista, son todavía, estamos

pendientes y esperamos que la voluntad política y que se aceleren los mecanismos para llegar a cumplirse este compromiso lo antes posible.

Mire usted, yo he estado mirando en la oferta pública del año 2004, del 9 de marzo de 2004, y me ha llamado la atención en algunas especialidades. Usted sabe perfectamente las demandas y las listas de espera, sobre todo diagnósticas, que existen, o tiene una idea de cuáles pueden ser, porque es difícil de cuantificar. Y curiosamente, donde la oferta se hace, para facultativos especialistas de área, hay especialidades donde se ofertan pocos, y es precisamente donde las listas de espera son diagnósticas, y primeras visitas, son más grandes. Por lo tanto, vamos a seguir, por ejemplo, en alergología, que solamente ofertan una plaza, en la oferta pública de empleo. O en cirugía pediátrica, en dermatología o en neurofisiología clínica. No sé si usted sabe las listas de espera que hay en esas enfermedades, en esas..., pendientes. Yo le puedo hacer sólo una referencia de alergología, que la he necesitado yo, y para poder asistir a una consulta de alergología pueden pasar dos cosas: o que uno se eternice con la enfermedad o que se vaya a un médico privado. Y aun el médico privado tiene lista de espera, las consultas privadas tienen listas de espera. Por lo tanto, yo creo que si en la privada se tienen listas de espera, imagínese en la pública, imagínese en la pública. Yo creo que hay que darle algún tipo de solución, al igual que otra enfermedad que se está cubriendo por especialistas que no son realmente los especialistas que tienen que tratarlo, como puede ser la reumatología. En reumatología, usted sabrá perfectamente que se están viendo los pacientes por internistas y traumatólogos y no se están viendo por reumatólogos.

Yo creo que la oferta pública ésta a que usted hace referencia, pues es una oferta pública que sin lugar a dudas es importante, pero no es lo que verdaderamente necesita, desde nuestro punto de vista, la sanidad andaluza. Y digo que las necesidades son otras porque, además, hay puestos de trabajo que nosotros consideramos que no son temporales, que son estructurales y que hay que cubrirlos como estructurales, porque ya el Tribunal Superior de Justicia de Andalucía declaraba que, cuando existen necesidades estructurales, el remedio no es cubrirlo con contratos eventuales sin solución de continuidad, pues ello, dice el Tribunal Superior de Justicia, atenta contra el principio constitucional de estabilidad en el empleo. Para este Tribunal, un nombramiento sucesivo o eventual encubre un contrato de interinidad por vacante. La solución es convocar un concurso y crear la plaza. Esto se está haciendo, se está haciendo en la sanidad andaluza, se están cubriendo plazas que realmente son ya plazas estructurales y que se sigue con eventuales y contratos que no voy a decir que sean los contratos basura, no, pero en precario no me dejará usted de reconocer que son contratos en precario aquellos que se están haciendo, muchos de ellos, para cubrir necesidades reales, y usted ha especificado una de las cuestiones, que son las guardias médicas, las

guardias médicas, sobre todo a nivel de centros de salud, y también en algunos hospitales, también en algunos hospitales. Cómo se cubren las plazas, para cubrir una necesidad real, pero que no se hace real porque se cubren de esta forma.

Y ya un avance de al menos, aunque pequeño, pero relevante, es que en el recién estrenado estatuto marco, que entra en vigor en diciembre del año pasado, de 2003, ya se dedica un artículo al personal estatutario temporal, y en dicho precepto, entre otras cosas, se dice que si se realizaran más de dos nombramientos para la prestación de los mismos servicios por un período acumulado de doce o más meses en un período de dos años, pues se procederá al estudio de las causas que lo motivaron para valorar, en su caso, si procede la creación de esa plaza estructural. Usted sabe perfectamente que no son dos años, son tres años, cuatro años, muchos años ya llevan haciéndose, cubriéndose de forma..., contratos de verdaderas necesidades del personal sanitario. Y yo creo que habría que darle una solución razonable.

Hay otra cuestión en la que quisiera también entrar, porque no tengo la seguridad plena de que esté en la idea de la Consejería hacerlo, que es el personal de oficio de los centros de la Seguridad Social. Hay un rumor entre el personal de oficio de los centros, los cuales hablan sobre la privatización de los servicios, de esos servicios. Me gustaría que, aprovechando esta comparecencia, usted me pudiese adelantar si, dentro de las previsiones que tiene la Consejería, dado que efectivamente en esta oferta pública salen plazas, sin lugar a dudas, de personal de oficio, salen fontaneros, electricistas, salen albañiles, con un número que, lógicamente, o están cubiertas todas las plazas en todos los centros o es relativamente bajo el número de plazas que sale, si es que están dentro de las previsiones de pasarlos a..., no hacerlos dependientes de la Consejería o del Servicio Andaluz de Salud.

Creo que no me he pasado del tiempo, y doy por contestada mi pregunta y la comparecencia a la señora Consejera, y espero que lo que en estos momentos le he hecho referencia, a ser posible, si pudiera tener alguna respuesta, yo espero que sea positiva.

Gracias.

La señora PRESIDENTA

—Muchas gracias, señor Pizarro. Ha sido usted muy disciplinado, así es que se lo agradezco.

A continuación, señora Consejera.

La señora CONSEJERA DE SALUD

—Yo creo, señoría, que estamos de acuerdo con el proceso que se ha iniciado por parte del sistema sanitario público de Andalucía para la estabilidad en el empleo, que era el objeto de esta comparecencia, en donde de lo que se trataba, fundamentalmente,

era de que aquellas personas que en este momento tuvieran una relación contractual temporal con el sistema sanitario tuvieran acceso, la posibilidad de que esa plaza, en vez de estar vinculada temporalmente, pudiera estar vinculada de forma fija o de forma estable para el personal, en este caso estatutario, del Servicio Andaluz de Salud. Yo creo que ahí, por la respuesta de su señoría, creo que coincidimos en que el enorme esfuerzo que ha hecho esta Comunidad Autónoma sacando una oferta de empleo extraordinaria, única en toda la historia del Servicio Andaluz de Salud, y además por el compromiso que tiene la Consejería de ir convocando anualmente las plazas, estimo que, por una vez y nunca más, es decir, que es un proceso de punto final de una situación acumulada en el tiempo, no solamente por Andalucía, sino por el conjunto del Estado y de las Comunidades Autónomas en relación con el personal interino, creo que se le ha dado una respuesta en tiempo y forma ajustada, y que esta Comunidad Autónoma, que ha convocado el número mayor de plazas, porque el volumen de trabajadores que están en el sistema sanitario público de Andalucía es muy superior al del resto de Comunidades Autónomas, creo que por su apreciación se valora en positivo, por parte del Grupo Popular, este proceso al que se adhirió la propia Comunidad Autónoma.

Yo no conozco ninguna empresa, señoría, que después de estos procesos, después, evidentemente, de los procesos de finalización de estas ofertas públicas de empleo, tenga un 95% de personal fijo de plantilla. Yo no conozco ninguna empresa, ninguna Administración y ninguna empresa; empresa de envergadura, no me refiero a las empresas unifamiliares o a empresas de esas características. Yo creo que, gracias a este enorme esfuerzo que supone convocar, como le he comentado, 18.000 plazas en el proceso de OPE extraordinaria, y 4.154 plazas en la oferta del año 2004, creo que la Comunidad Autónoma puede estar bastante satisfecha del grado de estabilidad en el empleo que se va a adquirir por parte del personal que en este momento tiene una relación de temporalidad con el Servicio Andaluz de Salud o con el sistema sanitario público de Andalucía.

Y yo creo que era el objeto de la convocatoria, con independencia de que su señoría haga consideraciones sobre si la distribución de las especialidades en el seno de la convocatoria se pueda ajustar, según su criterio, a las necesidades que en este momento plantea el sistema sanitario. Yo creo que se ajusta a esas necesidades, creo que responde a la estabilidad laboral, pero que, no obstante, el número de plazas que se ofertan en relación con las listas de espera sería objeto de otra comparecencia, señoría. O sea, quiero y creo que en este momento no podemos hacer en esta comparecencia, que se refiere sobre estabilidad, una evaluación o una valoración en torno a si el número de plazas de una especialidad son muchas o pocas, porque lo que se pretendía con esa convocatoria era que el personal que en este momento está desarrollando su trabajo de forma temporal en el Servicio Andaluz de Salud tuviera la oportunidad de

que esa plaza la tuviera en propiedad o, lo que es lo mismo, fuera un personal fijo de plantilla.

En este sentido, la Comunidad Autónoma andaluza, y creo que yo he sido clara en mi exposición, va mucho más avanzada que el resto de Comunidades. Y en este proceso teníamos que ir de la mano, señoría, y usted conoce el tema, porque es sanitario, entre otras cosas porque era un proceso complicado, en donde la posibilidad o el riesgo de que hubiera impugnaciones en torno al proceso de selección, el conjunto del sistema nacional de salud decidió asumirlo conjuntamente, o, lo que es lo mismo, no se trataba de que cada Comunidad Autónoma tuviera, por su parte, los ritmos, sino intentar acomodarnos al conjunto de los servicios. Y le puedo decir que la presión más importante en ritmo que se ha ejercido por cada una de las Comunidades Autónomas, Andalucía en eso ha sido la que mayor presión, porque tenía más avanzado el proceso de selección, ha tenido en el seno de esa Comisión que el Consejo Interterritorial coordina. Pero además porque era importante una cosa, señoría: era importante que fuéramos al mismo ritmo para que no se produjera un trasvase de especialistas de otras Comunidades Autónomas a nuestra propia Comunidad, con el riesgo que eso conllevaba de que hubiera personal que en este momento desarrolla su trabajo temporalmente en el Servicio Andaluz de Salud y se viera en menos condiciones de acceder a la plaza. O sea, todos esos elementos han configurado la decisión última de intentar ir todos de la mano, de intentar que el proceso de selección y provisión se haga conjuntamente, y en esa expectativa estamos.

Ya le he dicho que para los facultativos especialistas de área la previsión que en este momento tiene la Consejería es que, antes de que finalice el año, estén incorporados estos especialistas a las respectivas plazas. No obstante, el ritmo de celebración de las diferentes categorías, de las diferentes especialidades, yo creo que se lo he comentado detalladamente. Y, por parte de la Dirección General de Personal, que es el órgano responsable por parte del Servicio Andaluz, en este momento se está en período de convocatoria, de entrevista, de tribunales, para que se pueda pasar a la fase de provisión de plazas, que, como usted sabe, ya no tiene que ver con que el trabajador sepa que va a estar vinculado de manera fija al sistema sanitario, sin que lo que decide es el destino definitivo de esta persona en relación con la Comunidad Autónoma.

Y en relación con la segunda pregunta, señoría, que creo que no es una pregunta inocente, la Consejería de Salud no va a privatizar ningún tipo de servicio que en este momento estén desarrollando los hospitales públicos, y eso, yo creo que por activa y por pasiva el sistema sanitario siempre lo ha dejado claro. Nosotros no vamos a privatizar servicios. Bien es verdad que por parte de los hospitales sanitarios, los hospitales públicos andaluces, se ha llevado a cabo un proceso de externalización de determinadas actividades que no forman parte de la esencia fundamental de la prestación del servicio sanitario, y eso además es

una tónica generalizada en todas las Comunidades Autónomas, entre otras cosas porque el interés fundamental de la Consejería es preservar y velar por que la calidad asistencial se mantenga y, por tanto, el personal sanitario desarrolle sus funciones en el marco de las reglas de juego que la propia Consejería y el Servicio Andaluz ponen en marcha, y la parte coadyuvante al trabajo que se desarrolla por parte de los sanitarios es una parte que no es esencial de la prestación del servicio. Por tanto, privatización nunca, señoría. Y es más, se han convocado plazas para personal que en este momento, de oficio, que es el que usted me refería, que en este momento tienen una relación temporal con el sistema sanitario y que pueden ver colmada la aspiración de tener la plaza en propiedad, y ese proceso no tiene nada que ver con la contratación externa de servicios en aquellas áreas que no tienen su esencia en la razón de ser de la prestación propia de la asistencia sanitaria a la que la Consejería se debe a todos los ciudadanos y ciudadanas de Andalucía.

Por tanto, yo creo, señoría, que usted y yo coincidimos en que este proceso extraordinario de consolidación de empleo y el ordinario del año 2004 presentan un panorama de estabilidad único en el sistema sanitario público de Andalucía, de estabilidad única en el conjunto de las Administraciones y de las empresas privadas de todo el sector, y yo creo que tenemos que sentirnos muy orgullosos de que, al final de estos períodos de consolidación, el 95% de la plantilla sea plantilla fija o que tiene una relación contractual estable con el sistema sanitario.

Las demás materias en las que yo he profundizado tienen que ver con otras medidas que me parecen igualmente importantes, en relación ya no a tener una plaza en propiedad en el sistema, ésa no es la única estabilidad que perseguimos, sino que vamos más allá: además de tener una plaza en propiedad en el sistema, queremos que aquellos servicios que están contratados por parte de nuestros centros sanitarios tengan también un compromiso de estabilidad en los propios pliegos que sacamos a concurso público, en donde existe una obligación de subrogación de los trabajadores que prestan sus servicios en los centros. Yo creo que eso es también una tarea importante, porque son muchos los trabajadores que podrían ver peligrar su estabilidad laboral. Le he hablado de otras fórmulas contractuales, que en este momento están en discusión en la Mesa Sectorial de Sanidad para minimizar los efectos de inestabilidad que podrían proporcionar esas modalidades. En definitiva, creo que hay una política armónica, responsable y coherente en el Servicio Andaluz de Salud, que persigue el derecho y el bien de los trabajadores, para que su relación con el sistema sanitario sea una relación laboral estable, que les permita organizar su vida y que, por tanto, permita mejorar e incorporar mejoras en todo lo que son las condiciones laborales que en este momento desarrolla el Servicio Andaluz de Salud.

Muchas gracias.

Comparecencia 7-04/APC-000195, de la Excm. Sra. Consejera de Salud, a fin de informar sobre Plan Integral de Oncología de Andalucía.

La señora PRESIDENTA

—Muchas gracias, señora Consejera.

Pasamos al segundo punto de orden del día, solicitud de comparecencia de la excelentísima señora Consejera de Salud ante esta Comisión, a fin de informar sobre el Plan Integral de Oncología de Andalucía.

Para ello, tiene la palabra la señora Consejera.

La señora CONSEJERA DE SALUD

—Sí, señoría. Voy a intentar ser breve en esta primera parte porque creo que no es necesario extenderse en esta comparecencia sobre la importancia que representa el cáncer como problema de salud en todas las sociedades desarrolladas, porque entiendo que, precisamente por ello, todos conocemos el conjunto de consecuencias individuales y colectivas que el desarrollo de esta enfermedad produce en nuestra sociedad.

Los datos son suficientemente conocidos, porque sobre el cáncer los ciudadanos reciben continuamente amplia información, tanto desde el punto de vista de la divulgación científica, como de su extensión y de su alcance, así como también reciben puntual información sobre las medidas, las pautas y los estilos de vida para hacer frente a esta enfermedad.

La realidad es que el cáncer en nuestra Comunidad Autónoma es la segunda causa de muerte, tanto en hombres como en mujeres, y que su consecuencia e incidencia en años potenciales de vida perdidos o en el consumo de recursos del sistema sanitario requieren un compromiso de todos para prevenir, por una parte, y para reducir, por otra, los efectos sobre la población.

En base a todas estas evidencias, la Consejería de Salud, como uno de los agentes más implicados en la lucha contra el cáncer, abordó la elaboración y el desarrollo del Plan Integral de Oncología de Andalucía para el período 2002-2006.

El Plan Oncológico surge como un instrumento de mejora para incidir en todas las fases de la historia de la enfermedad, es decir, en la prevención, en el diagnóstico precoz y en el tratamiento. Todo ello a través de una estrategia global que contemplara, por una parte, las necesidades sanitarias de los afectados, como por otra la investigación sobre las causas y las respuestas a la enfermedad. Y a la vez todo ello enmarcado en un momento en el que, en los objetivos del III Plan Andaluz de Salud, se ponía como uno de los principales retos el ser capaces de elaborar estrategias de salud que nos posibilitaran la lucha contra el cáncer.

El Plan Integral de Oncología, por tanto, no ha constituido un elemento aislado, sino que se integra y

forma parte de una política de salud global, en la que se vinculan otros instrumentos para la salud, puestos en marcha por la Consejería y por el Gobierno andaluz. Tales son, estos instrumentos, las políticas de prevención en materia de consumo de tabaco o el fomento de hábitos de vida saludables.

En este sentido, el Plan Integral de Oncología constituyó el primero de un grupo de planes horizontales desarrollados por la Consejería de Salud, con la finalidad de coordinar mejor las actuaciones sanitarias y los recursos disponibles. Se contemplan en el plan seis objetivos básicos, a los que se dirigen todas las actuaciones. En concreto, son: Aumentar el grado de conocimiento e información de la población sobre el cáncer. Reducir la incidencia y la mortalidad del cáncer en Andalucía. Mejorar la supervivencia y la calidad de vida de los pacientes con cáncer. Adecuar la oferta de servicios a las necesidades de la población de manera efectiva y de manera eficiente. Garantizar a los pacientes de cáncer una atención sanitaria basada en la estructura de un proceso asistencial fundamentado en la continuidad asistencial como elemento de calidad integral. Y, por último, construir el futuro del reto contra el cáncer en Andalucía, invirtiendo en la formación de profesionales, así como en la investigación y el abordaje, para que la enfermedad esté en consonancia, su investigación, con los propios avances de la ciencia.

Estos objetivos se concretan, a su vez, en 12 líneas de actuación que determinan las diferentes estrategias del Plan Integral de Oncología, y que son a su vez la referencia permanente para proceder a la evaluación y al desarrollo en el tiempo del propio plan.

En este sentido, quiero agradecer al Grupo Parlamentario Socialista la presentación de esta iniciativa porque, ahora que nos encontramos en el ecuador del plan, en cuanto a su temporalidad se refiere —he dicho que el plan tenía vigencia 2002-2006—, parece un buen momento para hacer una evaluación de lo conseguido hasta ahora y tener, de esta forma, una perspectiva global del abordaje que el sistema sanitario público tiene en relación con esta enfermedad.

En la línea de información al paciente y a la familia, que es la primera que contiene el plan, se ha trabajado en dos direcciones: en primer lugar, se han revisado todos los documentos informativos que se han proporcionado a pacientes y a familiares en todos los centros asistenciales del sistema sanitario público. Se ha evaluado su calidad mediante un procedimiento concreto y explícito para ello. Este trabajo, ya finalizado, ha permitido conocer un conjunto de conclusiones operativas que han llevado a la realización de tres documentos básicos para hacer más homogéneos los contenidos informativos que reciben los pacientes. Estos documentos estarán disponibles en diciembre de este mismo año.

En segundo lugar, se ha desarrollado un programa para especialistas en formación, para especialistas MIR, sobre dos aspectos concretos del abordaje de la enfermedad. Se trata de la formación para la entrevista clínica y la relación médico-paciente, con

especial dedicación a la oncología y a la lectura crítica de los resultados. Y también se ha profundizado en el análisis de los estudios clínicos oncológicos desde la medicina basada en la evidencia. Estos programas de formación se impartirán como cursos descentralizados por centros y obligatorios para los R-1, para los residentes de primer año, o incluyéndose en los programas docentes de la Sociedad Andaluza de Cancerología.

En cuanto se refiere a la línea de prevención primaria, segunda de las contempladas dentro del plan, las incorporaciones y las medidas previstas hasta ahora han sido: La difusión y la presentación del Código Europeo Contra el Cáncer en todos centros asistenciales del sistema sanitario público andaluz. En segundo lugar, la declaración explícita y reconocida de centros libres de humo, con la participación y el compromiso activo de todos los servicios que atienden a pacientes oncológicos. En tercer lugar, la definición de unidades asistenciales, de consejos genéticos y de las propuestas de desarrollo de las ofertas presentadas en este sentido desde los propios hospitales.

Se ha recogido una amplia documentación sobre estas unidades y la experiencia de centros de referencia, y en base a todo ello se ha elaborado el documento de planificación del Consejo Genético en Cáncer en Andalucía. Este documento contiene las características de estas unidades, las competencias requeridas a los profesionales que vayan a ser incorporadas a los mismos y los derechos que los pacientes van a tener en relación con esta materia. Está prevista, se lo anuncio ya, en esta línea la creación de dos o tres unidades en la propia Comunidad Autónoma.

En la línea de diagnóstico precoz se ha completado la implantación del programa de diagnóstico precoz del cáncer de mama en Andalucía, con una cobertura del cien por cien de mujeres en los rangos de edad establecidos. En la actualidad tiene acceso a este programa la totalidad de la población diana, es decir, 585.743 mujeres. La tasa de captación, dato muy importante del programa, es del 77'40%, lo que supone siete puntos por encima del objetivo marcado, que era obtener una respuesta del 70% de las mujeres llamadas al programa, respuesta que es un promedio de lo que en otras Comunidades Autónomas es la respuesta que se tiene de esta misma situación.

En este momento, podemos decir que hay una tasa de detección de cáncer en este programa de 4'65 por cada mil mujeres exploradas; es decir, que gracias a este instrumento somos capaces de detectar esta tasa que les acabo de referir. Cada dos años, las mujeres comprendidas en la población diana vuelven a ser estudiadas en este mismo programa; es decir, que es un continuo pase de las mujeres andaluzas que se encuentran en estos rangos de edad para despistar el diagnóstico o la aparición del cáncer de mama en unos estadios que nos permita abordarlo de manera que se pueda aumentar la supervivencia una vez conocido el problema.

A partir de estos buenos resultados obtenidos, en cuanto a esta captación y detección, se ha plantea-

do revisar los objetivos iniciales para incidir en esta disminución de la mortalidad por cáncer de mama en el próximo año. En nuestra Comunidad, el cáncer de mama tiene una incidencia de 67 casos por cada cien mil mujeres, según los últimos datos registrados por el Registro de Cáncer de Granada, lo que supone algo más de 2.500 casos por año. La tasa de incidencia y la mortalidad en nuestra Comunidad es menor a la registrada en el resto del país.

En la línea de procesos asistenciales, ya disponemos en este momento y hemos desarrollado una serie de procesos integrales destinados a pacientes con cáncer en varias localizaciones, concretamente: mama, laringe, cérvix, endometrio, próstata, piel, cuidados paliativos, colon y recto. Estos procesos han sido desarrollados a través del trabajo sistematizado de un grupo de expertos de cada localización tumoral, conteniendo información relevante tanto de la organización asistencial, como de las principales estrategias de diagnóstico, tratamiento y seguimiento, todas ellas basadas en las mejores pruebas científicas de que se dispone.

En colaboración con la Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria, se plantea para el próximo año la elaboración de una guía de criterios de alerta de enfermedades neoplásicas y de prevención primaria y secundaria desde atención primaria. Por tanto, con ello vamos a completar todo lo que es el abordaje de los primeros estadios del cáncer de mama en nuestra Comunidad.

En otra de las líneas del plan, la de los cuidados paliativos, se están desarrollando los trabajos para completar una red asistencial para atender a estos pacientes en situación terminal. Este plan, esta red tiene que tener garantías de calidad asistencial, eliminando las desigualdades que pudieran producirse por razones geográficas o de otro tipo. En este sentido se están simultaneando tres actuaciones necesarias:

Una, un plan de formación que asegure un número de profesionales de atención primaria y especializada que garanticen una atención adecuada.

Segundo, una dotación paulatina de los equipos de soporte de cuidados paliativos, que puedo anunciar que, además de las 14 unidades ya existentes, se contempla la creación de otras nueve unidades, que completarían el mapa de necesidades previstas para la población andaluza.

En tercer lugar, unidades de apoyo domiciliario. En este sentido se ha firmado ya un convenio entre el Servicio Andaluz de Salud y la Asociación Española contra el Cáncer, para la cofinanciación y la relación funcional de estas 12 unidades de apoyo.

En cuanto a la línea relacionada con la red asistencial, puedo informarles de los tres tipos de actuaciones que estamos desarrollando dentro del plan:

En primer lugar, me referiré a las actuaciones centradas en la mejora de la práctica clínica. En este sentido, estamos evaluando la actividad y el grado de constitución de los Comités de Tumores en los distintos centros, el nivel de desarrollo, de protocolos para las distintas localizaciones tumorales, la implantación de

la historia clínica única para cada paciente oncológico, lo que sin duda alguna facilitará su incorporación al programa Diraya, así como también la evaluación de los indicadores críticos por cada centro, en relación a demora y calidad en la atención.

En cuanto a las actuaciones centradas en la planificación de recursos, se están desarrollando los dispositivos de atención a pacientes oncológicos en hospitales comarcales. En estos momentos funcionan ya las unidades de Motril, Osuna, Marbella, Ronda, Baza, Algeciras, La Línea y Cabra. Las próximas en iniciar su funcionamiento serán las de Huércal-Overa, Úbeda, Antequera y Riotinto. Las unidades que están ahora en marcha han permitido que alrededor de 1.400 pacientes hayan evitado o hayan disminuido sensiblemente los desplazamientos para recibir un tratamiento de calidad idéntica garantizado. Una vez completada la red, permitirá que más de 3.000 pacientes nuevos cada año se beneficien de la accesibilidad a las distintas unidades.

También en actuaciones relacionadas con la disponibilidad de recursos puedo informarles de que la mejora en los equipos de radioterapia se está desarrollando, tal como se había previsto en el plan, en base al cronograma contemplado. Se trata, en concreto, de 11 actuaciones en otros tantos hospitales, que suponen una inversión de 20 millones de euros. A ello se van a añadir ocho actuaciones más en otros centros para mejora de radioterapia, con una inversión de 16 millones de euros.

En cuanto se refiere a las actuaciones encaminadas a mejorar la gestión de los servicios clínicos, estamos desarrollando y trabajando en tres direcciones:

El desarrollo y la puesta en funcionamiento de unidades funcionales en torno a patologías especialmente prevalentes: mama, pulmón, próstata y colon, cuyas unidades, constituidas por miembros de distintos servicios médicos, tienen como objetivo fundamental traducir a nivel asistencial el carácter multidisciplinario, hasta ahora meramente consultivo, y permitir también una mejora continua de la calidad. El desarrollo de unidades de gestión clínica entre servicios de oncología médica y de oncología radioterápica, entre otros. El programa de cáncer, que trata de plantear en cada centro el abordaje de esta enfermedad como una línea de productos específicos y cuya gestión dependa de un programa interno, en el que se tengan en cuenta los problemas transversales comunes a todas las situaciones clínicas, como pueden ser las demoras en el diagnóstico o los resultados de supervivencia y calidad de vida.

En otra de las líneas del Plan Integral de Oncología se contemplan las actuaciones sobre oncología pediátrica. En este sentido, se plantea la creación de una unidad funcional, la tercera unidad de estas características, en Granada, compartida por el hospital clínico y el hospital Virgen de las Nieves.

En la línea relacionada con el voluntariado, ya contamos con un planteamiento conjunto e integral, que garantiza a corto plazo una formación adecuada de las diversas asociaciones de voluntarios que trabajan en el apoyo del paciente oncológico.

En cuanto se refiere a la línea de sistemas de información, estamos desarrollando el Registro de Tumores Infantiles en Andalucía, el registro poblacional en cada provincia y los sistemas de información en cáncer, cuyo primer documento se presentará en enero del año 2005.

En la línea de investigación, estamos trabajando en siete proyectos. La definición de las necesidades básicas de conocimiento del sistema sanitario respecto al cáncer, la definición de las líneas de interés para la investigación del cáncer en Andalucía; en tercer lugar, potenciar la red andaluza de grupos cooperativos en oncología clínica, facilitando un banco de información sobre ayudas en cáncer, la creación de institutos multidisciplinarios de investigación en cáncer o la inclusión de programas de investigación en la formación de los profesionales en oncología. Y, por último, la investigación en genoma y cáncer, en relación a las estrategias marcadas en el III Plan Andaluz de Salud. La reciente incorporación del Banco de Líneas Tumorales de Andalucía ha supuesto, además, una oportunidad añadida al desarrollo de las propuestas anteriores.

Ya en las dos últimas líneas del plan, las de desarrollo profesional y universidad y las de desarrollo normativo, se han presentado el mismo en las facultades de Medicina y en diversos foros y sociedades científicas. Asimismo, se ha constituido el Consejo Asesor del Cáncer.

Para dotar este Plan Integral de Oncología de Andalucía de una estructura de funcionamiento ágil y participativa, se han organizado tres Comisiones de carácter permanente: asistencial, consultiva y procesos, y cuatro Grupos de Expertos: oncología médica, en hospitales comarcales, radioterapia, cuidados paliativos y oncología pediátrica. En todos ellos participan un total de 60 profesionales, que ayudan a contemplar las diversas propuestas que se están desarrollando por parte del plan.

Señorías, hasta aquí les he informado del desarrollo del Plan Integral de Oncología de Andalucía, que, como habrán podido comprobar, contiene elementos de distinta índole, porque se trata de un instrumento para abordar en profundidad todos los aspectos que tienen incidencia en la lucha contra esta enfermedad, tanto desde el punto de vista asistencial, como de recursos y de repercusión social. En este Plan Oncológico está implicado un conjunto importante de profesionales del sistema sanitario, que están trabajando decididamente para atender, en primer lugar, las necesidades asistenciales de los pacientes y mejorar su calidad de vida. Pero también otros profesionales están trabajando para mejorar las distintas estrategias con las que abordar el proceso de la enfermedad desde su inicio. Es, por tanto, un plan dinámico, un plan que requiere que todos lo asumamos como un compromiso colectivo, ya que se trata de la lucha contra una enfermedad de alcance en nuestra sociedad y que, por tanto, hacen de este plan un instrumento solidario, en el que todos, ciudadanos, profesionales, responsables políticos, agentes sociales, tienen que

aportar sus capacidades para reducir la incidencia del cáncer en la sociedad andaluza y mejorar las condiciones de vida de quienes lo padecen.

Quiero, por tanto, para concluir, y aprovechando la oportunidad de esta comparecencia parlamentaria, hacer un llamamiento a la solidaridad y a la conjunción de esfuerzos para conseguir objetivos cada vez más significativos en la lucha contra el cáncer. Pueden estar seguros de que desde la Consejería de Salud seguiremos haciendo el mayor esfuerzo posible y poniendo más recursos a disposición de los ciudadanos y de los profesionales para atender sus necesidades.

Por otra parte, por último, aclarar que, para mejorar la asistencia sanitaria, porque tenemos muy claro lo importante que es hacer frente a esta enfermedad, vamos a abordarla desde todas las perspectivas que se plantean, reduciendo los tiempos que existen entre el primer inicio de los síntomas, de cualquier síntoma de alerta que permita sospechar apenas que pueda existir una base para que exista un diagnóstico clínico, hasta la resolución definitiva o el tratamiento definitivo que se proporciona a los pacientes.

Muchas gracias.

La señora PRESIDENTA

—Muchas gracias, señora Consejera.

A continuación, tiene la palabra el Grupo proponente, el Grupo Socialista, y su representante, la señora Blanca Mena.

Su señoría tiene la palabra.

La señora BLANCA MENA

—Muchas gracias, señora Presidenta.

A través de su intervención de hoy, señora Consejera, nos ha dado la oportunidad a todos los presentes, por un lado, de conocer la situación actual del desarrollo del Plan Integral de Oncología de Andalucía y, por otro lado, nos ha dado también la oportunidad de visualizar el gran esfuerzo realizado por el sistema sanitario público andaluz para ofrecer a los ciudadanos la puesta en marcha de estas importantes líneas de actuación, que suponen un salto cualitativo y cuantitativo en la mejora de salud y la calidad de vida de todos los andaluces y andaluzas.

Como usted ha dicho, señora Consejera, no es necesario extenderse sobre la importancia que representa el cáncer como problema de salud en nuestra sociedad, cuya trascendencia para los andaluces y andaluzas justifica sobradamente la implantación, por parte de la Consejería de Salud, del Plan Integral de Oncología de Andalucía.

La asistencia sanitaria a los enfermos de cáncer siempre ha estado garantizada desde el sistema público sanitario andaluz, pero con la puesta en marcha de este plan supone ir más allá de la mera atención clínica. Este plan, señora Consejera, supone una

estrategia global que integra tanto la prevención de la enfermedad, la atención de las necesidades de las personas que ya padecen cáncer, así como la formación de investigación de las causas y la solución de la enfermedad. En cuanto a las actuaciones, he podido analizar que el Plan Integral de Oncología no es un hecho aislado en el sistema sanitario público andaluz, pues el desarrollo de las actuaciones está íntimamente relacionado con otros planes que forman parte de la política sanitaria andaluza y que contempla también entre sus objetivos la reducción de la mortalidad de los cánceres más prevalentes en Andalucía y la estabilización de las tendencias crecientes de muchos de ellos.

Haciendo referencia sólo a uno de ellos, puedo significar el II y el III Plan Andaluz de Salud, así como el Plan de Calidad del Sistema Público de Andalucía. En esta línea, y como usted ha dicho, el Plan Oncológico es uno más entre un conjunto de planes transversales puestos en marcha por la Administración sanitaria, pero que incorpora importantes avances científicos a nuestro alcance para la prevención, como es la creación del Consejo Genético de Andalucía y la definición de sus unidades asistenciales. El diagnóstico precoz de esta enfermedad, el abordaje planificado del cáncer en la infancia, la mejora en los sistemas de información relacionados con la enfermedad y un gran desarrollo, que es muy importante, de la investigación oncológica aplicada en Andalucía, que se completa con la creación del Banco de Líneas Tumorales de Andalucía, creado recientemente por la Consejería.

Otros avances, que son muy importantes para Andalucía, suponen el gran impulso de la red andaluza de asistencia oncológica, que se ha abordado el plan en el contexto, hasta ahora, y con las continuas mejoras en los recursos profesionales y en las infraestructuras de diagnóstico y terapeuoncológica.

También como modelo de trabajo el plan aborda la implicación de los profesionales que desde una perspectiva multidisciplinar intervienen a lo largo del proceso asistencial del paciente oncológico. También contempla este plan un espacio que es importantísimo para la implicación de las asociaciones ciudadanas que trabajan activamente contra esta enfermedad, así como de la propia familia de los pacientes, que, a los efectos de atención integral al enfermo de cáncer, cobra una especial importancia por su papel en los cuidados paulatinos y su aporte afectivo.

Por último, es preciso señalar a este plan como parte de una política de salud que se complementa con una línea política de prevención basada en la lucha contra el tabaquismo, factor íntimamente relacionado con la aparición de diversos tipos de cáncer.

Y, como otra de las características más relevantes para este plan, he analizado una serie de características que suponen una mejora muy importante para los ciudadanos andaluces y, sobre todo, para los enfermos de cáncer, que ha supuesto un gran esfuerzo en el sistema organizativo público andaluz. Pero voy a nombrar unos pocos de ellos porque no me quiero extender, como, por ejemplo, el aumento de la ofer-

ta terapéutica a pacientes con tumores hasta hace poco no considerados susceptibles de tratamiento; la incorporación real del tratamiento, del soporte de tratamiento activo en ciertos tumores avanzados y en pacientes mayores; establecimiento de las medidas oportunas para potenciar hábitos de vida saludables, con actuaciones específicas sobre aquellos factores de riesgo que, según la evidencia científica, están relacionadas con la aparición del cáncer.

También define este plan las actuaciones de carácter preventivo en el conjunto de actividades a revisar en unidades del Consejo Genético, mejora la comunicación e incorporación entre niveles asistenciales, potencia la atención domiciliaria en atención primaria de forma específica para estos pacientes.

En esta línea he podido observar que los servicios sanitarios, a través de su intervención, los servicios sanitarios andaluces dan una respuesta de forma eficaz y en el entorno más próximo al paciente y a los programas del dolor en el paciente oncológico. También se garantiza de forma específica la accesibilidad asistencial para todas y cada una de las situaciones que sufren estos pacientes, así como se evita la desigualdad en la atención, garantizando una atención homogénea para todos los pacientes, a la vez que se individualiza a través de la adopción de protocolos diagnósticos comunes para cada patología oncológica. También garantiza la no existente demora en la instalación de tratamientos, garantiza también un sistema de registro específico que permita una correcta información y disponer de esos datos ágiles, de forma ágil para una correcta evaluación posterior. Por supuesto, mejora la calidad de vida de los pacientes oncológicos, como un elemento clave que es la atención integral del paciente. La organización de un modelo de cuidados paliativos, con una visión integradora de niveles y recursos. Y, finalmente, define claramente las actuaciones del voluntariado y de la organización sin ánimo lucro o grupos de ayudas mutuas.

En conclusión, podemos afirmar que el Plan de Oncología de Andalucía supone un gran logro del Gobierno andaluz, considerado clave para dar respuesta a las necesidades y expectativas de los profesionales, pacientes y usuarios en un proceso continuo y de mejora de la calidad sanitaria andaluza.

Y también quiero aprovechar mi intervención para, en nombre del Grupo Parlamentario Socialista y en el mío propio, agradecer a todos los profesionales andaluces que están implicados en la atención de estos pacientes su esfuerzo y su especial dedicación. E, igualmente, nos sumamos al llamamiento a la solidaridad y a la conclusión de esfuerzos para la lucha contra el cáncer que ha realizado hoy usted aquí, Consejera.

Muchas gracias.

La señora PRESIDENTA

—Muchas gracias, señora Blanca Mena.
Señora Consejera.

La señora CONSEJERA DE SALUD

—Simplemente, reiterar que el desarrollo de esta iniciativa nos permite hacer un alto en el camino, hacer una evaluación del plan en el propio ecuador del mismo, lo que, sin duda alguna, también beneficia a la propia estrategia porque nos permite ver lo alcanzado hasta el momento y las cuestiones que todavía tenemos que profundizar hasta la conclusión definitiva del plan.

Gracias.

Comparecencia 7-04/APC-000243, del Consejo de Gobierno, a fin de explicar la deuda real, el déficit estructural y las necesidades de financiación de la sanidad pública andaluza, así como las exigencias que va a plantear en el debate que se ha abierto al respecto.

La señora PRESIDENTA

—Bien. Pues, muchas gracias.

Pasamos al tercer punto del orden del día: solicitud de comparecencia del Consejo de Gobierno ante la Comisión de Salud, de la Consejera, a fin de explicar la deuda real, el déficit estructural y las necesidades de financiación de la sanidad pública andaluza, así como las exigencias que va a plantear en el debate que se ha abierto al respecto.

Señora Consejera.

La señora CONSEJERA DE SALUD

—Sí. Gracias, Presidenta.

Señorías, estarán de acuerdo conmigo en que la financiación sanitaria es una cuestión compleja, ya que compromete a uno de los pilares del Estado del bienestar, como es la salud, que es en este momento motivo de preocupación para el Gobierno del Estado y del conjunto de las Comunidades Autónomas. De la orientación y del planteamiento que se haga de esta cuestión va a depender la perdurabilidad del buen sistema sanitario que se ha desarrollado en España en los últimos veinte años.

En estos últimos años los sistemas sanitarios públicos se han visto obligados a conjugar, por una parte, la necesidad de reducir el déficit público y mantener la competitividad y, a la vez, la necesidad de incrementar el montante global de la financiación sanitaria, para atender la creciente demanda de servicio sanitario, reciente demanda generada por el aumento del gasto farmacéutico, la aparición de nuevas tecnologías, el crecimiento poblacional y las expectativas de vida de los ciudadanos, entre otros factores.

Se han dado avances en la regulación del sector sanitario público y las medidas de disciplina en el

gasto han mejorado la eficiencia del sistema, pero, en cualquier caso, este esfuerzo no puede contrarrestar el problema de insuficiencia financiera que se arrastra.

La falta de operaciones específicas de saneamiento desde el año 1997 y en todo el periodo de Gobierno del Partido Popular, junto a todos estos elementos, a dos años y medio de desarrollo del nuevo modelo, han motivado diversos pronunciamientos sobre la necesidad de reformar el sistema de financiación sanitaria. Dada la importancia de esta cuestión, para el mantenimiento del actual nivel de prestaciones de la sanidad en nuestro país es necesario el máximo espíritu de consenso y abordar la cuestión bajo la óptica del interés general, abandonando todas las políticas oportunistas. Prueba, señorías, de la importancia que la financiación sanitaria tiene para el conjunto del Estado es que, en la Conferencia de Presidentes Autonómicos que ha convocado para mañana el Presidente del Gobierno, el primer tema que va a abordarse es, precisamente, la búsqueda de soluciones a los problemas que plantea la financiación sanitaria. Es, por tanto, esta materia una cuestión de Estado, en la medida en que afecta a todas las Comunidades en mayor o en menor grado y obliga a todos a un diálogo constructivo y eficaz para sacar esta cuestión del debate político, en el sentido de no hacer de ella un ejercicio de confrontación, sino, por el contrario, un elemento de solidaridad, ya que está en juego el futuro de nuestra sanidad y, por tanto, el servicio que se presta a los ciudadanos del Estado en su conjunto.

Nuestra Comunidad Autónoma tiene una posición definida en este debate abierto sobre la financiación sanitaria, una posición que se sustenta en los siguientes argumentos: la financiación establecida en el año 2001 y con efecto en el ejercicio 2002 dejó de ser finalista para integrarse como un bloque más en el modelo general de financiación autonómica. El punto de partida de la Comunidad Autónoma no es pedir la modificación o el cambio del modelo de financiación, al que se le reconocen avances en materia de autonomía y de corresponsabilidad, pero sí identificar las insuficiencias estructurales del propio modelo. No somos partidarios de centrar el debate en pedir al Estado la suma de las distintas deudas sanitarias declaradas por las Comunidades Autónomas, ni hablar de deudas anteriores al modelo actual, pues es imposible deslindar qué parte corresponde a insuficiencia financiera y cuál a decisiones de cada Comunidad. Sin embargo, sí entendemos que el modelo de financiación que se definió presentan una insuficiencia estructural cuyo cálculo habría que consensuar y a la que debería hacer frente el Estado.

Esta insuficiencia estructural del modelo responde, principalmente, a dos factores: por una parte, a la base poblacional de partida, que ha sufrido una modificación tan importante en pocos años que ha hecho que el modelo de base capitativa no parta del reconocimiento de la población real que recibe servicios sanitarios. En segundo lugar, porque existen determinados costes

sanitarios, sobre todo farmacia y tecnología, que han disparado sus valores y que están distorsionando de forma importante la suficiencia del modelo.

Se hace necesario, por tanto, a nuestro juicio, consensuar una fórmula de cálculo de la insuficiencia estructural del modelo, en la que a nuestro juicio, también, debería implicarse el Estado, ya que se trata de un problema que afecta a la propia esencia del Estado del bienestar.

Por otro lado, el modelo introduce un ajuste a la base capitativa ponderando en un 25% a la población mayor de 65 años, ponderación que entendemos excesiva y no ajustada en términos de necesidades sanitarias. En caso de que se mantuvieran ajustes al modelo poblacional, sería necesario modificar el peso de esta variable o introducir otras de influencia en términos de necesidad sanitaria o variables socioeconómicas que inciden en dicha necesidad.

El modelo también prevé un mecanismo de corrección de desequilibrios que pudiese tener potencial real si su dotación llegara a ser suficiente: se trata del Fondo de Cohesión Sanitaria, y, por tanto, otro elemento clave en la financiación sanitaria.

Nos preocupa la virtualidad real de este fondo que ha tenido tan escasa significación económica, que viene restando robustez al modelo de financiación en estos primeros años de andadura y que adolece de un desarrollo real que fomente la cohesión del sistema. Y es que, a pesar de la amplia finalidad para la que fue creado el Fondo de Cohesión, su desarrollo aborda sólo una parte muy específica de la desigualdad en el acceso, si entendemos por igualdad de acceso a los servicios sanitarios que todos los ciudadanos y ciudadanas puedan recibir la misma atención en tiempo, forma, calidad y cantidad, ante igual necesidad.

Para garantizar la igualdad de acceso, hay dos objetivos a cumplir, a nuestro juicio: corregir las desigualdades sanitarias y garantizar la igualdad de atención en los desplazamientos fuera de la propia Comunidad Autónoma de residencia.

En relación a la igualdad de salud, el fondo debería compensar aquellos aspectos que no se tienen en cuenta en el acuerdo de financiación, es decir, las situaciones de necesidad sanitaria derivadas de deficiencias en salud o socioeconómicas de carácter regional, dada la evidencia existente en este momento respecto a que peores condiciones socioeconómicas conducen a una mayor necesidad de servicios sanitarios públicos y a mayores dificultades de acceso.

Por otra parte, la atención sanitaria a desplazados no abarca todos los supuestos de desplazados, ya que se excluye la asistencia hospitalaria no programada, las consultas en primaria y especializadas, las urgencias o la farmacia, por lo que aquellas Comunidades Autónomas que tienen mayores costes por estos supuestos, por ejemplo las que tienen una alta variabilidad estacional y reciben gran afluencia turística, no se ven compensadas a través de estas variables.

En el caso de desplazados extranjeros, el Fondo compensa a las Comunidades por el saldo neto estatal, perjudicando a Comunidades singularmente

receptoras de extranjeros, cuando el saldo estatal está compensado. Tampoco se tiene en cuenta la población inmigrante, sin papeles o el creciente turismo sanitario en que incurrir extranjeros no residentes, con cartilla temporal de la Seguridad Social, cuestiones éstas que están generando desequilibrios financieros importantes en las Comunidades fronterizas y turísticas, como es el caso de Andalucía.

En lo relativo al origen de los recursos que financien el sistema, somos contrarios a fórmulas directas de participación ciudadana. Planteamos como más conveniente una mayor participación de la Comunidad en la cesión de impuestos, prefiriendo la financiación sobre impuestos aplicados al tabaco o al alcohol, y ello por su doble efecto tanto financiero como disuasorio de hábitos no saludables.

Por último, no quiero dejar de reseñar la importancia que tiene para nosotros el tratamiento diferenciado del impacto presupuestario del gasto de farmacia, y ello porque las competencias en materia de farmacia son fundamentalmente estatales, siendo escaso el marco regulador de las Comunidades Autónomas, pese al desarrollo que han tenido en Andalucía las políticas de uso racional del medicamento.

Por tanto, consideramos que, o bien las Comunidades Autónomas tienen un mayor peso en los aspectos reguladores en materia de farmacia, o bien la participación estatal en una partida de gastos tiene que estar acompañada de este margen de gestión con el que cuenta, escaso, la Comunidad Autónoma, y por tanto la participación estatal tendría que incrementarse.

Señorías, creo, por tanto, que nuestra postura ante el debate de la financiación sanitaria es clara, argumentada y basada en principios que hacen referencia al interés general. Por ello propiciamos desde Andalucía el mayor espíritu de diálogo constructivo para resolver un problema que es de todos y que requiere, por tanto, que las negociaciones se realicen desde la mayor lealtad institucional.

Todos los elementos hasta ahora reseñados están siendo estudiados por un grupo de expertos de las Consejerías de Economía y Hacienda, y de Salud, y forman parte de los argumentos que en materia de financiación sanitaria está defendiendo la Junta de Andalucía en todos los foros de debate y de negociación, donde actualmente tiene sentido tratar esta materia.

Quisiera reseñar, por último, el éxito que a nuestro juicio supone el que el problema de la financiación sanitaria haya salido de un exclusivo debate de gestión para ser asumido por el Gobierno de la Nación, Comunidades Autónomas y expertos en la materia como un problema de Estado, influido por factores estructurales que lo hacen susceptible de un gran pacto para buscar fórmulas de sostenibilidad y soluciones similares a las que en su día se produjeron para garantizar el sistema de Seguridad Social en España.

Señorías, en su solicitud de comparecencia plantean también la cuestión de la deuda real de nuestro sistema sanitario público. Me ha parecido necesaria en mi respuesta situar esta cuestión al final de esta

primera intervención, porque la deuda real hay que entenderla y enmarcarla dentro del contexto de la situación financiera de la sanidad en el conjunto de todas las Comunidades Autónomas, como consecuencia, por tanto, del desarrollo y la aplicación de los distintos modelos de financiación que se han venido sucediendo hasta llegar al actual.

Sus señorías saben perfectamente que no hay sistema sanitario público en el Estado que no presente este problema, como les decía, motivado por un conjunto de elementos que se han ido acumulando en los sucesivos modelos de financiación sanitaria y que constituyen un lastre histórico al que hay que dar solución en el conjunto del sistema nacional de salud. Nuestra Comunidad no es una excepción a esta situación general y, por tanto, presentamos un endeudamiento acumulado al que tenemos que hacer frente. Pero esta situación obedece a varias razones, y la primera corresponde al déficit estructural, a la insuficiencia estructural de la que participan todas las Comunidades, pero que en nuestro caso se ha visto incrementada por la situación de asfixia financiera a la que el Gobierno del Partido Popular ha sometido a Andalucía en los ocho años de Gobierno en la Nación.

Ante esta situación, nuestra Comunidad ha hecho un esfuerzo importante para compensar este desequilibrio y, año tras año, ha realizado aportaciones complementarias en la medida de las posibilidades presupuestaria de la Comunidad, lo que nos ha permitido paliar en parte la situación planteada. En concreto, en estos años de política restrictiva para Andalucía, por parte del Gobierno del Partido Popular, nuestra Comunidad ha dejado de percibir 3.700 millones de euros, por no haber firmado el modelo de financiación de 1997. Esta pérdida se distribuye en 2.500 millones de euros no recibidos de la liquidación de dicho modelo, que todas las demás Comunidades ya han cobrado, y que es lo que ahora el Gobierno va a liberar para restituir a nuestra Comunidad. Y los restantes 1.200 millones de euros, hasta completar esta cantidad de 3.700, a los que me refería, se derivan de las entregas a cuenta, en concreto el 2% de los ejercicios 2002 y 2003, que tampoco se han recibido.

Por tanto, señorías, esta situación, lógicamente, va generando un estado de déficit continuo que deriva en la actual deuda del Servicio Andaluz de Salud.

Pero también comprenderán sus señorías que conocer la foto-fija de la deuda resulta una cuestión de bastante complejidad, porque es una situación cambiante, a veces de un día para otro, y además existe un grado muy importante de desconcentración de la factura dentro del sistema sanitario público, debido a la propia naturaleza de los servicios sanitarios que se prestan, que requieren —como conocen— manejar una información y una documentación amplias y dispersas en muchos centros distintos de gestión.

A fecha 27 de octubre de 2004, la deuda acumulada con proveedores de bienes y servicios por insuficiencia presupuestaria asciende a unos 550 millones de euros. Esta cantidad representa la séptima parte de los 3.700 millones, que en los ocho últimos

años de Gobierno del Partido Popular hemos dejado de percibir en Andalucía por esta política restrictiva con nuestra Comunidad, y equivale por otra parte a algo menos del gasto del sistema sanitario correspondiente a un mes.

Desde la Consejería de Salud hemos solicitado que una parte de la liquidación del modelo de financiación sea destinada a cubrir parte de las insuficiencias financieras del sistema sanitario público andaluz.

Pero, señorías, quisiera concluir esta intervención haciendo algunas reflexiones sobre la naturaleza y las razones que generan la deuda sanitaria, porque entiendo que es necesario situar el problema en el marco de referencia adecuado, para no caer en la tentación de desvincular las cifras de deudas del contexto que la generan y, por tanto, usar estas cifras de manera interesada o parcial.

En el ámbito de la prestación sanitaria y por la propia naturaleza del acto médico de carácter unipersonal, los factores demográficos tradicionales, como el crecimiento vegetativo de la población, y otros factores añadidos, como la inmigración, así como los indicadores de salud, esperanza de vida, envejecimiento poblacional, cronicidad de ciertas patologías, condicionan la producción de actividad sanitaria y, por tanto, inciden de forma directa en el gasto sanitario.

Por otra parte, el impacto que en el gasto sanitario tiene la aparición de novedades tecnológicas o novedades farmacéuticas es un fenómeno en ocasiones inevitable y no contemplado en los mecanismos de financiación sanitaria. Y cuando digno inevitables me refiero a que, si se demuestra con evidencia científica el valor intrínseco de la nueva prestación y se controla su uso correcto y adecuado de la misma, su incorporación al sistema no sólo es una opción política, sino además una exigencia del ciudadano o del profesional que les lleva a veces, incluso, a reclamar determinados niveles de cobertura en los tribunales de justicia. Resulta en esto altamente elocuente la sentencia del Tribunal Supremo, como la que condena al Servicio Andaluz de Salud por no aplicar técnicas de análisis del plasma para transfusiones, ya que, aunque no eran obligatorias en el Sistema Nacional de Salud, la ciencia habría demostrado cierta utilidad y, según el juez, no puede la Administración demorar su incorporación a la cartera de servicios por razones de índole administrativa. Hay que tener en cuenta, además, que aunque el Servicio Andaluz de Salud ocupa una posición de liderazgo en la contención del gasto farmacéutico, la propia rigidez del gasto sanitario no permite que los mecanismos de sustitución funcionen con la suficiente rapidez, ya que es frecuente que cada innovación no comporte la supresión de otro elemento que puede entenderse como superado o como obsoleto, razones por las cuales no siempre las medidas de gestión, por eficaces y eficientes que sean, consiguen contener el gasto sanitario en la media en que fuese necesario.

En conclusión, me gustaría destacar los siguientes aspectos que a nuestro juicio tienen una importancia estratégica en el tema que nos ocupa.

En primer lugar, nuestra postura está claramente ligada a la búsqueda del mayor consenso posible para encontrar soluciones a la insuficiencia estructural de la financiación sanitaria. Es por ello que no queremos forzar posturas con condiciones apriorísticas o excluyentes, sino fomentar las soluciones comunes desde una perspectiva de equidad y solidaridad dentro del sistema.

Segundo, no compartimos la visión de la cuestión de la financiación sanitaria en exclusivos términos de coste de los servicios sanitarios. A nuestro juicio, no puede olvidarse la contribución que realiza el Sistema Nacional de Salud en términos de beneficios productivos, creación de empleo, etcétera, llegando a convertirse en el principal sector productivo del Estado.

Tercero, que a pesar de las insuficiencias financieras que han afectado al sistema sanitario, quiero afirmar que me siento orgullosa del nivel de eficiencia alcanzado por el sistema sanitario público de Andalucía, que optimizando los recursos disponibles ha introducido distintos elementos de gestión y ha situado a la sanidad andaluza en altos niveles de calidad y de servicio.

Andalucía cuenta en estos momentos con una red de atención primaria orientada a prestar una atención integral al ciudadano, con 350 centros de salud y cerca de 1.500 centros de atención primaria, siendo hoy la mayor red informatizada del conjunto de Europa.

En la asistencia especializada hemos invertido una situación caracterizada por la existencia de importantes desigualdades en la distribución de recursos interprovinciales y entre medio rural y urbano, con múltiples redes asistenciales públicas de distintas Administraciones sin conexión, sin objetivos comunes, por un panorama, el actual, en el que destaca la existencia de una moderna y única red de centros de asistencia especializada, abriendo 17 nuevos hospitales, de los cuales, 13 están situados en el medio rural.

Se han experimentando nuevas formas de gestión, mediante la creación de empresas públicas hospitalarias y áreas integradas de gestión, y estamos desarrollando un modelo de centros hospitalarios de alta resolución. Esto responde a un concepto organizativo nuevo, pasando de estructuras más verticalizadas a estructuras funcionales que se organizan por procesos asistenciales integrados.

Esta realidad no puede olvidarse, señorías, cuando abordamos el problema de la financiación y la deuda sanitarias, porque de alguna manera nos permiten contextualizar y entender algunas de las razones que están en la base propia de esta cuestión.

Muchas gracias.

La señora PRESIDENTA

—Muchas gracias, señora Consejera.

A continuación tiene la palabra, por uno de los proponentes, el Partido Andalucista, su portavoz, el señor Calvo.

Su señoría tiene la palabra.

El señor CALVO POYATO

—Muchas gracias, señora Presidenta. Y muchas gracias a la Consejera por las explicaciones que nos ha dado.

Yo voy, en primer lugar, a decirle en lo que coincido de la explicación que nos ha dado, para luego dejar..., que es bastante más que en lo que no coincido, de la explicación que nos ha dado.

Una de las cosas que mi Grupo parlamentario quería conocer con esta comparecencia era la posición de la Consejería en cuanto a la posibilidad de participación de los propios usuarios en la financiación del sistema, más allá de la participación que ya realizan a través de sus correspondientes cuotas de aportación a la Seguridad Social, que tiene una parte de atención al gasto médico y farmacéutico, ¿no? Me estaba refiriendo a eso que en algún sitio se ha denominado el copago, que nosotros rechazamos de plano y que, voy a decirle, yo estoy de acuerdo, si se necesitasen algunos recursos, pero después hablaremos de esa necesidad de recursos, que sean vía impositiva a artículos como el tabaco, por ejemplo, o determinado tipo de alcoholes, nosotros podemos compartir ese planteamiento y, por lo tanto, estaríamos de acuerdo con ello.

Pero a partir de ahí usted ha planteado que existe una deuda real y, sobre todo, que existe un déficit estructural. Y ese déficit estructural básicamente lo ha centrado la señora Consejera en ocho años de Gobierno del Partido Popular, que han generado una cierta situación de asfíxia a la Administración andaluza, cosa que es cierta —es decir, yo no voy a negarlo—, pero, mire, ésa no es la única razón, ni muchísimo menos, por la cual la sanidad andaluza se encuentra en una situación plagada de dificultades.

Por ejemplo, la señora Consejera ha aludido a que una parte del déficit se encuentra en la necesidad de respuesta a un territorio como el nuestro, a un país como el nuestro, donde la afluencia de turistas es numerosa, donde la existencia de inmigrantes en determinados momentos es numerosa y donde también es numerosa la existencia de una población estable de ciudadanos procedentes de otros territorios de la Unión Europea y que, de acuerdo con la propia normativa comunitaria, tienen que recibir una atención sanitaria.

Bien. El Grupo Parlamentario Andalucista planteó, por ejemplo, en la pasada legislatura, la necesidad de exigirles al Gobierno central y al Gobierno europeo recursos para hacer frente a esas situaciones, en el caso concreto del Gobierno europeo por entender que el número creciente de ciudadanos europeos que se instala durante una buena parte del año, en algún caso durante la totalidad del año, en nuestro territorio iba más allá de los acuerdos de poder atender sanitariamente a ciudadanos de la Unión transeúntes en otro país. No se hizo nada desde el Gobierno andaluz. E instamos también, por esa situación de afluencia turística y de un volumen de inmigrantes, a que se instase, en este caso al Gobierno central, a que diese

a Andalucía un tratamiento especial y tampoco se hizo. Por lo tanto, cuando la señora Consejera ahora se queja de unos planteamientos de falta de recursos como consecuencia de tener que atender, y generar, por lo tanto, un déficit a determinados colectivos, yo tengo que decirle que lo que no nos sirve al Grupo Parlamentario Andalucista es que constate aquí que una parte de la existencia del déficit se explica, precisamente, por tener que atender a estos colectivos, cuando el Gobierno no ha hecho o no ha tomado las iniciativas a las que me estoy refiriendo, tanto a nivel europeo como a nivel del propio Estado.

Mire, nosotros entendemos que aquí hay un problema que desde el Grupo Socialista y desde el Gobierno, en este momento Gobierno monocolor del Partido Socialista, se trata de eludir sistemáticamente, que es la Deuda histórica que hay con Andalucía. Usted ha cargado la mano en el maltrato del Partido Popular, que existió, a nuestra tierra, pero no ha dedicado una sola palabra a otro elemento importantísimo para entender que tenemos un déficit estructural que colabora de manera importante a la deuda real, que es la Deuda histórica. Mire, porque, además, la Deuda histórica, cuando quedó recogida en nuestro Estatuto en el año 1982, hablaba, precisamente, de la necesidad de hacer frente a la media estatal, a la nivelación de unos servicios básicos, de los cuales dos eran los fundamentales: el educativo y el sanitario. Y no se ha pagado. Y como no se ha pagado desde el año 1982, venimos arrastrando ese déficit estructural.

Por lo tanto, culpa en actitudes del Gobierno central en los últimos ocho años y culpa de quien no ha pagado la Deuda histórica desde hace 22 años que está constatada. No le ha dedicado usted una sola palabra, y supongo que eso forma parte del plan de silencio ominoso que estamos contemplando, por parte del Partido Socialista, en un asunto como éste.

Que llega aún más allá, señora Consejera. Mire, usted ha hablado de una... —a ver si encuentro la palabra—, de haberle quitado a Andalucía —lo voy a decir en román paladino—, como consecuencia del sistema de financiación, de la liquidación del sistema de financiación, entre el año 1997 y el año 2001, 3.700 millones. No son 3.700 millones: son 4.180 millones de euros. Es que estamos hablando de 1.450 millones de euros, que es que es mucho dinero, casi tres veces lo que usted nos dice que es la deuda real de su Consejería el 27 de octubre. Por lo tanto, no se puede decir, mire usted, 3.700 millones: no.

Pero, además de que no son 3.700 millones lo que se dejó de pagársenos por la liquidación del sistema financiero, el problema está en que ustedes han aceptado esa liquidación no en 3.700 millones, no en los 4.140 que había presupuestado el propio Grupo Parlamentario Socialista en iniciativas traídas a esta Cámara, sino que lo han liquidado a la baja. Y lo han liquidado por 2.500 millones de pesetas. Y el otro día se nos decía, en un debate en el Pleno, que es que el Consejero de la Presidencia, señor Zarrías, le había escrito al Gobierno por su cuenta y riesgo, sin encomendarse ni a Dios ni al Diablo,

absolutamente a nadie, que él estaba dispuesto a aceptar una liquidación de esa cantidad para tratar de explicar que hoy se ha producido la liquidación a la baja. Eso no fue lo que dijo este Parlamento. Este Parlamento dijo que quería los cuatro mil ciento y pico millones de euros que se nos debían por ese sistema de liquidación, y luego alguien, por su cuenta y riesgo, realiza una baja del 40%.

Por lo tanto, señora Consejera, nosotros entendemos que tenemos un problema estructural que se nos convierte en una deuda real como consecuencia de una serie de factores que no se derivan sólo del Gobierno del Partido Popular en el Gobierno del Estado, sino de otros elementos, de otros elementos importantísimos.

Usted ya sabe, y lo sabe mejor que este portavoz que está hablando en este momento, que nosotros tenemos un déficit de camas, que nosotros tenemos un déficit de medios en comparación con la media del Estado, y que eso da lugar a que los retrasos en prestación de servicios en nuestra Comunidad se produzcan con más intensidad que la que hay en otras Comunidades del Estado. Y eso es consecuencia de una falta de medios que viene a responder a ese déficit estructural al que usted se ha referido y que yo le digo.

Por lo tanto, no podemos nosotros compartir que esa situación de dificultad sea la consecuencia de la asfixia financiera a que el Gobierno central, durante la época del Partido Popular, sometió a Andalucía, sino también la consecuencia de la falta de pago de la Deuda histórica durante los catorce años que estuvo gobernando el señor González, don Felipe, a los que vienen a sumarse los ocho años de Gobierno del señor Aznar, don José María, ¿no?

Para concluir, mire, ha dicho usted antes, y a mí me parece que eso es importante, que la sanidad es una cuestión de Estado. No nos cabe a nosotros la menor duda, puesto que es uno de los servicios fundamentales que tienen que recibir los ciudadanos, y porque la salud es pieza fundamental en las condiciones de vida de cualquier sociedad. Pero, mire, yo la veo a usted no comprensiva, que eso debe serlo siempre, sino —entre comillas, ¿eh?— facilona en la relación con el Gobierno central. Estoy... [*Risas.*] He dicho entre comillas, que quede claro, que quede claro, que quede claro... Hombre, en la relación financiera. Que quede claro que, si esa situación de deficiencias estructurales del modelo de financiación sanitaria que en este momento hay sobre la mesa tuviese que afrontarla el Partido Popular —y nosotros no tenemos ningún interés en que quien lo tenga que afrontar sea el Partido Popular, también se lo puedo decir a su señoría, a la señora Consejera, ¿eh?—, usted no habría planteado —no me cabe la menor duda— su actitud en los términos en los que lo ha planteado en esta comparecencia. Ahora es el Gobierno amigo.

Por lo tanto, le admito la cuestión de que esto es un asunto de Estado; pero, en todo caso, creo que la energía puesta en otros momentos tiene que seguir

valiendo ahora, tiene que seguir valiendo ahora. Y no la vemos cuando, de exigirle al actual Gobierno central los recursos financieros que nosotros necesitamos para ello, incluida la Deuda histórica y, desde luego, la no rebaja en la liquidación del sistema de financiación autonómica por el período 1997-2001, tenga que llevar o tenga que seguir llevándose a cabo.

Concluyo. Yo quiero agradecerle lo que usted nos ha dicho. Quizás hubiera sido mejor que hubiese empezado por lo que no estaba de acuerdo con lo que usted nos ha dicho, que, como habrá visto, es bastante, y haber terminado en decirle en lo que estaba de acuerdo, porque a lo mejor así la comparecencia queda más garbosa. Pero para mí no es cuestión de garbo, en este caso, sino de decir lo que piensa nuestro Grupo parlamentario, y, en todo caso, decirle que, en ese nivel de exigencia que nosotros creemos que es imprescindible no bajar el tono, usted nos encontrará a nosotros siempre apoyándola; ahora, si todo son facilidades, facilidades que vayan en contra de nuestra tierra, ahí nos encontraremos enfrente.

Muchas gracias, señora Presidenta.

La señora PRESIDENTA

—Muchas gracias, señor Calvo.

A continuación tiene la palabra la portavoz del Grupo Parlamentario de Izquierda Unida, la señora Caballero.

Su señoría tiene la palabra.

La señora CABALLERO CUBILLO

—Sí. Gracias, señora Presidenta.

Señora Montero, mañana se reúne la Conferencia de Presidentes Autonómicos, que, al parecer, entre otros temas va a abordar el tema de la financiación sanitaria. Lo normal hubiera sido que el Gobierno andaluz hubiera, a iniciativa propia, comparecido en este Parlamento para explicar qué va a plantear mañana, para hablarnos de cuál es la deuda sanitaria actual acumulada, de cuál es el déficit estructural y cuáles son las medidas que va a llevar mañana a esa reunión de Presidentes autonómicos, aunque, evidentemente, allí no se va a terminar de ver ningún sistema definitivo, pero sí se va a poner sobre la mesa algún hilo de propuestas.

Sin embargo, no es eso lo que nos encontramos. Usted comparece porque lo hemos pedido los Grupos de Izquierda Unida y el Partido Andalucista, y no nos trae una estimación de la deuda sanitaria andaluza: para nada. Ni siquiera el Gobierno andaluz hace lo que ha hecho el resto de las Comunidades Autónomas, que es fijar su deuda sanitaria, su déficit estructural y su capítulo de propuestas. Madrid ha dicho que tiene un déficit estructural de 860 millones de euros anuales, que quiere 230 millones de euros anuales por desplazados; Valencia ha estimado su deuda, ha hecho su cómputo por desplazado; Cataluña ha crea-

do una comisión de expertos propia, propia, señora Montero, no la comisión de expertos estatal, sino una comisión de expertos propia, y ha fijado su déficit estructural entre 600 y 1.000 millones de euros... En definitiva, todas las Comunidades han dicho cuál es la realidad, pero no así Andalucía. Y usted, con todo el respeto que me merece, personal y políticamente, nos obsequia con una frase que a mí me ha puesto los pelos de punta, y es que no puede estimar el déficit sanitario porque la situación es cambiante de un día para otro. Es muy complicado y la situación es cambiante de un día para otro. Horror, horror. Yo no le pido que me dé el déficit sanitario día a día o mes a mes; yo le digo, por ejemplo, que nos lo dé a un capítulo cerrado, que es 2004. Pero no la deuda de 2004, no la deuda a proveedores del año 2004 —no, señora Montero—, sino el total de la deuda sanitaria. Claro, si ustedes lo que plantean es no reconocer la deuda sanitaria que la propia Cámara de Cuentas dice, pues nos lo advierte.

Yo le voy a hacer unas cuentas, y usted me dice que no, me dice si llevo razón o no llevo razón. Ya que usted no hace sus propias cuentas, se las voy a hacer yo. Vamos a ver.

¿Cierto o no que el Servicio Andaluz de Salud tiene una operación de saneamiento hasta el ejercicio de 1998 por valor de 1.200 millones de euros? ¿Cierto o no? Página 278 del último informe de la Cámara de Cuentas, relativo al año 2002. Pero estamos hablando, por una parte, de un déficit de 1.200 millones del que se ha hecho una operación de endeudamiento para enjugarlo. ¿Es verdad o no es verdad, señora Consejera? ¿Y es verdad o no es verdad que los déficit anuales de cada ejercicio, que también los tengo aquí, según la Cámara de Cuentas, alguno —y se los relato—, son: en 2001, 581 millones; en 2002, 413 millones, y en 2004 usted me acaba de decir 550 millones? ¿No es cierto que se ha autorizado una cuenta extrapresupuestaria del SAS que permite imputar esas deudas a 10 años? En 10 ejercicios presupuestarios. Lo que quiere decir que es una piedra que hemos tirado al aire. Pero que las piedras que se tiran al aire, señora Consejera, acaban cayendo, acaban cayendo. Y acaban cayendo sobre el conjunto de las finanzas públicas andaluzas, ¿no? Y no me parece serio, señora Consejera, que no se nos diga con toda claridad cuál es el déficit andaluz. No el déficit anual del año 2004, sino todo el déficit acumulado del Servicio Andaluz de Salud. No por morbo político o periodístico, sino porque es un elemento central del trabajo para componer una alternativa que sea viable y que sea solvente, y que sea solvente.

Bien, por favor, si me permite el resto de los Grupos.

Vamos a ver, nosotros hemos estudiado año por año el déficit anual, y a nosotros nos sale un déficit entre 420 millones de euros y 550 millones de euros, el déficit anual, anual, del servicio actual que presta el Servicio Andaluz de Salud. Me explico: el déficit sobre lo que tenemos, no sobre lo que necesitamos

sanitariamente, sino el déficit sobre los servicios que prestamos actualmente, que es un déficit estructural. Para mantener los hospitales que tenemos y los centros de salud que tenemos, tenemos en torno a unos quinientos millones de déficit anuales. ¿Me acerco, señora Consejera, o no? Por tanto, habrá que reclamar cómo se va a enjugar ese déficit. Y ahora voy a ir al capítulo de propuestas.

Pero, por otra parte, creo que es obligación andaluza también el calcular la estimación de gasto necesaria para la nivelación de servicios con el conjunto del Estado, porque nosotros queremos estar en el mismo nivel que está el conjunto del Estado. Andalucía, señora Consejera, tiene, para acercarse al nivel estatal, necesita 5.000 camas hospitalarias, 5.000, datos del Ministerio de Administraciones Públicas, no de Izquierda Unida, del Grupo Parlamentario de Izquierda Unida, 5.000 camas. Andalucía necesita una cantidad enorme de médicos y de personal sanitario. Y no le voy a hablar de los sueldos del personal médico, que hay diferencia entre Comunidades del 40%, pero no voy a entrar ahí. Andalucía necesita —y son estimaciones suyas— unos sesenta y tantos centros de salud para completar una buena red de asistencia primaria, y todo eso sería por encima de los quinientos millones de déficit que tenemos actualmente.

Ahora, usted me dice, y el señor Chaves: «Vamos a hacer un pacto de Estado». Y me dice: «Yo no quiero el copago». Magnífico, bien, no hay copago, estupendo, pero ¿qué vamos a hacer, señora Consejera? Porque eso no es ninguna alternativa. Decir que no al copago no es absolutamente ninguna alternativa para la Comunidad Autónoma de Andalucía.

En primer lugar, ¿qué vamos a hacer con la deuda acumulada que tenemos, que es una losa no solamente para el departamento que usted dirige, sino para el conjunto de la Hacienda pública andaluza? Porque aquí hay principio de caja única, y en los 10 años que nos van a ir lloviendo las deudas aplazadas del SAS, nos van a ir lloviendo sobre las finanzas andaluzas, pues no habrá que recortar sanidad: es que habrá que recordar educación, servicios sociales, etcétera, etcétera, para pagar esa deuda sanitaria.

Y usted nos ofrece una alternativa magnífica: olvidémonos del pasado, las deudas anteriores no hay que tenerlas en cuenta... Ah, estupendo. ¿Qué quiere decir esto, señora Consejera? ¿Quiere decir que dentro de los 2.500 millones de euros ustedes ya entienden que con eso ya está pagado el déficit sanitario? ¿A cuánto asciende realmente la deuda sanitaria si sumamos ejercicio tras ejercicio? Yo ayer dije 1.700 millones, y creo que son muchísimos más. Lo hice por prudencia, 1.700 millones por prudencia. Mi cuenta particular me sale una cantidad muchísimo más alta, pero yo espero que nos la diga usted, no yo. Bien.

Entonces, ¿qué alternativas tenemos? Dice el señor Griñán: «Vamos a aumentar los impuestos especiales», que alguna Comunidad Autónoma lo había hecho, había colocado un impuesto sobre la gasolina, sobre el gasoil, algunos de dos céntimos y

otras Comunidades de un céntimo. A continuación, le contesta Solbes que no va a haber ningún crecimiento en los impuestos especiales, cero, cero crecimiento de los impuestos especiales, con lo cual no vamos a crecer, no vamos a cargar los impuestos especiales para financiar el sistema sanitario, ni el alcohol, ni el tabaco ni la gasolina. Dígame usted que sí o que no, porque es que no sé qué propuesta llevan, yo no sé qué propuesta llevan.

Yo le voy a hacer un catálogo de propuestas que nos parecen adecuadas, adecuadas, solventes e importantes para la Comunidad Autónoma.

Mire usted, nosotros le planteamos que se negocien mancomunadamente las deudas sanitarias anteriores, porque esas deudas sanitarias están producidas por un déficit de financiación estatal, no están motivadas por una mala gestión de la Consejería. Si estuvieran motivadas por la mala gestión de la Consejería, nosotros exigiríamos que una parte, pues fuera responsabilidad del Gobierno andaluz, pero no, la responsabilidad del Gobierno andaluz es la calidad del servicio, pero el mantenimiento del servicio, si no nos dan el dinero suficiente, es un déficit estructural que tiene que pagar el Estado o que tiene que copagar el Estado. El copago para el Estado, copago Andalucía-Estado central.

En segundo lugar, reclamemos la Deuda histórica de Andalucía. La nivelación sanitaria forma parte de forma clarísima y evidentísima de lo que establece la Disposición Adicional Segunda del Estatuto, que es la nivelación de servicios básicos en el Estado. Más básico que la sanidad está solamente educación. Por tanto, reclamemos y estimemos la nivelación de este servicio que se tiene que producir.

La señora PRESIDENTA

—Señora Caballero, su señoría debe ir terminando.

La señora CABALLERO CUBILLO

—Sí, termino. Me quedan sólo tres líneas.

En tercer lugar, vamos a solicitar al Estado que nos ceda, de la cesta de impuestos, más competencias y un mayor porcentaje de la cesta de impuestos.

En cuarto lugar, vamos a estimar, señora Consejera, el tema de los desplazados. ¿Qué es esto de que Cataluña diga que, debido al gran nivel de su sanidad pública, tiene turismo sanitario allí y que Andalucía, que tiene turismo, pero turismo por miles, por millones, millones y millones, no obtenga compensación por el tema turístico? Ningún tipo de compensación. ¿En cuánto estima usted que el Estado le debería de pagar por desplazado, que no lo ha dicho?

Y, finalmente, que se modifique el fondo sanitario. El fondo sanitario por hoy es inexistente, existe en el papel pero no existe, ¿no?

En definitiva, señora Consejera, la veo muy calladita. No es responsabilidad suya, quiero decirle, esta responsabilidad de la política económica del Gobierno andaluz: sería responsabilidad fundamental del señor Griñán, y sería responsabilidad del conjunto del Gobierno andaluz traer un sistema articulado a este Parlamento de Andalucía para que el debate, efectivamente, pueda provocar un consenso y una defensa de nuestros intereses como Comunidad Autónoma andaluza.

Y volverle a insistir en que lamento muchísimo que se nos oculte el déficit sanitario, sinceramente, y que no comprendo que una responsable pública me pueda decir que los datos son muy complicados.

Usted traiga los muy complicados, que a mí no me importará estudiarlo, pero tráiganos los datos a este Parlamento de Andalucía sobre el déficit sanitario.

La señora PRESIDENTA

—Gracias, señora Caballero.
Señora Consejera, tiene la palabra.

La señora CONSEJERA DE SALUD

—Respuesta al señor Calvo, portavoz del Grupo Andalucista: Lo lamento, ¿no?, lo lamento porque yo creo que hay muchas cuestiones en las que coincidimos y hay cuestiones en las que diferimos. Creo que en ningún caso yo he dicho que la única responsabilidad de la insuficiencia estructural financiera del sistema la tenga el Partido Popular; yo creo que eso no lo he dicho en ningún momento y me remito al acta de mi comparecencia. Sí he dicho que eso ha tenido un peso en dinero que ha dejado de percibir la Comunidad Autónoma, y creo que lo compartía. Por tanto, no me voy a entretener.

También el señor Calvo ha comentado, cosa que no comparto en absoluto, que por parte de mis predecesores en este cargo, concretamente el señor Vallejo, durante los años de Gobierno del Partido Popular no ha habido ninguna reivindicación en relación a materia sanitaria. Eso es rigurosamente falso. El señor Vallejo, en los diferentes foros, fundamentalmente los que corresponden al Consejo Interterritorial de Salud, ha expresado en reiteradas ocasiones la necesidad de abordar la materia de financiación sanitaria. No solamente abordó la necesidad de que se tratar este tema, sino, incluso, cuando esta Comunidad Autónoma dejó de percibir una parte importante de la financiación sanitaria correspondiente a la gestión de la IT por parte del Ministerio de Trabajo, que para el año 2003 suponían 8.000 millones que dejó de ingresar esta Comunidad Autónoma en el pago por cuenta de objetivos inalcanzables de la IT, lo denunció, lo planteó, se levantó del Consejo Interterritorial. Es decir, que, por supuesto, mis predecesores en el cargo reiteradamente han hecho y han dicho en los foros oportunos que el sistema tenía un problema,

adolescía de un problema de insuficiencia financiera, y así lo han expresado. No entiendo muy bien a qué se referiría el señor Calvo, pero por supuesto que en su momento se ha planteado.

Porque el tema de la financiación sanitaria no viene derivado de la llegada al Gobierno del señor Zapatero, que es donde parece que pone la confrontación o no la Comunidad Autónoma en relación con el Gobierno central. Ni mucho menos, ni mucho menos. Desde la llegada al Gobierno del señor Zapatero, por primera vez en estos últimos años se pone como cuestión de Estado el que la financiación sanitaria no es algo exclusivo de las Comunidades Autónomas y que pertenece a la esfera de gestión, por primera vez en todo este tiempo. Hasta ahora, el Partido Popular, el Gobierno del Partido Popular, el señor Aznar, continuamente ha estado inhibiéndose, los Ministros, las Ministras, en este caso la Ministra Villalobos, la Ministra Pastor, inhibiéndose del debate de financiación sanitaria, porque no estaban dispuestos a corresponsabilizarse en lo que es un déficit estructural del sistema.

Y yo tengo que celebrar que en este momento el Gobierno central, y yo creo que ha sido éxito, señorías, del conjunto de las Comunidades Autónomas y del conjunto de la presión que las diferentes entidades han planteado, es decir, que es un éxito colectivo que tenemos que celebrar todos, es un éxito que en la agenda de los Presidentes de Comunidades Autónomas y del Presidente Zapatero uno de los asuntos más importantes sea el de financiación sanitaria. Y digo que esto sí es una novedad, desde la llegada del señor Zapatero; el resto no es una novedad porque el sistema lleva arrastrando una insuficiencia financiera estructural como yo he planteado.

El señor Calvo también hacía referencia a cuestiones relativas a materias en número de camas o número de profesionales, que él entiende que están por debajo de lo que tendrían que ser las cuotas que bajo su parecer tendríamos que tener la Comunidad Autónoma andaluza. Y este apartado lo voy a plantear globalmente porque creo que también la señora Caballero ha hecho alusión a ello.

Yo creo, señoría, que, efectivamente, desde que las transferencias están en esta Comunidad Autónoma, la sanidad andaluza se ha situado a la vanguardia del conjunto del Estado. Así lo creo. Y no solamente lo creo, sino que los resultados en salud y los resultados en calidad ahí lo demuestran. No se puede seguir midiendo la atención sanitaria en términos de número de camas, señoría. Y yo, bueno, como lo he dicho en reiteradas ocasiones y en reiteradas ocasiones no lo comparte el Grupo de Izquierda Unida, pues no me voy a extender, porque no es materia de esta comparecencia; pero, desde luego, me parece un error el seguir midiendo la calidad de la atención sanitaria en término de números de camas, porque lo que hace cinco años lo ingresábamos en este momento no lo ingresamos, y, por tanto, lo que hay que exigirle a esta Administración es que proporcione los servicios con los niveles de calidad oportunos en las mejores condiciones para los pacientes, conlleve camas o no conlleve camas.

Entonces, yo no comparto el debate sobre planificación sanitaria en torno al número de camas.

Pero, es más, nosotros en este momento, en relación con determinados ítem que se han planteado en el conjunto del Estado, no solamente es que estemos por encima del promedio, no solamente es que tengamos un cupo de pacientes de atención primaria por médico de familia más ajustado que en el resto del Estado —no reconocido por mí, señora Caballero, sino reconocido por las sociedades científicas—, sino que, además, tenemos un pacto con ellos para llevar esa cifra hacia la cantidad adecuada que permita dedicar el tiempo necesario a cada paciente.

Pero, digo, no me quiero distraer del objeto de esta comparecencia, porque creo que esa cuestión es una cuestión sobre la que ya, en reiteradas ocasiones, me he pronunciado, y que no considero particularmente que esté en el debate que hoy nos trae aquí.

Lo que sí creo, señoría, en la simpatía personal que me une a usted y en el respeto parlamentario que le debo, lo que sí creo es que usted creía que yo no iba a dar una cifra, pero yo le he dado una cifra. Y yo creo que usted traía una respuesta preparada porque creía que yo no iba a decir qué es lo que en este momento la Comunidad Autónoma tiene en relación con el dinero, o la deuda sanitaria que tiene con aquellos proveedores que no tienen respaldo presupuestario, señoría, que no tienen respaldo presupuestario. Y yo le he dado una cifra, señoría, y se la repito: 530 millones. Y yo, de verdad, pienso que usted pensaba que no se la iba a dar, porque, si no, no entiendo por qué me sigue usted preguntando al final de mi comparecencia sobre esa cifra.

Y luego hay unas diferentes cuestiones que usted extrae del informe de la Cámara de Cuentas que mis predecesores en el cargo —yo creo que en todos los informes de la Cámara de Cuentas— se han encargado de explicar. Yo misma, hace escasamente un mes y pico, a propósito de una pregunta que hizo el señor Pizarro en el Pleno, yo misma, en donde desglosamos cuáles son los conceptos a los que se refiere la Cámara de Cuentas, señoría.

Y en ese sentido usted me dice: «¿Hay o no hay una operación de saneamiento de esta Comunidad Autónoma que tiene un período de vigencia...?» Y yo le digo: claro que lo hay, esa operación de saneamiento, que tiene un respaldo presupuestario en cada uno de los ejercicios presupuestarios de aquí al período de permanencia de eso. Si usted me dice: «En este momento cuál ¿es la deuda de este organismo?» Yo le digo: señora Caballero, ¿a qué le llama usted deuda? Porque una cosa es la deuda que no tiene respaldo financiero, no del año 2004, señoría, de todos los ejercicios presupuestarios... Quinientos treinta millones no corresponden al año 2004. Posiblemente la cantidad —y yo lo tengo que reconocer— llama la atención en torno a otras cantidades que han dicho otras Comunidades Autónomas. Pero me voy a entretener en explicarle eso.

Posiblemente, ¿cómo van a ser 530 millones correspondientes al año 2004? Si nosotros estuviéramos

acumulando las cantidades que usted dice, año tras año, en deudas con los proveedores, nosotros hubiéramos hecho ya inviable el sistema sanitario, señora Caballero. Entonces, evidentemente, no se refiere, ni mucho menos, al año 2004, sino que es el cúmulo de todas las insuficiencias financieras con los proveedores que se han producido en los años anteriores.

Pero yo comparto con usted un hecho: a mí me parece que en este momento sería un error —yo creo que algo de eso le he querido apreciar en su declaración— hablar de cantidad de deuda para reclamársela al Estado tal cual. ¿Por qué? Porque los sistemas que se han perfeccionado en la eficiencia de la prestación del servicio saldrían penalizados, porque en este momento no comparto el criterio de que poner los contadores a cero pase por que cada uno digamos qué deuda hemos acumulado y, sin pena ni gloria, se afronte esa deuda y ya está. No lo comparto, señora Caballero. Porque mi sistema ha acumulado una deuda posiblemente inferior, por mecanismos de eficiencia, a la que han acumulado otras Comunidades Autónomas, y eso no le puede penalizar a Andalucía, y, por tanto, no va a ser la posición que Andalucía plantee en este debate.

Yo sí creo que hay que hacer otra cosa, y he sido clara cuando se lo he anunciado. Hay que hacer la fórmula de cálculo del déficit estructural. Y hay varias fórmulas. Cataluña ha dicho que debe 3.000 millones, o que tiene un déficit de 3.000 millones. Yo no sé de dónde ha salido la cantidad catalana, ni los catalanes la han explicado, señoría. Otras Comunidades Autónomas han dicho 800, 600... Esto no puede ser lo que a cada uno se nos ocurra que digamos.

Yo creo que justo para el sistema sería que entre todos consensáramos una fórmula que permitiera calcular no la deuda, sino el déficit estructural que el sistema ha tenido, que pueden ser los porcentajes que la Comunidad Autónoma ha aportado en relación con el peso que ha tenido el gasto sanitario en relación con el PIB —ésta puede ser una fórmula—, pero hay otras.

Y cuando yo le decía que había un grupo de expertos y usted me ha hecho hincapié en que el grupo de expertos era catalán, es que yo me refería a un grupo de expertos andaluz. Es que yo me refería a que la Consejería de Economía y Hacienda y la Consejería de Salud en este momento tienen constituido un grupo de expertos del que nosotros no damos publicidad, señoría, porque no se trata de dar publicidad en torno a que se están estudiando diferentes medidas. Porque se ha dicho, porque nosotros lo hemos dicho, que hay diferentes medidas que hay que tener en cuenta —ahora sí— en un amplio consenso con el resto de las Comunidades Autónomas, y hay diferentes medidas que yo le he expresado.

Usted me dice: «¿Están de acuerdo, o no, con la cesión de impuestos?» Sí, sí, claro. Ésos son los mecanismos que nosotros estamos expresando. La primera cuestión que nos da lugar a la duda es que nosotros reivindicamos al Gobierno de la Nación que cofinancie o que se corresponsabilice de este déficit

estructural de sanidad, que hasta ahora los Gobiernos anteriores han hecho caso omiso. Esto es un problema de las Comunidades Autónomas, porque se gestionó y se diseñó un modelo de financiación, allá ellas con lo que han hecho.

No. Nosotros hemos dicho: no compartimos ese criterio. Queremos que el Estado se involucre, se implique y se comprometa en solucionar el déficit sanitario que tienen las Comunidades Autónomas. Pero no las deudas, sino las insuficiencias financieras que van a hacer insostenible el sistema en un medio plazo. Y nosotros lo hemos planteado, y hemos dado propuestas, señorías, desde... Y yo me he pronunciado, ¿eh? Hemos dicho: cesión de impuestos.

Decía usted: «Es que los impuestos especiales no se van a subir». El impuesto sobre hidrocarburos, señoría, es un impuesto que tienen cedido las Comunidades Autónomas. Entonces, en esa materia... Por eso hay Comunidades Autónomas que lo han puesto en marcha y Comunidades Autónomas que no lo han puesto en marcha. Claro.

Usted me propone a mí poner en marcha el impuesto sobre hidrocarburos. Yo no le he escuchado su propuesta, yo no le he escuchado su propuesta, yo no sé si usted me está proponiendo eso.

Nosotros sí hemos dicho que necesitamos poner en marcha un mayor ingreso para la sanidad andaluza, y que ello pasa, desde mi punto de vista, preferiblemente, por subir los impuestos sobre alcohol y tabaco mejor que sobre hidrocarburos. Y ése es mi criterio personal. Y yo ya, si eso implica o no implica sobre otros factores económicos, yo soy la Consejera de Salud y en esa parte no me voy a explayar; pero sí le digo que si a mí, como Consejera de Salud me preguntan, digo: «Prefiero alcohol y tabaco porque tiene doble efecto». Y lo he dicho en mi comparecencia, señoría, sí me he pronunciado sobre alcohol y tabaco u otro tipo de impuestos, o la cesión de otro tipo de impuestos en que en este momento tiene capacidad recaudatoria el Estado. Lo que sí es necesario es que el Estado contribuya a inyectar más dinero a la sanidad de las Comunidades Autónomas —nuestra posición es clara y contundente—, en un marco, señoría —porque no se trata de hacer confrontación entre Comunidades Autónomas—, en el marco de un gran consenso, porque el problema es común con independencia de quién gobierna en cada Comunidad Autónoma, y el problema está en la raíz propia de la perdurabilidad del Estado del bienestar. Por tanto, yo creo que más claro y contundente que ha sido el Gobierno andaluz a la hora de plantear estas propuestas, imposible.

Yo creo que hay todo un planteamiento hecho, señoría, que nos permite abordar desde la responsabilidad de la Comunidad Autónoma más grande del conjunto del Estado; responsabilidad que evidentemente que la vamos a ejercer, no solamente es que la estamos ejerciendo, sino que la seguiremos ejerciendo. Esto de que cuando cambia el Gobierno de la Nación cambia la posición de la Comunidad Autónoma, para nada, señoría. El señor Calvo ha

hecho un comentario que me resulta curioso y gracioso, ¿no? No somos facilones con el Gobierno del Estado, ni mucho menos. Entre otros, esta Comunidad Autónoma ha propiciado que en la agenda mañana de los Presidentes de las Comunidades Autónomas con el Presidente Zapatero el tema de financiación sanitaria sea el tema que se lleve, entre ellos esta Comunidad Autónoma. Entonces, en ningún caso voy a permitir que parezca que esta Comunidad Autónoma no ha dicho nada, porque esta Consejera ha estado presente en todos los foros de debate en donde se ha discutido sobre financiación sanitaria, representando a Andalucía, representando el papel de la Comunidad Autónoma, y mi homólogo, o mi compañero de Gobierno, el señor Griñán, lo mismo ha hecho en los diferentes foros.

Y no tengan ninguna duda, señorías: nosotros exigimos al Gobierno central una corresponsabilidad en el déficit estructural que en este momento tiene el sistema sanitario en Andalucía y en el resto de las Comunidades.

Muchas gracias.

La señora PRESIDENTA

—Muchas gracias, señora Consejera.

Para continuar, tiene la palabra el portavoz del Partido Popular, señor Pizarro.

Su señoría tiene la palabra.

El señor PIZARRO NAVARRETE

—Gracias, Presidenta.

Señora Consejera, he estado escuchando atentamente todo su discurso. La verdad es que hay una cuestión que sí está clara para mí también: la financiación de la sanidad pública es compleja, es compleja, pero, dentro de la complejidad, yo creo que hay que hacer algún tipo de aclaraciones a esa complejidad.

Y estoy de acuerdo también en cuanto a la insuficiencia financiera, y esto se ha puesto debate tras debate en los Presupuestos Generales, cuando se debaten los presupuestos de su Consejería. En la última legislatura al menos, siempre el señor Vallejo hacía una referencia a que sí, que se necesitaba más dinero, pero que se lo pidiese al Ministro —o a la Ministra en este caso— del Gobierno de la Nación, que dependía de él la insuficiencia financiera.

Bueno, pues si en aquellos momentos era cierto, ahora sigue siendo igual de cierto. Usted tiene que seguir pidiendo dinero al Gobierno de la Nación. Y, mire, lo que sí está claro, al menos en los cuatro últimos años, es que del problema estructural de que hablaba usted, de déficit estructural que se reconoce por la población aquí, en Andalucía, concretamente se reconoció la población, aquellos célebres 400.000 habitantes en sanidad, y sí se aportaba el dinero en aquellos momentos para la sanidad. O sea, que el

déficit estructural en cuanto a las aportaciones del Gobierno central, no van por ahí los tiros. Y también le tengo que decir que cada año en los Presupuestos la aportación de los Presupuestos Generales a los transferidos para la sanidad ha ido disminuyendo en el porcentaje, ha ido cada vez menos la aportación para los Presupuestos.

Y parece ser, a mí me da la impresión, cuando la oigo a usted y oigo a algunos Consejeros más, que desde mil novecientos..., o al menos desde que se transfirieron las competencias, ha estado gobernando en esta Comunidad el Partido Popular, porque todas las culpas las tiene el Partido Popular de todos los males que han podido pasar, o de la gestión en este caso. Parece ser que la deuda, esa deuda acumulada, pues parece que viene desde el año 1996. De 2002 a 1996 todo iba extraordinariamente, no necesitaban más aportación, no había deuda, no había cúmulo de deuda y todo funcionaba a la perfección, al menos en cuanto a exigencias.

Después ya, lógicamente, en la acumulada ya se acumula justamente... Porque yo quiero recordar algunos debates que hacía un portavoz del Partido Popular aquí, anterior a mí, gobernando a nivel central el Partido Socialista, y ya se hablaba de la deuda de la Seguridad Social, la deuda del SAS... Se hablaba de deuda entonces. Por lo tanto, las deudas parece ser que se inician en junio del año 1996, hasta ahí todo marchaba a la perfección.

Y la asfixia financiera esta a que estaba sometido con los Gobiernos del Partido Popular, pues la verdad es que también me sorprende, porque se llegó a acuerdos de cuáles eran las transferencias en materia de salud por todos los Consejeros de todas las Comunidades en los últimos años, al menos, ¿no?, de la aportación que se tenía que hacer. Y también me sorprende cuando usted dice que no confrontación, sí solidaridad, diálogo constructivo, lealtad institucional. ¿A partir de cuándo? A partir de ahora. Porque ese diálogo constructivo, lealtad institucional, yo creo que ha debido existir siempre. Siempre, independientemente de quién gobierne en un sitio o en otro. Y las reivindicaciones hay que hacerlas gobierne uno o gobierne otro, si verdaderamente se necesita el dinero para sanear, para no llegar a la deuda que tiene la sanidad pública andaluza. Pues si era necesario hace un año, volverá a serlo en los Presupuestos de este año.

Mire, la deuda es normal que se siga acumulando año tras año. Cuando en los Presupuestos ustedes ponían cantidades conscientes de que no podían ser transferidas, que no iban a llegar nunca —eran relativas a la Deuda histórica, que año tras año se ponía por una cantidad importante—, se sabía que ahí no iba a llegar nunca, no iba a llegar ese dinero. O sea, que los Presupuestos ya se hacían falseando el equilibrio financiero de ingresos y gastos.

Por lo tanto, yo espero que la deuda se reconozca en algún momento. Y esta deuda que habla usted ahora de los 530 millones, pues, lógicamente, que no coincide con la deuda acumulada, al menos, que dan

otros organismos, pues que se tenga que justificar de alguna manera.

Nosotros pensamos que la deuda, desde luego, acumulada es mucho mayor, bastante mayor. Y cuando habla usted de los 3.700 millones que tenían que haberse aportado en este tiempo, y si realmente son necesarios para equilibrar parte, al menos, de la deuda, me da la impresión de que hablaba sobre quinientos millones o por ahí de esa deuda, que ha pedido al señor Chaves que se incluyan en Salud para compensar deuda, o algo así, me ha parecido escucharlo posiblemente —veo el gesto suyo— que lo haya entendido mal, aunque usted se haya explicado muy bien, pero a nosotros, la verdad...

Yo, ante la comparecencia que pedía Izquierda Unida y el Partido Andalucista, yo creía que nos iba a dar datos más claros. Y de los déficit estructurales, por qué se producen también, ¿no?

Yo estoy de acuerdo con la señora Caballero cuando decía que los déficit estructurales también aumentan por el número de camas, falta de camas, falta de personal, demoras, y puede existir. Yo en lo que sí estoy de acuerdo es en que la calidad sanitaria no solamente se puede medir por el déficit de camas. Lo mismo que tampoco se puede medir, sólo y exclusivamente, por el déficit de personal, o de personal especializado. Pero el conjunto, sí; en todos esos datos, sí. Y ya usted, igual que el Consejero anterior y el portavoz anterior de Salud, hablaban de que el número de camas no era importante para medir la calidad de la sanidad de una Comunidad, o de un país; pero, es curioso, parece ser que solamente es en Andalucía donde no es ese dato para ver la calidad de un... Aunque no venga en la comparecencia al caso.

Pero es curioso, porque yo he leído las actas en el Parlamento nacional, de Diputados del Partido Socialista, donde exigen más camas y dicen que la calidad... Allí, entonces, el número de camas sí daba calidad. Aquí, en Andalucía, no es calidad. Por lo tanto, son conceptos que posiblemente, a lo mejor, barajemos en distintos términos, dependiendo de dónde nos encontremos cada uno.

Yo creo...

La señora PRESIDENTA

—Señor Pizarro, debe ir terminando.

El señor PIZARRO NAVARRETE

—Sí, voy a terminar inmediatamente.

Termino inmediatamente diciéndole, señora Consejera, que no debe usted bajar el tono a nivel de las exigencias, igual que el señor Vallejo, el anterior Consejero, no lo bajó, el nivel de exigencias al Gobierno entonces de la Nación. Yo creo que tiene usted que mantener el tono y exigir, exigir mucho, para que nos den al menos un poco.

Nada más y muchas gracias.

La señora PRESIDENTA

—Muchas gracias, señor Pizarro.

Para continuar, tiene la palabra la portavoz del Grupo Socialista, la señora Ríos Martínez.

Su señoría tiene la palabra.

La señora RÍOS MARTÍNEZ

—Sí, gracias, señora Presidenta.

Lo primero, saludar y dar la bienvenida a la señora Consejera y a su equipo.

Señorías, intervengo para fijar la posición del Grupo Socialista ante la solicitud de comparecencia conjunta de Izquierda Unida Los Verdes-Convocatoria por Andalucía y el Grupo Andalucista de la Consejería de Salud, a fin de explicar la deuda real, el déficit estructural y la necesaria refinanciación de la sanidad pública andaluza, así como las exigencias que va a plantear en el debate que se ha abierto al respecto.

Dirigirme a la Consejera, que en este caso...

La señora PRESIDENTA

—Discúlpela un momento. Ya mismo viene. Ha salido una chispa.

La señora RÍOS MARTÍNEZ

—Bueno, dirigirme a la Consejera para agradecerle su comparecencia; agradecerle también su clara exposición, porque la verdad es que ha sido comprensible y no ha sido nada aburrida.

Tener en cuenta las características de la misma, porque para mí es una comparecencia bastante compleja y muy técnica, porque he de reconocer que, a priori, esta comparecencia, que es tan lícita y tan necesaria, casualmente se presenta en este momento que nos va a permitir corregir las posibles deficiencias en el sistema sanitario público, porque se va a enriquecer, sin duda, con el debate político que se produce en este Parlamento.

Esta mañana sentía cierto recelo, porque, independientemente de lo que he dicho hasta ahora en este momento, de que es muy técnica y muy compleja, se prestaba, se puede prestar a que el resto de los portavoces de los Grupos políticos aprovechen la situación para hacer una lectura catastrofista de la situación, y, sobre todo, me temía que se iba a volver a hablar de la Deuda histórica, ¿no? Llevamos seis meses de legislatura y fundamentalmente lo que se ha hecho es hablar de la Deuda histórica. Creo que todos los portavoces lo han hecho y creo que el Grupo Socialista y el Presidente de la Junta de Andalucía, el señor Chaves, han explicado y han contestado en multitud de ocasiones, y han explicado con claridad el posicionamiento en este tema. Pero la verdad es que,

si el resto de los portavoces lo siguen interpretando de ese modo, pues poco vamos a poder avanzar en este sentido.

A mi entender, este tema hay que tratarlo con total rigurosidad, en una forma muy escrupulosa, cualquier dato y cualquier análisis que haya que hacer, porque es de justicia reconocer el cambio radical que ha sufrido nuestro sistema sanitario.

Dicho esto, y al hilo de lo que su señoría, la Consejera, nos ha expuesto, me gustaría separar perfectamente y claramente los hechos de las posibles especulaciones de las que hemos estado hablando; hechos que son extraordinariamente importantes, que nos ayudarán, sin duda, a situarnos, y no sólo a interpretar los datos, que los datos son siempre algo fríos, ¿no?

El primer hecho y el más importante de todos es que los andaluces tenemos un buen nivel en salud, la sanidad en Andalucía es buena. Hemos conseguido una asistencia sanitaria de calidad para toda la población, universal y gratuita, y con un número muy alto de derechos.

Otro hecho importante, y la Consejera nos lo ha explicado de una forma clara, es que la situación de la que partíamos, en la que se encontraba nuestro sistema sanitario en el momento en que se transfirieron las competencias a nuestra Comunidad, pues era bastante penosa. Las desigualdades tan grandes que había en las distintas provincias andaluzas, el desequilibrio que había entre lo que es la capital de provincia y lo que era el medio rural, toda esa historia, el peso de esa historia que ha llevado Andalucía, por supuesto, también en algo repercutía en la Consejería de Salud. Pero, a pesar de todo eso, a pesar de todas esas dificultades, actualmente contamos ya con 34 hospitales públicos, con un número muy importante de centros de salud, consultorios, centros de atención especializada, que han ido progresivamente corrigiendo todos esos desequilibrios, y que dan cobertura a las necesidades asistenciales de los ciudadanos.

Pero en salud claramente nunca se cesa, y eso hace que constantemente haya que mejorar la oferta en infraestructuras, en las nuevas construcciones, en remodelar y mejorar de una forma continuada la red pública de hospitales para hacerlos más modernos y de más calidad. Sirvan como ejemplo los planes de modernización y de reforma en los hospitales de Motril, en el hospital de Cabra, en Córdoba, en el hospital de San Agustín, de Linares, que posteriormente planteará el Grupo Socialista a la Consejería en forma de preguntas orales. También, cómo no, la red de hospitales de alta resolución, la elaboración, la aprobación y el desarrollo del Libro blanco de la Atención Especializada constituyen una herramienta muy potente cara al futuro.

Andalucía introduce constantemente nuevas tecnologías terapéuticas y de diagnóstico: investigación en terapia celular y medicina regenerativa. Se asume el reto de que ningún ciudadano se encuentre a más de treinta minutos de un hospital de referencia. Todo ello, señorías, no se consigue así como así: se necesita

un gran esfuerzo en diagnóstico, en planificación y, lo que es más cierto, lo que es más importante, un gran esfuerzo en inversión, un esfuerzo económico de la Junta, de la Consejería de Salud.

Otro hecho importante es que la Consejería de Salud, el sistema sanitario público, los sistemas sanitarios públicos en general tienen que enfrentarse y que afrontar los nuevos fenómenos, los nuevos problemas, o simplemente atender las nuevas demandas de los ciudadanos, que conocen bien su sistema sanitario y que les exigen a los servicios públicos; retos como el envejecimiento de la población andaluza, la baja natalidad, el descenso de la mortalidad, también el problema de la inmigración, y siempre sin que el ciudadano pierda ni en calidad ni en prestaciones.

Así que todas estas causas, la naturaleza de los servicios sanitarios que prestan en Andalucía; la política —y hay que decirlo y es así— de asfixia del Partido Popular en estos últimos años con Andalucía, porque se producen las transformaciones, porque cuando se producen esas transferencias nos dieron una sanidad con índice de cobertura pequeño; por el envejecimiento de la población, también por el tema de la inmigración; porque a lo largo de todos estos años hemos cargado con la rémora de una financiación que era insuficiente, llegamos a ese hecho, llegamos a esas deudas, a esos déficit de los sistemas sanitarios.

Pero hay que decir muy claro que, con independencia de ello, se trata de un problema mucho más complejo, porque es un problema global de todos los sistemas sanitarios, de todas las Comunidades Autónomas. Así que debe ser tratado como una solución global en el seno del Consejo de Política Fiscal y Financiera.

Un gasto sanitario con tendencia al alza. Se va a determinar el problema de financiación o de sostenibilidad de las finanzas públicas en los temas ligados al envejecimiento y en los que van a seguir influyendo diversos factores y diversas causas.

Así que el Grupo Socialista, de una manera clara, comparte la idea de un pacto de Estado por la sanidad, y no solamente en lo que se refiere al pasado, al déficit estructural, sino también al presente. Se refiere a la sostenibilidad del futuro. En eso es en lo que consiste fundamentalmente. Un gran acuerdo de coordinación que tenga en cuenta tanto los aspectos de financiación como las propias prestaciones sanitarias. El Gobierno de la Nación, el Presidente del Gobierno, José Luis Rodríguez Zapatero, a diferencia de lo que hizo el Gobierno del Partido Popular, que no se preocupó en ese tiempo de sanear los sistemas sanitarios, no va a mirar para otro lado en este tema, y, como todos venimos escuchando y venimos leyendo en estos días, ha propuesto que este pacto de Estado sea similar y de la envergadura del Pacto de Toledo.

Y es que en esta primera Conferencia de Presidentes de mañana, 28, donde se abordará este tema, será en esa reunión de todos los Presidentes de las Autonomías con el Gobierno donde se debatirá mejor este hecho, donde se podrán analizar todas las

causas y se realizará esa propuesta de revisar la Ley de Financiación Autonómica.

Tengo aquí algunos recortes de periódico que se han estado haciendo en estos últimos días, en los que decía, en una entrevista que le hacían al Presidente: «De la conferencia con los Presidentes Autonómicos debe surgir la decisión política de abordar un gran acuerdo para la financiación de la sanidad.» Esa entrevista era el domingo 17 de octubre de 2004. El miércoles 20 de octubre, el Secretario de Estado de Hacienda, Miguel Ángel Fernández Ordóñez, anunciaba un gran pacto para paliar los problemas de financiación de la sanidad pública en 2005. Si leíamos la entrevista de una forma exhaustiva, pues decía: «El Pacto de Toledo se ha revelado como fundamental para garantizar el sistema público de pensiones, y el objetivo es un gran pacto similar para asegurar la sostenibilidad del sistema público de salud, un consenso en el que participan todas las Comunidades Autónomas.» El jueves 21 de octubre, lo mismo. Otro titular: «La financiación de la sanidad centra la primera Conferencia de Presidentes», etcétera.

Entonces, este compromiso y esta solución, muy al contrario de lo que se ha dicho aquí esta mañana, también habían sido planteados —y la Consejera lo ha explicado perfectamente y ha dado datos— por el Presidente de la Junta de Andalucía, también por el Consejero de Economía y Hacienda, y también por el Consejero de la Presidencia, Gaspar Zarrías. Ahí están los *Diarios de Sesiones* y ahí están los artículos de prensa.

Por tanto, teniendo todo esto encima de la mesa, con unas propuestas firmes de trabajo, no caben las alarmas y no cabe el querer ir por delante de unos temas, repito, que ya están encima de la mesa. Así es que hay que dejarse de frivolidades y demagogias en este momento y hay que aportar lo mejor de nosotros mismos para solucionar este tema.

Nada más y muchas gracias.

La señora PRESIDENTA

—Muchas gracias, señora Ríos.

A continuación tiene la palabra la señora Consejera.

Es que, como no estaba... Tiene la palabra la representante de Izquierda Unida.

La señora CABALLERO CUBILLO

—Sí, señora Presidenta.

Yo siento mucho aburrir a la portavoz del Partido Socialista, ¿qué le vamos a hacer?; tampoco el Parlamento tiene por qué ser un circo, y voy a seguir planteando los temas que traigo a colación, ¿no? Con una enorme alegría, porque la Consejera me ha dado una alegría que no sabe cuánto. Es más, yo propondría que el sistema contable que la señora Consejera ha aplicado al déficit del SAS se aplicara a las cuentas

particulares de los ciudadanos, y esa cuenta consiste en lo siguiente: que las deudas financiadas, si tú te compras una casa pero tienes la deuda financiada, ya no es deuda, ya no es deuda. Magnífico. Y, después, las otras deudas, los pagos aplazados, si yo compro algo y lo pongo a plazos, a pagarlo en los próximos diez años, tampoco son deudas. ¿Qué le queda como deuda a la señora Consejera? El corriente, los gastos del ejercicio que todavía no han pasado a la cuenta extrapresupuestaria. Magnífica labor, magnífico, pero es una forma de cómputo un tanto especial, un tanto especial.

Quiero decir que no es un hallazgo de la señora Consejera de Salud, sino que es un hallazgo ya de la propia Consejería de Economía y Hacienda, que, dada la situación financiera y el agujero financiero del SAS, se vio obligada a dictar normas particulares para el cómputo de las cuentas de la contabilidad del SAS, que está sujeto a una contabilidad extraña, legalizada, pero extraña, señora Montero, legalizada pero extraña.

Hombre, ninguna Consejería puede imputar sus gastos en los próximos diez años, ¿verdad que no?, porque los gastos, según la Ley de Hacienda, hay que imputarlos en cada ejercicio, para todas las Consejerías, excepto para el SAS, que las puede imputar a los próximos diez ejercicios contables. Claro, si usted dice: «Lo del pasado no cuenta», o sea, la deuda financiada no cuenta y la deuda que mando al futuro tampoco me cuenta; luego, por tanto, solamente tengo cuatrocientos y pico..., quinientos cincuenta millones de euros de deuda, que es como pago a proveedores, magnífico, pero eso no contribuye a resolver este grave problema que tenemos sobre la mesa. Pasarle un manto por encima no contribuye a nada. ¿Son tontos los catalanes cuando publican una deuda de 3.000 millones de euros? ¿Son tontos? Ellos sí han contado los pagos aplazados, señora Consejera. Un paseíto por Internet, nada más, ellos han contado los pagos aplazados. Y ellos han contado la deuda financiada, lógicamente, porque las deudas...

Es que, contablemente, no quiero entrar en una discusión de carácter excesivamente técnico, pero es que la propia Administración tiene que resolver financieramente sus deudas; es decir, tiene que decir cómo se van a pagar, bien por un sistema de financiación de Deuda pública, etcétera, o bien por aplazamiento de la imputación de gastos, pero eso no significa que no haya deudas. Entonces, los catalanes son tontos, que hacen esto, y no sabemos ni cómo lo han hecho ni para qué lo han hecho, y los andaluces somos muy listos. Los catalanes dicen que, además de la deuda de los 3.000 millones de euros, tienen un déficit anual de 600 millones de euros, pero son muy tontos, deben ser muy tontos, porque no sé para qué reconocen tal cosa.

Y nosotros ¿qué déficit anual tenemos? Porque, claro, usted dice: «Esto es un déficit estructural, común a todo». Pero si usted me está diciendo que no hay déficit, que el único déficit después de 20 años son 550 millones de euros. Eso, realmente, es muy

poco déficit. ¿Hay déficit o no hay déficit? Vamos a aclarar los temas. Y lo hay, claro que lo hay, no como ha dicho la portavoz del Partido Socialista, porque nos mandaron sin ver los mayores, las personas mayores que había en Andalucía y que no estaban bien contabilizadas; al contrario, en aquel momento había..., el envejecimiento de la población no era el principal problema precisamente. Nos mandaron unas transferencias mal valoradas y no equilibradas.

El segundo tema que le quiero plantear, señora Consejera, y me parece ese tema grave, es la nivelación de servicios. O sea, según usted, Andalucía ya tiene sus servicios sanitarios nivelados. Es que es muy importante. O sea, según usted, Andalucía no necesita una aportación adicional del Estado, puesto que sus servicios están nivelados. Bien, por eso lo pregunto, para facilitar una explicación. Usted me dice: «Andalucía no solamente no tiene los problemas que usted dice, sino que es un sistema sanitario en vanguardia, por encima en muchos ratios», y tal, de cual. Y me dice usted: «Además, la ratio cama por habitante es una ratio que no se debe utilizar». Eso no lo dice nadie. Otra cosa es que haya que completar la ratio sanitaria con otra serie de indicadores, y que, a partir de cierto punto y de cierta nivelación, señora Montero, a partir de que tengamos una red de hospitales suficiente, no hay por qué seguir creciendo en hospitales, evidentemente, pero a partir de que lleguemos a una nivelación. Si no son los datos adecuados, ¿por qué no le dice usted al Ministerio de Administraciones Públicas que los quite? Porque los datos que tiene colgados el Ministerio de Administraciones Públicas sobre la nivelación de servicios, pues son, en números, entre ellos, número de camas por habitante y el número de personal sanitario por habitante. ¿Que el número de personal sanitario por habitante no es indicador de la calidad de un sistema sanitario? Absolutamente. ¿Que usted dice que hay que meter otras ratios más para ver la nivelación real? Yo estoy de acuerdo, pero no creo que estemos muy adelantados, ni en servicio domiciliario, ni en atención, ni en programas específicos... No lo creo, señora Consejera. ¿Le parece a usted un buen ratio la esperanza de vida al nacer de los andaluces? ¿Le parece a usted una ratio que tenga peso en el Estado? Y no es responsable...

La señora PRESIDENTA

—Señora Caballero, su señoría debe ir terminando.

La señora CABALLERO CUBILLO

—Termino inmediatamente.

Y no quiero decir con eso que usted sea responsable: quiero decir que hay que acabar con ese triunfalismo. Ese triunfalismo no es bueno para Andalucía. Es posible que el catastrofismo tampoco sea bueno

para Andalucía, sin duda, pero el triunfalismo no es bueno para Andalucía.

Vivimos un año menos que la media española; por algo será. ¿O no? ¿O la Escuela de Salud Pública no tiene una explicación al respecto? Y no solamente por el sistema sanitario —usted lo ha dicho—: por la situación socioeconómica, por otros datos, pero que influyen en el sistema sanitario.

Entonces, hay necesidad de nivelación, necesidad de estimación objetiva de la deuda sanitaria andaluza y necesidad de cambio del sistema, y esos son los temas.

Mire usted, yo no me he pronunciado, yo me he pronunciado en contra del copago, porque...

La señora PRESIDENTA

—Señora Caballero, perdone, pero es que nos estamos pasando mucho del tiempo, y es una comparecencia, es un orden del día muy largo.

La señora CABALLERO CUBILLO

—Sí. Pues le agradezco su generosidad que ha tenido con anterioridad.

No, he terminado, porque sería una explicación más larga.

Gracias.

La señora PRESIDENTA

—Se lo agradezco.

Tiene la palabra la señora Consejera para finalizar esta comparecencia.

La señora CONSEJERA DE SALUD

—Sí.

Bueno, en primer lugar, plantear que, en relación con alguna de las propuestas que ha planteado..., las propuestas no, las apreciaciones, entiendo, que ha planteado el señor Pizarro, doctor Pizarro, por otra parte, yo creo que mi postura ha quedado clara, señoría, durante toda esta comparecencia y durante la respuesta que le he ido dando a los diferentes Grupos. A mí me llama la atención un hecho: yo puedo entender lo que usted está comentando si, concretamente, este Parlamento fuera, por ejemplo, el Parlamento madrileño y usted le está haciendo este tipo de afirmaciones al Consejero madrileño, o al Consejero valenciano, que, durante todos los años del Partido Popular, no puso encima de la mesa el tema de la financiación y en escasamente cinco meses se ha convertido en el tema más importante del mundo. Yo podría entender ese planteamiento si usted lo estuviera haciendo en ese foro. Nosotros, desde Andalucía, cuando gobernaba el Partido Popular, pusimos sobre la mesa la

necesidad de debatir sobre la financiación sanitaria, y gobernando el Partido Socialista en Madrid hemos puesto encima de la mesa la necesidad de debatir sobre la financiación sanitaria. O sea, nosotros no hemos cambiado de posición, hemos adoptado la misma postura; no diría yo lo mismo de otros representantes del Partido Popular en esos mismos foros. Pero, no obstante, como aquí estamos hablando de la posición andaluza, le digo que Andalucía siempre, con Gobierno del Partido Popular, con Gobierno del Partido Socialista, hemos reivindicado la necesidad de revisar la financiación sanitaria, y no solamente de revisarla, sino de inyectar más número de ingresos, más volumen de ingresos, al conjunto de los sistemas sanitarios de las Comunidades Autónomas, y lo mismo que dijimos lo estamos poniendo encima de la mesa. Creo que con eso puedo resumir cuál es la posición que mantengo acerca de lo que usted habla como confrontación. No tendría lógica que en este momento yo estuviera haciendo este planteamiento si el Gobierno es del Partido Popular, creo que le he entendido que dice usted.

No, mire usted, cuando gobernaba el Partido Popular, hicimos este planteamiento; ahora que gobierna el Partido Socialista, también. La única diferencia ¿dónde está? En que el señor Zapatero lo ha metido en agenda y el señor Aznar se negó a meterlo en la agenda. Ésa es la única diferencia. Por tanto, creo que podemos estar en este momento en una buena ocasión para que el conjunto del Estado discuta acerca de las necesidades sanitarias y, por tanto, de la necesidad de inyectar mayor dinero al sistema.

En relación con la intervención de la señora Caballero, yo, o usted no me ha entendido, señora Caballero, o yo no la entiendo a usted, en lo que usted me propone; puede ser una cosa o la otra.

Efectivamente, yo creo que usted arroja una visión catastrofista de Andalucía, yo lo creo. Usted podrá creer que yo arrojé una visión triunfalista. Yo no. Yo he partido de una idea en esta comparecencia: que el sistema sanitario tiene un déficit estructural financiero, yo he partido de ahí. O sea, yo parto de que necesitamos un mayor volumen de recursos. Y lo decimos en Andalucía, y lo digo cuando negocio con mi Consejero de Hacienda, y lo decimos cuando estamos en el Estado. ¿Dónde está la diferencia? En que hasta ahora este debate se había producido en el seno de la Comunidad Autónoma, solamente en el reparto presupuestario de las cantidades que la Comunidad Autónoma tiene para gestionar todos los servicios, y ahora, y en este momento, estamos teniendo un debate a nivel del Estado, en donde exigimos la corresponsabilidad del Gobierno central en materia de financiación sanitaria, a pesar de que el 99% de las transferencias sanitarias están transferidas, de las competencias sanitarias están transferidas.

Por tanto, yo creo que la postura, cara al Gobierno estatal, es clara, y es una postura de firmeza en el planteamiento de que esto no es un problema de la Comunidad Autónoma, o no solamente es un problema de la Comunidad Autónoma, que, por supuesto,

tendremos que seguir ahondando en mecanismos de eficiencia del sistema, sino que es un problema global.

Y precisamente usted, en su propia intervención, ha hecho mención a lo que yo le he comentado en mi comparecencia acerca de la necesidad de establecer una fórmula que nos permita calcular a todos por igual el déficit estructural financiero. Yo creo que usted ha dicho un claro ejemplo. Yo no he llamado a los catalanes tontos; creo que usted tampoco, que ha sido un ejercicio de la retórica parlamentaria. Efectivamente, los catalanes han tenido una fórmula de cálculo que usted se puede imaginar y yo también me puedo imaginar. Pero la cuestión no es imaginarse, señorita.

Cuando aquí estamos hablando de que tenemos que ser capaces de visualizar todas las cuestiones que dependen de lo que en este momento arrastramos como insuficiencia financiera, no solamente las deudas que se puedan arrastrar, sino la necesidad de que en el futuro el sistema sea sostenible porque sepamos dar con los instrumentos que nos permitan inyectar más dinero al sistema, creo que estamos hablando de un ejercicio serio, de un ejercicio riguroso que nos tiene que permitir a todos no solamente poner encima de la mesa qué dinero debemos, siendo eso una parte importante —el dinero que debemos—, pero no solamente eso. Es que yo coincido en que lo que hay que poner encima de la mesa es, en este momento, qué dinero necesita el sistema para que sea sostenible en los próximos años, eso es lo que yo creo que hay que poner encima de la mesa. Y nosotros, en ese planteamiento, le estamos diciendo al Estado que tiene que ser corresponsable en esta labor, que esto no es un problema de Andalucía.

Y el problema de la Deuda histórica, señoritas, es un problema de Andalucía, claro que es un problema de Andalucía, reconocido en nuestro Estatuto de Autonomía. La posición de este Gobierno en relación con la Deuda histórica yo no se la voy a repetir. Pero si es que el Presidente hace escasamente dos Plenos que acaba de decirla. Usted me dice: «Es que usted dice que renuncia a la Deuda histórica porque se ha ya producido nivelación de servicios». ¿Yo cómo voy a renunciar, señorita? ¿De dónde ha entendido usted que yo en algún momento puedo plantear renunciar a la Deuda histórica, cuando yo aquí estoy reclamando más dinero, cuando yo, en este debate para la Consejería de Salud, para el servicio sanitario, estoy reclamando un mayor volumen de ingresos? ¿Cómo voy a renunciar a ninguna partida que pueda corresponderle a esta Consejería? Yo le he dicho otra cosa, señorita.

Yo he reconocido el esfuerzo que esta Comunidad Autónoma ha hecho durante los 20 años de transferencia en posicionar a Andalucía a la vanguardia de los sistemas sanitarios del Estado, a pesar de las transferencias recibidas. Eso es lo que yo he dicho, señoritas. He dicho que, independientemente de los servicios que se recibieron, señorita, lo que le he dicho es que hemos sido capaces, como esfuerzo colectivo —ni siquiera he dicho este Gobierno, no, no, como esfuerzo colectivo—, hemos sido capaces de situar a

Andalucía a la vanguardia de los sistemas sanitarios. Eso es lo que yo le he dicho. ¿Que nosotros a partir de ahí vayamos a renunciar a algo? No puedo renunciar a nada, señorías. Si al revés: si lo que estoy reclamando en esta comparecencia, lo que está reclamando el Presidente Chaves, lo que está reclamando el Consejero Griñán es que el Estado se implique en un déficit estructural financiero que tiene la sanidad. O sea, no es posible ningún otro planteamiento. Y cualquier otro planteamiento, desde luego, es, o porque yo no me explico con claridad, que seguro que es por eso, o porque usted no se ha explicado igualmente y yo no la he entendido, pero eso es lo que yo he planteado.

Y he planteado lo más importante, señorías —yo yo, ya, para cerrar mi intervención—. Yo creo que es muy importante en este momento la cuestión de que el debate sobre la financiación sanitaria no radique en las Comunidades Autónomas ni en la Consejería de Salud; creo que es muy importante que hayamos sacado este debate de la cuestión puramente sectorial para llevarlo a donde yo creo que se encuentra, que es hacia cómo hacemos sostenible el sistema sanitario, al que yo, como Consejera de Salud, no pienso renunciar, porque creo que es el mejor mecanismo redistribuidor de recursos que en este momento tiene la Comunidad Autónoma, uno de ellos, y, por tanto, creo que en toda cosa hay que preservar la perdurabilidad del sistema, y eso es lo que nos hace plantear la necesidad de inyectar un mayor volumen económico al propio sistema.

Y en segundo lugar, señorías, nosotros sí le hemos planteado al Gobierno de Madrid, en este caso gobernado por el Partido Socialista, que no puede mirar a otro lado como han hecho los Gobiernos del Partido Popular, que tiene que colaborar con las Comunidades Autónomas en la resolución de un problema que es de todas las sociedades occidentales —señoría, no solamente en España, ocurre en Alemania—. Ellos han ido por la vía del recorte de prestaciones.

Yo le digo: mientras que esta Comunidad Autónoma, mientras que el Estado pueda soportar —claro—, pueda soportar otro tipo de financiación sanitaria, nosotros no vamos a posibilitar un debate, que se ha hecho en otros países occidentalizados, precisamente, para perdurar la sostenibilidad del sistema. Nosotros vamos a exigirle al Gobierno el que se corresponsabilice con la Comunidad Autónoma en que el déficit financiero del sistema, que hay que determinarlo, que no me vale que aquí cada uno saque la cuenta que cada uno entiende que tiene que hacer... No, hay que determinarlo en base no a lo que debemos, no a lo que otros eficientemente han pagado. No, a lo que las Comunidades Autónomas han puesto por encima del dinero que en este momento tenía el Estado financiando a la sanidad, que, como usted sabe, no era finalista, y, por tanto, la Comunidad Autónoma aportaba.

Y ahí es donde yo creo que tenemos que plantear el debate, señorías, y ahí es donde yo creo que la Comunidad andaluza, en el grupo de expertos que tiene creado en Andalucía, no en otros foros, a tal efecto, puede aportar soluciones, para que se pacten

en consenso, como se hizo con el Pacto de Toledo, para hacer posible que los andaluces y las andaluzas puedan seguir teniendo un sistema sanitario. Y a eso es a lo que me refería, señoría.

Gracias.

La señora PRESIDENTA

—Muchas gracias, señora Consejera.

Desde esta Presidencia vamos a pasar al segundo punto del orden del día, las preguntas con ruego de respuesta oral en Comisión. Y decía que desde esta Presidencia les iba a proponer el que el tiempo en cuanto a las preguntas lo fijáramos en cinco minutos, si no les parece mal. Les digo por la hora que es y por el orden del día que nos queda todavía por ver. Si no, sin ningún problema, seguimos normalmente con el tiempo normal y no hay nada que hablar.

¿Entiendo que están los Grupos parlamentarios de acuerdo con esta propuesta?

Bien, pues entonces continuamos.

Pregunta Oral 7-04/POC-000131, relativa al tratamiento de la fibromialgia.

La señora PRESIDENTA

—Pregunta con ruego de respuesta oral en Comisión relativa al tratamiento de la fibromialgia; proponente, el Grupo de Izquierda Unida. Tiene la palabra su portavoz, la señora Caballero.

Su señoría tiene la palabra.

La señora CABALLERO CUBILLO

—Sí. Gracias, señora Presidenta. Aunque esté dando la impresión, el portavoz en esta Comisión es el señor Mariscal, y por motivos excepcionales estoy yo hoy aquí.

Es una primera iniciativa sobre un tema que yo creo que va a traer cola en los próximos años, y responde a un llamamiento que nos hicieron entidades ciudadanas y asociaciones, fundamentalmente de mujeres afectadas por la fibromialgia, requiriéndonos, pues que hubiera un protocolo de tratamiento en la sanidad pública andaluza, que, al parecer, había sido comprometido por el anterior Consejero de Salud y queríamos interesarnos sobre cómo está el tema en estos momentos.

La señora PRESIDENTA

—Muchas gracias, señora Caballero.

Señora Consejera, su señoría tiene la palabra.

La señora CONSEJERA DE SALUD

—Señoría, como sabe, la fibromialgia es una enfermedad crónica, multisintomática, compleja, que se caracteriza fundamentalmente por la propagación de dolor en las articulaciones, en los músculos, en los tendones, en otros tejidos blandos, y está asociada a síntomas neuropsicológicos que incluyen fatiga, rigidez muscular, problemas de sueño, dolores de cabeza, entumecimiento de manos y pies, depresión y ansiedad. El curso de la enfermedad es benigno en términos de mortalidad, pero no en términos de morbilidad y sufrimiento mental para quienes lo padecen. Su diagnóstico en la actualidad se basa en criterios clínicos poco objetivos, lo que dificulta a veces su catalogación. No obstante, y a pesar de esta dificultad diagnóstica, el Colegio Americano de Reumatología la definió en 1990 y, dos años más tarde, en 1992 fue reconocida por la Organización Mundial de la Salud y fue tipificada en el Manual de Clasificación Internacional de Enfermedades.

Es una enfermedad de causa desconocida y que se ajusta al modelo de enfermedad crónica. Se asume en este momento que está originada por una combinación de procesos psicológicos, biológicos y neuroendocrinos que disminuyen el umbral del dolor y la tolerancia al mismo, existiendo, además, una gran variabilidad en la percepción del dolor por quienes la padecen. Eso depende de factores emocionales, cognitivos y ambientales.

La fibromialgia es una enfermedad prevalente de la que no se conoce con exactitud la realidad epidemiológica, aunque se ha señalado como prevalencia global un 2'7% de la población total, con un claro predominio en mujeres —aproximadamente un 4'2 de este porcentaje corresponde a mujeres y un 0'2 representa a los hombres, con un pico de edad entre los 40 y los 49 años—.

El tratamiento de la fibromialgia es difícil, tanto desde el punto de vista médico como también desde las propias posibilidades de las pacientes a la hora de afrontar la enfermedad. En estos momentos, en todos los sistemas sanitarios las medidas puestas en marcha se dirigen a mejorar la calidad de vida, la capacidad de afrontar los síntomas y el bienestar psicológico. Es decir, se realiza un tratamiento sintomático ante la imposibilidad de conocer con precisión cuál es la causa de la enfermedad. Este tratamiento sintomático le tengo que decir que tiene una eficacia moderada. Las terapias que se usan, además, no son eficaces de forma aislada y, por tanto, han de aplicarse de forma conjunta y coordinada.

Entre las opciones de tratamiento se encuentran medidas educacionales y sociales —por ejemplo, la mejora de la autoestima—, junto con ejercicios físicos supervisados; también tratamientos farmacológicos dirigidos a disminuir el dolor y a mejorar el sueño y otros síntomas de tratamiento rehabilitador y físico, y, cómo no, el apoyo psicológico. Se han propuesto también diversos tratamientos alternativos que no han sido respaldados porque no tenían la evidencia científica necesaria.

El tratamiento se inicia por los profesionales de atención primaria y, en los casos en que la evolución de la enfermedad o la falta de respuesta a la terapia así lo aconsejen, se derivan los enfermos a la atención especializada.

Como le decía anteriormente, no existe suficiente evidencia sobre la función del tratamiento multidisciplinar en la rehabilitación del enfermo. La eficacia de los programas multidisciplinarios es mayor en pacientes con dolor crónico incapacitante y menor en aquellos de discapacidad irreversible. En cualquier caso, el seguimiento de este tipo de pacientes con estas características es compartido entre los dos niveles: atención primaria y atención especializada.

Al igual que ocurre con otros sistemas, no existe un protocolo general para el tratamiento de esta enfermedad, ya que las evidencias científicas que se tienen sobre la causa de esta enfermedad y la dificultad de su diagnóstico no han sido suficientemente contrastados. En una parte del tratamiento, el contrato-programa del Servicio Andaluz de Salud sí recoge el tratamiento farmacológico recomendado y también la *Guía terapéutica de atención primaria* basada en la de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria, también lo recoge, y así se ha distribuido para todos los distritos de atención primaria. Además de ello, se están poniendo en marcha algunos tratamientos especiales en nuestra Comunidad, experiencia de tratamiento multidisciplinar en otras Comunidades Autónomas.

Realmente, señorías, la enfermedad de que hoy hablamos es una enfermedad que preocupa al sistema sanitario público, primero porque el diagnóstico es complejo, los síntomas son síntomas que no se presentan de la misma manera en todos los pacientes, y también porque hay una serie de condicionantes en torno a esta enfermedad que abordan o que aconsejan abordarla desde una perspectiva integral.

Le tengo que decir a su señoría, para terminar, que, no obstante, el sistema sanitario público está trabajando en la línea de intentar homogeneizar los tratamientos que se ponen en el conjunto del sistema y el inicio de los síntomas, como le decía, con las guías que nos proporcionan las sociedades científicas.

Me gustaría, también, dejar constancia, porque yo he tenido reuniones con la Asociación de Fibromialgia, me gustaría dejar constancia de dos hechos: primero, de que no vamos a incorporar al sistema ninguna técnica que no tenga evidencia científica demostrada —lo que sí haremos es seguir experimentando aquellas fórmulas que nos permiten arrojar esa evidencia científica—, y en segundo lugar, comprendo que, por respeto a las pacientes que tienen este tipo de enfermedad, cualquier calificativo con que parezca que las pacientes se inventan la enfermedad es algo que no se podría en ningún caso entender, que es algo que en ningún caso los profesionales del sistema dicen. Sí es verdad que hay una percepción por parte de la asociación de que, en algunos casos, cuando se derivan condicionantes psicológicos a la enferme-

dad, parece que es que se la inventan. En ningún caso es así, señorías, sino que lo que ocurre es que las propias pacientes, al relatarles la ansiedad y la depresión que provoca este tipo de enfermedad y científicamente no tener una causa conocida, pues las pacientes entienden que se debe aplicar un tratamiento físico, que no de otro tipo, que realmente alivie los síntomas.

En ello estamos y esperemos que en breve exista evidencia para poder abordarla.

La señora PRESIDENTA

—Muchas gracias, señora Consejera.
Señora Caballero.

La señora CABALLERO CUBILLO

—Sí, señora Presidenta. Con mayor brevedad que la Consejera, pero le agradezco la información.

Nuestra preocupación fundamental es que hay una enorme dispersión en el tratamiento de la enfermedad, incluso en su toma en consideración como tal enfermedad, y eso no solamente de forma popular, sino también dentro del sistema público de salud, y en la derivación a especialidades tampoco hay un tratamiento unificado: algunos médicos de atención primaria derivan a las mujeres que tienen esta enfermedad a médicos relacionados con problemas de artrosis, etcétera, otros con problemas neurológicos, y no hay ningún tipo de protocolo, de asociación de indicaciones —permítame el lenguaje, que seguramente no será nada de oficial—, que le dé, en primer lugar, una importancia a esta enfermedad, un llamamiento al conjunto del personal médico de que hay que tomarla en serio, y, tercero, un protocolo de actuación armonizado en el conjunto de la Comunidad Autónoma, ¿no?, con la derivación a sus respectivos especialistas, ¿no?

Yo no sé si la enfermedad reúne las características necesarias para tener un protocolo en el lenguaje sanitario específico, lo que la palabra protocolo implica. Lo que es evidente es que ha sido definida como una enfermedad multidisciplinar, pero una enfermedad, ¿no?, lo que quiere decir que algún tipo de homogeneidad en el tratamiento y en el trato al paciente tiene que existir.

Y yo le pediría a la Consejera, aunque sea la primera iniciativa al respecto, que tome este tema en serio, que alerte al sistema sanitario, aunque sea de forma informativa sobre este tema, porque hay un enorme sufrimiento humano detrás de esta enfermedad, que además lo padecen, fundamentalmente y curiosamente, las mujeres, y que está asociado, efectivamente, a fenómenos también psicológicos, que no inventados, porque hay una tendencia a equiparar los problemas y el sufrimiento psicológico a problemas inventados,

la depresión a problemas inventados, sino que está asociado a un alto nivel de sufrimiento de una proporción cada vez más en aumento de la población andaluza, fundamentalmente mujeres, ¿no?

Y urgirle, si es posible, un protocolo o un preprotocolo del tratamiento de esta enfermedad en la salud pública andaluza.

Nada más y muchas gracias.

La señora PRESIDENTA

—Muchas gracias, señora Caballero.
Señora Consejera.

La señora CONSEJERA DE SALUD

—Como le he comentado, señora Caballero, efectivamente, el servicio sanitario está trabajando conjuntamente con los expertos en estas materias, que pueden ser aquellas personas que se dedican al aparato locomotor. Por tanto, nosotros lo hemos incluido dentro del capítulo del Plan de Enfermedades Osteoarticulares, ya que uno de los síntomas que presenta es el dolor por las diferentes articulaciones. Está previsto un capítulo en el Plan de Enfermedades Osteoarticulares, que se está trabajando, pero en este momento, como usted decía, es muy complicado homogeneizar los tratamientos porque son sintomáticos.

El problema es que los pacientes presentan diferentes síntomas, cada uno de ellos hay que abordarlo desde una perspectiva integral, pero abordarlo para intentar paliar, pues en algunos la ansiedad y la depresión, en otros casos lo que puede ser el dolor propio que se tiene en relación con la enfermedad... Cuesta trabajo a los sistemas sanitarios y a los profesionales reconocer que existen determinadas enfermedades o síndromes que no tienen una causa conocida, porque eso dificulta mucho la relación con el paciente y dificulta mucho también su propia instauración de un tratamiento eficaz.

Por tanto, esta enfermedad pertenece a estos capítulos en donde los profesionales, que yo creo que sí tienen sensibilidad con esta materia, yo creo que hemos evolucionado en los últimos años. Es verdad que, como su señoría dice, hasta hace poco tiempo parecía una enfermedad inventada —yo misma lo he dicho en mi respuesta—; pero sí es verdad que en este momento existe una gran sensibilidad sobre esta materia, aunque tengo que reconocer que el límite de la ciencia llega hasta el punto de que no existe tratamiento eficaz demostrado, y que lo que único que hacemos es intentar paliar los síntomas. Pero la información que le daba era que, en el capítulo de enfermedades osteoarticulares, existe un apartado específico para fibromialgia, que, cuando publiquemos el conjunto del plan, se hará también público al conjunto de los profesionales.

Pregunta Oral 7-04/POC-000278, relativa a las historias clínicas de un menor.**La señora PRESIDENTA**

—Muchas gracias, señora Consejera.

Continuamos con la pregunta con ruego de respuesta oral en Comisión relativa a las historias clínicas de un menor. Para ello tiene la palabra el Grupo proponente, el Grupo Popular. Su portavoz, señor Pizarro, su señoría tiene la palabra.

El señor PIZARRO NAVARRETE

—Gracias, Presidenta. Señora Consejera.

Acabo de escucharle hace un momento que decía usted el gran esfuerzo que ha hecho esta Comunidad, y que está a la vanguardia de los sistemas sanitarios. En plena época de la informática y los grandes avances de la medicina de este siglo, pues me llama la atención que haya problemas a la hora de suministrar una historia clínica, cuando un principio fundamental de nuestra sanidad pública es que el ciudadano es el referente y el centro de nuestra sanidad, y ante la petición de una señora, una madre, sobre la historia clínica referida a los períodos de internamiento en el hospital materno-infantil de Málaga, de la historia clínica de su hijo, pues a fecha de hoy todavía no se le haya entregado esa historia. Ella hace la solicitud de un menor el día 11 del 11 de 2003, y, ante la tardanza de que se pueda enviar esta historia, el día 13 del 9 de 2004, solicita entrevista con el Gerente del SAS, al objeto de solicitar ayuda para poder obtener esta historia completa. Y, ante la pasividad que tiene de esa cita, pues el día 27 del mismo mes solicita entrevista con la Jefa del Servicio de Administración Interior del SAS, para intentar localizar esa historia. Le voy a poner un poco en antecedentes sobre de qué trata la historia.

Es un niño del que existe constancia, por revisiones periódicas en consultas externas, de que ha tenido que ser historiado para poder seguir la evolución de esa..., y no aparece su primera historia clínica. Aparece el primer informe clínico con fecha 21 de junio de 2002 y alta el 21 del 6 del 2002, del Servicio de Hematología. Sin embargo, existe constancia en el hospital de un registro, que se le envía a su madre, de un primer ingreso el 11 del 3 del 2000, a las 18:18, en Pediatría, en la habitación 418, cama A, con diagnóstico de leucemia.

Como antecedente de este niño, para que haya constancia de que tiene que haber historia, hay ingreso en febrero de 1999 por hipertrofia de adenoides. En noviembre de 1995 hay dos ingresos, uno por un cuadro postoperatorio y una hipertrofia media de Waldeyer... Es decir, deben existir al menos las historias clínicas anteriores.

Existe también constancia, por la documentación que se aporta a la madre, de las revisiones en con-

sultas externas hasta el 28 del 8 de 2002, y existe también hoja de ingreso de 7 de febrero de 2002, y peticiones exploratorias de radiodiagnóstico del hospital, que fue ingresado y tratado en el año 2002. Así como diferentes informes del Servicio de Urgencias, al igual que un mielograma solicitado por el Servicio de Hematología en fecha 7 del 6 de 2002.

No es posible, desde nuestro punto de vista, que la larga evolución que ha llevado este menor, y con los controles que se le han efectuado, sólo aparezca, en la documentación que se le aporta a la madre, un solo mielograma. Por tanto, la historia clínica del paciente, por razones que no llevo a entender, es incompleta desde el inicio hasta el final.

Ante las peticiones reiteradas que solicita la madre de esta historia clínica, nosotros nos preguntamos por qué no se le atiende la petición a esta madre.

La señora PRESIDENTA

—Muchas gracias, señor Pizarro. Señora Consejera, tiene la palabra.

La señora CONSEJERA DE SALUD

—Sí, señoría. Estaba leyendo el texto de la pregunta, y en la pregunta usted me dice: ¿Existe alguna razón para no remitir historia clínica completa, desde su primer ingreso hasta su última alta, al padre del menor, que lo ha solicitado por el medio reglamentario? Si no existe razón, ¿por qué no se cumple este derecho?

Entonces, en relación con la pregunta, que luego usted ha profundizado en un caso en concreto, pero en relación con la pregunta, decirle que, efectivamente, como usted ha dicho, el sistema sanitario público andaluz ha hecho una apuesta muy clara por la atención sanitaria de calidad, centrada en el ciudadano, haciéndole partícipe de todas las decisiones que conciernen a su salud, desde la óptica de la transparencia en la gestión y la prestación de servicios sanitarios. En este contexto se enmarca la Ley 41/2002, Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica. En ella se hace referencia al acceso a la historia clínica por parte de pacientes y familiares en los artículos 5 y 18. Según esta ley, la historia clínica es el conjunto de documentos que contienen datos, valoraciones e informaciones de cualquier índole sobre la situación y la evolución clínica de un paciente a lo largo del proceso asistencial. En los hospitales públicos andaluces, el acceso y entrega de información clínica o historia clínica completa al paciente es una práctica habitual, y en algunos centros se entregan ya copias en formato electrónico. Incluso existen formularios para que al ciudadano le sea más fácil el trámite.

En el caso de menores, el principio general establecido en la jurisprudencia es que, si no existe

conflicto de intereses entre el padre o la madre y el menor, hay obligación de entregar a sus tutores, padre o madre, los datos pertinentes, previa identificación de su condición como representante legal del menor. En caso de que pueda existir colisión de intereses entre padre, madre o menor, se debe escuchar a éste, al menor, siempre que tenga la edad y la capacidad de discernimiento necesario. De acuerdo con la citada ley, el consentimiento por representación se otorgará al representante legal del menor, después de haber escuchado su opinión, si tiene 12 años cumplidos. Cuando se trata de menores no incapaces ni incapacitados, pero emancipados o con 16 años cumplidos, no cabe prestar el consentimiento por representación.

Hasta aquí, señoría, yo le describo lo que la ley determina y, por tanto, lo que estamos obligados a hacer desde la Consejería de Salud a este respecto. Ella es nuestra forma de actuar en este sentido, y prueba de ello es que no tenemos constancia ni reclamaciones que pongan en evidencia que existen dificultades en el acceso de la historia clínica de menores.

Gracias.

La señora PRESIDENTA

—Muchas gracias, señora Consejera.

Señor Pizarro, su tiempo está prácticamente consumido. Le ruego brevedad.

El señor PIZARRO NAVARRETE

—Voy a ser muy breve.

Señora Consejera, mire, desgraciadamente, el niño no puede aportar ninguna razón de ser porque el niño murió, pero sí se le puede aportar, desde luego, a... No hay conflicto familiar entre padre y madre de este menor y sí hay documentación que se le solicita, escrito del 28 de septiembre de 2004, donde se le solicita la historia clínica de este niño, dirigido a la Jefa del Servicio de Administración Interior del Servicio Andaluz de Salud, Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. Hay más escritos, tengo varias solicitudes de petición, y lo que sí es cierto es que al día de hoy no se le ha suministrado. Le ruego, le ruego que tome en cuenta... Yo le daré hasta el número de historia clínica, si le viene bien, para que haga las indagaciones necesarias y se satisfaga la voluntad de la madre de tener la historia clínica de este niño.

La señora PRESIDENTA

—Gracias, señor Pizarro.

Señora Consejera.

La señora CONSEJERA DE SALUD

—Sí.

Su señoría ha planteado que se ha dado un caso donde, al parecer, se ha presentado una dificultad de acceso a la historia clínica de un menor por parte de su padre. No se pueden deducir, de la exposición de motivos, señoría, de la pregunta, datos que permitan identificar esa situación a la que se refiere en este momento, por lo que yo no le puedo dar en estos momentos ni explicarle las razones que pudieran haber provocado esta situación. Si su señoría hubiera explicado con más claridad en su iniciativa el caso concreto al que se refiere, yo habría proporcionado a esta Comisión información detallada sobre este asunto, asumiendo nuestra parte de responsabilidad como sistema sanitario público, si la causa fuera imputable al mismo. En todo caso, señoría, creo que si su intención era conocer por qué se había producido esta circunstancia, yo creo que tendría que haber sido más explícito en la pregunta, ya que su planteamiento generalista parece o trata de hacer creer a la opinión pública que este derecho no es reconocido o que no se respeta por parte del sistema sanitario público. Esto no es en absoluto así, tal como le he manifestado, y la prueba es que no se nos presentan reclamaciones en este sentido.

Señoría, yo creo que tratar de hacer de un caso puntual una situación generalizada, ni responde a la realidad, ni corresponde al rigor y al tratamiento que los temas que se debaten en este Parlamento y en esta Comisión se merecen. Yo le ruego que en lo sucesivo nos proporcione usted la información para poder darle con detalle todos aquellos datos que usted requiere en su iniciativa.

Gracias.

Pregunta Oral 7-04/POC-000279, relativa a leucemia linfoblástica aguda en síndrome de Down.

La señora PRESIDENTA

—Gracias, señora Consejera.

Continuamos con pregunta con ruego de respuesta oral en Comisión, relativa a leucemia linfoblástica aguda en síndrome de Down.

Tiene la palabra el proponente, representante del Partido Popular, señor Pizarro.

El señor PIZARRO NAVARRETE

—Gracias, Presidenta. Señora Consejera.

Esta segunda pregunta es prácticamente una continuidad de la primera, porque es el mismo caso, y por eso me refiero. Cuando vengo a presentarlo como pregunta aquí es porque, hablando con el familiar, con la madre, ha agotado todos los mecanismos para que se le dé esta información, y entonces, ante esta duda, es por lo que solicito esto. Yo creo que documentación

tienen más que suficiente, o al menos en la Dirección Gerencia, para saber este tema.

El tema es de un niño que el 10 de mayo de 2002 tiene una recaída de una leucemia aguda linfoblástica, que había ingresado, que ingresa de nuevo el día 15 de mayo de 2002, y este niño, una vez que se encuentra clínicamente recuperado, se pregunta la posibilidad, por parte de los familiares, de un trasplante de médula ósea, a la que parece ser que le contestaron, según familiares, que no hacía falta el trasplante de este niño, dado que con el tratamiento que había tenido era suficiente.

Por la misma fecha, dos niños del mismo centro hospitalario, que habían sido tratados por el mismo protocolo de quimioterapia que este niño con síndrome de Down, y había remitido su enfermedad, se les propuso a los padres la posibilidad de hacerles trasplantes de médula ósea. Ante la duda del tratamiento quimioterápico, que fue suficiente, se consultó al hematólogo, que le contestaba que, al tener un síndrome de Down, es muy arriesgado, aunque, si los hermanos eran compatibles, era posible ofertar el trasplante, como a cualquier niño en las mismas circunstancias.

Tras estudio de la histocompatibilidad, resulta que no son idénticos sus hermanos. Según estudios sobre la leucemia aguda linfoblástica, cuando las recidivas son precoces, parece ser que está indicado como tratamiento más adecuado, para curar la enfermedad, el trasplante. Según documentación científica aportada por los familiares del niño con síndrome de Down, se evidencia, primero, que el índice de supervivencia actual es igual a los trasplantes emparentados que no emparentados; que el índice de supervivencia no varía sustancialmente, según se trate de médula o cordón; que no hay diferencias sustanciales para niños con síndrome de Down, sin otra patología asociada, que con niños que no padezcan ningún tipo de enfermedad; que en los niños con síndrome de Down existe una mayor tendencia a contraer infecciones respiratorias.

La pregunta es: ¿Cómo es posible que, en los meses de julio y agosto, hacer un trasplante fuese una temeridad, y a finales de septiembre se dice que es perfectamente posible, y además que se podría hacer hasta en ese mismo hospital?

Según documentación de la Comisión Nacional del Trasplante y del Comité de Expertos, se recomienda la búsqueda de donantes no emparentados, en leucemia aguda linfoblástica, en remisiones completas hasta la primera recaída, que fue el caso de este niño, en junio del año 2002.

Este niño se fue a La Paz, en Madrid; allí le buscaron una compatible, y cuando lo encontraron, era ya tarde, no pudo ser intervenido.

Pero le voy a decir otra cosa más: se solicitó la historia clínica a ese centro, e inmediatamente le mandaron desde el hospital de La Paz la historia clínica, con el tiempo de ingreso que había estado. Allí no hubo tanta demora.

Y, ante esta duda, los familiares, los padres se preguntan que si usted considera que, dentro de la sanidad pública andaluza, pues hay alguna norma, hay

alguna posibilidad de que, por padecer un síndrome de Down, tengan que ser sometidos a algún tipo de tratamiento distinto a sin síndrome de Down.

La señora PRESIDENTA

—Sí, señor Pizarro, gracias.
Tiene la palabra la señora Consejera.

La señora CONSEJERA DE SALUD

—Señoría, he de iniciar la respuesta a esta pregunta con una afirmación contundente, en el sentido de que ni por criterios científicos ni por parte del Servicio Andaluz de Salud existe diferencia alguna en el tratamiento que reciben los pacientes afectados por leucemia linfoblástica aguda, si además padecen síndrome de Down o no.

La diferencia no radica, por tanto, en el tratamiento que se aplica, que, como le digo, es el mismo, sino en la capacidad de respuesta de los pacientes con síndrome de Down, que suelen presentar una peor tolerancia a la quimioterapia y, a la vez, un aumento de susceptibilidad a las infecciones, sobre todo en el tracto respiratorio, debido, como usted conoce, a sus bajos mecanismos de defensa.

En todos los pacientes pediátricos afectados de leucemia linfoblástica aguda, si se produce recaída de la enfermedad, tras el tratamiento inicial, se procede a administrar lo que se denomina quimioterapia de rescate, de segunda línea, para lograr una segunda remisión de la enfermedad. Tras ello, y dependiendo del momento de la recaída, las opciones para consolidar la remisión son dos: quimioterapia, con o sin autotrasplante de precursores hematopoyéticos, o, en segundo lugar, trasplantes alogénicos de precursores hematopoyéticos de donante familiar o, en caso de no poseerlo, de donante no emparentado, para lo cual se activa la búsqueda internacional del donante no emparentado. Todas las opciones, así como sus riesgos y beneficios, son planteadas a los padres o tutores legales de los pacientes, que serán los que, previo consentimiento informado por escrito, tomarán la última decisión.

Gracias.

La señora PRESIDENTA

—Muchas gracias, señora Consejera.
El tiempo es muy limitado. Haga el favor, señor Pizarro, de responder escuetamente.
Gracias.

El señor PIZARRO NAVARRETE

—Gracias, Presidenta, por su amabilidad.
Mire usted, yo estoy de acuerdo en todo lo que usted acaba de decir. Y me gustaría que este mismo

acuerdo se pudiese trasladar a los familiares de este paciente, que parece ser que no están en la misma línea o al menos no fue así como ellos, ellos, dicen haber sido tratados. Porque, entre otras cuestiones, yo le puedo decir que ellos, durante este tiempo, presentaron una serie de reclamaciones en el hospital, siete u ocho reclamaciones, tengo la fecha de todas. Pero lo que sí le voy a decir es una cosa: cómo se les contestó a todas, y estoy hablando desde el mes de junio hasta el mes de octubre. En todas se les contestaba exactamente igual: «Estimada señora tal, la presente es para informarle que hemos iniciado los trámites administrativos oportunos para aclarar los hechos que refiere su reclamación. Tan pronto tengamos toda la información precisa, nos pondremos en contacto con usted para ofrecerle las explicaciones oportunas». Esto es lo que se les envió cada vez. Todavía no tienen ninguna explicación oportuna. Como verá usted, el tiempo pasa y ellos querían tener alguna explicación, que, como no se la dieron, por eso es mi pregunta, para ver si usted podía dárnosla.

Muchas gracias.

La señora PRESIDENTA

—Muchas gracias, señor Pizarro.

¿Desea usted contestar, señora Consejera? Adelante, tiene usted la palabra.

La señora CONSEJERA DE SALUD

—Sí, señoría.

De nuevo, al igual que en la iniciativa anterior, no ha sido explícito a la hora de formular esta pregunta, porque, si nos atenemos al texto que su señoría ha presentado en el Registro del Parlamento, con mi primera intervención hubiera quedado perfectamente respondida su pregunta.

No obstante, señor Pizarro, y porque había aparecido el caso en los medios de comunicación, sí tengo información, en este caso, sobre lo que usted ahora, en la segunda parte, plantea como un tema en concreto.

Yo creo que si ésa era su intención, preguntar por este niño, no hay ningún problema, señoría, en que en su iniciativa parlamentaria usted lo pregunte y yo pueda dar todos los datos en esta Comisión acerca del proceso que se ha seguido para esclarecer en sede parlamentaria aquellas cuestiones relativas a la enfermedad, en este caso, de este niño síndrome de Down. Y yo creo que ésa es mejor fórmula, porque, de lo contrario, yo puedo no traer los datos que hoy traigo y esta Comisión se queda igual que cuando empezó la iniciativa.

Como le decía, señoría, anteriormente, el hecho de padecer enfermedad de Down no es principio de exclusión, no es causa de exclusión para realizar cualquier tipo de trasplante, y en el caso concreto de un trasplante de médula ósea, tampoco. En el caso del niño fallecido, la posibilidad de trasplante se debe plantear tras el fracaso

del tratamiento médico habitual en el momento de la recaída. En un principio, el niño presentó una evolución satisfactoria con un primer tratamiento quimioterápico. Unos meses después, y tras la recaída, es cuando se plantea la posibilidad del trasplante, opinión compartida por otros hospitales españoles consultados.

En contraposición con lo manifestado por la familia del niño fallecido, si se realizó la investigación oportuna entre los familiares para determinar la existencia de algún donante compatible. Ante el resultado negativo de esta investigación, se ordenó la búsqueda del donante de médula ósea o de cordón umbilical en el registro mundial.

La familia rechazó la realización del trasplante en el hospital materno-infantil de Málaga y voluntariamente decidió trasladar al pequeño a otro hospital, traslado que fue facilitado en todo momento por el Servicio de Hematología del hospital Carlos Haya.

En este sentido, la Coordinación Autonómica de Trasplantes ha manifestado oficialmente que la presumible discriminación de pacientes portadores de síndrome de Down que se deja entrever en la información publicada por algunos medios es completamente incierta. De hecho, hay varios pacientes andaluces con síndrome de Down que han recibido diferentes trasplantes de órganos y tejidos.

Señoría, quiero concluir esta intervención, si me permite, manifestando una preocupación que me genera la formulación de esta iniciativa, y es una preocupación en el sentido de que con ella, por la forma como está la pregunta hecha, parece o se pone en tela de juicio algo muy importante para nosotros, como es la responsabilidad y la profesionalidad de nuestros médicos, en el sentido, señorías, de que alguien pueda ser capaz de pensar que se pueda discriminar a un niño en su posibilidad de ser trasplantado por el hecho de padecer síndrome de Down. Me preocupa seriamente, señoría, que un responsable político, y además en este caso profesionalmente vinculado al sector sanitario, pueda llegar a plantear esta iniciativa parlamentaria de la forma en que se ha formulado la pregunta. Espero que esto nos haga reflexionar y se puedan aclarar las confusiones que generan este tipo de afirmaciones, porque en ningún caso me gustaría que, ni de su pregunta ni de mi respuesta, alguien pudiera tener el mínimo de duda o algún planteamiento acerca de que en este sistema sanitario hay diferentes respuestas por el hecho de que los pacientes sean o no síndrome de Down.

Pregunta Oral 7-04/POC-000311, relativa al hospital de Motril (Granada).

La señora PRESIDENTA

—Muchas gracias, señora Consejera.

Continuamos con la pregunta con ruego de respuesta oral en Comisión relativa al hospital de Motril,

en Granada. Para ello tiene la palabra el Grupo proponente, el Grupo Socialista. Su señoría, doña Concepción Ramírez, tiene la palabra.

La señora RAMÍREZ MARÍN

—Gracias, señora Presidenta. Señora Consejera, señorías.

Todos debemos reconocer que la sanidad de calidad para todos y todas es hoy una de las señas de identidad de Andalucía, y que Granada, provincia a la que pertenezco, está a la vanguardia del modelo sanitario andaluz, tanto en instalaciones como en prestaciones y servicios.

Los socialistas andaluces somos conscientes de que la ciudadanía quiere un sistema sanitario público, solidario y equitativo, al igual que estamos convencidos de que los ciudadanos son conscientes de que la salud es un derecho, y, por tanto, se convierte en un usuario exigente con la atención que recibe.

Señorías, la Consejería de Salud viene trabajando durante años para conseguir un mejor servicio para un mayor número de personas, ya que alcanzar una mayor calidad de vida y un mayor grado de salud en la ciudadanía sigue siendo un objetivo constante en nuestra acción política y en nuestra tarea como gobernantes.

En este contexto se enmarca una de las propuestas del programa electoral de los socialistas granadinos, con el que concurrimos a las elecciones del pasado 14 de marzo, y que es concretamente la reforma y ampliación del hospital de Motril y de su catálogo de servicios.

Por tanto, por todo lo expuesto, señora Consejera, le formulo las siguientes preguntas: ¿En qué consisten tales obras de ampliación del hospital de Motril? ¿Qué mejoras van a suponer en la cartera de servicios de dicho hospital? Y ¿cuándo van a finalizar dichas obras?

Muchas gracias.

La señora PRESIDENTA

—Gracias, señora Ramírez Marín. Señora Consejera, tiene la palabra.

La señora CONSEJERA DE SALUD

—Sí, señoría, Presidenta.

La Consejería de Salud está permanentemente adaptando las infraestructuras hospitalarias a las necesidades y a las demandas que van surgiendo en función de la ampliación de las carteras de servicios, de la implantación de nuevas tecnologías o de la mejora continua de la calidad asistencial.

El plan de modernización del hospital Infanta Margarita se enmarca dentro de este proceso de adaptación a nuevas necesidades de centros y con-

templa un conjunto de actuaciones que se llevarán a cabo entre los años 2004 y 2008.

Como sus señorías saben, este hospital entró en funcionamiento en el año 1982. Cuenta con una población de referencia de 190.000 habitantes y una superficie construida de 22.600 metros cuadrados. Ya en los últimos años, y como avance a este plan de modernización, se han realizado en el hospital algunas actuaciones que se consideraban prioritarias para ofrecer a los ciudadanos una serie de prestaciones que completaban su cartera de servicios. En este sentido, se han puesto en marcha la unidad de cuidados paliativos, el hospital de día quirúrgico, el hospital de día oncohematológico...

Ah, que estamos hablando de... Perdón, estamos hablando... Usted me ha preguntado en relación con...

Ah, que me he equivocado de comparecencia, señoría, he entendido del hospital de Cabra. Lo tenía yo mal formulado en el orden del día.

Pues me disculpan, señorías...

Sí, lo que le decía en relación con las obras de remodelación, no se las voy a explicar, y concretamente del hospital de Motril, decirle que en este momento hay un plan director que contempla dos fases. La primera de ellas es la construcción de un edificio que albergará las consultas externas y urgencias, dos nuevos quirófanos, nuevos paritorios y el hospital de día médico y oncohematológico.

Las instalaciones que se contemplan en esta primera fase tienen una superficie total que va a superar los 7.000 metros cuadrados y estarán completamente en funcionamiento a finales del primer trimestre del año 2005, lo cual va a suponer una liberación de espacio en el edificio sur de hospitalización, lo que va a conllevar también un incremento del número de habitaciones con uso individual a lo largo del próximo año.

También en esta primera fase se ha terminado de construir un edificio anexo, el correspondiente al área quirúrgica, con una superficie de 200 metros cuadrados, que ha permitido contactar esta área con dos de los nuevos quirófanos e integrar una única unidad de cirugía mayor ambulatoria. Esto también se va a ver posibilitado con el incremento de camas en la reanimación posquirúrgica, para absorber el incremento de intervenciones de los próximos años.

Le puedo decir que la segunda fase va a comenzar a desarrollarse a lo largo del año 2005, con la definición del plan funcional, en el que tendrán una amplia participación tanto profesionales como usuarios, completándose con la elaboración del proyecto arquitectónico, para iniciar las obras a comienzos del año 2006.

Todo este proceso permitirá al hospital Santa Ana seguir siendo un centro altamente resolutivo, con una cartera de servicios adecuada, con un potente bloque quirúrgico y trabajando, orientándose a la cirugía ambulatoria, a la corta estancia, a la última tecnología y al proceso resolutivo.

La inversión total en la primera fase asciende a 10.327.000 euros, y, como le decía, las principales

mejoras nos van a permitir acometer todo esto que le he comentado en relación con las áreas y en relación con una nueva fórmula organizativa. Y también decirle, por último, y para terminar, que esperemos que en los plazos establecidos se pueda acometer todo el proceso de obra, porque, efectivamente, así está contemplado en los presupuestos y entendemos que hay tiempo suficiente para que al final esto pueda ser una realidad.

Pregunta Oral 7-04/POC-000312, relativa a las obras en el hospital San Agustín, de Linares (Jaén).

La señora PRESIDENTA

—Muchas gracias, señora Consejera.

¿Señora Ramírez Marín? Pues, muchas gracias.

A continuación, pregunta con ruego de respuesta oral en Comisión relativa a obras en el hospital San Agustín, de Linares, en Jaén.

Tiene la palabra su portavoz, la señora Ríos Martínez.

La señora RÍOS MARTÍNEZ

—Sí, gracias, señora Presidenta.

Señora Consejera, el hospital San Agustín, de Linares, se verá beneficiado en breve por un conjunto de obras que afectarán a servicios importantes de dicho centro, en consonancia con los planes que está desarrollando la Consejería, de modernización de hospitales, y por la importancia que supone esta actuación de los hospitales para mejorar la accesibilidad de los ciudadanos a los múltiples servicios asistenciales. Y, siendo fundamental para este hospital de Linares, en la provincia de Jaén, por ser una ciudad referente en nuestra provincia, es por lo que nos gustaría conocer: en qué van a consistir dichas obras, cuál es el plazo previsto para las mismas y qué inversión se pretende realizar.

Gracias.

La señora PRESIDENTA

—Gracias, señora Martínez.

Señora Consejera, tiene la palabra.

La señora CONSEJERA DE SALUD

—Sí, señoría.

Las obras previstas y ya iniciadas en el hospital San Agustín, de Linares, por las que se interesa en su iniciativa, consisten en dos actuaciones diferenciadas.

El hospital de San Agustín se compone a su vez de dos edificios: uno de ellos con planta semisótano, planta baja, primera y cubierta, y otro con siete plantas de hospitalización.

Por una parte, las obras consistirán en la construcción de un edificio adosado al primero de ellos, con el mismo número de plantas que el actual; es decir, semisótano, planta baja, primera y cubierta. Una vez concluidas las obras de nueva construcción en su totalidad, se procederá al traslado de los servicios ubicados en las zonas y en las áreas a remodelar.

La superficie construida, resultante de la ampliación y de la reforma a realizar, es de 3.000 metros cuadrados de obra nueva y 1.763 metros cuadrados de adaptación y de reforma del centro, lo cual va a dar un resultante de superficie total construida de 4.763 metros cuadrados.

La ordenación y la intervención por plantas afectarán a las siguientes áreas y servicios:

Planta semisótano. En el área de Urgencias se va a duplicar la superficie actual, incluyendo radiología, que incorpora dos salas nuevas, con lo que se disminuyen los desplazamientos de los usuarios por el propio hospital.

Se crea una nueva área, consistente en salón de actos, sala de juntas, con un nuevo acceso, desde el exterior del hospital, que disminuye la interferencia de los usuarios con la zona ambulatoria.

En la planta baja se interviene en todas las consultas, a excepción de radiología, que pasa a la planta semisótano, duplicándose la superficie actual de consultas externas, que va a pasar a contar con 39 módulos de consulta.

Se crea, también, una nueva zona para atención al usuario.

En la primera planta se reordena el área de laboratorio, ampliándola; se crea un nuevo quirófano para partos, y se amplía el área de reanimación.

El laboratorio contempla un acceso directo a la zona de urgencias, facilitando de esta forma el envío de pruebas y de analíticas que se solicitan desde dicha área.

El período de ejecución de las obras, previsto para las obras de nueva planta, es de once meses, y de diez meses para las obras de reordenación y de reforma, lo que da un total de 21 meses. Estas obras se iniciaron el día 15 de este mes de octubre y finalizarán en julio del año 2006.

La cantidad prevista a invertir en la ampliación y en la remodelación del centro hospitalario es de 4.848.924 euros.

La segunda de las actuaciones afecta al edificio de siete plantas de hospitalización. En el mismo, y en su segunda planta, que se va a ver ampliada, se va a ubicar el laboratorio de anatomía patológica, mientras que en la quinta planta se ubicará, como nueva incorporación a la cartera de servicios del centro, el hospital de día de salud mental. Estas obras se iniciaron el 20 de agosto de 2004 y tienen prevista su finalización para finales de este mismo año.

Señorías, tras la culminación de estas obras, se va a mejorar, de forma muy significativa, la accesibilidad de los ciudadanos a los distintos servicios asistenciales, con espacios mejor adaptados, y, por tanto, van a permitir una mejora global de la calidad en el conjunto del hospital.

Quisiera aprovechar, señorías, al finalizar esta intervención, para poner en evidencia una realidad que me parece importante para visualizar el empeño de la Consejería de Salud en remodelar y mejorar permanentemente nuestra red pública de hospitales. En la pasada Comisión de Salud de septiembre de 2004, respondí e informé sobre el plan de modernización del hospital de Jerez, el plan de renovación tecnológica del hospital Juan Ramón Jiménez, les estoy informando sobre otro tipo de reformas en esta misma Comisión. Lo que creo importante, señorías, es dejar constancia de que esta Administración está cumpliendo con el compromiso de calidad que tiene con los ciudadanos y compagina los nuevos proyectos hospitalarios, la construcción de los 17 nuevos centros, con la necesaria remodelación de espacios o de lugares y centros hospitalarios que en este momento ya están construidos, pero que requieren de obras permanentemente.

Muchas gracias.

La señora PRESIDENTA

—Muchas gracias, señora Consejera.
¿Señora Ríos Martínez? Muchas gracias.

Pregunta Oral 7-04/POC-000313, relativa al plan de modernización del hospital Infanta Margarita, de Cabra (Córdoba).

La señora PRESIDENTA

—Pregunta con ruego de respuesta oral en Comisión relativa al plan de modernización del hospital Infanta Margarita, de Cabra, en Córdoba.

Tiene la palabra el Grupo proponente, el Grupo Socialista, y su representante la señora Lopera Lopera.

La señora LOPERA LOPERA

—Sí. Gracias, señora Presidenta.

Señora Consejera, el hospital Infanta Margarita, de Cabra, como usted sabe, está situado en el sur de la provincia de Córdoba, data de principios de los años ochenta y viene a atender una población en torno a los 200.000 habitantes. Al igual que otros centros de la época, de esa época de los años ochenta, ha pasado por diferentes procesos de reforma y mejora de la confortabilidad, accesibilidad y, cómo no, tam-

bién se ha incrementado de una forma significativa la cartera de servicios. Pero sabemos que la cartera de servicios y toda la reforma y toda la estructura hay que ir modificándola continuamente.

Por tanto, le preguntamos, desde mi Grupo político, ¿en qué consiste el plan de modernización del hospital de Cabra? ¿Qué plazos de ejecución tiene previstos? Y ¿cuál es el presupuesto económico del mismo?

Nada más. Muchas gracias.

La señora PRESIDENTA

—Gracias, señora Lopera.
Señora Consejera, tiene la palabra.

La señora CONSEJERA DE SALUD

—No voy a repetir aquellas cuestiones que anteriormente he comentado. Solamente decirle que el plan le recuerdo que tenía una vigencia del año 2004 al año 2008, que entró en funcionamiento en 1982, que tiene 190.000 habitantes y 2.600 metros cuadrados construidos.

Le decía yo anteriormente, cuando he contestado a la pregunta inadecuadamente, que se habían puesto en marcha ya la unidad de cuidados paliativos, el hospital de día quirúrgico, el hospital de día onco-hematológico y también un plan de mejoras para la atención a pacientes pluripatológicos.

En cuanto a la remodelación de las áreas hospitalarias, cabe reseñar las obras de mejora de la planta de hospitalización maternal, la remodelación de las consultas externas y la apertura de un nuevo quirófano. Del mismo modo, se ha puesto en marcha una consulta de acto único, de alta resolución, en cardiología, lo que va a permitir aplicar a esta patología criterios de consulta que, como ya conocen sus señorías, aporta novedades de indudable ventaja para optimizar tanto los recursos disponibles, como para evitar desplazamientos innecesarios a los propios usuarios. Estimamos que los pacientes que pueden ser dados de alta con las pruebas diagnósticas practicadas, con el diagnóstico realizado y el tratamiento prescrito puede estar en torno a un 70% de los casos de los pacientes que acuden a las consultas.

Es a partir de esta realidad desde donde se pretende profundizar con las nuevas mejoras que se proponen en el plan, y se han agrupado todas esas líneas en cuatro grandes grupos:

El primero, el de la optimización de la organización, que tiene como primer objetivo la satisfacción del usuario. Para ello, le he dicho que vamos a poner en marcha la consulta de acto único, se van a potenciar los cuidados de enfermería, la evaluación continua de los resultados para identificar áreas de mejora, se va a potenciar la resolución en cirugía mayor ambulatoria, se van a implantar nuevas formas organizativas, como resultado de la gestión clínica y la gestión por procesos asistenciales, y también se va

a producir una mayor coordinación con los servicios de atención primaria.

En relación con mejoras estructurales, la ampliación de servicios, se va a actuar sobre el área de cuidados críticos y urgencias, se va a llevar a cabo una ampliación de estas consultas, de urgencias, con ampliación de salas de espera, y una construcción de un área de observación, que también va a servir para administrar los llamados tratamientos cortos.

En el área maternal se van a construir dos salas de urgencias, con área de exploración independiente, cuatro salas de dilatación individuales, dos paritorios, una sala de púerperas, una sala para monitorización anteparto y también un alojamiento para madres de niños prematuros.

En el área pediátrica se va a construir una sala para madres lactantes, una sala de juegos y una escuela. Eso va a permitir también una mejora de la confortabilidad de todas las instalaciones.

En el área de salud mental se va a construir una unidad de agudos, que va a contar con disponibilidad de 21 camas.

En el área de radiología y no asistenciales se va a hacer una reforma general, de mejoras y de accesibilidades.

Y, en el servicio de urgencias, se va a incrementar el personal médico y el personal de enfermería.

En relación con el apartado tecnologías de la información, está prevista una renovación de las instalaciones informáticas del hospital. Esto va a implicar la instalación de 672 puntos de cableado de voz y de datos, 200 ordenadores, 143 impresoras, así como los servidores necesarios para dar uso a toda esta red. Este equipamiento va a facilitar la gestión de la documentación clínica, el trabajo integrado de los laboratorios y el hospital, y las labores de admisión y gestión de pacientes.

Para la ejecución de este plan de modernización del hospital de Cabra, se prevé una estimación presupuestaria en torno a los 8.988.400 euros, y dos fases en su desarrollo, que se concretan:

La primera fase, fase A, se va a desarrollar en el año 2004-2006. Comprende, como le he dicho, cuidados críticos y urgencias, paritorio, pediatría, tecnología de la información y salud mental.

Y la fase B, que va de los años 2006-2008, radiología, dirección, administración, infraestructuras de apoyo.

Es decir, que en el contexto de esta legislatura seremos capaces de poner al hospital Infanta Margarita, de Cabra, en el lugar donde le corresponde y, por tanto, haber hecho una renovación global de todas las instalaciones que en este momento están en uso y, cómo no, la incorporación tecnológica e informática que va a permitir una mejor utilización de los recursos.

La señora PRESIDENTA

—Muchas gracias, señora Consejera.
Señora Lopera.

La señora LOPERA LOPERA

—Sí, de una forma muy breve.

En primer lugar, agradecer a la señora Consejera el detalle tan pormenorizado que nos ha hecho de todo el plan de modernización del hospital de Cabra.

Yo creo que, una vez más, la Consejería ha puesto de manifiesto que sí hace un seguimiento de todos los centros sanitarios, y cuando se detectan problemas, se realiza un plan para mejoras. Es decir, que está en una continua adaptación a la demanda y, por tanto, siempre cuidando la calidad.

En ese sentido, yo creo que los ciudadanos de Cabra y de todo su ámbito de influencia se pueden sentir satisfechos. Yo creo que en los próximos años, y así lo espero, estoy convencida de que la Consejería va a cumplir sus compromisos, va a tener, yo diría, uno de los mejores hospitales comarcales de la red sanitaria de Andalucía.

Muchas gracias.

La señora PRESIDENTA

—Muchas gracias, señora Lopera.

Bien, pues, si les parece, hacemos un receso de dos minutos para despedir a la Consejera. Y, por supuesto, agradecerle su comparecencia y su asistencia, tanto a ella como a su equipo.

[Receso.]

Proposición no de Ley 7-04/PNLC-000099, relativa a la creación de una unidad multidisciplinar hospitalaria para el tratamiento de la anorexia y la bulimia.

La señora PRESIDENTA

—Pasamos a las proposiciones no de ley. En primer lugar, proposición no de ley en Comisión relativa a la creación de una unidad multidisciplinar hospitalaria para el tratamiento de la anorexia y la bulimia. El proponente, el Grupo Popular. Y tiene la palabra su portavoz, el señor Armario Vázquez.

Su señoría tiene la palabra.

El señor ARMARIO VÁZQUEZ

—Muchas gracias, señora Presidenta.

En primer lugar, plantear una enmienda en voz para mejorar el texto del primer punto. Es decir, no..., lo que viene a decir crear una unidad multidisciplinar

hospitalaria para el tratamiento de la anorexia y bulimia, sino para los trastornos de la conducta alimentaria. Así, de alguna forma, se engloban otras muchas enfermedades de este ámbito.

Bien. Señorías. Esta proposición no de ley...

La señora PRESIDENTA

—Perdón, señor Armario.
¿Me la puede remitir por escrito?

El señor ARMARIO VÁZQUEZ

—Sí. Ahora, señora Presidenta, se la llevo a la Mesa.

Esta proposición no de ley, pues, surge de una necesidad sanitaria urgente, destinada a un importante número de andaluces que padecen trastornos de la conducta alimentaria. Este tipo de trastornos no tienen actualmente un tratamiento hospitalario ni ambulatorio oportuno ni adecuado por parte del SAS. Estos pacientes necesitan, tanto desde el punto de vista ambulatorio como hospitalario, de un tratamiento multidisciplinar, en el que tomen parte varias especialidades, varios especialistas, desde medicina interna, nutricionistas, psicólogos, psiquiatras, endocrinos, contando lógicamente con el apoyo psicológico a las familias que padecen estos casos concretos.

Sólo enfocando el tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria de esta forma, estaremos actuando, a nuestro parecer, bien, desde el punto de vista sanitario. Cuando un enfermo de esta patología necesita un tratamiento hospitalario, en muchas ocasiones tiene que acudir a centros y hospitales privados especializados, ya que el SAS no dispone de ellos, y en los hospitales públicos estos enfermos quedan ingresados, en algunas ocasiones, pues, en psiquiatría; en otros casos, en medicina interna; en otros, en otros departamentos o servicios. Por ejemplo, en Puerto Real, pues, hay una chica en estado crítico que está en el hospital mental del Barrio Jarana. En Puerta del Mar hay otra chica en endocrinología. Es decir, no existe una unidad multidisciplinar donde se enfoque de forma adecuada por las distintas especialidades que confluyen en estas patologías este problema.

Y también, lógicamente, el Grupo Popular presenta esta proposición tras un notorio incumplimiento de un compromiso, que en esta ocasión fue preelectoral, de altos representantes de la Junta de Andalucía, hacia una asociación de enfermos de estas patologías, que es la Asociación para la Defensa de la Anorexia y la Bulimia.

Miren ustedes, señorías, en septiembre de 2003, el señor Delegado Provincial de Salud de Cádiz se compromete a la creación de una unidad multidisciplinar en el hospital de Puerto Real. En noviembre de 2003 se dice que se crearía antes de final de año, y lo dice el señor Delegado del Gobierno andaluz. En febrero de 2004, tras una reunión con el Delegado de Salud, el

Coordinador de Salud Mental y el Gerente del hospital, se confirman ya incluso hasta las habitaciones que estarían dispuestas para esta unidad multidisciplinar, la 318 y la 317, del servicio de medicina interna. En marzo de 2004, el Gerente dice que se trasladarían esas habitaciones al servicio de psiquiatría. Y a partir de ahí vienen las elecciones, se terminan los contactos, se terminan las declaraciones públicas de esos altos representantes. La asociación, pues, no para de solicitar citas y entrevistas con el Gerente, con el Delegado de Salud, con el Delegado del Gobierno, hasta la propia Consejería, y la propia Consejera la remite ya a la Directora de Salud Pública.

Todavía están a la espera de noticias y, lógicamente, no hay unidad multidisciplinar. Llegan las elecciones, desaparecen los compromisos, y aquí, pues, donde digo Diego..., y al revés, como bien dice el refrán.

Y lo último, pues ha sido que esta asociación ha entregado —eso ha sido en agosto de este año—, pues, aproximadamente ocho mil ochocientas firmas, y le contesta la Consejería que no hay motivos para la creación de esta unidad de tratamiento porque estadísticamente es un número muy reducido de pacientes los que tendría este servicio.

Miren ustedes, aunque sean dos. La sanidad pública está, precisamente, para dar el mejor servicio médico. Y son muchos, son muchos más, porque en muchísimas ocasiones este tipo de ingresos, este tipo de casos pues se califican como trastornos de la personalidad, síndromes depresivos, problemas de desnutrición. Por ejemplo, una señora de 42 años murió en la provincia de Cádiz, en diciembre del año pasado, se suicidó, y el diagnóstico era síndrome depresivo, cuando esta señora tenía y padecía bulimia.

Y en otros muchos casos, pues, en el certificado de defunción, pues algo muy habitual por parte de los médicos es: «Causa de la muerte, fallo cardiovascular». Es decir, hay muchos casos que no están calificados como esos trastornos de conducta alimentaria, pero que están ahí, están ahí.

Y, en cuanto al segundo punto de la proposición, en el cual viene a decir que sea la Consejería de Salud quien, de alguna forma, haga frente a estos gastos que se ocasionan, pues lo vemos lógico. Lo vemos lógico porque, por ejemplo, hay un hospital aquí, en Sevilla, que es el Infanta Luisa, que tiene una unidad muy especializada en estos trastornos de conducta alimentaria, pero donde el tratamiento al mes cuesta 1.250.000 pesetas, y a eso hay que sumarle... Si se le suman ya los gastos de desplazamiento, de alojamiento de los familiares, pues, lógicamente, son cifras que cualquier familia no puede en ningún momento sufragar.

Por lo tanto, nosotros presentamos esta proposición no de ley, en primer lugar, porque es algo necesario una unidad multidisciplinar para el tratamiento de estas patologías, y, en segundo lugar, porque, señores del Grupo Socialista, hay que cumplir con lo que se dice en época electoral y hay que cumplir con los compromisos.

Muchas gracias.

La señora PRESIDENTA

—Muchas gracias, señor Armario Vázquez.

Para continuar con la fijación y el turno de posicionamiento, tiene la palabra el portavoz del Grupo Andalucista, señor Calvo.

El señor CALVO POYATO

—Muchas gracias, señora Presidenta.

Ciertamente, la anorexia y la bulimia son dos enfermedades que podríamos calificar como enfermedades de nuestro tiempo y que afectan a un número de personas, mayoritariamente mujeres, cada vez mayor, cada vez más numeroso, como consecuencia de determinados ambientes, de determinadas situaciones, de determinadas modas y de determinadas actitudes de comportamiento.

La enfermedad reviste caracteres de gravedad verdaderamente alarmantes, en algunos casos porque no se trata sólo de una enfermedad grave para el paciente, sino, también, de una gravedad extraordinaria para el entorno social en que la enfermedad se produce. Hay enfermedades cuya repercusión social en el entorno familiar es mayor en algunos casos que en otros, y cuando hablamos de anorexia y de bulimia, nos encontramos ante una situación cuya repercusión familiar es muy importante. No quiero decir con esto que haya enfermedades que no tengan repercusión en el entorno familiar, ni muchísimo menos, pero ésta es una de las que repercuten de manera más intensa, llegando a convertirse en un drama familiar.

Desde luego, no nos parece adecuado que se pueda señalar como criterio para no atender, a través de unidades específicas, determinadas enfermedades el número de enfermos a los que pueda afectar una determinada patología; eso en ningún caso tendría sentido.

Yo tuve ocasión de mantener una reunión con una asociación, precisamente en la provincia de Cádiz, de Sanlúcar de Barrameda, de madres de, insisto, hijas, mayoritariamente, que se encontraban aquejadas de esta enfermedad, y lo que planteaban era la necesidad de un tratamiento específico porque que la causa de mortandad, que muchas veces, como ha señalado el portavoz del Grupo Popular, aparece registrada..., para determinados fallecimientos que están producidos por esta enfermedad, que aparecen recogidos de otra manera.

Por lo tanto, nosotros entendemos que la creación de esa unidad interdisciplinar, máxime cuando hay promesas de por medio, y nosotros somos también conscientes de ellas o conocedores de ella, como consecuencia de la información que recibíamos en aquel momento, nos parece adecuado que esa unidad se ponga en marcha, se dote de los medios necesarios para poder o para que pueda funcionar de manera adecuada y, en todo caso, para que dé respuesta a un mayor o a un menor número de enfermos o enfermas que se vean aquejados en esta situación.

Hombre, después de haber escuchado las primeras palabras de la Consejera, yo lamento no haber escuchado las últimas porque andaba en otra Comisión, defendiendo una proposición no de ley, después de las excelencias que la Consejería nos ha señalado, el Grupo Parlamentario Andalucista entiende que la creación de una unidad de atención en este tipo de enfermedad, no debe haber, en ningún caso, ningún tipo de obstáculo para que se ponga en funcionamiento.

Por lo tanto, nosotros vamos a apoyar la proposición no de ley que nos presenta el Grupo Popular, por las razones que acabamos de señalar.

Muchas gracias.

La señora PRESIDENTA

—Muchas gracias, señor Calvo.

Continuamos. Tiene la palabra la portavoz del Grupo Socialista, la señora Silvia Calzón.

La señora CALZÓN FERNÁNDEZ

—Gracias, señora Presidenta.

Bueno. En primer lugar, quiero dejar claro que, con el Grupo Parlamentario Socialista, la atención de los enfermos que padecen trastornos alimentarios debe realizarse de una forma multidisciplinar.

Tenemos conocimiento nosotros también de que, en las reuniones que ha mantenido la asociación ADAB, el Delegado de Salud de la Junta de Andalucía en Cádiz y también el Director-Gerente del hospital de Puerto Real siempre han hablado de esa atención multidisciplinar a estos enfermos, de la misma forma que también se ha hablado de garantizar su ingreso en habitaciones de uso individual en las unidades de salud mental o endocrinología. Los menores, por otra parte, son tratados en la unidad de salud mental infanto-juvenil de dicho hospital.

El Servicio Andaluz de Salud está facilitando una atención rápida e integral a los enfermos de anorexia de San Fernando. Cuando requieren ingreso disponen, tal y como se comprometió el Delegado Provincial, de dos habitaciones reservadas en los servicios de salud mental o de endocrinología del hospital de Puerto Real, así como las habitaciones disponibles, en la unidad de salud mental infanto-juvenil, si el paciente es menor de edad.

El ingreso debe estar indicado siempre por un facultativo del Servicio Andaluz de Salud, que para ello cuenta con personal especializado para atender a estos enfermos durante las 24 horas de todos los días del año.

La Federación para la Defensa contra la Anorexia y la Bulimia de San Fernando, ADAB, conoce el modelo de atención multidisciplinar y multisectorial que está desarrollando la Junta de Andalucía para facilitar una asistencia sanitaria integral a las personas con trastornos en la conducta alimentaria, coordinando

a todos los servicios y profesionales que intervienen en el tratamiento de esas patologías: endocrinos, siquiatras, psicólogos, etcétera. El objetivo es prestar la mejor atención posible y de forma homogénea en todo el territorio andaluz.

Este proceso de asistencia integrado de los trastornos de la conducta alimentaria que se desarrollan en Andalucía y también, como no, en la provincia de Cádiz ha sido consensuado con la sociedad científica y con la Asociación de Afectados y Familiares de Enfermos de Anorexia y Bulimia. Se abarca, de este modo, un conjunto de actividades encaminadas a la detección, a la atención, al tratamiento de los problemas emocionales, racionales, psicológicos, cómo no, también físicos que pueden aparecer en torno a la alimentación, a la apreciación de la imagen corporal, asociado a la anorexia y a la bulimia nerviosa.

Tantos expertos nacionales como internacionales, así como asociaciones de defensa a estos pacientes, respaldan este programa de coordinación funcional entre los diferentes especialistas implicados, que está desarrollando el sistema sanitario público andaluz en general y, en concreto, también, el hospital de Puerto Real.

El programa supone, además, la participación de los dispositivos, tanto de atención primaria como especializada. En lo relativo a la atención especializada, con una implicación preferente, en este caso, de la red de salud mental, en San Fernando, entre las unidades de salud mental del hospital de Puerto Real y de los servicios de este mismo hospital, de medicina interna, endocrinología y nutrición. En este sentido, el equipo de salud mental de San Fernando está facilitando una atención rápida y eficaz a los enfermos de anorexia, que cuentan con un plan individualizado de tratamiento que contempla las necesidades de hospitalización breves, parciales o completas, si bien, como ya recordé antes, e insisto en este tema, son los especialistas del Servicio Andaluz de Salud los que deben determinar cuándo es necesario el ingreso de un paciente. El año pasado, por ejemplo, ingresaron en el hospital de Puerto Real cuatro pacientes adultos con anorexia y dos menores.

Desde el Grupo Parlamentario Socialista, estamos seguros de que tanto el Delegado de Salud de la Junta de Andalucía, en Cádiz, como la Dirección-Gerencia del hospital de Puerto Real, estarán siempre abiertos a estudiar e implantar las propuestas de mejora que plantean tanto los profesionales como los usuarios o las propias asociaciones, pero siempre que estén de acuerdo con este proceso de atención integral a los pacientes y con las normas propias de funcionamiento del sistema sanitario público andaluz.

En lo referente al segundo punto de la...

La señora PRESIDENTA

—Perdón, señora Calzón.

Señorías, por favor, guarden silencio.

La señora CALZÓN FERNÁNDEZ

—En lo referente al segundo punto de la proposición no de ley que presenta el Grupo Parlamentario Popular, pues, desde nuestro Grupo consideramos que, cuando la sanidad pública está ya ofreciendo una atención rápida, urgente y multidisciplinar, no comprendemos cómo se intenta o qué interés existe en que se concierte con clínicas privadas el tratamiento de estos pacientes. Desde nuestro Grupo, como siempre, vamos a apostar por una sanidad pública.

Muchas gracias.

La señora PRESIDENTA

—Muchas gracias, señora Calzón.

Tiene la palabra el portavoz del Partido Popular, señor Armario Vázquez.

El señor ARMARIO VÁZQUEZ

—Sí. Muchas gracias.

Bueno, yo coincido con el portavoz del Grupo Andalucista en que, el hecho de que la Consejería conteste diciendo que estadísticamente es un número reducido de pacientes los que tendría este servicio y, por lo tanto, no hay motivos para la creación, es una auténtica barbaridad. Vuelvo a decir: aunque haya dos, la Consejería de Salud debe dar la mejor calidad y, por supuesto, tratar todos los supuestos e intentar especializarse en todos los temas médicos. Es una auténtica barbaridad la contestación. Pero, mire, lo que me ha dicho, señora portavoz del Grupo Socialista, dígaselo al Presidente de ADAB, el cual ya dice, primero, que «la Junta no va a actuar hasta que una enferma de anorexia muera» o que «el SAS nos ha engañado totalmente». ¿Por qué? Porque, mire usted, en los distintos recortes de prensa, ya no se habla de atención multidisciplinar, como usted ha dicho, sino de unidad: «El hospital de Puerto Real acogerá una unidad para tratar la anorexia», «ADAB visita la unidad para anorexia y bulimia», «ADAB asegura que la unidad para anorexia cumple sus expectativas», «La unidad multidisciplinar empieza a funcionar con un caso de anorexia». Todo esto es antes de las elecciones; después vienen las elecciones y los compromisos ya no se cumplen, los compromisos ya no se cumplen. Pero ustedes le tendrán que decir a esta asociación por qué no cumplen esas promesas electorales y por qué, una vez pasadas las elecciones, la relación cambia tan estrepitosamente. Y sabe usted perfectamente, mire, ya no los ingresos hospitalarios, que, le vuelvo a decir, en Puerta del Mar, en Cádiz, hay una chica ingresada en el servicio de endocrinología, y en Puerto Real, en el hospital de salud mental, donde hay otra chica que ha pasado ya por UCI en muchas ocasiones y está en un estado crítico. Bueno, pues está en salud mental; según la sanidad está loca. Y no se trata de eso: se trata de un tratamiento multidisciplinar donde intervienen especialistas en nutrición, donde intervienen especialistas en

medicina interna, donde intervienen endocrinos, donde intervienen una serie de especialidades para tratar... Ésta es la razón de presentar esta unidad multidisciplinar.

Y, en tratamiento ambulatorio, estos pacientes van a los equipos de salud mental y, en los equipos de salud mental, no hay endocrinos, no hay nutricionistas; exclusivamente, sabe usted que hay psicólogos y personal de apoyo psicológico, nada más. Es decir...

La señora PRESIDENTA

—Señorías...

El señor ARMARIO VÁZQUEZ

—Y voy terminando, señora Presidenta.

... en nuestra opinión, ni se está dando el tratamiento más oportuno desde el punto de vista ambulatorio ni, por supuesto, hospitalario. Y queda patente, queda patente que esos compromisos a los que ustedes, y estoy hablando al más alto nivel de representación de la Junta de Andalucía en Cádiz, como es el Delegado Provincial de Salud y el Delegado de Gobierno, se comprometieron, esos compromisos no se han cumplido, y los compromisos, en política, hay que cumplirlos. Y lo que ustedes tienen que hacer en estos momentos es reunirse con esta asociación y llegar a acuerdos concretos.

Muchas gracias.

La señora PRESIDENTA

—Gracias, señor Armario Vázquez.

Vamos a proceder a la votación de esta proposición no de ley.

Da esta Presidencia por entendido que se aprueba la enmienda *in voce* que ha presentado el Partido Popular acerca del texto, que quedaría: «Proposición no de ley relativa a creación de unidad multidisciplinar hospitalaria para el tratamiento de trastornos alimentarios».

Pues, procedemos a la votación.

Se inicia la votación.

El resultado de la votación es el siguiente: ha sido rechazada, al haber obtenido 7 votos a favor, 10 votos en contra, ninguna abstención.

Proposición no de Ley 7-04/PNLC-000184, relativa a la situación del hospital Infanta Margarita (Cabra).

La señora PRESIDENTA

—Pasamos a la siguiente proposición no de ley, relativa a la situación del hospital Infanta Margarita, en Cabra.

Para ello, tiene la palabra el proponente del Partido Andalucista, y su portavoz, señor Calvo.

El señor CALVO POYATO

—Muchas gracias, señora Presidenta.

El hospital Infanta Margarita es uno de los hospitales más importantes de la provincia de Córdoba, en función del número de pacientes que atiende, en función del territorio que queda bajo su área de competencia, y, sin embargo, la situación en que se encuentra en este momento... Digo en este momento porque hago uso, entre otras cosas, de una encuesta publicada por la OCU en el mes en que nos encontramos, en el mes de octubre, sobre datos recogidos este verano, señala que el tiempo medio de espera para ver a cualquier especialista de los que prestan su servicio en el hospital de Cabra triplica, como cifra media, el que tiene el conjunto de la población andaluza, llegando a esperar un promedio de hasta 139 días para ser atendidos por un especialista que pueda hacer un diagnóstico efectivo. Como digo, la media es tres veces superior a la que se produce en el conjunto de Andalucía.

Hay una normativa reguladora sobre los tiempos de espera, sabemos que es una normativa todavía incipiente, que establece un tiempo máximo para ser recibido por el especialista, que se ha cifrado en veinte días. Entre 20 y 139 días hay una diferencia verdaderamente grande.

Como podemos comprobar, se ha establecido, como digo, en algunos sitios, ese servicio de espera, como es el caso de la ley castellano-manchega, en concreto, que es la que establece esos 20 días, y nosotros no tenemos que aspirar, ni muchísimo menos, a menos de eso.

Soporta, por lo tanto, un tiempo de demora media que es el más alto de Andalucía y uno de los más altos de todo el Estado. Ello es la consecuencia de la falta de inversiones, como tendremos ocasión de señalar a continuación, en el hospital de Cabra, que se encuentra el último en inversión del conjunto de Andalucía y, lo que es más grave, muy por debajo de la media de inversión, porque podría ser el último, pero estar situado prácticamente en la media, y alguien podría decir: «Mire, alguien tiene que ser el último». A mí no me convencería, pero es que la distancia entre la media y la situación de inversión en que se encuentra el hospital Infanta Margarita es muy grande.

Los sindicatos vienen denunciando esa situación desde hace tiempo y, además, la califican, en algunos casos, de desastrosa, y son los profesionales del servicio hospitalario los que vienen a denunciar la situación que están sufriendo esos pacientes como consecuencia de la falta de recursos y escasez de medios.

En este momento, yo supongo que la portavoz del Grupo Parlamentario Socialista va a decir que ya hay en marcha un plan de modernización para poner fin a

esa situación. No valen las palabras porque se llevan dando palabras desde hace muchísimo tiempo.

Por eso nosotros lo que planteamos aquí es que con carácter urgente, más allá de un plan de modernización que requiere de un tiempo que no puede esperar el hospital Infanta Margarita, se tomen medidas urgentes, insisto, para poner fin a esa situación.

Y, en segundo lugar, elaborar, en un plazo de tiempo más razonable, para que pueda hacerse de manera efectiva, nosotros planteamos el plazo de un año, un programa de actuaciones que permita a dicho hospital dar respuesta a las demandas sanitarias de la población a la que atiende y que lo sitúe, simplemente, dentro de los parámetros de la atención sanitaria andaluza. Fíjense qué cosa más simple: estar dentro de los parámetros de la atención sanitaria.

Esto es lo que el Grupo Parlamentario Andalucista, a través de esta proposición no de ley, plantea a la Comisión y esperamos el apoyo de los demás Grupos parlamentarios a esta iniciativa.

Muchas gracias, señora Presidenta.

La señora PRESIDENTA

—Muchas gracias, señor Calvo.

Para el turno de fijación de posiciones, tiene la palabra el portavoz del Partido Popular... ¿Quién va a intervenir?

Pues, señora Botella, tiene la palabra.

La señora BOTELLA SERRANO

—Muchas gracias, señora Presidenta.

Bien, el Grupo del Partido Popular va a apoyar, lógicamente, esta proposición no de ley del Partido Andalucista. Y la va a apoyar porque es una reivindicación que nuestro Grupo político lleva haciendo desde hace mucho años, junto con la plataforma ciudadana, que está funcionando hace mucho tiempo en Cabra y en la comarca de la Subbética, pidiendo, pues, más o menos, lo mismo que pide ahora el portavoz andalucista que nosotros llevamos pidiendo también.

Miren ustedes, a mí lo que me da lástima es que el portavoz del Partido Andalucista no haya escuchado a la señora Consejera, porque escuchando a la señora Consejera, en la respuesta que le ha dado a la señora del Partido Socialista, en relación con el hospital Infanta Margarita de Cabra, pues, te da la sensación de que no hay ningún problema y de que todo está en marcha y de que ya, ya, pero ya, se van a solucionar todos los problemas. Pero, miren ustedes, el hospital Infanta Margarita de Cabra lleva funcionando desde el año 1982, tiene algo en común con ustedes: también tiene 22 años de antigüedad, igual que el Gobierno socialista andaluz, y durante estos 22 años ustedes han ido viendo, sin hacer nada, cómo este hospital comarcal se quedaba pequeño. Ustedes han visto cómo la comarca de la Subbética ha ido creciendo, se ha ido desarrollando,

y han permanecido impasibles, repito, mientras que el hospital se quedaba pequeño. Por lo tanto, aquí es fundamental el factor tiempo.

El hospital Infanta Margarita de Cabra es el hospital de Andalucía que deriva más pacientes a otros hospitales; concretamente, el hospital Infanta Margarita deriva pacientes al hospital comarcal de Osuna. El hospital Infanta Margarita de Cabra es el que tiene las listas de espera de intervención quirúrgica más altas de toda Andalucía. Hay una falta tremenda de especialistas, hay colapsos en las urgencias, hay enfermos en los pasillos... Y esto, por supuesto, no es querer hacer un panorama catastrofista de la situación. Nosotros creemos que en este hospital la situación es tal y como la estamos describiendo, tanto el portavoz del PA como la portavoz que les habla, y de la misma manera que lo está diciendo la plataforma.

Por lo tanto, nosotros pedimos y exigimos que este plan de actuación, cuya temporalidad va hasta el 2008, creemos que las cosas se pueden hacer antes, creemos que el hospital Infanta Margarita de Cabra se puede modernizar en el plazo de un año y creemos, además, que es imprescindible que en los presupuestos de la Junta de Andalucía para el año 2005, pues se recoja una partida suficiente para hacer posible esta reivindicación de la comarca de la Subbética. No es suficiente con la puesta en funcionamiento del hospital comarcal de Montilla. Y, por supuesto, todavía el hospital de Puente Genil sigue estando en el plano de los proyectos.

Por lo tanto, votamos a favor de la proposición no de ley y, sobre todo, pido que reflexionen sobre que los enfermos y las enfermedades normalmente no esperan. Las enfermedades y los enfermos están ahí, y ustedes deberían ayudar a resolver estas situaciones.

Gracias.

La señora PRESIDENTA

—Muchas gracias, señora Botella.

A continuación, tiene la palabra la portavoz del Grupo Socialista, señora Lopera.

Su señoría tiene la palabra.

La señora LOPERA LOPERA

—Sí. Gracias, señora Presidenta.

Yo, la verdad, es que, no sé, creo que hemos estado en Comisiones diferentes hoy. Yo voy a empezar, además, por la señora Botella.

Dice usted que la Consejera acaba de decir que todo está arreglado. Pues de verdad que creo que usted y yo tenemos los oídos diferentes.

La señora Consejera ha dejado muy claro que hay un plan de mejora del hospital, y cuando decimos que hay que mejorarlo es porque reconocemos que hay que mejorarlo, pues lo que está bien no hay que mejorarlo, y la señora Consejera ha dejado bastante

claro que ese plan tiene, efectivamente, de 2004 a 2008, pero creo que dentro de todas las acciones que se van a realizar durante el 2004-2006 se va a acometer lo más prioritario, y no me dirá usted que no es de lo más prioritario. Yo le puedo decir que conozco el hospital muy bien, por algo soy de Cabra y por algo he trabajado en ese hospital muchos años. Entonces, conozco muy bien ese hospital. No le estoy hablando por lo que usted haya leído en los periódicos, sino por lo que he visto.

Se va a remodelar el área de cuidados críticos, pediatría, paritorio y, sobre todo, se van a introducir las nuevas tecnologías. Por tanto, creo que va por ahí, que no se ha dicho que eso se vaya a hacer de inmediato. Y dice usted que eso todo se hace en un año. Bueno, ya veo que ustedes, desde luego, construyen rapidísimo, lo hacen todo rapidísimo. La inversión asciende a una cantidad, y lo ha dicho ella, no lo digo yo, de 8.988 millones de euros, no le estoy diciendo que es un euro... Perdón, 8 millones. Perdón, perdón, 8 millones. Son 8 millones. Perdón, 8 millones.

Dice usted que desvían pacientes... —es por esto de los euros, todavía—, dicen ustedes que desvían pacientes a otros centros. Saben ustedes perfectamente que, cuando las listas de espera no están dentro de los criterios que se consideran de calidad, como hay que dar una respuesta al paciente, porque lo que interesa es darle calidad y respuesta a los pacientes, por eso se desvían pacientes.

Y no es cierto que sea el hospital que tenga menos especialistas. Hay otros hospitales que, con muchos menos especialistas, sacan, también, más trabajo hacia delante. Por lo tanto, le estoy hablando de que faltan especialistas, en todos los hospitales faltan especialistas, en todos, pero que también en otros, no sólo en éste, no sólo en éste.

Y también tengo que decirles que se han hecho cosas, se han hecho cosas: se acaba de abrir un hospital de día de oncología, hay una unidad de enfermos pluripatológicos; es decir, se están haciendo cosas. Eso, para la señora Botella.

Yo, señor Calvo, pensé que usted no... Ya veo que sí, que está informado de que hay un plan de modernización. Pues, si usted está informado de que existe ese plan de modernización, sabrá, también, como sé yo —y si no, pues, se lo digo—, que ese plan se puso en marcha antes del verano, de hecho lleva tres meses, y si lleva tres meses funcionando, es precisamente porque en ese plan de seguimiento de todos los centros sanitarios, cuando se detectan problemas, se analiza qué problemas son y se ponen en marcha medidas.

Le puedo asegurar que se han analizado minuciosamente todas las consultas, número de pacientes que hay en demora, la demora de absorción; es decir, toda una serie de datos para saber realmente qué medidas hay que poner en marcha, y eso se ha hecho mucho antes del día de hoy, mucho antes, porque, le digo: llevamos tres meses, lleva ese plan, y ese plan ahora mismo, y eso lo puede usted comprobar

en el hospital, no tiene que irse a ningún otro sitio, puede preguntar, se ha incrementado el número de consultas por la tarde, se ha incrementado el número de profesionales, se está mejorando la coordinación con atención primaria. Porque, sin ningún género de dudas, la lista de espera se genera de primaria y, por supuesto, hay que estar coordinados.

Se ha puesto, y también lo ha reflejado hoy la señora Consejera, la consulta de acto único. Eso, además, ya lo dije el otro día, cuando el hospital de Montilla, y lo reiteraré hasta la saciedad, es una forma de dar calidad y de mejorar, por supuesto, la lista de espera. Se están revisando las agendas para saber qué pacientes son los que están en listas de espera para ser atendidos por primera vez y cuáles son los que están en revisión, porque estamos hablando de conceptos diferentes. Y todo eso en tres meses. Se ha conseguido disminuir la lista de espera en 30 puntos. Y estamos hablando de los tres meses de verano, cuando las plantillas, como todos ustedes saben, además, pues no se puede sustituir a todo el mundo y está bajo mínimos. Si eso se ha conseguido en tres meses, de verdad que yo confío en que, para cuando entre en vigor el decreto, que entrará en vigor el 30 de marzo del 2005, el hospital de Cabra va a poder cumplir ese decreto. Y creo que la Consejería está interesada, los profesionales están interesados y los ciudadanos también. Y le puedo garantizar que, desde mi Grupo político, sí que estamos bastante interesados, estamos haciendo un seguimiento y lo vamos a seguir haciendo. Si no estuviéramos haciendo un seguimiento y si no nos preocupara ese tema, no hubiésemos traído, como hemos hecho esta mañana, una pregunta a la señora Consejera, para que nos explicara con detalle qué es lo que va a hacer. Lo ha dicho ella públicamente; ahora después, veremos si se cumple o no se cumple, pero por lo menos vamos a darle el margen, vamos a darle el margen. Y no ha dicho hacerlo en un día ni en diez años, sino que ha dado plazos, presupuestos y qué cosas se van a acometer. Eso quiere decir que estamos admitiendo que hay que mejorar.

Hombre, dice usted que es el último. Tampoco es el último. Evidentemente, está por debajo de la media andaluza, sí. Si usted se refiere a la provincia, hombre, y supongo que compara, pues, los tres hospitales que se comparan siempre en la provincia de Córdoba, sí es verdad que es el último. Eso significa que le va a costar más trabajo que a otros, como pueda ser el hospital de Pozoblanco, que está el primero, pues le va a costar un poco más trabajo, pero seguro que va a llegar a ese límite para poder cubrir, como le digo, ese decreto, que por cierto le digo: es la primera Comunidad que va a poner en marcha un Decreto de Garantía de Demora de Consultas de Especialidades. Y no voy a utilizar palabras fuertes, pero hay que ser muy valiente para decir que éstos son los plazos; eso no lo ha hecho hasta ahora ninguna Comunidad, ¿eh?, no lo ha hecho ninguna Comunidad.

Por tanto, como digo...

La señora PRESIDENTA

—Señora Lopera, tiene que ir terminando.

La señora LOPERA LOPERA

—Perdón. Vale.

Por cierto, aprovecho para decirle que el decreto establece como máximo 60 días, no 20. Supongo que ha sido un lapsus al transcribir los datos, pero son 60 días el máximo, el máximo, a eso es a lo que nos estamos refiriendo.

También creo que es importante destacar que nuestra Comunidad va a ser la primera a nivel europeo que ha puesto en marcha ese proyecto de transparencia, y usted sabe como yo lo que significa eso, que es abrir la puerta, que todo el mundo lo vea y reconocer lo que está bien, lo que no está bien y adoptar medidas.

Por lo tanto, mire usted, desde mi Grupo no vamos a apoyar esta iniciativa, por dos motivos. Ya le he dicho que somos los primeros interesados en que el hospital de Cabra sea el primero de la Comunidad. Ojalá sea así. Y de verdad que no se preocupe usted, que yo también estoy interesada en que sea el primero de la Comunidad y estoy convencida que lo va a ser. Pero el primer punto no lo vamos a apoyar, sencillamente porque ya se están tomando medidas; por lo tanto, no vamos a poner medidas, cuando ya se están tomando las medidas adecuadas para reducir las listas de espera, que era el primer punto de su iniciativa.

En cuanto al segundo punto que pone usted, que en un plazo de un año se haga un estudio y se elabore un plan, le repito de nuevo que ya hoy nos han presentado aquí el plan. Es decir, el estudio está hecho y el plan está hecho, con plazos de ejecución y con presupuesto.

Por lo tanto, pensamos que los dos puntos que usted trae aquí están los dos en marcha; ése es el motivo de que no los apoyemos.

Nada más, muchas gracias.

La señora PRESIDENTA

—Muchas gracias, señora Lopera.
Señor Calvo, su señoría tiene la palabra.

El señor CALVO POYATO

—Muchas gracias, señora Presidenta.

Yo quiero, en primer lugar, agradecer al Partido Popular, al Grupo Parlamentario Popular, su apoyo a esta iniciativa. Y decirle a la señora portavoz del Grupo Socialista, mire, vamos a ver, que los sellos de registro no mienten porque llevan una cosa que se llama fecha y un número de registro. El Partido Andalucista, el Grupo Parlamentario Andalucista regis-

tra esta proposición no de ley el día 15 de octubre, y ustedes, corriendo, el día 18 de octubre, registran una pregunta para que la Consejera cuente aquí cosas. Mire usted, yo..., váyase, señora Lopera, al Registro, que es lo que cuenta. Usted me puede decir aquí todo lo que me ha dicho antes en su intervención. El Grupo Andalucista registra su iniciativa el 15 de octubre, y ustedes registran la pregunta para que la Consejera venga aquí a hablar de las bondades el plan del hospital Infanta Margarita tres días después. Y eso está así. Mire, yo qué quiere que le diga. Usted ahora me dirá que lo tenía pensado, y también podía tener yo pensada esta proposición no de ley desde hace muchísimo tiempo. Pero lo que vale, insisto, es el registro porque lleva un numerito y lleva la fecha. Claro, eso es.

Mire, 139 días de espera en este momento, en este momento. Usted está hablando de un plan puesto en marcha en el verano, que no ha debido de dar muchos resultados porque es que la encuesta se ha hecho en el mes de septiembre y se publica en este mes, la encuesta sobre 15.000 personas. Y eso es la consecuencia de un problema de falta de inversiones, a pesar de que el Ayuntamiento de Cabra, siendo yo Alcalde, le tuvo que dar a la Consejería de Salud para que pudiese hacer —y no poco— determinadas obras porque ya eran insustituibles. Estoy hablando... No poco, hombre, pues estoy hablando de 60 millones de pesetas, que en un presupuesto parlamentario no es gran cosa, pero, en el presupuesto de un Ayuntamiento, algunas calles se pueden arreglar con ello. Como consecuencia de que los niveles de inversión en el hospital Infanta Margarita, en este momento, se sitúan justo rozando los 200 euros por paciente que tiene que atender, cuando la media es un 50% más, se sitúa en el borde de los 300 euros. Y, como consecuencia de esa situación, tenemos la realidad con que nos encontramos.

Ha dicho usted una cosa que, en fin, no sé si habrá sido consecuencia del debate. Ha dicho usted que el hospital Infanta Margarita tiene más especialistas, más profesionales que otros hospitales y que, sin embargo, echan a la calle menos trabajo que otros hospitales. No sé si es querer cargar sobre los profesionales lo que es la falta de recursos de inversión y de medios para poder atender las necesidades que le están llegando. Yo este verano he podido comprobar cómo había muchas habitaciones cerradas y que, en el momento en que se han abierto, se han llenado de tal manera que ha habido que derivar pacientes a otros hospitales, instalar la tercera cama en muchísimas habitaciones y, en algún caso, hasta en los pasillos. Y sé cual es, además, la demora que hay en intervenciones, no ya sólo en peticiones de visita del especialista, que llegan a los 139 días.

Y fíjese que yo traté de ser moderado, si quiere la expresión, a la hora de redactar las dos peticiones que estamos haciendo en esta proposición no de ley y que yo no puedo más que lamentar que el Grupo Parlamentario Socialista rechace. Porque he dicho: ante la situación, una actuación de choque urgente,

una actuación de choque urgente, y ustedes dicen que no, que esto ya está en marcha, todo funcionando muy bien. Les vamos a decir a los egabrenses, mañana mismo —a los egabrenses y a todo la comarca de los 180.000 habitantes que atiende el hospital Infanta Margarita—, que no, que esto ya está todo funcionando bien, que el hospital no requiere ningún plan de choque, según la portavoz, señora Elisa Lopera, que además es paisana. Y, en segundo lugar, fíjense, elaborar un documento —no, hombre, tampoco pasa nada—, elaborar un plan de actuación que permita garantizar una asistencia situada en la media de lo que está recibiendo Andalucía, porque no pedimos más, sino simplemente situarnos en la media.

Mire, de todos los elementos que constituyen el barómetro...

La señora PRESIDENTA

—Señor Calvo, debemos ir terminando.

El señor CALVO POYATO

—Concluyo ya. Señora Presidenta, concluyo ya.

De todos los elementos, de los 15 elementos que constituyen el barómetro para dar la calidad de un hospital, el hospital de Cabra, el Infanta Margarita, solamente está por encima de la media en uno; en 14, por debajo. Y vuelvo a repetirle: es la consecuencia de una inversión tan escasa que

podría, como he dicho antes, ser el último. Pero, mire, el último dentro del conjunto de la media, un poquito más abajo, pocos euros, no un 50% menos de inversión. Eso nos ha llevado a la realidad presente y nos ha llevado a que nosotros presentemos esta proposición no de ley. ¿Que ustedes quieren rechazarla? Espero y deseo no tener, dentro de un año, que volver a traer una proposición no de ley para seguir diciendo lo que está diciendo en este momento la propia Organización de Consumidores y Usuarios, la OCU, después de una muestra de más de 15.000 preguntas, de más de 15.000 muestras, tener que decir que esto sigue en situación parecida a la que se encuentra. Vamos a ver, en ese proyecto de presupuestos que nosotros todavía no conocemos, que el viernes recibiremos, cuáles son las partidas presupuestarias a las que usted ha aludido y ha aludido antes la Consejera.

Muchas gracias, señora Presidenta.

La señora PRESIDENTA

—Muchas gracias, señor Calvo.

Pues, vamos a proceder a la votación de la proposición no de ley relativa a la situación del hospital Infanta Margarita, en Cabra.

Se inicia la votación.

El resultado de la votación es el siguiente: ha sido rechazada, al haber obtenido 7 votos a favor, 10 votos en contra, ninguna abstención.

Señorías, muchas gracias. Se levanta la sesión.

CONTENIDOS**CD-ROM*****Boletín Oficial:***

- ✓ Colección de los Boletines Oficiales del Parlamento de Andalucía reproducidos en formato PDF.
- ✓ Estudio estadístico y clasificación de las iniciativas parlamentarias publicadas.
- ✓ Información complementaria sobre la sede del Parlamento, los órganos de la Cámara andaluza y la Administración parlamentaria.
- ✓ Actualmente están disponibles los CD-ROM correspondientes a la Cuarta, Quinta y Sexta Legislaturas.

Diario de Sesiones:

- ✓ Colección de los Diarios de Sesiones de Pleno y Comisiones, series A y B en formato PDF.
- ✓ Próximamente estará disponible el CD-ROM de la legislatura completa

Colección legislativa:

- ✓ Anales del proceso autonómico, acompañados de algunas de las imágenes más significativas de aquellos históricos acontecimientos.
- ✓ Descripción de la sede del Parlamento de Andalucía, incluyendo una breve historia del Hospital de las Cinco Llagas con imágenes de su fachada, el Salón de Plenos y patios interiores.
- ✓ Relación de los órganos parlamentarios y sus miembros en cada una de las cinco legislaturas transcurridas.
- ✓ Recopilación actualizada de las leyes aprobadas por el Parlamento de Andalucía hasta el día de hoy. Cada ley contiene una sinopsis que incluye datos sobre su aprobación y publicaciones e información, en su caso, sobre posteriores modificaciones o si han sido objeto de algún recurso de inconstitucionalidad. Y a través de notas a pie se proporciona información sobre las modificaciones puntuales que ha tenido el texto normativo.

PUBLICACIONES OFICIALES EN INTERNET



El Servicio de Publicaciones Oficiales es el encargado de editar el Boletín Oficial y el Diario de Sesiones del Pleno del Parlamento de Andalucía. En el ámbito de la página web institucional de la Cámara andaluza [Vd. podrá encontrar la siguiente información en relación con estas publicaciones oficiales:](#)

- *Boletines Oficiales del Parlamento de Andalucía*
- *Secciones del BOPA*
- *Diario de Sesiones de las Sesiones Plenarias*
- *Diario de Sesiones de las Comisiones Permanentes Legislativas – Serie A*
- *Diario de Sesiones de las Comisiones Permanentes no Legislativas – Serie B*
- *Índices de Plenos*
- *Índices de Comisiones*
- *Índices y Estadísticas de la actividad parlamentaria*
- *Colección legislativa*
- *Textos Legales en tramitación*
- *Textos aprobados*

PUBLICACIONES OFICIALES DEL PARLAMENTO DE ANDALUCÍA

EN CD - ROM



Edición, diseño y composición:
Servicio de Publicaciones Oficiales

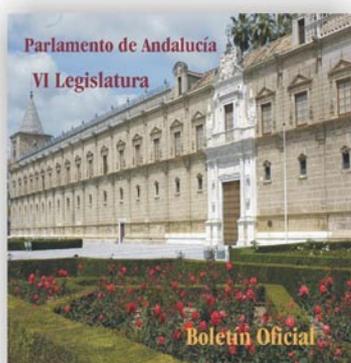
Información:
Servicio de Publicaciones Oficiales

Pedidos:
Servicio de Gestión Económica
c/ Andueza núm. 1 41009-Sevilla.

Teléfono:
34 (9) 54 59 21 00

Dirección web
<http://www.parlamento-and.es>

Correo electrónico:
dspa@parlamento-and.es
bopa@parlamento-and.es



PRECIOS

<i>Boletín Oficial</i>	3,61 €
<i>Diario de Sesiones</i>	3,61 €
<i>Colección legislativa</i>	7,21 €