



PARLAMENTO DE ANDALUCÍA

DIARIO DE SESIONES

Número 284, Serie A

VII Legislatura

Año 2006

PRESIDENTA: ILMA. SRA. DÑA. FRANCISCA MEDINA TEVA

Sesión celebrada el miércoles, 18 de octubre de 2006

COMISIÓN DE SALUD

ORDEN DEL DÍA

Comparecencias

Debate agrupado de las siguientes iniciativas:

- Comparecencia 7-06/APC-000471, de la Excm. Sra. Consejera de Salud, a fin de informar sobre el pacto firmado entre el SAS y sociedades científicas por el desarrollo de la atención primaria en Andalucía, presentada por los Ilmos. Sres. D. Manuel Gracia Navarro, Dña. Rosa Isabel Ríos Martínez, Dña. María del Carmen Collado Jiménez, Dña. Concepción Ramírez Marín, D. Manuel Alfonso Jiménez y Dña. Francisca Medina Teva, del G.P. Socialista.
- Comparecencia 7-06/APC-000568, de la Excm. Sra. Consejera de Salud, a fin de informar sobre el pacto por el desarrollo de la atención primaria en Andalucía, presentada por el G.P. Popular de Andalucía.

Comparecencia 7-06/APC-000526, de la Excm. Sra. Consejera de Salud, a fin de informar sobre la política de mantenimiento en los centros sanitarios andaluces, presentada por el G.P. Popular de Andalucía.

Preguntas Orales

Pregunta Escrita 7-06/PE-000782, relativa a las actuaciones del Gobierno para la construcción de un nuevo edificio de urgencias en el hospital de Jaén y para el traslado de los hospitales médico-quirúrgico y materno-infantil, presentada por el Ilmo. Sr. D. José Cabrero Palomares, del G.P. Izquierda Unida Los Verdes-Convocatoria por Andalucía.

Pregunta Escrita 7-06/PE-001572, relativa al incremento de especialistas en cardiología en el hospital de Úbeda (Jaén), presentada por el Ilmo. Sr. D. José Cabrero Palomares, del G.P. Izquierda Unida Los Verdes-Convocatoria por Andalucía.

Pregunta Escrita 7-06/PE-002548, relativa a las actuaciones del Gobierno para realizar las pruebas de detección precoz a niños y niñas sobre capacidad auditiva, presentada por el Ilmo. Sr. D. José Cabrero Palomares, del G.P. Izquierda Unida Los Verdes-Convocatoria por Andalucía.

Pregunta Escrita 7-06/PE-003261, relativa a las actuaciones del Gobierno para la integración de los trabajadores sanitarios de los centros penitenciarios de Andalucía en el SAS, presentada por el Ilmo. Sr. D. José Cabrero Palomares, del G.P. Izquierda Unida Los Verdes-Convocatoria por Andalucía.

Pregunta Oral 7-06/POC-000396, relativa a la colaboración de la Junta de Andalucía con el Plan de Atención Integral al Médico Enfermo, formulada por la Ilma. Sra. Dña. María Jesús Botella Serrano, del G.P. Popular de Andalucía.

Pregunta Oral 7-06/POC-000592, relativa al balance del hospital de alta resolución de la Sierra de Segura, formulada por las Ilmas. Sras. Dña. Rosa Isabel Ríos Martínez y Dña. Francisca Medina Teva, del G.P. Socialista.

Pregunta Oral 7-06/POC-000598, relativa a la atención primaria en Montemayor (Córdoba) durante los meses de verano, formulada por el Ilmo. Sr. D. José Manuel Mariscal Cifuentes, del G.P. Izquierda Unida Los Verdes-Convocatoria por Andalucía.

Pregunta Oral 7-06/POC-000609, relativa a los trastornos de la conducta alimentaria, formulada por la Ilma. Sra. Dña. María del Carmen Pedemonte Quintana, del G.P. Popular de Andalucía.

Pregunta Oral 7-06/POC-000682, relativa al desarrollo del sistema sanitario público andaluz en la Costa del Sol Occidental, formulada por las Ilmas. Sras. Dña. Dolores Blanca Mena y Dña. Rosa Isabel Ríos Martínez, del G.P. Socialista.

Proposiciones no de Ley

Proposición no de Ley 7-06/PNLC-000106, relativa al pago a proveedores del SAS, presentada por el G.P. Popular de Andalucía.

Proposición no de Ley 7-06/PNLC-000188, relativa a la cartera de servicios del CHARE de Puente Genil (Córdoba), presentada por el G.P. Popular de Andalucía.

SUMARIO

Se abre la sesión a las diez horas, cuarenta y cinco minutos del día dieciocho de octubre de dos mil seis.

Comparecencias

Debate agrupado de las Comparecencias 7-06/APC-000471 y 7-06/APC-000568, de la Excm. Sra. Consejera de Salud, a fin de informar sobre el pacto firmado entre el SAS y sociedades científicas por el desarrollo de la atención primaria en Andalucía (pág. 9309).

Intervienen:

Excm. Sra. Dña. María Jesús Montero Cuadrado, Consejera de Salud.

Ilmo. Sr. D. Antonio Moreno Olmedo, del G.P. Andalucista.

Ilma. Sra. Dña. María Begoña Chacón Gutiérrez, del G.P. Popular de Andalucía.

Ilmo. Sr. D. José Francisco Montero Rodríguez, del G.P. Socialista.

Comparecencia 7-06/APC-000526, de la Excm. Sra. Consejera de Salud, a fin de informar sobre la política de mantenimiento en los centros sanitarios andaluces (pág. 9317).

Intervienen:

Excm. Sra. Dña. María Jesús Montero Cuadrado, Consejera de Salud.

Ilma. Sra. Dña. Ana María Corredera Quintana, del G.P. Popular de Andalucía.

Preguntas Orales

Pregunta Escrita 7-06/PE-000782, relativa a las actuaciones del Gobierno para la construcción de un nuevo edificio de urgencias en el hospital de Jaén y para el traslado de los hospitales médico-quirúrgico y materno-infantil.

Pasa a ser contestada por escrito.

Pregunta Escrita 7-06/PE-001572, relativa al incremento de especialistas en cardiología en el hospital de Úbeda (Jaén).

Pasa a ser contestada por escrito.

Pregunta Escrita 7-06/PE-002548, relativa a las actuaciones del Gobierno para realizar las pruebas de detección precoz a niños y niñas sobre capacidad auditiva.

Pasa a ser contestada por escrito.

Pregunta Escrita 7-06/PE-003261, relativa a las actuaciones del Gobierno para la integración de los trabajadores sanitarios de los centros penitenciarios de Andalucía en el SAS.

Pasa a ser contestada por escrito.

Pregunta Oral 7-06/POC-000396, relativa a la colaboración de la Junta de Andalucía con el Plan de Atención Integral al Médico Enfermo (pág. 9324).

Intervienen:

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

Excm. Sra. Dña. María Jesús Montero Cuadrado, Consejera de Salud.

Pregunta Oral 7-06/POC-000592, relativa al balance del hospital de alta resolución de la Sierra de Segura (pág. 9327).

Intervienen:

Ilma. Sra. Dña. Francisca Medina Teva, del G.P. Socialista.

Excm. Sra. Dña. María Jesús Montero Cuadrado, Consejera de Salud.

Pregunta Oral 7-06/POC-000598, relativa a la atención primaria en Montemayor (Córdoba) durante los meses de verano.

Retirada.

Pregunta Oral 7-06/POC-000609, relativa a los trastornos de la conducta alimentaria (pág. 9328).

Intervienen:

Ilma. Sra. Dña. María del Pedemonte Quintana, del G.P. Popular de Andalucía.

Excm. Sra. Dña. María Jesús Montero Cuadrado, Consejera de Salud.

Pregunta Oral 7-06/POC-000682, relativa al desarrollo del sistema sanitario público andaluz en la Costa del Sol occidental (pág. 9331).

Intervienen:

Ilma. Sra. Dña. Dolores Blanca Mena, del G.P. Socialista.

Excm. Sra. Dña. María Jesús Montero Cuadrado, Consejera de Salud.

Proposiciones no de Ley

Proposición no de Ley 7-06/PNLC-000106, relativa al pago a proveedores del SAS (pág. 9333).

Intervienen:

Ilma. Sra. Dña. Ana María Corredera Quintana, del G.P. Popular de Andalucía.

Ilma. Sra. Dña. Rosa Isabel Ríos Martínez, del G.P. Socialista.

Votación: Rechazada por 3 votos a favor, 10 votos en contra, ninguna abstención.

Proposición no de Ley 7-06/PNLC-000188, relativa a la cartera de servicios del CHARE de Puente Genil (Córdoba) (pág. 9337).

Intervienen:

Ilma. Sra. Dña. María Luisa Ceballos Casas, del G.P. Popular de Andalucía.

Ilma. Sra. Dña. María Isabel Ambrosio Palos, del G.P. Socialista.

Votación: Rechazada por 4 votos a favor, 10 votos en contra, ninguna abstención.

Se levanta la sesión a las trece horas, cincuenta minutos del día dieciocho de octubre de dos mil seis.

La señora PRESIDENTA

—A la Consejera, gracias por su asistencia y su comparecencia aquí esta mañana.

En primer lugar, y antes de dar paso al orden del día, vamos a establecer, a nombrar una Secretaria eventual, circunstancial, y se propone a la señora Corredera Quintana. Señora Corredera. Muchas gracias.

Bien. Salvada esta primera incidencia, vamos a pasar a sustanciar el orden del día de esta Comisión.

En primer lugar, quiero darle lectura a sus señorías de un escrito que se ha hecho llegar a esta Mesa por parte del Diputado don José Manuel Mariscal Cifuentes, Diputado del Grupo Parlamentario de Izquierda Unida Los Verdes-Convocatoria por Andalucía. Solicita la modificación del orden del día de la sesión de la Comisión de Salud a celebrar en el día de la fecha, al objeto de aplazar la sustanciación de la iniciativa relativa a la atención primaria en Montemayor, Córdoba, durante los meses de verano. Se entiende que lo que se solicita, pues, es que se retire del orden del día esta pregunta.

Debate agrupado de las Comparecencias 7-06/APC-000471 y 7-06/APC-000568, de la Excm. Sra. Consejera de Salud, a fin de informar sobre el pacto firmado entre el SAS y sociedades científicas por el desarrollo de la atención primaria en Andalucía.

La señora PRESIDENTA

—Y sin más ya, vamos a pasar al primer punto del orden del día, a las solicitudes de comparecencia de la excelentísima señora Consejera de Salud ante esta Comisión, a fin de informar sobre el pacto firmado entre el SAS y sociedades científicas por el desarrollo de la atención primaria en Andalucía, cuyos Grupos proponentes son el Grupo Parlamentario Popular y el Grupo Parlamentario Socialista.

Sus señorías, tras hablarlo con los distintos portavoces que se encontraban a primera hora aquí, en la sala, vamos a establecer un único turno de intervenciones, con un tiempo... Siendo esta Presidencia un poquito más, más..., sobre todo con los Grupos proponentes, más laxa con el tema de los tiempos.

Comenzamos, señora Consejera. Tiene su señoría la palabra.

La señora CONSEJERA DE SALUD

—Muchas gracias, Presidenta. Buenos días, señorías.

Bien. Como saben sus señorías, desde la Consejería de Salud, en relación con la atención

primaria, se considera ésta como una de las líneas estratégicas y prioritarias en el desarrollo de una política sanitaria moderna, en el impulso permanente y en el compromiso con los ciudadanos, ya que —como sus señorías habrán escuchado alguna vez comentar por parte de la Consejería de Salud— la atención primaria no sólo constituye la tutela del ciudadano a lo largo de su proceso asistencial, sino que también representa un nivel de gran capacidad de resolución, en el que los usuarios son atendidos por profesionales que tienen un alto nivel de formación y una gran experiencia para resolver la mayoría de sus problemas de salud.

La atención primaria en nuestra Comunidad está constituida por una extensa red de centros y de consultorios —como sus señorías conocen—, además de otros recursos, que consideramos plantean un amplio conjunto de prestaciones. En la actualidad, esta red está conformada por 1.482 centros de atención primaria, de los cuales 376 son centros de salud, 697 son consultorios y 409 consultorios auxiliares. En este conjunto de centros, señorías, hay constituidas 198 unidades de gestión clínica. A ello habría que añadirle 72 equipos de salud mental; 126 unidades radiológicas; 184 salas de rehabilitación y de fisioterapia; 46 equipos móviles de fisioterapia; 189 gabinetes odontológicos; 52 unidades de ecografía; 28 unidades de retinografía; 45 unidades de exploración mamográfica y 383 dispositivos de cuidados críticos y de urgencia. El personal que atiende estos recursos lo conforman 7.525 facultativos; 6.925 sanitarios no facultativos y 5.574 como personal no sanitario.

Verán, señorías, que se trata, por tanto, de una red extensa, distribuida por toda la geografía de la Comunidad, con un nivel de informatización muy desarrollado, constituyendo la red más amplia de los servicios públicos sanitarios del Sistema Nacional de Salud y que está permitiendo la implantación de elementos innovadores en la gestión asistencial —puede ser Diraya, Historia Digital de Salud o Receta 21— y que, sin duda, representa el mayor activo —y esto me gustaría repetirlo—, el mayor activo, de nuestro sistema sanitario público.

El compromiso de la Consejería de Salud de permanente mejora de estos servicios se plasmó en marzo del año 2002 con la firma del Pacto andaluz por el Desarrollo de la Atención Primaria, cuyo objetivo fundamental era potenciar los servicios de este nivel asistencial, a fin de incrementar los estándares de salud de la población y mejorar también la calidad percibida en la atención que reciben los ciudadanos. El pacto entonces se basó, fundamentalmente, en la implicación y en la participación de los profesionales, contando con el apoyo de las sociedades científicas y con el compromiso decidido de la Administración sanitaria andaluza.

Fruto de este pacto fue todo un conjunto de actuaciones, fundamentalmente, en materia de incremento de personal, de equipamiento y de infraestructura y de gestión en atención primaria, lo cual el balance que hago es que ha supuesto un avance muy importante

—cuantitativo y cualitativo— en la red asistencial de primaria del conjunto de la Comunidad.

Pero, como les decía al principio de esta intervención, el compromiso de la Consejería de Salud con la atención primaria es permanente, y ello nos ha llevado a la renovación y a la firma de un nuevo pacto, que contiene las líneas de actuación para el desarrollo y/o diría de estrategias para una atención primaria del siglo XXI, a fin de potenciar, de ampliar y de actualizar de forma innovadora lo alcanzado hasta la fecha, situándolo en una posición avanzada en el conjunto del Sistema Nacional de Salud.

El nuevo pacto, firmado en junio de este mismo año, ha sido refrendado por la Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria, por la Asociación de Pediatría de Atención Primaria de Andalucía y por la Asociación Andaluza de Enfermería Comunitaria. Como saben sus señorías, las principales asociaciones o entidades representantes de la mayoría de los profesionales de atención primaria.

Constituye, pues, un acuerdo que presenta la ventaja y también la fortaleza de ser avalado por estas tres asociaciones básicas, y que, por tanto, el punto de partida del que nace este pacto es el consenso y el compromiso de los profesionales y de la Administración sanitaria andaluza con el desarrollo de unas líneas estratégicas que den respuesta a las necesidades de los ciudadanos del siglo XXI en relación con los servicios de atención primaria.

Se ha partido —como no podía ser de otra manera— de un análisis de la situación de la atención primaria en Andalucía, de los avances que supusieron el pacto firmado en el año 2002. De hecho, el nuevo pacto —que abarca un período 2006-2008— contiene 19 líneas de actuación y tiene como objetivo fundamental desarrollar los servicios públicos de atención primaria, adaptándolos a cambios culturales, científicos, tecnológicos y epidemiológicos, con el fin de mejorar los niveles de salud de nuestra población.

Las líneas estratégicas del pacto —y que me gustaría que sus señorías conocieran— son las siguientes: Primero, profundizar en el análisis epidemiológico de los distritos y de las áreas sanitarias, identificando zonas con necesidades de transformación social en Andalucía, para desarrollar actuaciones diferenciadas en las mismas con los equipos de profesionales que le atienden en un ámbito de intersectorialidad.

En segundo lugar, proponer métodos de ordenación de los recursos, ajustados a características poblacionales, adaptadas a la situación epidemiológica de cada zona —y, por tanto, a las necesidades de la población que le atiende— y que incluya, entre otros parámetros, la edad de las personas, la co-morbilidad atendida, el nivel socioeconómico de esa población, la dependencia, la dispersión geográfica y el propio modelo organizativo funcional. Se trataría, señorías, de ponderar sobre la población estos otros factores u otras variables.

Y, como tercer elemento —una vez hecho este trabajo—, adecuar la asignación de las personas a los profesionales por un nuevo concepto que dimana

de este pacto —por TAE y por centros de salud. Se trataría de contraponer las tradicionales TIS —que solamente miden volumen de población global— con TAE, que ya ponderan otros criterios asociados a la población y que estaríamos en condiciones de poder medir. A tal efecto, el propio pacto establece que se constituirían, en el mes siguiente a la firma del acuerdo, grupos de trabajo específicos para la definición y para el seguimiento de este objetivo, que lo vamos a hacer de acuerdo con los profesionales.

En cuarto lugar, se trata de potenciar las unidades de atención al ciudadano en las funciones que les son propias, tanto para los propios profesionales de primaria como para el conjunto de los ciudadanos, a medida que estamos instaurando o extendiendo la implantación de Salud Responde en los centros de atención primaria de toda Andalucía.

En quinto lugar, ordenar la asignación de los ciudadanos a los profesionales territorialmente, según sus domicilios, para optimizar el tiempo y la dedicación de los mismos, salvaguardando, por supuesto, en todo caso, el derecho a la libre elección.

En sexto lugar, aplicar medidas de actividad y de calidad estandarizadas de los servicios de atención primaria, de forma que la co-morbilidad y la complejidad atendida en los centros de salud module su cartera de servicios y también racionalice, priorice la asignación de estos recursos.

En séptimo lugar, hay que redefinir la cartera de servicios según la evidencia científica, identificando los riesgos en la población, vinculándolos a la gestión por procesos asistenciales y por planes integrales, definiendo también, en los propios desarrollos de los grupos de trabajo, indicadores de resultados.

En octavo lugar, potenciar el trabajo en equipo de todos los profesionales que componen las unidades de provisión de servicios en el nivel de atención primaria. Hay que fortalecer la interrelación y la complementariedad en cuanto a competencia, en cuanto a conocimiento y responsabilidad, con el objetivo de garantizar la calidad de los servicios que se proveen.

En noveno lugar, seguir incrementando la capacidad resolutoria de los distintos profesionales de atención primaria, mediante la dotación de tecnología diagnóstica en este nivel, facilitando el acceso a la tecnología de los profesionales de primaria en otros niveles, en función de criterios y de estándares, y en sintonía con las competencias de los profesionales y la evidencia científica. Se trataría, por tanto, señorías, no sólo de dotar con tecnología a los centros de primaria, sino establecer criterios para que los profesionales de atención primaria puedan utilizar medios tecnológicos que se encuentren en este momento ubicados en los centros, por ejemplo, hospitalarios.

En décimo lugar, consolidar las unidades de gestión clínica en atención primaria como modelo organizativo que le es propio, facilitando la autonomía y la responsabilidad de los profesionales. En la actualidad, como hemos dicho, señorías, están funcionando 198 unidades y, a lo largo del año 2006, está previsto que se incrementen en 68 nuevas unidades.

En undécimo lugar, aplicar el modelo de organización de las urgencias en atención primaria y desarrollar, desde el punto de vista clínico, los dispositivos de cuidados críticos y de urgencia, de los que se derivará la disponibilidad de más tiempo por parte de los profesionales para los pacientes en consulta, avanzando en la coordinación funcional entre los diferentes dispositivos, servicios o centros donde se atiende esta demanda urgente.

En duodécimo lugar, establecer las mejoras que faciliten el uso de la aplicación de la historia clínica Diraya, mejorando la adecuación a las necesidades de los profesionales y de los usuarios, fomentando y manteniendo la participación de los mismos en los grupos de mejora. Igualmente, se desarrollará de forma prioritaria Receta 21, Cita Centralizada, Salud Responde y módulos de tratamiento de la información o de procesos asistenciales integrados, carteras de servicios o actividad asistencial.

En el lugar trece, desarrollar un modelo compartido y cohesionado del trabajo de los profesionales en su actividad asistencial, donde quede garantizada la integración de cuidados de forma coordinada, incrementando la calidad de la atención que se presta a los ciudadanos, la accesibilidad al sistema sanitario con el desarrollo de estrategias específicas, vinculándolas a dos escenarios concretos: el centro de salud y el propio domicilio. Para ello, se adecuarán por parte de las direcciones de los centros de primaria y de las agendas de los profesionales, contemplando de forma individualizada estos tiempos de consulta.

En el lugar catorce, desde el Servicio Andaluz de Salud se realizará un plan especial de inversiones en infraestructuras, en mantenimiento y en reposición de los centros de salud actuales, y se continuará con el plan de inversiones de los nuevos centros de atención primaria. Actualmente, hay 107 centros de salud y consultorios en construcción en diferentes fases de proyecto, por un importe de 119'5 millones de euros.

A continuación, hay que elaborar una nueva guía de diseño de infraestructuras y de equipamiento de los centros de atención primaria del futuro, adaptándolos a las nuevas necesidades de los ciudadanos y también al requerimiento de las nuevas tecnologías.

Se trata también, en este nuevo pacto, de impulsar la investigación en atención primaria, la capacitación de los profesionales, el apoyo metodológico y la gestión del conocimiento que se genere, aplicándola a la propia gestión clínica y facilitando condiciones laborales que lo permitan y que lo hagan posible.

También tenemos que facilitar a los profesionales asistencia a actividades de formación, impulsar convenios específicos de colaboración con la Sociedad Andaluza de Medicina de Familia, la Asociación de Pediatría de Atención Primaria y la Asociación Andaluza de Enfermería Comunitaria. Todo ello para la formación de profesionales, que signifique un apoyo para el desempeño de su puesto en la mejora de sus competencias profesionales y que redunde en el nivel de calidad percibida por los ciudadanos.

Se trata también de promover la participación de los profesionales en el desarrollo y en la potenciación de la formación pre y postgraduada, a través de cada una de las instituciones implicadas de forma especial en el nivel de atención primaria.

Y, por último, favorecer el correcto desarrollo de la cartera de servicios y de la carrera profesional en atención primaria, ponderando adecuadamente los méritos de formación, de docencia y de investigación.

Para la consecución de todos estos objetivos que les acabo de comentar, se establece la creación de una comisión de seguimiento, que se tiene que reunir periódicamente; una comisión que va a velar por el desarrollo del contenido del acuerdo y que evaluará los avances producidos en cada una de estas líneas estratégicas.

Señorías, creo que, como habrán podido comprobar, las líneas de actuación de este pacto abarcan prácticamente todos los aspectos que inciden en la mejora de los servicios de atención primaria: inversiones en infraestructuras, equipamientos, mejora de las condiciones de trabajo de los profesionales, promoción y participación, mejora en la gestión, innovación tecnológica e investigación, y todo ello, como no podía ser de otra manera, dirigido al objetivo único y fundamental, que no es otro que la mejora en la atención a los ciudadanos.

Quiero destacar, por último, en este sentido, el grado del consenso por el que parte este nuevo acuerdo, ya que los objetivos son plenamente asumidos, tanto por la Administración sanitaria, por las sociedades y asociaciones que lo han suscrito, y que representan a médicos de familia, pediatría y enfermería, y por ello estamos convencidos que va a representar un avance muy importante para los servicios de atención primaria en nuestra Comunidad y en los próximos años.

Muchas gracias.

La señora PRESIDENTA

—Muchas gracias, señora Consejera.

Bien, señorías, pasamos al turno de posicionamiento. Para ello tiene la palabra, por el Grupo Parlamentario Andalucista, el señor Moreno Olmedo.

Tiene su señoría la palabra.

El señor MORENO OLMEDO

—Muchas gracias, señora Presidenta.

En primer lugar, pues, agradecer la comparecencia de la Consejera y felicitarla porque, a pesar de que digamos que, como miembro del Gobierno, está cumpliendo con su obligación, pero también yo creo que es bueno que los miembros del Gobierno, pues, por lo menos, pongan interés en defender ante esta Cámara aquello en lo que uno cree y lo que uno firma, ¿no? Por lo tanto, felicitarle por ese esfuerzo y hacernos ver, precisamente, todo lo buenas que son

las distintas actuaciones que el Gobierno, sobre todo en materia de salud, emprende.

Pero también, señorías, como viene siendo habitual, pues hemos estado escuchando, pues, el discurso de que todo funciona de maravilla y que todos vamos estupendamente.

Y lo digo porque, precisamente, no es precisamente lo que los ciudadanos perciben, sobre todo en materia primaria, que es donde más cercano se le hace al propio ciudadano, la filosofía o la atención que, por parte del Gobierno de la Junta de Andalucía, en materia sanitaria, se viene llevando a cabo.

Indudablemente, no es ni en lista de espera, ni los trabajadores que están encantados con los medios que tienen, ni el que la inversión en los centros es altísima, etcétera. Yo creo, señoría, que, en definitiva, el País Andalúz con el que todo el pueblo andalúz sueña no es el que realmente estamos viendo por delante.

Es verdad, como he dicho antes, y la felicito por ello, que indudablemente se emprenden y se hagan medidas como las de este acuerdo del que está usted informando, pero, precisamente, lo lamentable de todas estas cosas es que, luego, después de firmarlo, y no es solamente en su Consejería, sino en muchos otros sitios, donde realmente la actitud, o la actuación, pasado el tiempo, no nos lleva a hacer un balance. A mí me gustaría, sinceramente, que lo mismo que se viene aquí a presentar un convenio, pues también se traigan los resultados, y no seamos nosotros, luego, los Diputados de la oposición, los que tengamos que estar preguntando los datos, sobre todo porque creo sinceramente que ya del acuerdo que se firmó anteriormente, pues, no han dado, por lo menos, la información que desde mi Grupo parlamentario estamos teniendo, no han dado los resultados apetecibles, desde nuestro punto de vista, y creemos también que habría que hacer un acto de evaluación. Yo creo que, para que las instituciones tengamos credibilidad entre nosotros mismos y entre los ciudadanos, también de vez en cuando es bueno que hagamos nuestras críticas y nuestra autorreflexión para exponer sinceramente y delante de todos lo que nosotros pretendíamos en un principio, que es lo más digno y lo más loable, pero también cuáles son los resultados, que también son dignos y loables, de decir: «Por aquí nos hemos equivocado, por aquí no hemos andado, o tenemos que andar por aquí, tenemos que corregir por allí».

Y yo creo, señorías, y señora Consejera, que un plan de este tipo se hace para buscar un aumento de la calidad asistencial que demandan las personas usuarias de la sanidad pública y que se presta en los distintos centros de todas las localidades del País Andalúz. Pero, para que sea efectivo, creo, y así lo compartimos también desde nuestro Grupo, debe desarrollarse en toda su amplitud; es decir, no solamente en apartados concretos, sino en toda su amplitud.

Y ya en el pacto, como le he dicho anteriormente, que se firmó en el año 2002, pues se recogían, desde nuestro punto de vista, igual que hoy se recogen importantes líneas de trabajo, como la encaminada, por

ejemplo, a bajar el número de pacientes asignados a los médicos, pues concretamente, y según nuestros datos, como siempre, los que manejamos la oposición y los que nos dedicamos a buscar, pues, está ahora mismo establecido en 1.500 por cada médico. Pues, medidas como ésta, como he dicho antes, que son magníficas, pero la pregunta que nos hacemos: ¿Son reales? Quiero decir: ¿Se notan en el día a día en los centros sanitarios? Porque lo que yo observo, y siempre es una idea que cada uno podemos ver, o como digo siempre en mi vocabulario, por coger la calle por donde uno pasa, ¿no? Yo, por la calle que paso, y cuando voy a estos sitios, yo utilizo la sanidad pública, y, por lo tanto, a veces es lo que yo veo y lo que escucho, ¿no? Pues, ni siquiera, muchas veces de lejos, roza la excelencia sanitaria de lo que a mí me gustaría como andalúz que todos los andaluces y las andaluzas disfrutaran, y no es por ninguna crítica, sino todo lo contrario, porque tenemos que hacer el esfuerzo, y es a lo que la animo, ¿no? Es decir, a mí me parece que estas decisiones y estas actuaciones son buenas, pero hay que, inmediatamente, hacer ese análisis para continuar y ofrecer la mejor sanidad pública que podamos tener dentro de España.

Y no piensen que, desde el Grupo Parlamentario Andalucista, nos alegramos del hecho de que el Gobierno, muchas veces, no logre los objetivos marcados, sino todo lo contrario: le estoy diciendo..., es decir, le animo a que, precisamente... Porque, indudablemente, si usted lo consigue, nos estamos beneficiando todos los andaluces y las andaluzas. Precisamente nos duele que muchas veces hagamos esa precisión, o esta, si me permite, introducción de alabanza, o de loa, a un algo que vamos a hacer, y luego, después, cuando vemos que es la realidad, pues, nos sentimos un poco más echados abajo, si me permite la expresión de andar por casa, porque realmente hemos puestos aspiraciones legítimas que, luego, al final, no las hemos conseguido, cuando es el resultado final, no el de aquí, sino el resultado final, como yo le digo, que son los ciudadanos y ciudadanas ante una visita a un médico.

Creo que el único interés que nosotros tenemos, precisamente, es la consecución del pleno bienestar del pueblo andalúz, y por eso nos alegramos, señorías, y señora Consejera, cuando se cumplen los objetivos, de verdad nos alegramos. El problema es que muchas veces tardamos bastante tiempo, mucho tiempo, y a veces, desde nuestro punto de vista, excesivo, en lograr, desde eso que usted está diciendo hoy aquí hasta que esto se cumple, y en algunos casos, cuando ha pasado el tiempo, ni siquiera se han cumplido, que es lo que le decía anteriormente.

Y, sinceramente, esperamos que las líneas de acción que vienen marcadas en este nuevo pacto, para el período comprendido entre el año 2006 y 2008 sirvan, señorías, Consejera, de verdad, para desarrollar los servicios sanitarios públicos en Andalucía, para que en un futuro la sanidad de Andalucía esté dotada con una mayor plantilla de profesionales, magníficos profesionales, que reciban una formación

continuada, como usted ha ido exponiendo en su intervención, contando con la tecnología sanitaria más avanzada al servicio de la Nación andaluza. Eso es lo que pretendemos.

Por lo tanto, entendemos que desde el Gobierno se tengan estas aspiraciones, pero, al final, nos gustaría, señora Consejera, que en cuanto a los resultados, pues, dentro de dos años, pudiéramos estar con usted diciéndole que magnífico, pero, en cuanto al resultado, hoy por hoy nos quedan ciertas dudas de que realmente se hayan cumplido todos estos requisitos, porque sí, igual que usted, queremos la mejor sanidad para los andaluces y las andaluzas.

Muchas gracias.

La señora PRESIDENTA

—Muchas gracias, señor Moreno.

Continuando con el turno de posicionamiento, tiene la palabra, por el Grupo Parlamentario Popular, su portavoz, la señora Chacón Gutiérrez.

La señora CHACÓN GUTIÉRREZ

—Gracias, señora Presidenta. Señorías. Señora Consejera.

También, en primer lugar, agradecer la información que nos ha dado. Y, para no ponerme muy antipática a estas horas de la mañana, decirle que damos la bienvenida al Pacto Andaluz por el Desarrollo de Estrategias para la Atención Primaria, porque esta humilde Diputada lo podrá compartir en su totalidad o no, pero lo que sí es cierto es que este pacto se basa en la implicación y participación de profesionales de este nivel asistencial, donde han participado las sociedades científicas y, lógicamente, la Administración sanitaria andaluza, concretamente la Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria, la Asociación de Pediatras de Atención Primaria y la Asociación Andaluza de Enfermería Comunitaria, junto con el Director Gerente, lógicamente, del Servicio Andaluz de Salud.

Pero, señora Consejera, yo creo que los pactos se firman y, luego, pues, hay que cumplirlos. En este, en concreto, no creo que tenga muchos problemas para conseguirlo, porque el pacto que se ha firmado, y lo tengo delante, se titula Pacto Andaluz por el Desarrollo de Estrategias para la Atención Primaria del siglo XXI, por lo que tiempo no le va a faltar, ya que tiene por delante todavía 94 años para llevarlo a cabo, y ojalá, señora Consejera, usted lo vea culminado y que sea yo también la Diputada que le pregunte sobre el pacto. Sin lugar a dudas, eso sí que sería síntoma de buena salud.

Ya en serio, señora Consejera, un pacto que se firma para el año 2006-2008, con vigencia de dos años, y usted marca el año 2001 como hito histórico, en el que también, según usted, se culmina la reforma de atención primaria en Andalucía. Pero y desde mi

Grupo parlamentario no tenemos esa opinión, pues hoy, a finales del año 2006, no se han cumplido muchos de los objetivos que se señalaban como importantes entonces, y comprenderá, señora Consejera, que mi Grupo parlamentario esté un poco reticente ante este pacto. Lo he leído varias veces, usted también nos ha vuelto a repetir las líneas principales del pacto. Realmente, es de fácil lectura, tiene una magnífica, una buena redacción, pero yo creo, señora Consejera, y se lo digo sin acritud ninguna, de compromisos anda cortito, porque lo que realmente me preocupa es que hoy, o ayer, no se estuvieran poniendo medidas claras encima de la mesa para la atención primaria en Andalucía, para que la atención primaria en Andalucía sea de calidad y sea una atención primaria digna.

Me parece muy fuerte uno de los párrafos que he leído, que dice textualmente: «Los profesionales, coprotagonistas junto a los ciudadanos de este proyecto, han de ser objeto de una especial atención por parte de la Administración sanitaria andaluza, reconocer su capacidad, su experiencia, su responsabilidad en la toma de decisiones, conocimiento y analizar sus necesidades y sus expectativas».

Señora Consejera, la primera pregunta que se me viene a la cabeza: ¿Es que hasta ahora no se han tenido en cuenta ni la capacidad de los profesionales, ni la experiencia, ni su responsabilidad, ni tampoco sus conocimientos? La Consejería de Salud, yo creo que, al hacer esa afirmación, parece que no ha analizado hasta ahora las necesidades y las expectativas.

Después hay muchos párrafos en los que viene, y en eso sí que coincido con el portavoz del Partido Andalucista, «queremos avanzar», «tenemos que profundizar», «estamos obligados a seguir avanzando», etcétera, etcétera, etcétera, ¿no? En ningún momento se vislumbran los fallos que hoy existen en la atención primaria.

Yo no comparto con el portavoz del Partido Andalucista que el ciudadano perciba una mala salud, yo no quiero que se me tache de catastrofista, no es verdad; o sea, yo creo que el ciudadano, cuando llega a su médico de cabecera, sí percibe que las cosas están funcionando. Quizá lo que también perciben es que no funcionan las pequeñas cosas, esos pequeños detalles, que yo animo, señora Consejera, a hacer un decálogo de esas pequeñas cosas, de esos detalles que sí el ciudadano percibe, pero que, en líneas generales, es verdad que el ciudadano percibe que las cosas, pues, no funcionan mal dentro del sistema sanitario.

Pero le decía a la señora Consejera que no se vislumbra que existan fallos en la atención primaria en este pacto, y yo creo que sí los hay. ¿Qué pasa, por ejemplo, señora Consejera, con la inestabilidad en los puestos de trabajo? Hoy son muchos los profesionales, tanto médicos, como enfermeros, como auxiliares, como personal no sanitario de atención primaria, y también pediatras, que no tienen estabilidad en su puesto de trabajo, y que llevan veinte años sacándole las castañas del fuego al Servicio Andaluz de Salud. ¿Este pacto les solucionará esa inestabilidad que tie-

nen? ¿O este pacto va a acabar, señora Consejera, con los contratos basura? ¿O usted garantiza con este pacto que se cubran las sustituciones, ya no al cien por cien, que sería lo suyo y sería lo deseable, sino, al menos, al 75% o al 50%? Le recuerdo que, durante este verano, no se ha alcanzado la cifra del 30% del personal que ha podido ser sustituido para poder disfrutar del derecho que tiene cualquier trabajador a su mes de vacaciones.

Señora Consejera, también me gustaría saber si este pacto va a garantizar unas remuneraciones dignas a los profesionales, sus profesionales. Hoy son los peores pagados de España y de Europa, aunque, recientemente, también le quiero reconocer que han tenido un ligero incremento en guardias y en algunos complementos, pero no en el sueldo, que sigue siendo exactamente igual.

También me gustaría saber, señora Consejera, si el pacto va a solucionar los salientes de guardia, cómo se va a hacer y de qué manera. Hasta ahora no se está haciendo. El médico que está de guardia desde las tres de la tarde de un día hasta las ocho de la mañana del día siguiente se tiene que incorporar a su puesto de trabajo y trabajar su horario normal hasta las tres de la tarde. ¿Eso cómo lo va a solucionar dentro del pacto?

Señora Consejera, usted y yo compartimos que el fin último es resolver los problemas de salud de los ciudadanos, y para ello, sin duda, es imprescindible que el pacto que hoy nos ocupa sirva para solucionarlo. Señora Consejera, el pacto se firmó el 14 de junio pasado, usted lo ha dicho en su primera intervención, y una de las líneas marcadas en él, que también lo ha dicho, es adecuar la asignación de personas, a profesionales por TAE o por centros de salud. A tal efecto, se constituirán en el mes siguiente a la firma del acuerdo Grupos de Trabajo específicos para la definición y seguimiento de este apartado. Me gustaría saber, señora Consejera, si se han formado estos Grupos, cuántos se han formado, en dónde y quién forma parte de dichos Grupos.

Otra de las líneas es establecer las mejoras que facilitan el uso de la aplicación historia clínica Diraya, mejorando la adecuación a las necesidades de profesionales y a las necesidades de los usuarios. Usted sabe que este programa no está dando los resultados deseados, que está dando muchos problemas y que en muchos centros de salud de nuestra Comunidad Autónoma se emplea otro programa informático, como puede ser el TAS, ¿no? Uno u otro da igual, el mejor, ya que la elección de un pertinente modelo de informatización, sin duda, es lo que va a garantizar la confidencialidad y también el secreto profesional, ¿no?

Señora Consejera, ya termino. Lo importante es que los ciudadanos obtengan del sistema el máximo bienestar posible, que contribuya y les ayude a llevar una vida buena. ¿Responsabilidad de la Consejería de Salud? Pues, hacer propuestas concretas que sirvan para mejorar la atención primaria y reconocer lo que se ha hecho mal, para no caer, evidentemente, en los mismos errores. Sólo así seremos capaces de lograr

los mejores resultados. En lo que queda de esta legislación, mi Grupo parlamentario hará un seguimiento del pacto firmado y usted nos contará, lógicamente en otras comparecencias, lo concreto y las actuaciones en el día a día. El papel es verdad que lo soporta todo y los hechos son fáciles de comprobar.

Por mi parte, nada más. Muchas gracias.

La señora PRESIDENTA

—Muchas gracias, señora Chacón.

Por el Grupo Parlamentario Socialista, tiene la palabra el señor Montero Rodríguez.

Su señoría tiene la palabra.

El señor MONTERO RODRÍGUEZ

—Muchas gracias, señora Presidenta.

Desde el Grupo Parlamentario Socialista quiero comenzar mi intervención haciendo, como bien ha indicado la Consejera, un breve balance de lo que supuso el pacto anterior. El primer pacto suscrito entre el SAS y la Sociedad Andaluza de Profesionales de Atención Primaria data de marzo de 2002, y en el mismo se indica que se lleva a cabo tras haber logrado un hito histórico en 2001, tras la culminación de la reforma de la atención primaria en Andalucía. Desde entonces, los centros de salud de la Comunidad han visto incrementadas sus plantillas de profesionales, sus carteras de servicios y también su dotación tecnológica.

En los últimos cuatro años, el número de profesionales sanitarios que trabajan en centros de atención primaria se ha incrementado en 1.179 profesionales, lo que supone un incremento superior al 13%. En concreto, en el año 2002 había un total de 8.991 profesionales, entre médicos de familia, pediatras y enfermeras, en los centros de salud andaluces. Una cifra que en este año, en 2006, asciende a un total de 10.170, de los cuales, 4.530 son médicos, 1.040 pediatras y 4.600 enfermeras.

Como ha indicado la propia Consejera, este pacto se basó fundamentalmente en lo que fue la implicación y la participación de los profesionales de este nivel asistencial, contó con el liderazgo creativo también de las propias sociedades científicas y también con el decidido apoyo de la Administración sanitaria andaluza a lo que es la atención primaria dentro del sistema sanitario público.

El objetivo, como bien ha indicado la propia Consejera, pues, era dar una respuesta adecuada, una respuesta de calidad y eficiente, cuyo fin último es mejorar la salud de los ciudadanos andaluces.

Este nuevo pacto firmado entre el Servicio Andaluz de Salud y las sociedades andaluzas de medicina familiar y comunitaria, de pediatras de atención primaria y de enfermería comunitaria, estamos convencidos, señora Consejera, desde el Grupo Parlamentario Socialista, que va a permitir continuar trabajando conjuntamente lo que es la mejora de la atención

que se presta en los centros de salud de Andalucía. Desde nuestro Grupo estamos convencidos de que este nuevo pacto, con una vigencia hasta 2008, va a permitir continuar desarrollando los servicios sanitarios públicos, adaptándolos, como bien ha indicado usted, a los cambios que se vayan produciendo. Nos parece importante que la Administración sanitaria y las sociedades científicas trabajen conjuntamente en las 19 líneas de acción que usted aquí nos ha indicado, las cuales se incluyen en este nuevo pacto suscrito. Y líneas de acción que, de una manera global, van a permitir, como bien ha indicado, adecuar los recursos de cada uno de los centros de salud a lo que son las necesidades y las características de las población a la que se atiende, va a permitir también ajustar la asignación de pacientes a los profesionales, va a permitir este pacto el dotar tecnológicamente a los centros sanitarios para mejorar la capacidad resolutive. El impulso que se le va a dar con este nuevo pacto a las obras de adaptación y remodelación de las infraestructuras existentes y también la construcción de nuevos centros. Así, también, como el favorecer un modelo de trabajo compartido, donde sobre todo quede garantizada, como bien ha indicado usted, la integración de cuidados de forma coordinada. Igualmente, este pacto creemos que va a suponer el potenciar la investigación en la atención primaria, facilitando la formación continuada y favoreciendo el correcto desarrollo del modelo andaluz de carrera profesional en primaria. Nos parece adecuado que, para la formalización de estos proyectos, y también necesario, se creen esos Grupos de Trabajo, con la participación de las sociedades científicas.

Señora Consejera, desde el Grupo Parlamentario Socialista queremos felicitarla y animarla, ya que consideramos que este pacto va a suponer avanzar en el desarrollo de los servicios de atención primaria. Va a permitir abordar los cambios epidemiológicos y demográficos que se están produciendo y que, de alguna manera, condicionan las necesidades de servicios sanitarios de futuro.

Señora Consejera, como se indica en el propio pacto suscrito, estamos obligados a seguir avanzando en el desarrollo de los servicios de atención primaria y en la implantación de instrumentos de mejora que nos permitan ir adaptándonos a los cambios culturales, sociales y epidemiológicos que presenta la población andaluza. Y también, por otro lado, el seguir integrando las herramientas que los avances científicos y tecnológicos ponen a nuestra disposición para dar una respuesta de calidad a las necesidades asistenciales.

Y, para finalizar, señora Consejera, estamos convencidos de que el pacto por el desarrollo de estrategias para la atención primaria del siglo XXI va, sobre todo, a afianzar, a ampliar y a actualizar de una manera y una forma innovadoras lo que se ha alcanzado hasta ahora. Y, sobre todo, como bien usted ha indicado, con un objetivo final común: lo que es la salud del ciudadano.

Muchas gracias.

La señora PRESIDENTA

—Muchas gracias, señor Montero.

Para finalizar el debate, tiene la palabra la señora Consejera.

La señora CONSEJERA DE SALUD

—Sí. Muchas gracias, Presidenta.

Bueno, en primer lugar, a mí me gustaría agradecer el apoyo de todos los Grupos políticos, no al pacto suscrito, pues creo que es mucho más importante lo que aquí se ha trasladado en relación con que la atención primaria realmente constituye uno de los pilares básicos sobre los que se sustenta el sistema sanitario. Esto, que parece que es una cuestión obvia, es un elemento que yo creo que es necesario reforzar permanentemente, porque no todos los modelos sanitarios que se están constituyendo internacionalmente tienen a la atención primaria como pivote fundamental para garantizar la equidad y el acceso de todos los ciudadanos al sistema sanitario. Por tanto, yo creo que es unánime el apoyo de la Comisión y de todos los Grupos políticos aquí representados a que la mejor inversión, probablemente, que se puede hacer en materia sanitaria tiene que pasar, de forma clara, por un apoyo a la atención primaria, tanto al trabajo de los profesionales como a la inversión o la infraestructura que da soporte a ese tipo de actuaciones.

Yo diría que, quizás, y todos lo suscribamos, apoyar por la atención primaria, apoyar la atención primaria es la mejor garantía de que un sistema sanitario sea un sistema universal, equitativo, solidario y que tenga, además, elementos de sostenibilidad —elemento importante— también para el futuro.

Una vez planteada esa cuestión, me gustaría trasladarles que, desde el pacto que se suscribe con las sociedades científicas, no se pretende hacer un discurso triunfalista de cómo la atención primaria está funcionando. De hecho, lo que motiva que el pacto se suscriba una vez más, o se renueve este pacto, es que, evidentemente, existen márgenes de mejora y existen áreas en las que es necesario poner energía, poner atención y, por qué no, invertir un volumen también importante de recursos. Por tanto, el pacto lo que viene a intentar orientar es cómo la Administración sanitaria tiene que trabajar, conjuntamente con los profesionales, en intentar avanzar en cubrir esos aspectos de mejora, expectativas que se les generan a los ciudadanos y que tenemos que dar..., desde la Administración y desde los centros de salud tenemos que dar una respuesta. Y, por otra parte, las necesidades que los profesionales nos expresan a lo largo de sus diferentes reivindicaciones también tienen que tener un cauce adecuado para que su voz, su participación, esté garantizada.

Pero, una vez dicho esto, también yo quiero trasladarles a sus señorías que una cosa es el pacto por la atención primaria y otra cosa es el acuerdo sindical. Eso se respeta muy escrupulosamente por parte de la

Administración andaluza, como no podía ser de otra manera. Los representantes legítimos de los trabajadores para negociar sus condiciones laborales son las organizaciones sindicales, y eso está legalmente constituido en la Mesa Sectorial de Sanidad. Todos los elementos que tienen que ver con mejoras retributivas, o mejoras de condiciones laborales, se ven en la Mesa Sectorial de Sanidad. Y en la Mesa de Atención Primaria lo que abordamos son estrategias mucho más globales, que tienen que ver fundamentalmente con facilitar el trabajo que los profesionales de atención primaria realizan en el día a día. Por tanto, habría que complementar ambos acuerdos para tener una idea global de cómo va a avanzar la atención primaria en el conjunto de Andalucía.

Por darles un ejemplo, el acuerdo sindical establece el derecho a la carrera profesional, y aquí lo que se garantiza es la participación de los profesionales en la determinación de estándares, ¿no? Creo que sus señorías lo saben, pero, no obstante, sí me parece importante porque podría dar la impresión de que el acuerdo no contempla algunas de las concreciones que sí el acuerdo sindical en materia retributiva, por ejemplo, contemplaba, o en materia de incorporación de nuevos profesionales al conjunto del sistema sanitario.

Decirles, señorías, que no tengo ningún inconveniente en trasladarles en esta Comisión la evaluación que se hizo del pacto 2002, que fue el punto de partida para identificar las áreas de mejora, identificar también compromisos que no habían llegado al grado de consecución, que nos hubiera gustado, y también para trabajar a partir de otros compromisos que se habían cumplido. No tengo ningún inconveniente. Creo que el portavoz del Grupo Socialista ha dado algún dato en relación con esta materia. Solamente decirle que, desde que se suscribió ese pacto, se han incorporado un 13% más de profesionales en este nivel de atención primaria entre las diferentes categorías y que se han implantado no del todo, pero sí en una gran parte de los centros, la historia de salud digital, la receta electrónica o la cita previa a través del teléfono. Pero, como digo, señorías, si les parece, y si es del interés de sus señorías, podemos hacer una evaluación de los elementos que la propia Comisión estableció como punto de partida.

Trasladarles también, señorías, que me gustaría resaltar en esta Comisión que la atención primaria terminó su proceso de reforma, pero que eso no significa nunca que la dinamización de la atención primaria esté acabada. Es decir, la foto-fija que en el año 2001 quedó consolidada en Andalucía en relación con los mapas de atención primaria no implica que ya está todo hecho, ni mucho menos; es decir, tendremos que seguir trabajando —de hecho, lo estamos haciendo— en modernización de centros de salud y también en la puesta en marcha de centros nuevos, sobre todo, como sus señorías me habrán escuchado, en aquellos ámbitos que tienen un crecimiento poblacional importante.

Decirle también, señoría, que comparto con su señoría que existen determinadas disfuncionalidades en

los centros de salud, que nosotros alguna vez lo hemos intentado abordar a partir del Plan de las Pequeñas Cosas —se llamaba así—, pero disfuncionalidades que tienen que ver, fundamentalmente, con las condiciones en que se presta la atención sanitaria, no tanto con la atención sanitaria en sí, que evidentemente hay que seguir trabajando. Estamos hablando de que las instalaciones sean adecuadas para que los ciudadanos estén cómodos, se encuentren confortablemente; tenemos que seguir mejorando la gestión de las agendas, para que ningún ciudadano tenga que esperar a ser atendido por el médico de atención primaria más allá del tiempo necesario porque el profesional haya dedicado más tiempo de atención al ciudadano previo —pero en algunas ocasiones esperan más de lo que nos gustaría; incluso los ciudadanos lo expresan en las encuestas de satisfacción—; tenemos que seguir extendiendo el modelo de cita previa por teléfono o por Internet, para que los ciudadanos no tengan que desplazarse para pedir una cita... Es decir, existen unos ámbitos de franja mejora que yo creo que habrá que seguir —y lo comparto con sus señorías—, habrá que seguir abordándolos.

En relación con la estabilidad laboral, solamente darles el dato de que la oferta pública de empleo extraordinaria va a plantear un nivel de estabilidad laboral por encima del 95% en atención primaria, lo cual es una cifra muy importante, que, además, se une a que hay un compromiso en el pacto..., en el pacto no, en el acuerdo sindical firmado, de anualmente sacar una oferta de empleo pública, sacando las interinidades que el sistema tenga vacantes para evitar que se repitan situaciones como las que se produjeron en el sistema nacional de salud, de que había interinos que tenían diez años de antigüedad.

Yo creo que, en relación con las otras materias, señoría, que se han planteado, que ha planteado el Grupo Socialista, comparto que el compromiso con la atención primaria tiene que ser permanente —por tanto, habrá que estar permanentemente también revisando todos esos ámbitos de mejora—, y también comparto que la mejor garantía de dar con la tecla —si me permiten la expresión—, de orientar bien los recursos, es avanzar en la consecución de unidades de gestión clínica, que es lo que permite objetivar resultados claros, y, por otra parte, también seguir avanzando en que cualquier medida, cualquier acuerdo, cuente con el consenso de los profesionales, tanto en la implantación como en el diseño; que también quizás es nuestro principal aval de que las medidas que se adopten tienen que ser, necesariamente, medidas consensuadas. Y eso, como no podría ser de otra manera, con el objetivo único de mejorar la salud del ciudadano, que creo que todos los Grupos políticos de la Cámara compartimos y que, además, yo creo que desde aquí volvemos a renovar nuestro compromiso, desde esta Comisión, con un nivel que se ha mostrado claramente eficiente, un nivel que se ha mostrado claramente como el garante de los derechos de los ciudadanos a lo largo del tránsito por el sistema sanitario.

Comparecencia 7-06/APC-000526, de la Excm. Sra. Consejera de Salud, a fin de informar sobre la política de mantenimiento en los centros sanitarios andaluces.

La señora PRESIDENTA

—Muchas gracias, señora Consejera.

Continuamos con la siguiente solicitud de comparecencia en Comisión, a fin de informar sobre la política de mantenimiento en los centros sanitarios andaluces. Lo propone el Grupo Parlamentario Popular y tiene la palabra, en cuanto esté preparada, la señora Consejera.

La señora CONSEJERA DE SALUD

—Sí. Gracias, Presidenta.

Señoría, el mantenimiento en los centros sanitarios del sistema sanitario público andaluz adopta, como es lógico, distintas modalidades, atendiendo a la naturaleza de los bienes que tenemos que mantener, también a la complejidad tecnológica, a la adscripción a un sector determinado o a la dimensión del propio centro. Me refiero —así se trata— de un centro de salud, de especialidades o de un centro hospitalario.

En general, estas políticas de mantenimiento se concretan en actuaciones preventivas, en las que se desarrollan operaciones encaminadas a que el equipamiento se mantenga operativo y se minimicen las paradas por avería; actuaciones correctivas, en las que se efectúan operaciones para restaurar el equipamiento a su funcionamiento normal si ha sufrido algún tipo de avería; actuaciones periódicas, determinadas por el fabricante o por el instalador en los libros de usuarios que mantenemos actualizados; actuaciones de tipo técnico-legal, que se refieren a las inspecciones o a las operaciones que se determinan por la reglamentación vigente, fundamentalmente por el Ministerio de Industria; actuaciones a demanda, que son operaciones de mantenimiento que realizamos puntualmente, como consecuencia de averías en las instalaciones, o de equipo, y que no contaban o que no cuentan con el mantenimiento por medio de ningún contrato.

Por otro lado, señorías, las actuaciones de mantenimiento también se diferencian según se realicen con medios propios —del sistema sanitario público—, o las realizadas por empresas externas, especializadas en labores de mantenimiento, como es el caso de empresas de marcas, que se dedican al mantenimiento de los equipos por ellas fabricados o representados, o empresas muy especializadas en determinados equipamientos, normalmente electromédicos, para cuyo mantenimiento se requiere un alto grado de especialización y de conocimiento técnico.

En el caso de los centros de atención primaria, se ha implantado un modelo organizativo de mante-

nimiento que trata de racionalizar y de uniformar esta actividad; un modelo que ha consistido en la realización de un inventario de equipos, de instalaciones y de edificios; en la realización de una planimetría de los centros de salud y de las sedes de distrito, con indicación de instalaciones y equipos; establecimiento de protocolos de mantenimiento preventivo y correctivo, así como planificación sobre el mantenimiento reglamentario y las inspecciones obligatorias; una especie de mapa de mantenimiento, señoría, que nos permite identificar dónde existen esas instalaciones y cuáles son los parámetros de mantenimiento que se tienen que aplicar en cada una de ellas. A todo ello se ha añadido un informe de eficiencia energética de los equipamientos, y una auditoría final en todos los distritos, para comprobar la implantación de este modelo. Eso es lo que se refiere a los centros de atención primaria.

En el caso de la gestión de estos centros, recae fundamentalmente en los administradores de los correspondientes distritos sanitarios, que son los encargados de dar las órdenes de trabajo y la realización de las tareas, si no existen, a las empresas contratadas, y, en el caso de que existan contratos de mantenimiento, también la intervención de esta contrata en cada uno de los elementos que son objeto de atención.

Las operaciones de mantenimiento, a su vez, están centradas fundamentalmente en instalación eléctrica, de climatización, de agua, de saneamiento, de protección contra incendios, de telefonía, elevadores —ascensores—, equipamiento general, clínico y radiológico. De ellas, fundamentalmente las relativas a equipamiento general, clínico y radiológico, están siendo realizadas por empresas externas especializadas por la complejidad de las actuaciones, y el resto, como ámbito general, se realizan con medios propios o por empresas contratadas a tal efecto. En otros casos se establecen convenios de colaboración con Administraciones locales para la cesión gratuita y/o mantenimiento de centros de atención primaria, y su objetivo fundamental es que los propios Ayuntamientos se comprometen en el mantenimiento de los centros, a cambio de una prestación económica que el Servicio Andaluz de Salud les reintegra en función de metros cuadrados del centro, personal adscrito, gastos de limpieza, luz, agua o mantenimiento general.

En relación al mantenimiento de los centros de especialidades u hospitales, el modelo difiere del aplicado al nivel de atención primaria —es lógico, son capacidades distintas, dimensiones físicas también distintas—, y cuenta, además, con unidades de mantenimiento dotadas de personal propio, al frente de las cuales figura personal cualificado, bien ingenieros o bien físicos.

En los centros hospitalarios se están implantando contratos de gestión energética, a partir de los cuales los adjudicatarios se hacen cargo del suministro eléctrico y se comprometen a la renovación de las instalaciones obsoletas, y confían la gestión del mantenimiento también a estas empresas a partir

de instalaciones implicadas. En estos casos, son las empresas adjudicatarias las que realizan estas tareas de mantenimiento, e igualmente también en estos centros hospitalarios se dan con frecuencia centros... o contratos de mantenimientos integrales que se realizan para instalaciones industriales o para equipos de electromedicina.

La gestión de este mantenimiento corre a cargo de la dirección de servicios generales o de la dirección económica, y tienen unidades con estructura propia, orgánicas y funcionalmente dependientes de estos departamentos, contando con ingenieros responsables y personal propio con categoría de Formación Profesional como término general.

En concreto, en la actualidad, la plantilla de personal de mantenimiento de los centros hospitalarios públicos está formada por 1.683 personas, que se distribuyen en distintas categorías. Ingeniero superior, ingeniero técnico, maestro industrial, son responsables de las correspondientes unidades, y luego hay otras categorías, como calefactor, electricista, fontanero, mecánico, albañil, carpintero o pintor.

Señorías, en general, y como se puede deducir de esta información que les suministro, las políticas de mantenimiento persiguen, en primer lugar, el mayor grado de eficiencia posible, cara a mantener el mejor grado de funcionamiento de las diferentes instalaciones, la capacidad de las mismas o el equipamiento de los centros. Para ello —como les he comentado—, se cuenta con este personal, y también con el concurso de empresas especializadas, empresas externas, en función de la complejidad y de la tarea requerida.

Las nuevas incorporaciones tecnológicas en materia de equipamiento también precisan cada vez de un mayor grado de conocimiento y de especialización, y eso plantea que el conjunto de los centros tienen que garantizar la presencia de estas empresas para garantizar un correcto funcionamiento.

Por tanto, señorías, en relación con esta materia, yo creo que, por la información que les estoy proporcionando, es complejo hacer una brevedad. Y no me quiero extender en las cuestiones que le estoy planteando, pero es complicado hacer una brevedad en las instalaciones. El mantenimiento es complejo y, en resumen, en función del tipo de instalación a mantener, tiene o no una empresa contratada especializada; en función del tipo de centro tiene personal propio o tiene personal externo, y, también en función del grado de cualificación de la avería, se puede solucionar por parte de la propia plantilla de los centros o por alguna contrata externa que se contrate para tal fin.

La señora PRESIDENTA

—Muchas gracias, señora Consejera.

Por el Grupo proponente, el Grupo Parlamentario Popular, tiene la palabra la señora Corredera Quintana.

La señora CORREDERA QUINTANA

—Gracias, señora Presidenta.

Bueno, en primer lugar, agradecer la información de la señora Consejera. Entiendo que, lógicamente, dar una información sobre el mantenimiento de los centros tiene que ser algo complejo, porque, evidentemente, no es lo mismo también mantener un consultorio, o el mantenimiento de un consultorio, como el mantenimiento de un centro hospitalario comarcal o el mantenimiento de lo que son los nuevos centros hospitalarios de alta resolución de especialidades. Dependiendo, lógicamente, como ha dicho la señora Consejera, del tipo de atención sanitaria que se esté dando en cada centro, pues, lógicamente, también se dispone de una maquinaria más especializada o menos y, lógicamente, requiere un tipo de atención y un tipo de mantenimiento. Como no es lo mismo cuando hablamos del mantenimiento en el sentido de lo que es la limpieza de los centros, de lo que es la calefacción de los centros o el aire acondicionado en los centros sanitarios en general, por englobarlos todos, que estemos hablando del mantenimiento de una máquina de rayos x o de un TAC. Evidentemente, son temas distintos y requieren especialistas distintos, y requieren un personal distinto.

Nosotros sí queríamos conocer un poco, pues cómo se estaba llevando todo este mantenimiento, entre otras cosas, pues porque, lógicamente, también cuando llega la época estival, empieza a haber problemas —y usted lo sabe—, más de tipo cotidiano. Ya no voy a entrar en que en determinados centros haya un problema con una determinada máquina específica, con lo cual, pues tenemos que derivar, a lo mejor, a un centro privado o a otro centro público para poder atender porque requiere unos técnicos especialistas, que en ese momento están disponibles o no, sino el mantenimiento ese más cotidiano, que pueda ser que nos encontremos con que en un centro de salud se estropea la calefacción, o el aire acondicionado cuando estamos en verano, o en la época que venimos ahora, ¿no?, de frío, y, lógicamente, eso está repercutiendo en los usuarios que padecen esas condiciones, ¿no?

Queríamos saber cómo funcionaba, y queríamos saber, concretamente... Ya algo nos ha dicho. Nos ha dicho el personal que tiene en plantilla, público, que son 1.683 profesionales en general, englobando todas las distintas categorías; pero también queríamos saber, pues un poco qué servicios estaban específicamente contratados con, simplemente, contratas o subcontratas de otro tipo de empresas que no tengan por qué ser tan técnicas o especialistas, y también esas empresas especialistas técnicamente, como usted me hablaba, lógicamente, para ya lo que son las nuevas tecnologías, que sí requieren ese tratamiento específico. Como también queríamos saber un poco ese tipo de contratos, si son contratos, simplemente, por servicios, si son contratos, a lo mejor, que tienen establecido un convenio a largo plazo, o son, simplemente, convenios para el mantenimiento de un año y

luego se van renovando... Qué tipo de..., lógicamente, o qué modelo de trabajo ejerce, en este caso, lo que es la Consejería con esas distintas empresas que están ajenas a lo que es en sí el personal público del SAS.

Y tampoco queríamos dejar pasar, lógicamente, lo que son los problemas que está teniendo la plantilla del personal de mantenimiento que tiene en estos momentos la Consejería. Usted sabe, igual que yo, que se han iniciado una serie de movilizaciones por parte de los trabajadores de mantenimiento—de hecho, creo que esta mañana vuelven a estar concentrados, y no es la primera vez que lo hacen, en las puertas del Parlamento—, porque tienen una serie de reivindicaciones que hacen a su Consejería, algunas de ellas ya viejas reivindicaciones en lo que es el reconocimiento profesional. Pero, sobre todo, yo me reunía con ellos también hace poco, y nos trasladaban que su principal problema era que habían alcanzado una serie de acuerdos en una mesa sectorial, en una reunión con responsables del SAS, o, mejor dicho, responsables del SAS con representantes de Comisiones y de UGT, y que se habían encontrado con que esas..., lo que hablaron en esas conversaciones, pues luego no se ha visto trasladado a lo que ha sido el acuerdo salarial para los distintos trabajadores del sistema sanitario público. Y ellos hablaban en concreto de sus dos principales exigencias—luego, lógicamente, hay más, que abordaré—, pero, sobre todo, lo que era la equiparación económica al grupo C de esa parte que usted me hablaba de calefactores, carpinteros, jardineros, etcétera, o lo que era el nivel 17 de complemento de destino, que, al final, se ha quedado en nivel 16, y que se quiere arreglar ahora, en algunas reuniones que están manteniendo, con crear otro complemento, pero que para ellos no es la solución.

Yo creo que han logrado, en este caso, y..., pues yo diría cabrear, entre comillas, ¿no?, a los profesionales de los servicios de mantenimiento, porque, claro, ellos se crearon unas expectativas a raíz de esas reuniones que no se han visto realizadas.

Ellos les plantean, pues que se atiendan sus demandas, y que parte del problema parece venir, pues de que no se está viendo su trabajo, tanto como lo que es un proceso, sino como lo que es una función concreta, e incluso ellos hablaban de que no se contempla como una inversión, sino como un gasto, con lo cual eso repercute en lo que es el trato que ellos reciben.

Vuelvo a decir que esto son palabras de ellos, porque, lógicamente—vuelvo a decir—, no se sienten cómodos de cómo ha terminado el acuerdo y cómo les ha afectado.

Sí es verdad que nosotros sí consideramos que, si se viera como una inversión por parte de la Consejería o del SAS, tendrían en cuenta lo que ese trabajo repercute luego en la calidad asistencial, y quizás se les atendería un poco mejor. Si a esto unimos que ese personal en este momento está un poquito poco motivado, tienen un bajo reconocimiento salarial, tienen una formación profesional continua y específica

escasa, la cosa se agrava. Y si, para colmo, pues ese personal de mantenimiento día a día ve cómo se están amortizando las plazas—ellos los datos que me trasladaban es que en los últimos diez años se ha amortizado un 15% de las plazas—, que las bajas o que las jubilaciones no se cubren—por eso digo que se están amortizando esas plazas—, o que no se cubren las sustituciones, como ocurre en otras áreas sanitarias, que hemos comentado en otras ocasiones, y que no voy a entrar ahora, porque no es el objeto, pues la verdad es que están preocupados.

Y por eso le preguntaba qué trabajos se están contratando o subcontratando, porque es verdad que hay trabajos técnicos específicos, de los que usted ha hecho relación, que exigen un personal más específico y más especializado, que quizás este personal que ahora mismo está en mantenimiento no lo puede cubrir. Pero también nos referían que hay ciertos trabajos que se están contratando y subcontratando que sí podrían realizarlos ellos y que, en cambio, se están subcontratando.

A mí me gustaría que nos hiciera alguna referencia sobre esto, y, sobre todo, me gustaría que nos concretara si, al final, esas reivindicaciones que ya están haciendo en materia retributiva, en materia de nivel económico y de complementos, se van a atender o no. Y, sobre todo, si se va a crear una mesa específica—que es lo que ellos están demandando—, para poder estudiar su caso en concreto e ir analizando; porque es verdad que alguna oportunidad se les estaba dando, de que pudieran incorporarse a determinadas plazas, pero para eso se les exigía una titulación que, lógicamente, no tienen, porque llevan muchos años trabajando como técnicos de mantenimiento dentro del sistema. Y quizás habría que arbitrar alguna forma de que puedan ir formándose para alcanzar esa titulación, para que luego, en esa oferta pública que se puede hacer desde la Consejería, pudieran incorporarse a esas plazas. Porque, si se convoca una oferta pública, pero no tienen la titulación específica que ahora se está exigiendo, y que es lógico que se exija, pues, evidentemente, no van a poder acceder, con lo cual tampoco estamos solucionando su problema.

Sí nos gustaría que nos aportara esos datos, tanto en lo que son las contrataciones—vuelvo a decir— con empresas, o subcontrataciones, o lo que son las empresas específicas técnicas con las que se está trabajando—y si no dispone de ello en este momento específicamente, por lo menos que nos lo haga llegar—; pero también saber cómo se van a solventar estos problemas de este personal de mantenimiento que existe ahora mismo, que son, vuelvo a decir, viejos problemas desde hace, algunos, hasta veinte años, se hizo un parche hace algunos años, y ellos, desde luego, creen que es una provocación que ahora se quiera volver a parchear y no se les dé una solución real.

Es verdad que el mantenimiento público tiene cada vez menos contenido, y da la sensación de que a lo que se está yendo es un poco a la privatización de este servicio por parte de la Consejería, puesto que

todos los nuevos hospitales lo que están haciendo ya sí es contratar. No contratar personal, sino contratar empresas que lleven este trabajo, ¿no?

Y poco más. Yo creo que, si me aclara esos datos, y, sobre todo, si me aclara si hay interés por parte de la Consejería en crear esa mesa específica también de trabajo con ellos para solventar estos problemas, yo creo que a ellos les animaría a dejar de movilizarse como lo están haciendo en este momento, y, sobre todo, les daría, pues perspectivas de tener una solución de futuro. Para ello es importante que, si se sienta el SAS con ellos y se comprometen, luego se cumplan esos compromisos. Y yo creo que en este caso, por mi parte, no le estamos pidiendo más. Simplemente que no les deje de nuevo en la estacada, o que ellos no sientan que se les deja en la estacada, porque se sientan corresponsables del SAS, representantes de los sindicatos, dicen unas cosas; pero luego, a la hora de la verdad, cuando se firma, no se contemplan esas cosas que se les ha dicho. Y eso, además de lo que es la frustración, o la decepción que puedan sentir, lo que hace es que no les anime, precisamente, a pensar que están en vías de encontrar una solución.

La señora PRESIDENTA

—Muchas gracias, señora Corredera.
Señora Consejera, tiene la palabra.

La señora CONSEJERA DE SALUD

—Gracias, Presidenta.

Señoría, no hay ningún problema en hacerles llegar... Yo, efectivamente, no dispongo de la información aquí de todos los contratos que existen en este momento de mantenimiento suscritos con las diferentes empresas, los importes y la..., pero no hay ningún inconveniente. Vamos a hacerles llegar, como no podría ser de otra manera, toda esa información.

Pero yo, señoría, más allá de la discusión a propósito de la necesidad del mantenimiento de los centros, yo creo que hay un debate de fondo, que su señoría ha abordado, que no he logrado entender por la exposición de su señoría cuál es su opinión a propósito de esto. Sí conozco lo que se está haciendo en las Comunidades gobernadas por el Partido Popular, pero no he entendido muy bien si su señoría comparte esa..., bueno, esa tendencia, ¿no?, que hay en el conjunto del sistema nacional de salud.

Nosotros no estamos haciendo fórmulas; se lo digo por una pregunta que usted me hacía. Los contratos de mantenimiento que nosotros hacemos, aunque le pasemos la relación, pueden tener varias modalidades: puede ser un mantenimiento integral, es decir, todo el mantenimiento del centro que tiene que ver con calefacción, fontanería, electricidad, cualquier otro tipo de avería que se pudiera presentar, se puede contratar con una empresa externa integralmente, y eso tiene una serie de cuantías y de tiempo de vigencia y de

controles de ejecución; hay otras ocasiones donde los centros tienen plantilla de mantenimiento, y, por tanto, se hace un contrato de mantenimiento sólo parcial —cuando digo parcial me refiero en aquellas esferas que no cubre la plantilla de mantenimiento—; pero lo que no tenemos, señoría, en la Comunidad Autónoma es la modalidad de contrato de mantenimiento que ustedes están instaurando en Madrid, que me imagino que es a la que se refería su señoría, que es, a partir de la concesión del contrato de mantenimiento, con otros elementos añadidos, que suelen ser cafeterías, tiendas, aparcamientos —es decir, una contrata amplia que incorpora el mantenimiento—, la empresa adjudicataria se compromete a la construcción del hospital, a proveer todos los servicios del hospital, menos los servicios sanitarios. Es el modelo de Madrid, de construcción de los nuevos centros. Es decir, ese modelo nosotros no lo tenemos. Nuestros contratos de mantenimiento no implican la construcción de nuevos centros —por tanto, la explotación a veinte o treinta años— y la provisión por parte de la empresa externa de todos los servicios, excepto los servicios sanitarios.

Por eso, le decía, señoría, que existen modalidades muy distintas. Esta última nosotros no la hemos contemplado, ni la tenemos puesta en marcha, y el resto es variopinto, dependiendo de la complejidad del centro, y también de la propia existencia de plantilla de mantenimiento que cada uno de los centros tenga.

Pero le decía a su señoría que yo creo que el modelo o el tema que se plantea en relación con esta comparecencia es un tema que a mí sí me gustaría, ¿no?, poder compartir con su señoría, debatir y discutir, en relación a cómo tienen que proveerse en el futuro los servicios de mantenimiento de los centros.

Sabe su señoría que hay una tendencia global en el sistema nacional de salud de que los servicios de mantenimiento se provean a partir de empresas dedicadas a tales fines, es decir, no formando parte de la actividad propia del hospital en donde... —digo hospital porque es donde están los contratos de mantenimiento más importantes—, no formando parte de la actividad propia de los centros sanitarios, porque se entiende que la función del centro sanitario del sistema de salud tiene que ser especializarse en la provisión de atención sanitaria. Y éste es un elemento, señoría, que... Puede hacer simplemente un repaso por todo el sistema nacional de salud, en donde existe una tendencia a la externalización que se le llama, que no la privatización, porque pudiera confundirse ese concepto con que ese servicio se paga de manera independiente al que se paga... el resto del servicio sanitario, a través de los impuestos, porque, además, podría confundirse en relación con una amenaza que siempre, en los elementos de privatización, se cierne sobre el sistema sanitario, de que a alguien en el futuro se le ocurriera privatizar un sistema sanitario, ¿cosa que no creo que ni su Grupo parlamentario ni, por supuesto, el que mantiene al Gobierno en este momento en el poder se va a plantear nunca—; pero sí sabe su señoría que es un debate que siempre,

o que en muchas ocasiones, no solamente ocupa discusión en los centros sanitarios, sino también preocupación por parte de los propios responsables de las diferentes Administraciones.

Por eso le decía a su señoría que esta tendencia que se marca en el conjunto del sistema nacional de salud, que es una tendencia cara a la externalización de todos esos servicios, me gustaría conocer el planteamiento de su señoría. Lo que yo sí le voy a expresar es lo que nosotros hemos hecho.

Nosotros, en este pacto..., en este acuerdo sindical que hemos suscrito recientemente, hemos incrementado un 10% las retribuciones del personal de mantenimiento; hemos pasado del nivel 15 en el personal de mantenimiento, digamos, de categoría del grupo D, que han pasado del nivel 15 al nivel 16; se ha previsto el desarrollo de una carrera profesional para todo el personal de mantenimiento, y para personal de no mantenimiento —pero este personal está incluido dentro del desarrollo de la carrera profesional—, y, además, se ha incrementado la productividad variable de una manera considerable, hasta equiparar prácticamente el salario a lo que serían retribuciones del nivel 17, en el siguiente..., bueno, en el acuerdo, en la resolución firmada por el propio Director Gerente, yo creo que hace escasamente un mes.

Por tanto, señoría, nosotros, con la firma del acuerdo sindical, y fundamentalmente con los sindicatos de clase, sí hemos hecho una apuesta por el mantenimiento con plantilla propia en nuestros centros sanitarios. Y ése es un elemento que me parece tremendamente importante, porque, si nuestra opción hubiera sido otra, no habríamos mejorado las condiciones laborales del personal que en este momento está prestando sus servicios en los centros sanitarios.

Las condiciones laborales se han mejorado sustancialmente, con motivo del acuerdo, entre las que se incorporan también la constitución de un grupo de trabajo para la creación de una nueva categoría, como su señoría ha hecho mención, del grupo C, a la que, evidentemente, hay que requerir una titulación, no porque lo diga la Consejera, sino porque, para ocupar ese determinado nivel, la ley prevé que estas personas estén en posesión de esa titulación. Las mesas técnicas se crean para ver cómo, en qué consistiría esa nueva categoría y cuáles tendrían que ser los mecanismos de acceso del personal que actualmente desempeña el puesto, y también está previsto cuáles tendrían que ser los mecanismos de formación; que, evidentemente, siempre tendrían que pasar por una titulación que no puede reconocer el sistema sanitario. Para ello, señoría, y para su información, resaltarle que ya se ha convocado esa mesa técnica —creo que está prevista la reunión para noviembre de este año—, y que, por tanto, a partir de ahí, imagino que empezarán sus trabajos.

Eso en la parte que tiene que ver con cómo, en este momento, la Consejería de Salud, el Servicio Andaluz de Salud, a través de los acuerdos sindicales, ha hecho una apuesta por el personal de mantenimiento que trabaja actualmente en la plantilla, entendemos, con

una mejora sustancial en las condiciones laborales que hasta la fecha se tenían, y que, evidentemente, imagino que no podrá satisfacer el cien por cien de las expectativas que pudiera tener el personal, pero sí un porcentaje muy elevado, al menos, de lo que se ha planteado por parte de las organizaciones sindicales.

Y, en relación con la segunda materia, señoría, de que la consejería o el SAS no cumplen la parte que tienen suscrita con las organizaciones sindicales, decirle, señoría, que eso es radicalmente falso, ¿eh?, para su conocimiento. Sé que la afirmación no parte de su Grupo político, sé que usted se hace eco de comentarios o de cuestiones que se están trasladando desde otros ámbitos; pero el acuerdo sindical decía textualmente, en el punto 4.3.4: «El SAS se compromete a presentar antes de junio de 2007, y negociar en la mesa sectorial, la norma que regule el procedimiento selectivo para que al personal auxiliar administrativo y personal de oficio que se establezca, una vez accedan al cuarto nivel de carrera profesional, les pueda implicar, además, el acceso a la categoría de administrativo y a la categoría que en su momento se determine, asimismo constituyendo un Grupo de Trabajo con las organizaciones sindicales firmantes del presente acuerdo, para el desarrollo del personal de oficio».

Antes de junio del año 2007. Por tanto, señoría, no estamos ni siquiera en la prórroga para constituir esos órganos que se tienen que encargar de determinar cuáles son los procedimientos selectivos para esas categorías, en qué consiste esa nueva categoría y, por tanto, seguir avanzando en esa línea.

Lo que sí se ha hecho ya —le repito, con objeto de una resolución del propio Gerente— es incrementar el concepto de productividad variable del personal de oficio, hasta el punto de que las pretensiones salariales que en este momento tiene este personal se asimilan a las del nivel 17. El acuerdo sindical recogía que el nivel que ese personal tenía suscrito, que pasaba, era el nivel 16. Y ese elemento, señoría, se cumplirá en los plazos que tenemos previstos. Y, por otra parte, el Servicio Andaluz de Salud sí ha asimilado las cantidades en concepto de productividad variable prácticamente a lo que se cobra en el nivel 17.

Y, por otra parte, hay un compromiso del 95% de estabilidad laboral en este tipo de categorías, de manera que todas las interinidades que existan se vayan sacando en las ofertas públicas de empleo.

Señoría, ésa es la información que le puedo dar, que yo creo que pone en valor nuestra apuesta por mejorar las condiciones laborales del personal de plantilla que, en este momento, está realizando sus funciones en el Servicio Andaluz de Salud.

La señora PRESIDENTA

—Muchas gracias, señora Consejera.

Señora Corredora, tiene su señoría la palabra.

La señora CORREDERA QUINTANA

—Gracias, señora Presidenta.

Decía la señora Consejera que quería mi opinión. La verdad es que yo puedo darle mi opinión, sobre todo puedo traer una proposición no de ley en la que dé mi opinión, porque hoy aquí es una comparecencia y de lo que se trata es de que usted dé la suya, puesto que usted es la Consejera y la que gobierna. Mi opinión la puedo dar, pero la verdad es que, hoy por hoy, no es vinculante. A mí me gustaría estar en su sitio y ser vinculante, pero no. Yo soy la oposición y estoy aquí pidiéndole que me diga qué opina y cómo va a gestionar, en este caso, y cómo va a evolucionar.

De todas formas, me hablaba usted de otras Comunidades. Ése no era el objeto de esta comparecencia, pero podemos hablar de lo que se hace en otras Comunidades. Sobre todo, porque ha dicho algo en su intervención que me ha llamado la atención. Ha hablado del modelo de Madrid y ha hablado de cómo se adjudica la cafetería, lo otro, y con eso, además, se hace la construcción del centro. Ya, pero es que ése es el modelo que usted va a aplicar en el centro de salud de Antequera. Perdóname, yo le recuerdo que soy Concejal en el Ayuntamiento de Antequera también, donde hace poco venía una moción del Grupo socialista para que, precisamente, con la adjudicación de la cafetería, los *parkings* y algo de lo que era centro comercial —que podía ser revistas y demás—, se pudiera financiar parte de... Parte, bueno, pero parte es lo mismo, ¿eh? Todo o nada, pero al final parte se va a financiar. Ese modelo, si no es igual, es la mitad de igual, porque parte se va a financiar.

Pero aparte, aparte, es que hay muchos modelos de construcción, y eso es verdad. Y usted sabe que yo, por ejemplo, le he criticado alguno en que usted está cargando todo sobre los Ayuntamientos y las Diputaciones; tampoco me parece compartible. Yo creo que cada Comunidad establece... Yo tengo que hablar de ésta porque es aquí donde soy Diputada y donde usted es Consejera.

Pero es verdad que es algo importante. Lo que pasa es que hay una diferencia: yo no le hablaba de la opinión cara al futuro... Que yo sé que todos —Andalucía y el resto de las Comunidades; todos— están apostando pues por contratar determinados servicios de mantenimiento, en otra parte para no tener, además, esa responsabilidad entre comillas encima, sino poder exigirle a una empresa que cumpla determinadas condiciones o no. Pero es que yo hoy no me estaba refiriendo a lo que es, cara al futuro, cuál va a ser la política de cada centro o de cada Comunidad o de cada, en este caso, servicio público de salud, sino que me estaba refiriendo a lo que está ocurriendo ahora mismo. Usted hablaba de externalización, y es verdad; estamos hablando de que son centros públicos con determinadas gestiones privadas —como ocurre, por ejemplo, con el hospital Costa del Sol, que es público, pero tiene la gestión privada—. Pues, en este caso, estamos hablando de otros servicios...

[Intervención no registrada.]

Perdón, empresa pública, sí. Ahí siempre hablo... Confundo el término, pero sé de lo que..., a lo que me estoy refiriendo, y usted me ha entendido también perfectamente. Pero sí me preocupa —y en esto no sé si me ha respondido del todo o yo tengo otros datos distintos—, aquí ya yo empiezo a preocuparme porque, sinceramente, yo me reuní con ellos hace tres semanas, pero ayer volví a llamarlos, lógicamente, antes de tener esta comparecencia con usted, para ver si algo había cambiado —para, lógicamente, no decir yo aquí cosas que en tres semanas pueden variar porque haya reuniones—. Y, claro, a mí ellos ni me han trasladado en estos momentos que haya una reunión cerrada para el mes de noviembre, una Mesa Técnica donde se vaya a trabajar o un Grupo de Trabajo con Mesa Técnica —que es lo que usted ha dicho textualmente— para ver cómo se trabaja, para que puedan acceder a ese nivel C o cómo pueden ir adquiriendo esas titulaciones necesarias para que se puedan ir acomodando o accediendo a ese nivel C, y ellos no me han concretado.

Yo le pregunto: ¿Se lo han trasladado a los trabajadores que tienen esa reunión en noviembre? Porque es que, a lo mejor, yo hablo con ellos, y todavía ellos no saben que tienen en noviembre esa Mesa técnica, y ahí está la confusión. Porque no creo que, en este caso, ellos tengan ningún interés en que yo no conozca ese dato concreto, cuando una de las cosas que estaban demandando, y que yo compartía, porque sí creo que es importante para solventar problemas que tiene el personal actual de mantenimiento —y ya no estoy hablando del futuro, sino del personal actual de mantenimiento—, cuando estamos hablando de que puedan acceder a un nivel superior, lógicamente, ¿no? Ellos a mí no me han trasladado que sepan eso. Espero que, simplemente, pues no les haya llegado a las personas con las que yo he hablado que hay esa Mesa Técnica de Trabajo —que me parece tremendamente interesante que la haya, porque era una de sus demandas—.

Pero usted me dice que apuesta por el mantenimiento de esa plantilla y demás. Lo que no concuerda totalmente es con los datos que yo tengo. Porque si al final no se están haciendo las sustituciones y se están amortizando las plazas que por jubilación, por baja, van quedando vacantes, llegará un momento en que, en determinados centros que ahora mismo no tienen contratado el servicio externo, sino que lo hacen con personal público de mantenimiento, pues o tengan que convivir con los dos sistemas o se cubren esas plazas. Porque, evidentemente, ellos sí están viendo cómo en sus centros plazas que están quedando no se amortizan. Ya no hablamos de que se convoquen nuevas plazas —nuevas a crear—, sino que se amortizan las que ya existen.

Entonces, sí saber cuál va a ser su política; si su política va a ir encaminada a convivir en esos centros donde hay un mantenimiento público, ahora mismo, o con personal público, mejor dicho, pues que convivan los dos sistemas —el de contratación y el de este personal—, o si alguna vez sí se van a cubrir esas plazas y no van a amortizarse.

Yo lo que creo y... Ah, por cierto, sí aclararle —y con esto termino, porque tampoco quiero enrollarme—, me ha dicho que... Quizá yo me he explicado mal. Yo no le he dicho que los que tienen suscritos..., los acuerdos que tienen suscritos no se cumplan. No le he dicho eso. Lo que le he dicho es que, cuando hubo una primera reunión, se plantearon sobre la mesa determinadas reivindicaciones, y el personal —del SAS, en este caso—, según me trasladaban ellos, las veía lógicas y estaban dispuestos a asumirlas. Y que los acuerdos que después se han suscrito no son los mismos de los que se hablaron. Entonces, lógicamente, no es que no se esté cumpliendo lo que se ha suscrito, porque lo que se ha suscrito sí se está cumpliendo; pero no es lo mismo lo que se ha suscrito de lo que se habló. Por eso yo hablaba de que ellos..., usted me dice que ahora mismo se está caminando hacia asimilarlos al nivel 17, pero la realidad hoy es que están en el nivel 16. Y lo que yo no sé, no he entendido —no sé si es que se me ha pasado—, es que no sé para cuándo se asimilaría a ese nivel 17, que sí le rogaría que en el cierre me lo aclarara.

Por lo demás, decirle que puedo entender la evolución que está teniendo hacia esa externalización, pero también le digo que ahora mismo lo que nos preocupa y lo que hablábamos —cuando hablábamos del mantenimiento general— era de la situación actual y del personal actual. Y eso sí me gustaría que me lo concretara.

La señora PRESIDENTA

—Bien. Muchas gracias, señora Corredera.

Para finalizar el debate de esta iniciativa, tiene la palabra la señora Consejera.

La señora CONSEJERA DE SALUD

—Sí, señoría. Presidenta, gracias.

Yo creo que, como la formulación era general, señoría, por eso yo he entrado en cuestiones generales. Siempre comenta su señoría que, en cuestiones mucho más concretas, no tengo ningún problema en aportarle los datos que estimen conveniente, pero sería conveniente que yo pudiera traerlos porque supiera, ¿no?, que vamos a abordar alguna cuestión más concreta.

Y tampoco, señoría, me he metido con ningún modelo que en este momento se esté poniendo en marcha por parte de ninguna Comunidad gobernada por el Partido Popular. Yo no he criticado ningún modelo: he dicho que ese tipo de contrato no lo tenemos en Andalucía, ni siquiera en el caso que usted pone, señoría. Porque ese tipo de contrato —que, además, es algo que otras Comunidades Autónomas también están adoptando— es un tipo de contrato en donde se construye, se hace toda la inversión y, además, se queda todo lo que es parte no sanitaria..., todo

lo que es parte no sanitaria se queda provista, esos servicios, por la empresa a la que se le ha hecho la adjudicación. No solamente el mantenimiento, sino todo lo que es parte no sanitaria. Es decir, que no requiere ni personal sanitario de enfermería ni personal sanitario facultativo —el resto de los servicios, que se entienden ellos como servicios auxiliares—.

Pero que son modelos, señoría, y además modelos que siempre hay que aprender y que hay que estudiar, ¿eh? O sea, que en ningún momento yo he hecho ninguna crítica satanizando ningún tipo de modelo, y, por supuesto, menos el modelo de Comunidades Autónomas en las que no tengo ni siquiera por qué dar mi opinión.

Pero sí me interesaba su opinión, señoría, evidentemente sabiendo que la comparecencia la hago yo. Pero sí me interesa conocer la opinión de la oposición en relación con determinadas materias. Y, sobre todo, del Grupo principal de la oposición. Y, si es posible, me gustaría —y me gusta— consensuar determinadas actuaciones con el Grupo de la oposición. Entonces, enténdalo usted siempre como una invitación a que seguro que en muchas materias podemos ponernos de acuerdo en cómo es mejor, en el futuro, seguir profundizando en diferentes líneas. En este caso, es el mantenimiento, pero también podrían ser otras.

Portanto, señoría, yo sí sigo interesada en conocer la opinión del Grupo Popular, porque posiblemente podamos tener elementos en que podamos confluir y que podamos impulsar conjuntamente.

En relación con las cuestiones concretas que usted me ha comentado, por ir muy concretamente. La reunión de la Mesa está convocada el 24 de octubre. Están, evidentemente, convocadas todas las organizaciones sindicales que han suscrito el pacto. Yo lo que ya no puedo asegurarle, señoría, es que las direcciones de las organizaciones sindicales hayan trasladado esa información a otros niveles —tampoco es nuestra función, ¿eh?—. Pero, evidentemente, nosotros convocamos a las direcciones regionales —que son las que tienen el nivel de interlocución—, y éstas, a su vez, pues yo no sé si trasladan o no, en sus ámbitos organizativos, que hay convocatoria de reunión, pero está convocada para el 24 de octubre la Mesa de Mantenimiento, que se constituye a raíz de los acuerdos sindicales, como compromiso para seguir avanzando.

Luego, efectivamente, señoría, usted me habla de unos compromisos, de unas reuniones que no se suscriben en el acuerdo sindical. Hombre, señoría, el acuerdo sindical lo firman todas las organizaciones sindicales, y viene lo que viene. Y viene lo que viene, que yo se lo he leído textualmente. ¿Que usted me dice ahora que hay una parte de personas que dicen que hay unos acuerdos...? Los acuerdos sindicales los firman —y los leen previamente a la firma—. Le quiero decir con esto que, evidentemente, no se los inventa el Gobierno. El Gobierno lo único que ha hecho es ratificar, por acuerdo de Gobierno —porque tiene efectos retributivos—, los acuerdos sindicales pactados. Y en los acuerdos sindicales viene lo que

a su señoría le he leído. Y, en relación con esta categoría, la creación de la Mesa técnica; y, en relación con esta categoría, la creación del nivel 16. Estaban en el nivel 15 y pasan al nivel 16.

Luego, señoría, el Director Gerente del SAS ha incrementado el concepto de productividad variable, en relación con esta categoría; no reconociéndole la categoría del nivel 17, sino asimilando la percepción salarial, las retribuciones, al nivel 17. Pero nosotros, evidentemente, señoría —como no puede ser de otra manera—, tenemos que cumplir lo que viene suscrito por todas las organizaciones sindicales. Es que otra cuestión sería imposible. ¿Que eso implique que sigamos avanzando en el futuro para la mejora de las condiciones laborales? Por eso hemos convocado la Mesa, señoría, porque en el futuro tenemos que seguir avanzando. Por tanto, es un tema que tenemos que seguir profundizando a lo largo del ejercicio del acuerdo sindical —que creo recordar que tenía vigencia hasta 2008—. Pero no reconozco ningún otro tipo de acuerdo, señoría, que no sea el suscrito con las organizaciones sindicales y que ratifica el propio Consejo de Gobierno.

Evidentemente, expectativas, los trabajadores están en su legítimo derecho de tener todas aquellas que consideren convenientes. Yo lo que le he referido son las mejoras, bajo mi punto de vista, sustanciales que este colectivo tiene a raíz de la firma de los acuerdos sindicales. Y que me voy a permitir recordarle, señoría: 10% de incremento en las retribuciones —que creo que es muy importante, en relación a cómo suben las retribuciones en otro tipo de categorías y en otro tipo de profesión—; nivel 16 —es decir, incremento de un nivel—; derecho a la carrera profesional —por tanto, derecho a tener las percepciones retributivas correspondientes a cada nivel—, e incremento de la productividad variable.

Eso significa, señoría, apostar por un personal de mantenimiento que en estos momentos desarrolla su trabajo en los centros sanitarios.

En relación con el futuro, sí me gustaría, señoría, que algún día y en algún momento, en esta Comisión, o fuera de esta Comisión, poder hablar con su señoría a propósito de cuáles serían las mejores estrategias para el futuro.

La señora PRESIDENTA

—Muchas gracias, señora Consejera.

Continuamos con los siguientes puntos del orden del día, en este caso con las preguntas con ruego de respuesta escrita, que, según el señor Cabrero, me ha hecho llegar a esta Presidencia que no tiene ningún inconveniente en que la Consejera se las facilite por escrito.

El señor CABRERO PALOMARES

—Ningún problema, si me las facilita...
Muchas gracias.

Pregunta Oral 7-06/POC-000396, relativa a la colaboración de la Junta de Andalucía con el Plan de Atención Integral al Médico Enfermo.

La señora PRESIDENTA

—Bien.

Pues, de esta forma continuamos con las preguntas con ruego de respuesta oral en Comisión.

Para ello, la primera es relativa a la colaboración de la Junta de Andalucía con el Plan de Atención Integral al Médico Enfermo.

Por el Grupo Parlamentario Popular, su proponente, la señora Botella Serrano, tiene la palabra.

La señora BOTELLA SERRANO

—Gracias, señora Presidenta.

Bien, doy por formulada la pregunta.

La señora PRESIDENTA

—Muchas gracias, señora Botella.
Señora Consejera.

La señora CONSEJERA DE SALUD

—Una cuestión de orden. Ahora revisamos, si le falta alguna respuesta al señor Diputado, pero ahora lo vemos, si le parece, señoría.

Leo la pregunta, si le parece a su señoría, para centrar a toda la Comisión en relación con el tema. La pregunta, a parte de una introducción, es: «¿Tiene prevista la colaboración con el Colegio de Médicos de Córdoba para la aplicación del Plan Integral de Atención al Médico Enfermo?».

Decirle, señoría, que, en el último año y medio, la Consejería de Salud y el Consejo Andaluz de Colegios de Médicos han mantenido conversaciones con el fin de establecer un mecanismo de cooperación institucional y de apoyo financiero, por parte de la Consejería de Salud, a los distintos programas y planes de atención integral a médicos enfermos —el conocido, normalmente, como «PAIME»—, llevado a cabo por los diferentes Colegios de médicos de Andalucía.

En estas conversaciones, por razón de eficacia y de racionalidad, se optó por un mecanismo de acuerdo o convenio a nivel provincial. Hasta este momento, ya se ha firmado un convenio de colaboración con el Colegio de Médicos de la provincia de Cádiz —en concreto el 27 de septiembre—, que incluye una subvención de 30.000 euros, así como los requisitos de calidad y de confidencialidad en el funcionamiento del programa, con la constitución de una Comisión de seguimiento. Y es intención de la Consejería de Salud que, en un plazo breve, este tipo de convenio se extienda al resto de las provincias andaluzas, entre

ellas, lógicamente, a la provincia de Córdoba, que es objeto de esta pregunta parlamentaria.

Solamente decirle, señoría, que, en relación con la introducción, alguna afirmación que me gustaría aclarar y que considero no del todo correcta. Decirle que existen cuatro o cinco programas de diferentes colegios; es decir, que ningún PAIME de ninguna Comunidad Autónoma es calcado del PAIME de otra Comunidad Autónoma, sino que tienen singularidades distintas. Y, además, planteaba su señoría que, excepto Andalucía, Asturias y Galicia, no tenían suscrito el PAIME. Pues, bien, la Comunidad de Madrid tampoco, hasta la fecha —a día de ayer—, tenía suscrito el PAIME; había anunciado su intención, pero todavía no lo tenía suscrito...

Solamente, para aclarar esos pormenores.

La señora BOTELLA SERRANO

—Muchas gracias...

La señora PRESIDENTA

—Perdone, señora Botella, le doy la palabra enseguida.

Muchas gracias, señora Consejera.

Señora Botella, tiene su señoría la palabra.

La señora BOTELLA SERRANO

—Disculpe, Presidenta.

No ha sido, en absoluto, mi intención hurtarle de sus funciones.

Bien. Pues, señora Consejera, muchísimas gracias por la información que usted me ha dado. Y yo, antes de nada, me gustaría hacer una brevísima introducción sobre la importancia del Plan de Atención Integral al Médico Enfermo. El Plan de Atención Integral al Médico Enfermo es un plan y programa muy importante, y que tiene una justificación muy clara. Según los datos, entre uno 10% y un 12% de los profesionales sanitarios pueden padecer, a lo largo de su vida profesional, algún tipo de episodio psíquico o conducta adictiva, y hay que decir que sólo llegan a detectarse en un 60% de los casos, más o menos.

¿Qué es lo que persigue este Plan de Atención Integral al Médico Enfermo? Pues, lo que persigue es el tratamiento adecuado, precisamente, a estos médicos enfermos, y que este tratamiento hacia estos médicos enfermos tengan garantizados los requisitos de confidencialidad y de profesionalidad. Porque, cuando un médico está enfermo, en muchos casos, se abusa de lo que se entiende por consultas en los pasillos, ya que a los médicos les da miedo —entre comillas, lógicamente— que esa enfermedad que padecen pueda afectar a su prestigio profesional. Por lo tanto, estamos ante un plan, repito, muy importante.

Y en Andalucía, señora Consejera, hubo una promesa explícita en el año 2003 —concretamente, en el mes de octubre— del anterior Consejero de Sanidad, el señor Vallejo, que se realizó en Córdoba en el primer congreso que se celebró del PAIME en España. ¿Y qué es lo que ha ocurrido, desde mi punto de vista? Pues lo que ha ocurrido es que llevamos tres años con promesas y que hasta el mes pasado, hasta el mes de septiembre, no se concretó por fin con la firma que se ha realizado con el Colegio Oficial de Médicos de Cádiz. Se ha firmado ya un convenio... Sin embargo, señora Consejera, yo quiero aprovechar para decir aquí que la apuesta que ha hecho la Consejería de Salud con el Plan de Atención Integral al Médico Enfermo ha sido una apuesta cicatera y escasa, y, además, yo creo que ha sido inadecuada. Porque creo que hubiera sido mucho más positivo que este Plan de Atención Integral al Médico Enfermo en Andalucía se hubiera centralizado a nivel regional y que la firma se hubiera realizado entre la Consejería de Salud y el Consejo Andaluz de Médicos.

De hecho, esto que yo estoy diciendo lo comparten también otros Colegios oficiales de médicos, haciendo declaraciones expresas en este sentido, porque se corre el peligro de que no se garantice la igualdad en el acceso a este Plan Integral de Atención al Médico Enfermo en todas las provincias, porque puede ocurrir que no en todas las provincias haya capacidad para ponerlo en funcionamiento. Es posible que haya Colegios oficiales de médicos en algunas provincias de Andalucía que no tengan capacidad financiera suficiente para poner en pie estas unidades ambulatorias provinciales, en las que consiste, en buena parte, este plan de Atención Integral al Médico Enfermo.

Ésa es la primera crítica que yo quiero trasladarle en esta Comisión.

Y también, señora Consejera, yo creo que la apuesta ha sido escasa y corta porque el convenio que ustedes han firmado recientemente sólo incluye lo que es el tratamiento a las patologías derivadas de las adicciones; sin embargo, no incluye el tratamiento de las patologías derivadas de algún tipo de trastorno mental; trastornos mentales que usted sabe que en algunos casos padecen los profesionales sanitarios. Y yo creo que esto, insisto, ha sido un error, porque una patología mental en un facultativo que no esté bien tratado, pues, puede llegar a convertirse en un problema de salud pública.

Por lo tanto, señora Consejera, yo creo que, después de haber estado dando pares y nones durante tres años, al final han sorprendido. Y han sorprendido porque Andalucía va a ser la única Comunidad Autónoma que no opte por un modelo, por un plan regional.

Yo creo, señora Consejera, que ustedes aquí han seguido la política de las lentejas, que «quién quiere las toma y quién no, las deja». Y, evidentemente, los Colegios oficiales de médico, a nivel provincial, no han tenido más remedio que entrar por donde ustedes han querido que entren...

La señora PRESIDENTA

—Señora Botella, le ruego finalice su intervención.

La señora BOTELLA SERRANO

—..., que es con la firma de los acuerdos a nivel provincial.

Por mi parte, nada más. Muchas gracias, Presidenta.

La señora PRESIDENTA

—Muchas gracias, señora Botella.
Señora Consejera, tiene la palabra.

La señora CONSEJERA DE SALUD

—Gracias, señora Presidenta.

Señoría, yo voy a empezar por el final. Efectivamente, posiblemente hayamos sido innovadores a la hora de plantear el PAIME; tampoco es raro, ¿eh? En Andalucía, normalmente, estamos haciendo una política sanitaria bastante innovadora, que además, mire usted por dónde, señoría, muchas veces también marca algún tipo de rumbo de lo que, luego, otras Comunidades Autónomas plantean. Por tanto, no es extraña que la Comunidad Autónoma andaluza innove también a la hora de la firma de un convenio en relación con el Colegio de Médicos.

Y, por supuesto, no es que sea la política de las lentejas, señoría, sino que el Colegio de Médicos, si quiere, suscribe un convenio, y, si no, no. Es que aquí no se le obliga a nadie a firmar nada, como usted podrá comprender. Por tanto, lo que damos es más autonomía a los colegios, le proporcionamos mayor capacidad de decisión... Y además, señoría, no comparto su argumento de que la mayor garantía para garantizar la equidad sea la centralización. Creo que es todo lo contrario: la mejor garantía para dar respuesta específica a los problemas que tienen cada una de las provincias es dándole protagonismo al Colegio Provincial de Médicos de cada provincia, que puede expresar la complejidad de la patología que tiene la plantilla de facultativos en cada una de las provincias.

Por tanto, señoría, yo no comparto que la centralización sea la mejor garantía para todos. La centralización puede ser mejor garantía para algunas cosas; en este caso, la diversificación de convenios permite que cada convenio pueda contemplar las características específicas de cada una de las provincias. Pero hacerle hincapié en que, evidentemente, los colegios oficiales son libres para firmar los convenios. Y, evidentemente, no es una política de lenteja, ya que llevamos un año trabajando con los colegios para determinar en qué

condiciones se hace el PAIME. Y además le puedo decir una cosa, señoría: estoy segura de que, si los colegios no comparten el espíritu del convenio, no lo van a firmar. O sea, tengo absoluta confianza en que son autónomos y mayores de edad para firmar aquello que tienen entre manos, que, realmente, les convenza.

Decirle, señorías, que no me parece que pueda ser un argumento, el que usted ha empleado, de que somos cicateros porque el tema no lo hemos realizado a nivel autonómico..., o no sé muy bien por qué ha planteado usted esta cuestión, ¿no? Decirle, para su información, que, en las previsiones que tenía el colegio, el único convenio que hemos firmado del Colegio de Cádiz, en relación con el coste que suponía para el colegio esa cartera de servicios que se ha conveniado, hemos financiado el 80% del coste de esa atención sanitaria. Se lo digo, porque, si usted tiene la paciencia de mirarse los diferentes PAIME, verá que en los PAIME se contempla, en algunos casos, el 50, en otros el 60... Nosotros hemos financiado el 80% del coste que tiene esa patología.

Y, por último, señoría, me parece que es convenio que satisface a ambas partes; que el resto de colegios provinciales podrán tener algún tipo de matiz en relación con la patología que se atiende, porque haya una mayor prevalencia de patologías en otras zonas, pero que será una cuestión a negociar.

Y, por último, señoría: Hombre, yo no sé las cifras que usted da en relación con la incidencia, porque nosotros las cifras se las pedimos a los propios colegios. Lo que sí me gustaría matizar es que la patología mental de un facultativo se convierte en un problema de salud pública, porque, si no está incorporado en el PAIME y no está bien tratado... Hombre, señoría, yo quiero matizar esa afirmación, porque a mí me parece un poco aventurada esa afirmación.

La mejor garantía de que cualquier ciudadano se pueda atender en el ámbito del sistema público es el propio sistema público; ésa es la mejor garantía. Por tanto, se pone a disposición de esa persona todos los recursos que tiene el sistema público para que pueda utilizarlos, con las garantías de confidencialidad necesaria, del facultativo y también del resto de los ciudadanos, señorías, que también tienen derecho a la confidencialidad. Por tanto, es un elemento que tenemos que cultivar en el conjunto del sistema, no sólo para los facultativos. Pero es la mejor garantía.

Por tanto, señoría, los facultativos del sistema sanitario público tendrán una prevalencia de trastornos mentales similar al del resto de la población, porque no hay elementos que aconsejen que haya otra prevalencia. Se tratan donde quieren ser tratados, en el ámbito del sistema público, y a partir de ahora se podrán también tratar en el ámbito de otro tipo de programas que podamos seguir conveniando. Pero sí me parecía importante plantearlo por si eso daba algún tipo de alarma social. Creo que no ha sido su intención, pero, no obstante, puede haber garantía de que los facultativos están siendo tratados, cuando tienen cualquier problema de salud, como el resto

de los ciudadanos, en un sistema que garantiza una atención sanitaria de calidad.

Pregunta Oral 7-06/POC-000592, relativa al balance del hospital de alta resolución de la Sierra de Segura.

La señora PRESIDENTA

—Muchas gracias, señora Consejera.

A continuación pasamos a la siguiente pregunta con ruego de respuesta oral en Comisión, relativa al balance del hospital de alta resolución de la Sierra de Segura, propuesta por el Grupo Parlamentario Socialista, pregunta que hará su portavoz, la ilustrísima señora Francisca Medina Teva.

Tiene usted la palabra.

La señora MEDINA TEVA

—Muchas gracias, Presidenta.

Señora Consejera, recientemente se ha cumplido un año desde que se pusiera en funcionamiento el centro hospitalario de alta resolución especializada en la Sierra de Segura, en Jaén. Este centro, que ha sido el primero que su Consejería ha puesto en marcha en la provincia jienense en esta legislatura, ha venido a elevar la calidad asistencial en esta comarca, al incorporar la fórmula de alta resolución, una nueva apuesta de la sanidad pública andaluza que permite que, en el mismo día, el paciente sea visto por el especialista, se le apliquen los medios diagnósticos necesarios y puedan marcharse a su domicilio con una propuesta terapéutica en su caso.

Para ello, este centro está dotado de una avanzada tecnología clínica. Todo esto ha permitido disminuir la demora en las pruebas diagnósticas y en las consultas externas de los médicos especialistas. El hospital de alta resolución de la Sierra de Segura ha sido diseñado para resolver las necesidades actuales y futuras de esta comarca jienense, una comarca que atiende a una población en torno a los 30.000 habitantes, residentes en 13 municipios.

Con ese hospital, la Junta de Andalucía, a través de su Consejería, da respuesta al compromiso de acercar a menos de 30 minutos la atención hospitalaria que reciben los ciudadanos y ciudadanas de esta zona, que, como saben sus señorías, por otra parte, se caracteriza por contar con poblaciones muy dispersas y alejadas de grandes núcleos urbanos.

A esto, por supuesto, habría que sumar el importante motor de desarrollo económico y laboral que ha supuesto para esta zona este centro hospitalario, que en su primer año de funcionamiento arroja datos muy significativos, como, por ejemplo, los cerca de

veintitrés mil actos asistenciales, donde un algo más de 70% han sido de acto único.

Y en este sentido, señora Consejera, va nuestra pregunta. Desde el Grupo Parlamentario Socialista quisiéramos que nos hiciera un balance. ¿Qué balance, concretamente, realiza su Consejería tras un año de funcionamiento del centro hospitalario de alta resolución de la Sierra de Segura?

Muchas gracias.

La señora PRESIDENTA

—Muchas gracias, señoría.

Tiene la palabra, para contestarle, la señora Consejera.

La señora CONSEJERA DE SALUD

—Sí. Gracias, Presidenta.

Efectivamente, señoría, creo que usted ha expresado perfectamente cuáles son las líneas y los objetivos fundamentales de estos centros, la alta resolución, la consulta de acto único como elemento fundamental y el acercamiento a las poblaciones que estaban más distantes de su hospital de referencia, de unas instalaciones que resuelven prácticamente el 80% de las patologías que se presentan en atención especializada.

Además, señoría, el hospital de Sierra de Segura está siendo seguido con especial interés por parte de la Consejería de Salud porque ha sido el primero de estas características que hemos puesto en marcha a lo largo de esta legislatura en la provincia de Jaén, el segundo después de la inauguración de El Tollo, y, además, representa, yo creo, un centro de unas características muy similares a los que en el resto de la Comunidad Autónoma, posteriormente, se están extendiendo —algunos de inaugurarán antes de final de año, o bien se están construyendo, o bien se está redactando su proyecto—.

Son unas instalaciones que, como sabe su señoría, cuentan con un nuevo modelo de hospital, es una nueva red, en definitiva, de hospitales de alta resolución, un nuevo concepto, un concepto que además tiene un gran interés para el resto de Comunidades Autónomas. Y resaltarle, señoría, que recibió un premio a la excelencia en innovación por uno de los sectores sanitarios, uno de los premios que tiene mayor prestigio por parte del sector sanitario. Por tanto, a mí me parece importante, después de un año de funcionamiento, poder hacer un balance de qué es lo que hemos podido atender, con qué características y bajo qué criterios.

El uso de esta tecnología que pusimos en marcha en este hospital, yo creo, señoría, que le están confiando un valor especial, yo diría que un valor añadido. Algún ejemplo es que es un hospital en el que funciona el servicio de telemedicina, la radiología digital, una red *wifi* en todos los centros para permitir el uso de

ordenadores móviles al pie de cama de paciente, la informatización del laboratorio, otras innovaciones en materia de gestión y en materia de informatización que estamos poniendo en marcha y siguiendo con un especial interés.

Es un centro que atiende a una población de referencia de más de veintiséis mil habitantes, residentes en 13 municipios, y que además ha supuesto su puesta en marcha un importante motor de desarrollo económico y social de la zona, porque se han creado cerca de doscientos puestos de trabajo entre el personal sanitario, no sanitario y el personal de servicios, además de los que estamos contabilizando que se han creado de forma indirecta.

El centro sanitario, en este tiempo de funcionamiento, ha realizado alrededor de veintitrés mil actos asistenciales, de los cuales, 12.650 son consultas externas, más de nueve mil quinientas urgencias y, aproximadamente, quinientas intervenciones quirúrgicas.

Toda esta actividad nos ha permitido, por supuesto, que estos pacientes se intervengan o se atiendan dentro de los tiempos, de los plazos de garantía que ha establecido el Gobierno andaluz a partir de los decretos que en este momento están vigentes.

De las 12.650 consultas externas, señoría —como su señoría ha comentado—, casi el 80% se ha beneficiado del concepto de acto único; es decir, que el paciente el mismo día ha sido atendido por el especialista, pared con pared se le ha practicado una prueba y se ha marchado a su casa con su propuesta de tratamiento.

En el área de urgencias, señoría, 9.600 casos se han atendido, con un promedio de 38 pacientes al día, que se han visto, y de ellos tan sólo un 4'9% han tenido que ser derivados a otros centros por complejidad en la patología que presentan.

De las 16 habitaciones de uso individual que tiene la unidad de hospitalización polivalente, que tenían capacidad, como recordará su señoría, para convertirse en 24, se ha atendido a más de quinientos pacientes, de los cuales, 359 se atendieron en cirugía mayor ambulatoria. Y la estancia media de los pacientes que han permanecido en esta unidad ha sido de 2'3 días, como promedio.

El centro hospitalario, además, señoría, ha realizado una serie de actividades en torno a la programación de talleres de preparación y postoperatorios de pacientes quirúrgicos, que además el personal de enfermería se ha implicado con la enfermería de enlace en proporcionar información a todos los ciudadanos de la zona, de manera que todo el mundo sepa o al menos se acerque al hospital sabiendo cuáles son los métodos o las prácticas que se le van a realizar cuando se tiene que sujetar a una intervención quirúrgica.

También, señoría, hemos intentando desde la atención tener un contacto un contacto estrecho con el hospital para la atención a grandes discapacitados y, por tanto, que el plan de cuidados de enfermería, de la enfermería de enlace, estuviera muy cohesionado con los servicios que presta el hospital para,

en la medida de lo posible, ni siquiera tener que trasladar al paciente hacia el centro hospitalario de alta resolución.

Por otra parte, el centro ha puesto en marcha una serie de videos informativos con pantallas planas en las zonas de espera, que es una experiencia también cara a la educación sanitaria en la promoción de hábitos saludables o en la prevención de la enfermedad, donde los pacientes, mientras están esperando, pueden tener una información actualizada. Han sido ocho pantallas en cada una de las consultas externas, más las que existen en las unidades de hospitalización.

Y por último, señoría, solamente decirle que, a la luz de los resultados obtenidos, y a la espera de que se cumpla el tiempo necesario para la encuesta de satisfacción que de forma —como sabe su señoría— obligada hacemos en cada centro, por la precisión que tenemos, creemos que el nuevo modelo de gestión sanitaria que hemos puesto en marcha está respondiendo a la expectativa que los ciudadanos tenían, está dando una respuesta ágil en la atención sanitaria de calidad, en la prestación que ofrecemos y de efectividad en la prestación del servicio.

Muchas gracias.

Pregunta Oral 7-06/POC-000609, relativa a los trastornos de la conducta alimentaria.

La señora PRESIDENTA

—Muchas gracias, señora Consejera.

Pasamos a la siguiente pregunta con ruego de respuesta oral en Comisión, formulada por el Grupo Parlamentario Popular y, en su nombre, la portavoz, doña María Carmen Pedemonte Quintana, relativa a los trastornos de la conducta alimentaria.

Tiene su señoría la palabra.

La señora PEDEMONTE QUINTANA

—Muchas gracias, señora Presidenta. Señora Consejera.

Nosotros traemos esta pregunta porque entendemos que los enfermos de trastornos de la conducta alimentaria en Andalucía, una enfermedad que, por cierto, va en aumento y que ya afecta al 1% de la población y que el 8%, al menos, está en condiciones de riesgo, pues, como digo, nos preocupa porque además sienten y sufren el abandono de su Administración competente, tal como hemos ido constatando con las reuniones con las distintas asociaciones que están intentando paliar, en la medida de lo posible, las carencias que desde la Administración, pues, no ven cubiertas.

Y una de las causas principales es que, al no verse reconocidas como tales todas y cada una de las

enfermedades, incluso las nuevas recientes que están apareciendo, como enfermedad, pues, no tienen las prestaciones y las atenciones que su problemática, pues, demanda, que además son muy particulares porque la prestación que ellos necesitan es de distintos especialistas, pero además tiene que ser una atención simultánea y coordinada en el tiempo para que, realmente, los objetivos de la recuperación se cumplan, porque realmente son enfermos en los que el tiempo de recuperación es largo, pero si, además, no están coordinados todos y cada uno de los especialistas, pues, la verdad es que los resultados dejan mucho que desear. Además, en Andalucía, en nuestra región, pues, prácticamente no existen unidades disciplinares, integrales, que vengan a paliar estas carencias y realmente es muy costoso por, precisamente, por lo largo que es el proceso de atención en sectores privados, donde sí existe alguno.

Por ello nosotros queremos saber: ¿Cuándo se van a reconocer y a declarar como enfermedad todos los trastornos de la conducta alimentaria? Es decir, la anorexia, la bulimia, pero, además, los nuevos que están apareciendo, como la vigorexia y otros, que, desde luego, son fruto de la sociedad y de las nuevas costumbres, pero en los que nosotros, aparte de dar solución a los problemas que hay, está claro que tenemos que ir a la prevención y a la detección precoz.

¿Qué criterios se están exigiendo para los ingresos de estos enfermos en los centros hospitalarios públicos y con qué recursos humanos y técnicos se cuenta para el tratamiento de esta enfermedad en nuestra Comunidad?

Muchas gracias.

La señora PRESIDENTA

—Muchas gracias, señora Pedemonte.
Señora Consejera, tiene la palabra.

La señora CONSEJERA DE SALUD

—Sí. Gracias, Presidenta.

Señoría, en primer lugar, manifestar mi extrañeza por la primera cuestión que se plantea en relación con los trastornos de la conducta alimentaria, porque, efectivamente, son trastornos que están internacionalmente considerados como enfermedad y están perfectamente tipificados en la clasificación internacional de enfermedad, que incluye los siguientes subapartados: anorexia nerviosa, anorexia nerviosa atípica, bulimia nerviosa, bulimia nerviosa atípica, hiperfagia asociada a otros trastornos psicológicos, vómitos asociados a otros trastornos psicológicos, otros trastornos de la conducta alimentaria o trastornos de la conducta alimentaria sin especificación. Es la clasificación internacional de enfermedades en el CIE 9.

Por tanto, señoría, yo creo entender que el planteamiento de esta cuestión debe obedecer a un error,

una información incorrecta, porque son consideradas enfermedades, no solamente, como usted podrá comprender, por la Comunidad Autónoma de Andalucía, sino que esto es un consenso internacional.

En lo que se refiere a los criterios de hospitalización, puedo indicarle que los mismos, por supuesto, varían, en función de si es una hospitalización completa o una hospitalización parcial —lo que llamamos «hospital de día»— y, en concreto, son los siguientes:

Hospitalización completa. Criterios somáticos. Pérdida de peso superior al 25% con respecto al previo en menos de seis meses, o al 10% en un mes. Frecuencia cardíaca menor de 50 o tensión arterial menor de 90/60 o de 80/50 en niños, y síntomas derivados. Potasio inferior a 3 miliequivalentes por litro, o sodio inferior a 130 miligramos/decilitro, o alteraciones en electrocardiograma. Hipoproteinemia severa y/o edema en miembros inferiores. Hipoglucemia persistente o hipertransaminasemia.»

Ésos son criterios somáticos. Criterios psíquicos. Cuando el trastorno de la conducta alimentaria se ve acompañado de uno de los siguientes trastornos: trastorno obsesivo compulsivo grave, esquizofrenia, depresión grave, trastorno por adicción, psicosis somática, trastorno del control de los impulsos. Dificultades de diagnóstico diferencial. Por ideación de conducta autolítica —es decir, señorías, intento de suicidio— directa o indirecta, conflicto familiar severo que impida la posibilidad de aplicar las normas terapéuticas prescritas en el domicilio, o conocimiento de presencia de estresores o del peso previo a recaídas anteriores, y que es señal de declive rápido.

Otros criterios que se utilizan para la hospitalización: negativa absoluta a comer o imposibilidad de control de conductas bulímicas, fracaso del tratamiento ambulatorio, embarazo con riesgo de aborto, lejanía geográfica del centro de tratamiento.

Criterios que posibilitan la hospitalización parcial —el hospital de día—. Criterios somáticos. Cuando al inicio o durante la evolución del proceso, aparezca una situación nutricional inestable, que precise, para su control, revisión inferior a 15 días; trastornos electrolíticos que requieren suplementación; potasio inferior a 3'5 y mayor de 3, o hipoproteinemia moderada. Cuando no cumple criterios de ingreso completo o cuando es al alta de una hospitalización completa.

Criterios psíquicos para el hospital de día. Paciente con grave aislamiento social; dificultades relacionales graves o de autonomía personal secundarias al trastorno. Necesidad de tratamiento intensivo y precoz, previniendo el deterioro o incapacidad cognitiva, emocional o relacional. Escasa vinculación con el equipo de salud mental de distrito, o descompensación continua; episodios frecuentes de atracones o de purgaciones; pacientes sin descompensación orgánica, pero que precisan control de la conducta alimentaria y de la educación nutricional, o capacidad para trabajar en actividades grupales.

Señorías, el sistema sanitario público —para dar respuesta a la tercera y última cuestión— cuenta con una red de servicios diversificada de atención a la

salud mental, en la que se atienden los problemas de salud mental de la población, entre los que se incluyen trastornos de la conducta alimentaria, que, en función de la gravedad, de la edad y de las necesidades asistenciales, se atienden por un dispositivo u otro. En algunas ocasiones, basta con el nivel de atención primaria; en otras ocasiones, hay que derivarlas a dispositivos más especializados.

En concreto tenemos 72 equipos de salud mental de distrito, 14 unidades de salud mental infanto-juvenil —hasta los 18 años se ingresan dentro de estas unidades—, 10 hospitales de día, 21 unidades de hospitalización de salud mental, con servicios de medicina interna y de endocrinología, que trabajan de manera coordinada.

En concreto, en el año 2005, hemos atendido 1.636 personas, en estos equipos de salud mental de distrito, y 608 en las unidades de salud mental infanto-juvenil.

Por tanto, señorías, niego la mayor de que estos ciudadanos se encuentren abandonados por el sistema sanitario público; todo lo contrario. Creo que con la información que le he proporcionado, no solamente le he dado los criterios que usted me solicitaba, sino también algunas cifras relativas al volumen de actividad que desarrolla el sistema sanitario en esta materia.

La señora PRESIDENTA

—Muchas gracias, señora Consejera.

Señora Pedemonte, tiene su señoría la palabra.

La señora PEDEMONTE QUINTANA

—Gracias, Presidenta.

Consejera, agradezco los datos que me aporta, y por supuesto que los contrastaremos, los estudiaremos, porque entenderá que son datos técnicos, que son datos muy cualificados, y que, por supuesto, pues los estudiaremos detenidamente.

Pero decirle que, cuando hacemos la pregunta, de cuándo van a reconocer y declarar como enfermedad todos los trastornos de la conducta alimentaria, sabemos que están reconocidos a nivel europeo, sabemos que los trastornos de la conducta alimentaria están reconocidos como enfermedad; pero, cuando le hacemos la pregunta, la hacemos concretamente a su señoría porque, precisamente hablando con las distintas asociaciones, la queja, que, además, permanentemente, tienen con el Servicio Andaluz de Salud con esta enfermedad, es que, para diagnosticar a una persona de anorexia o de bulimia... Que no tiene por qué ser ya el grado de la anorexia nerviosa o de la bulimia nerviosa, que ya, digamos, están..., o de cualquiera otro de los trastornos que ya están en un caso extremo, echan en falta que se reconozcan desde previamente; es decir, que se detecten desde que en el protocolo se contemplan ocho, diez puntos básicos para que realmente se reconozca esa enfermedad.

¿Qué les ocurre? Que, a lo mejor, de todos los puntos, el enfermo da prácticamente un porcentaje importante; pero, al no dar uno o dos de ese perfil, no tiene tal calificación, cuando, realmente, sería necesaria una atención para evitar que llegara a ese nivel. Luego ese nivel, que a lo mejor es casi preventivo, se echa de menos, en falta. Pero es que además, en ese sentido, es cuando hablamos de declaración como enfermedad, intentando hacer llegar la inquietud de las asociaciones.

En cuanto a los criterios que se estaban exigiendo, yo, como digo, se los agradezco, porque, uniéndolo un poco con la pregunta anterior, no pueden entender cómo, si le exigimos los puntos del protocolo, el que no se ajusta a esos puntos, pues, realmente, no se clasifica dentro de las categorías que reciben la atención, con lo cual ese enfermo se siente desasistido, porque no están coordinadas la asistencia con el nutricionista, la asistencia con el psiquiatra, con el psicólogo, con el endocrino... Se da la circunstancia, como ellos se quejan, de que, como no tienen una unidad multidisciplinar donde a esa persona la atienden al unísono, ¿qué ocurre? Que va al endocrino y le pone un tratamiento. Pero esa persona necesita una asistencia psiquiátrica. A lo mejor la consulta la tiene a los dos meses. Al otro especialista, hay un mes y medio... Esa falta de unificación la viven ellos como un auténtico drama. Porque esa persona sabemos que, además, enfermedad mental, unida con síntomas graves psíquicos, físicos, a los padres, y al que lo padece, desde luego, lo lleva como una situación extrema. Echan en falta, como digo, esa unidad disciplinar, multidisciplinar, de atención. Porque es que, si no, es una peregrinación y pospuesta en el tiempo que, realmente, se sienten... Pues no están atendidos. O que se agravan o recaen, y no ven la respuesta fácil. De hecho, cuando se reunieron con el Defensor del Pueblo, el señor Chamizo ratificaba y lamentaba y decía que se pondría, haría todas las gestiones necesarias, para que, realmente, estos enfermos contaran con unidades multidisciplinarias. Y...

La señora PRESIDENTA

—Señora Pedemonte, le ruego finalice su intervención.

La señora PEDEMONTE QUINTANA

—Voy terminando, voy terminando.

No existen centros de día, tampoco, para la atención. Y, en cuanto a la última pregunta, van todos, de alguna forma, conexiados; pero sí les diría que, al no existir estos centros multidisciplinarios ni estos centros de día, son las asociaciones las que a duras penas intentan paliar. Que realmente no quieren, que lo que quieren es una respuesta de su Administración, y que, cada vez, lo que nos dicen y nos piden en cada una de las reclamaciones es obtener una respuesta

positiva de su Administración: Que tengan un centro multidisciplinar, al menos de referencia, uno o dos en Andalucía, y los centros de día.

Es una demanda que creo que, además, la Consejera conoce y que entiende, porque ha escuchado a los afectados, pero se está aplazando en el tiempo la solución.

Muchas gracias.

La señora PRESIDENTA

—Muchas gracias, señora Pedemonte.
Señora Consejera, tiene la palabra.

La señora CONSEJERA DE SALUD

—Sí.

Bueno, señoría, en relación con la primera cuestión, solamente trasladarle que, en la medicina, habitualmente lo que se utilizan son criterios de las características que su señoría ha comentado, para determinar si una persona se puede o no catalogar dentro de una determinada enfermedad. Para que su señoría me entienda:

Nosotros no podríamos catalogar como trastorno de la conducta alimentaria que una persona un día no coma. Eso requiere de una parrilla de análisis que permita saber al facultativo si se está enfrentando a un paciente que, efectivamente, tiene una conducta recurrente, una conducta que provoca otros hábitos, como la inducción al vómito o tirar la comida a escondidas de la persona que normalmente lo tutela... Es decir, que, lógicamente, tiene que haber una serie de criterios que se cumplan para que una persona se pueda catalogar como enfermedad trastorno de la conducta alimentaria, con independencia de que tenga o no consolidada una anorexia nerviosa.

Por tanto, no es un criterio arbitrario que nos podamos inventar aquí, sino que eso está perfectamente determinado por la evidencia científica, y que, además, su señoría conoce que la Consejería de Salud puso en marcha el proceso asistencial «Trastornos de la conducta alimentaria», de los trastornos que se priorizaron a la hora de intensificar la atención del sistema en relación con estas patologías, se eligió conducta alimentaria, y que se elaboró un proceso asistencial que nos permitiría, y nos tiene que permitir, pues desde el diagnóstico precoz —porque, cuanto antes se diagnostique un trastorno de este tipo, mayor posibilidad de éxito en el tratamiento—, por tanto, el entrenamiento con los médicos de atención primaria para que tengan una formación que les permita identificar aquellos casos de reciente aparición, hasta la manera en que se tienen que coordinar las unidades hospitalarias para darle al paciente una respuesta única.

Por tanto, señoría, yo creo que el trabajo que se ha hecho en esta materia, científico, es un trabajo muy importante, y en este momento se está implantando en Andalucía el proceso asistencial de trastorno de la

conducta alimentaria, que, como su señoría conoce, es una implantación que requiere llegar hasta el último facultativo para que tenga la formación suficiente que le permita reconocer este tipo de cuestiones.

Solamente decirle, señoría, que nosotros, en Andalucía, no solamente en trastorno de la conducta alimentaria, sino en otras cuestiones, hemos optado por garantizar el principio de equidad a todos los ciudadanos, de manera que de lo que se trata es de la coordinación de todas las personas, de todas las disciplinas que tienen que estar implicadas en el proceso asistencial; es decir, psiquiatra, endocrinólogo, internista, médico de familia, o lo que en cada momento se determine. Eso significa que tiene que haber un circuito o un procedimiento que necesariamente ponga en relación a todos esos profesionales cara a la atención de un caso, no necesariamente, señorías, la coordinación de esos dispositivos pasa por unidades específicas.

Yo no sé si su señoría normalmente asiste a las sesiones de la Comisión de Salud, pero es una materia que muchas veces comentamos que la coordinación de los distintos profesionales no se puede fundamentar en unidades específicas —cuando hace falta se ponen en marcha—, sino que se tiene que fundamentar en un protocolo de actuación que permita a cada uno saber cuál es su papel, dentro del proceso asistencial, y establecer criterios que permitan evaluar conjuntamente el caso.

Eso es lo que se está realizando, señorías, y, por tanto, yo creo poder afirmar nuevamente que los ciudadanos con trastornos de la conducta alimentaria tienen todas las garantías de atención por parte del sistema sanitario público de Andalucía.

Pregunta Oral 7-06/POC-000682, relativa al desarrollo del sistema sanitario público andaluz en la Costa del Sol occidental.

La señora PRESIDENTA

—Muchas gracias, señora Consejera.

Continuamos con la siguiente pregunta con ruego de respuesta oral en Comisión, relativa al desarrollo del sistema sanitario público andaluz en la Costa del Sol occidental.

Para ello, por el Grupo Parlamentario Socialista, tiene la palabra la señora Blanca Mena.

La señora BLANCA MENA

—Muchas gracias, señora Presidenta.

Desde el Gobierno andaluz, a través de la Consejería de Salud, se establecen diversas líneas de actuación en el Plan de Calidad de Andalucía y de la Consejería de Salud orientadas a mejorar la respuesta del sis-

tema sanitario público que ofrece a los ciudadanos y ciudadanas de Andalucía.

Señora Consejera, cuál es el conjunto de estas respuestas, de estas líneas estratégicas, diseñadas desde la Consejería de Salud y orientadas a mejorar la situación de la Costa del Sol occidental, y cuál es la inversión prevista.

Y, también, la segunda pregunta que le realizo es cuáles son los recursos asistenciales públicos existentes en la Costa del Sol, y cuáles son las previsiones de ampliación y nueva construcción a nivel de atención primaria y a nivel de atención especializada en la comarca del Costa del Sol Occidental de la provincia de Málaga?

Muchas gracias.

La señora PRESIDENTA

—Muchas gracias, señora Blanca Mena. Señora Consejera, tiene la palabra.

La señora CONSEJERA DE SALUD

—Sí. Gracias, señoría. Brevemente.

Efectivamente, el distrito sanitario Costa del Sol se extiende por la costa occidental, desde el municipio de Torremolinos hasta Sabinillas —una extensión de 100 kilómetros cuadrados—, y tiene cuatro zonas básicas de salud: Estepona, Marbella-San Pedro, Fuengirola-Mijas y Torremolinos-Benalmádena. En la actualidad, cuenta, señorías, con 12 centros de salud y 12 consultorios.

El distrito tiene una oferta completa en la cartera de servicios de atención primaria en todos los centros, y, según la última revisión del patrón que publicó el Instituto Nacional de Estadística, la población del distrito es de 420.152 habitantes, que se adscriben a estos distintos centros de salud.

El distrito Costa del Sol está dando cobertura para la atención a las urgencias 24 horas, 365 días del año, a través de los médicos y enfermeros de familia, y complementando la atención con los equipos monográficos de dispositivos de cuidados críticos y urgencias, que se distribuyen de la siguiente forma:

Seis dispositivos en el distrito, con sus correspondientes equipos profesionales. Saben sus señorías que cada equipo tiene un facultativo, un enfermero y un celador. Todos los equipos están apoyados por ambulancias medicalizadas, de la red de transportes urgentes, tanto para asistencia en domicilio como por vía pública, y también para traslado a los centros de referencia. Además, estos DCCU, estos dispositivos se refuerzan las 24 horas del día con dos ambulancias del 061, y que están situadas en San Pedro de Alcántara y en Las Lagunas, Mijas, así como también un helicóptero sanitario. El distrito tiene previsto, durante el cuarto trimestre del año 2006, además —y se lo puedo anunciar, señorías—, que se incorporen tres nuevas unidades móviles, lo cual conllevaría nueve médicos

y nueve enfermeros, y también se complementa con la atención a urgencias que realizan los centros de salud durante el tiempo que permanecen abiertos.

En cuanto a la actividad en urgencias y emergencias, en el año 2005 hemos atendido una media de 1.644 urgencias al día, 68 urgencias al día atendidas en el domicilio, con un incremento del 4'87 respecto al año anterior y del 8'38 de urgencias en el domicilio.

Existe un alto grado de resolución, un 95'52%. Por tanto, se deriva poco, o se deriva..., hay una disminución del porcentaje de derivación y de traslado al hospital.

El distrito tiene siete salas de exploración radiológica y una unidad de exploración mamográfica, que se ubica en el centro de salud Las Lagunas, y también tiene concertada otra unidad más con la Asociación Española de Lucha contra el Cáncer.

Para dar cobertura a la salud buco-dental, se dispone de cinco gabinetes odontológicos, que cuentan con todos los medios, y concretamente con seis odontólogos y cinco auxiliares de enfermería. Se dispone de una plantilla de 15 fisioterapeutas que prestan servicios en seis salas.

Actualmente, el distrito dispone, además, de dos equipos de salud mental, compuesto por psiquiatra, psicólogo, enfermera, auxiliar administrativo y trabajador social, que da cobertura a toda la población del distrito. En breve plazo se va a desdoblarse, y se va a disponer de cuatro equipos, lo cual nos va a permitir plantear una mayor accesibilidad a todos los ciudadanos de la zona.

Existen 11 matronas, que dan cobertura a todos los centros de salud del distrito, y seis salas de educación maternal y de atención puerperal.

Contamos con una de las 17 unidades de tabaquismo con que la Consejería de Salud ha dotado al conjunto de la Comunidad Autónoma, disponiendo de una psicóloga que da apoyo al resto de las unidades de deshabituación tabáquica que existen en los centros de salud.

Hay cuatro unidades de salud ambiental y salud alimentaria, ubicada una en cada zona básica, compuesta por 21 inspectores, veterinarios y farmacéuticos.

La continuidad asistencial se afianza en el trabajo conjunto con el hospital Costa del Sol, a partir de numerosas comisiones que se han creado al efecto, y, además, pensando en el ciudadano y con el criterio de calidad, estamos impulsando la alta resolución para que el paciente no tenga que desplazarse en más de una ocasión para tener una respuesta sobre su problema de salud.

Los recursos sanitarios especializados que existen actualmente en la zona son el hospital Costa del Sol, que se ubica en Marbella; el hospital Marítimo de Torremolinos, o el centro de especialidades de Marbella. A estos centros habría que sumar uno en Estepona y otro en Benalmádena, que, como sabe su señoría, estamos construyendo en este momento.

El hospital de alta resolución de Estepona va a contar con un área de 48 habitaciones individuales polivalentes, un área de observación de ocho camas,

y también estará diseñado para que pueda incrementar el número de camas hasta 96. Y, por otra parte, señorías, el hospital de Benalmádena va a contar en el futuro con 25 habitaciones individuales, que se podrán incrementar hasta un número de camas máximo de 50, además de todo el ámbito de consultas especializadas.

En lo que respecta a la cartera de servicios, todas las que se van a dotar en estos centros van a permitir, como viene siendo habitual en la alta resolución, una elevada capacidad resolutoria que dé solución prácticamente al 80% de los problemas de salud especializados que se ubican en la población de referencia.

Señorías, con la puesta en marcha de estos dos hospitales, y con las obras de ampliación del Costa del Sol —en total 97 millones de euros—, se va a producir una importante mejora cuantitativa y cualitativa, que nos va a permitir seguir mejorando la calidad en la atención sanitaria que prestamos a los ciudadanos y a las ciudadanas de la zona.

Gracias.

La señora PRESIDENTA

—Muchas gracias, señora Consejera.
Señora Blanca Mena.

La señora BLANCA MENA

—Muy brevemente, señora Consejera.

Darle las gracias por su respuesta, y decirle que, bueno, que yo he presenciado desde mi puesto de trabajo, y, además, he participado en mi puesto de trabajo de la reforma sanitaria, y, desde el inicio de esta reforma sanitaria de Andalucía, la Costa del Sol ha sido siempre una prioridad para el sistema sanitario público andaluz, dadas sus características de aumento de población en época estival y..., con lo cual sí se ha intervenido en muchas actuaciones en desarrollo del sistema sanitario público andaluz.

Evidentemente, nada más que decirle que, con su respuesta hoy, también se pone de manifiesto, una vez más, que la Costa del Sol occidental sigue siendo una prioridad para la Consejería de Salud, con lo cual, nada más que decirle que desde el Grupo Parlamentario Socialista consideramos muy adecuado ese desarrollo del sistema sanitario público andaluz en la Costa del Sol occidental, y que responde en términos de calidad a las necesidades de salud de las personas que viven en este lugar.

Muchas gracias.

La señora PRESIDENTA

—Muchas gracias, señora Blanca Mena.

Pues suspendemos durante un par de minutos la sesión, no sin antes agradecerle a la señora Consejera su comparecencia aquí, esta mañana.

[Receso.]

Proposición no de Ley 7-06/PNLC-000106, relativa al pago a proveedores del SAS.

La señora PRESIDENTA

—Reanudamos la sesión con el último punto del orden del día: las proposiciones no de ley.

En primer lugar, la proposición no de ley relativa al pago a proveedores del Servicio Andaluz de Salud. Por el Grupo proponente, el Grupo Parlamentario Popular, tiene la palabra su portavoz, la señora Corredera.

Tiene su señoría la palabra.

La señora CORREDERA QUINTANA

—Gracias, señora Presidenta.

Bueno, si el Grupo Parlamentario Popular ha presentado esta iniciativa es porque la deuda del SAS con proveedores sigue siendo muy importante y muy considerable.

En varios años la propia Cámara de Cuentas, en sus informes de fiscalización, ha tenido, incluso, que rectificar a la Consejería de Salud en la cifra que ésta reconocía de deudas a proveedores; incluso con disparidades tremendamente importantes, como la que ocurría el año pasado con el informe de fiscalización del cierre del año 2003, en el que el SAS establecía su deuda a proveedores de bienes y servicios en 530 millones de euros, dicho por la Consejera en esta Cámara y en esta Comisión, mientras que la Cámara de Cuentas aseguraba que la realidad era bien distinta y que se alcanzaban, incluso, los 1.800 millones de euros.

Yo creo que, ya no basándonos sólo en la diferencia, que de por sí es tremendamente imprecisa, pero sí en el hecho, incluso, de la cantidad que reconoce la propia Consejería, la verdad es que son muchos los pequeños, medianos empresarios, y algunos no tan pequeños y tan grandes, a los que la Consejería de Salud y el SAS les debe importantes cantidades.

Son cuantías elevadas, que, al margen de lo que pueda suponer de buena o mala gestión, o, por lo menos, de una gestión cuestionable, lo que sí es verdad es que suponen un riesgo muy importante para muchas empresas —algunas andaluzas, otras no—, que ven peligrar su supervivencia. Y que ven peligrar su supervivencia porque el hecho de que no se les pague y que se les deban cantidades tan importantes pone en cuestión la viabilidad de estas pequeñas y medianas empresas, el mantenimiento de

sus empleos y, sobre todo, la escasez de recursos para actividades también de investigación, desarrollo e innovación.

El Gobierno andaluz no debe proporcionar mayor inestabilidad laboral a estas empresas y a sus empleados y debe hacer frente a sus responsabilidades.

Y a mí me gustaría recordar algo que ocurre en Andalucía y en España. Y es que, si cualquier particular le debe una deuda a la Administración, primero, le viene la reclamación con un recargo del 20%; pero después, directamente, te embargan las cuentas en los bancos. En cambio, cuando es al contrario, la Administración casi se puede decir que se va de rositas —por supuesto no paga intereses—, y paga cuando quiere, porque no podemos decir ni siquiera que pague cuando pueda; porque hay ocasiones en que parece que están saneadas, o que se presume de saneamiento, pero hay proveedores que no perciben este dinero.

La cuestión es ésta, y por eso hemos planteado esta proposición no de ley.

Lo primero que pedimos es que se efectúen los pagos al contado, entendiéndose por ello en treinta, sesenta o noventa días desde la fecha que indica el apartado 4 del artículo 99 de la Ley de Contratos de las Administraciones Públicas, que se aprobó por Real Decreto legislativo 2/2000, de 16 de junio; es decir, desde la fecha de expedición de las certificaciones de obra o de los correspondientes documentos —en este caso facturas— que acrediten la realización total o parcial de los contratos a todas aquellas empresas pequeñas proveedoras del SAS que no tienen capacidad financiera para soportar estas demoras prolongadas, estableciéndose como criterios diferenciadores, además de los supuestos de contratos menores previstos en la citada ley, el volumen de cifras de negocio, el tratarse de personas físicas o jurídicas, o sus niveles de activos o empleo.

Segundo, efectuar sus pagos en un plazo inferior a seis meses a todas aquellas empresas proveedoras de SAS de mediana entidad, con abono, en los casos de superar el plazo de sesenta días, de los intereses de demora e indemnización por costes de cobros previstos en la ley que establece medidas de lucha contra la morosidad en las operaciones comerciales; Ley 3/2004, de 29 de diciembre, que da nueva redacción al apartado 4 del artículo 99 antes mencionado. Así, al menos, se resarcirán esos retrasos que por encima de los plazos legales está efectuando el sistema andaluz de salud. Garantizar la supervivencia de las empresas proveedoras para que en ningún caso peligren los puestos de trabajo del personal por falta de pago de las deudas por parte del sistema andaluz de salud público, con lo que se evitará el despido de personal de estas empresas, su escasez de recursos, y se permitirá el mantenimiento de su actividad. Y, por último, continuar con la supuesta operación de saneamiento, para intentar mejorar el estado de sus cuentas y deudas, procediendo, además, a los ajustes contables precisos para adecuar sus cifras a los criterios de la Cámara de Cuentas.

Por mi parte, nada más, esperando contar con el apoyo de sus señorías.

Muchas gracias.

La señora PRESIDENTA

—Muchas gracias, señora Corredera.

Pasamos al turno de posicionamiento —que es bien corto, por cierto—.

Tiene la palabra, por el Grupo Parlamentario Socialista, la señora Ríos Martínez.

La señora RÍOS MARTÍNEZ

—Sí. Muchas gracias, señora Presidenta. Señorías.

Señora Corredera, el Grupo Parlamentario Socialista no va a apoyar su proposición no de ley por carecer, casi siempre que hemos hablado de este tema —he de reconocer que hoy menos, seguramente porque es usted la portavoz—, por carecer, siempre que hablamos de este tema, como digo, del rigor mínimamente exigible en una cuestión como ésta, por sostenerse en medias verdades, en muchos de los casos, aunque, lógicamente —y es obvio, y hay que decirlo; por eso nosotros queremos que conste en acta—, compartimos la filosofía que en el fondo puede tener la iniciativa, y que, sin duda, tiene la iniciativa tal y como usted la ha planteado. Pero es que usted se ha olvidado de algunas cosas.

Las condiciones de pago a proveedores, entendiéndose por tales las efectuadas a personas físicas o jurídicas en el marco de los contratos administrativos públicos, efectivamente, como se indica, como usted indica en su proposición no de ley, están reguladas y precisadas en el artículo 99 de la Ley de Contratos de la Administración Pública, aprobado por real decreto, como pone ahí en la fecha, en el año 2000, y que hay que cumplir, lógicamente, siendo, por lo tanto, cuestionable la capacidad modificativa de este marco legal que ya tenemos. Por lo tanto, sería cuestionable si lo modificáramos con la aprobación de una proposición no de ley.

Nosotros entendemos, además, que la pretensión de fijar plazos de pagos diferentes según la tipología de las empresas proveedoras..., no sé. Sobre todo si los criterios propuestos a estos efectos son los que usted ha planteado. Nosotros entendemos que jurídicamente no se sostienen, son unos conceptos jurídicos, los que usted ha puesto de manifiesto, indeterminados, además de carecer de un amparo normativo de discriminación empresarial, que es lo que ustedes propondrían en este caso.

Por otro lado, se habla a mí me parece que con demasiada ligereza de determinadas cuestiones. Hablábamos de la supervivencia de las empresas proveedoras —lo decía en su parte expositiva; también lo comentaba usted someramente—. A nosotros no nos consta, a mi Grupo no nos consta en nuestro

ámbito de conocimiento, lógicamente, que la deuda que el SAS mantenga con sus proveedores represente una amenaza al mantenimiento de su actividad o al nivel de empleo de su sistema productivo.

Recordar, por otro lado, que constantemente se realizan esfuerzos presupuestarios y de gestión para continuar con el saneamiento de esta deuda en cuestión de la que estamos hablando hoy —y hay datos importantes—. A lo largo de los meses de diciembre de 2005 y enero y febrero de 2006, se han efectuado pagos muy serios, por importe alrededor, aproximadamente, de doscientos setenta y seis millones de euros. En cuanto a los ajustes contables de los que usted ha hablado, las cifras no pueden adecuarse a los criterios contables. Como usted sabe, los referidos criterios, generalmente aceptados en el ámbito público, son compartidos, lógicamente, por la Cámara de Cuentas y por el SAS. La diferencia de cifras que pueda existir entre los informes de la Cámara de Cuentas y las magnitudes de deuda manejadas por este organismo, por el SAS, se deben, fundamentalmente, al período cronológico al que hacen referencia y a la tipología de acreedores que se incluye en los análisis de la Cámara de Cuentas, y del SAS, en este caso.

Y se le ha explicado —y lo ha explicado varias veces en el Parlamento la Consejera de Salud— que los millones de euros, la cantidad que sea que figura en el balance del saldo, no se pueden asociar directamente con la existencia de deudas con proveedores, sino que se incluyen partidas de distinta naturaleza. Que ustedes jugaban —se planteaba por parte de la Consejería en algunos casos— a confundir o a montar un poco de lío mezclando ejercicios presupuestarios.

En todo caso, nosotros siempre hemos reconocido —yo creo que por parte de la Consejería, desde luego; también desde el Grupo Parlamentario Socialista— la deuda que existe, por otro lado, común a todos los sistemas sanitarios públicos, y que en nuestro caso responde fundamentalmente a la naturaleza de los servicios sanitarios que se prestan en nuestra Comunidad.

Por lo tanto, yo insisto —en este caso; usted no, lógicamente—, yo insisto en mostrar la cara positiva, y sería que se está bajando esta deuda; que Andalucía es la segunda Comunidad con menos gasto sanitario per cápita; que nuestro crecimiento medio en gasto corriente está por debajo de la media nacional, de modo que mi Grupo tiene que valorar positivamente este esfuerzo de gestión que viene realizando el SAS; un esfuerzo que ha sido reconocido, por otra parte, por una gran parte del sector de empresas proveedoras.

En paralelo, otros datos que no me gustaría pasar por alto, y a que se hace referencia en la parte expositiva de la proposición no de ley. Decir que, de los últimos datos en cuanto a empleo, llevamos doce años consecutivos creciendo más que la media española y la Unión Europea; que Andalucía ha crecido 17 puntos más que la media española y más de cincuenta puntos que la media europea; que el

20% del empleo creado en España en este primer semestre lo ha hecho Andalucía: que para los socialistas siempre ha sido una prioridad la creación de empleo, mientras que haya un solo andaluz que no lo tenga, y que, en esta legislatura, como usted sabe, ya hemos cumplido los objetivos marcados en esta línea, y seguiremos trabajando.

Y, como usted ha hablado también, habla en su parte expositiva, de la inversión en I+D+I, pues habrá que recordar que su presupuesto asciende ya a 6.477 millones de euros —solamente en 2007—; que el crecimiento y la apuesta por el I+D+I ha sido del 36% —del 33%, perdón—, que es exactamente el doble de lo que se presupuestó en 2004, y que sería interesante, ya que plantean ustedes esa cuestión, que mirasen el último Presupuesto del señor Aznar en 2003, para ver cómo ha evolucionado esta apuesta por la inversión en I+D+I.

Para los socialistas, también es una prioridad, lógicamente, como lo venimos demostrando, nuestro sistema sanitario público y su sostenibilidad, por supuesto. Y creo que no le tengo que recordar a usted, señora Corredera —porque sé que ha debatido este tema—, que lo planteó el señor Rodríguez Zapatero, el Presidente del Gobierno, nada más llegar a Moncloa, y que aquello se materializó con una inyección de dinero adicional a todas las Comunidades Autónomas, que, sin duda, ha ayudado a la evolución que está teniendo en este caso la deuda del SAS.

Por mi parte, nada más. Como he dicho al principio, no apoyaremos su proposición no de ley.

Muchas gracias.

La señora PRESIDENTA

—Muchas gracias, señora Ríos Martínez.

Para finalizar el debate de esta iniciativa, tiene la palabra la señora Corredera Quintana.

La señora CORREDERA QUINTANA

—Gracias, señora Presidenta.

Dice la portavoz del Partido Socialista que no va a apoyar esta proposición no de ley por carecer del rigor y porque dice medias verdades. Han sido palabras textuales de ella. Pero, vamos, el rigor le debe faltar a la Consejera, cuando la tiene que corregir continuamente el informe de fiscalización de la Cámara de Cuentas; cuando continuamente la Consejera dice una cifra de 530 millones y la Cámara de Cuentas le habla de 1.800 millones.

Y le habla la Cámara de Cuentas de facturas en los cajones, que es a lo que nos tiene acostumbrados la señora Consejera: a meter las facturas en los cajones. Y, desde luego, ésta no es la solución. Eso es falta de rigor, y no esta iniciativa, que, precisamente, hace mención a las leyes que hay vigentes y a las modificaciones de las leyes que se han hecho en los últimos años.

Por cierto, que el año que la Consejera ha cambiado esos criterios, que no coincidían con la Cámara de Cuentas a la hora de fiscalizar y a la hora de hacer las cuentas, resulta que la cifra total de deuda se ha acercado bastante más a la que decía la Cámara de Cuentas que a la que decía la señora Consejera. Y, si no, mírese el informe de fiscalización de 2004, que es el último que se ha presentado en esta Cámara, en el que no le hace ninguna corrección por primera vez, por primera vez, la Cámara de Cuentas a la Consejera, porque por primera vez ha contemplado la deuda real de 1.600 millones que tiene la Consejería. Así que vamos a hablar de rigor seriamente, porque así son las cosas.

Me dice que comparte la filosofía planteada. Pues no se nota, pues no se nota, porque nosotros lo que estamos pidiendo es que se aplique la ley. Y si usted me demuestra, como ha dicho: «Nosotros estamos cumpliendo la ley y el problema no es que no se cumpla la ley»... Demuéstreme una empresa que, cuando se hayan saltado los 60 días —que son muchas—, le hayan pagado ustedes los intereses de demora. Demuéstreme una sola, porque no es así. Sí es un problema el que ustedes no cumplan, el que paguen tarde y el que paguen mal.

Y no se trata de que el PP quiera hacer un arreglo de forma empresarial; se trata —como le he dicho— de que, cuando un particular le debe a la Administración, a los tres meses le está viniendo una reclamación con un 20% de recargo, y después, directamente, se le embargan sus cuentas. Pero, en cambio, la Administración —y, en este caso, la Consejería de Salud— no paga, paga tarde y paga mal.

Y yo no sé los problemas que pueden tener estas empresas, pequeñas y medianas empresas, a la hora de pagar; pero me da la impresión de que para usted tienen que estar en bancarrota las empresas para que considere que la demora a la hora de efectuar los pagos les está afectando.

Mire usted, no es lo mismo una gran empresa suministradora farmacéutica que el que suministra la comida, o el que suministra cualquier otro servicio. No es lo mismo una gran empresa ni la cantidad de servicios que está demandando la Consejería, si estamos hablando de casos importantes —y por eso nosotros establecíamos esas distinciones—, que al que se le encarga una pequeña cosa y no se le paga, porque no es lo mismo el que tiene cien trabajadores que el que tiene diez o el que tiene tres. Y, desde luego, hay pequeños empresarios proveedores del SAS que sí están teniendo importantes problemas. Otra cosa es que ustedes quieran mirar para otro lado, mirar para otro lado, y no darse cuenta de ello.

Me dice usted que, en empleo —que no sé, además, por qué se mete en estas historias; pero, si quiere, se mete—, que en empleo hemos crecido más que la media...

Desde luego, lo hace usted porque quiere, eso es evidente; no tenga usted ninguna duda. Lo hace porque quiere y porque puede, para eso estaba en su turno de palabra.

Pero, claro, que usted alardee de que crecemos más que la media española y europea, cuando resulta que estamos muy por detrás de lo que es la media española y europea en empleo y cuando la tasa de paro en Andalucía es el doble que la media española, pues me parece una barbaridad. Y que usted presuma de la creación de empleo cuando hay entre tres mil y cinco mil contratos basura, precisamente dentro de la Consejería de Salud —reconocido por la propia Consejera que son contratos en precario—, y que todavía no se ha dado respuesta a esa oferta de empleo pública que iba a dar una gran estabilidad en el sistema sanitario público andaluz a los trabajadores, pues me parece que es una osadía por su parte.

Como cuando habla de lo que han variado los presupuestos en investigación. Porque, claro, de lo que hay que hablar es de la evolución.

No me diga usted lo que gastaba el señor Aznar y lo que ahora el señor Zapatero mete en los presupuestos. Hay que ver de dónde partía el señor Aznar y a dónde llegó en los presupuestos de investigación, y por dónde va el señor Zapatero; que se comprometió a bastante más con los investigadores y los ha dejado tirados. Pero, por cierto, de lo que hablamos, de lo que hablamos, es de lo que se gasta el señor Griñán, puestos a hablar de lo que son presupuestos, que es el que hace los Presupuestos de la Junta, ¿no? O de lo que hace el señor Chaves, que es de lo que estamos hablando aquí: de lo que dedica la Junta de Andalucía a investigación, desarrollo e innovación. Pero no haga política de altos vuelos y se le olvide que estamos hablando de Andalucía y de la Comunidad Autónoma andaluza.

Yo lo que espero, sinceramente, es que el SAS deje de tener ese agujero negro, que es la gran deuda de la Junta de Andalucía en política sanitaria, de pago a proveedores. Y espero que el acuerdo de financiación sanitaria, que nosotros ya hemos dicho en varias ocasiones que consideramos que es insuficiente, o que ese acuerdo de financiación entre las Comunidades Autónomas que va a suponer el saneamiento de todas las arcas, también suponga el saneamiento de las arcas de la Junta de Andalucía, pero especialmente en sanidad, porque es donde hay un agujero más grande, y que, por fin, los proveedores andaluces puedan respirar tranquilos porque haya un compromiso de pago. Porque lo que está claro ahora mismo es que las deudas son impresionantes; que ustedes no tienen ninguna intención de ir las liquidando y de establecer fórmulas de pago que son contempladas por la ley, porque, si así fuera, no sólo compartiría la filosofía de esta iniciativa, sino que compartiría la iniciativa y hubiera votado a favor.

La señora PRESIDENTA

—Bien. Muchas gracias, señora Corredera.

Vamos a pasar a la votación de... Sustanciado este debate, pasamos a la votación de la proposición

no de ley relativa a pago a proveedores del Servicio Andaluz de Salud.

Se inicia la votación.

El resultado de la votación es el siguiente: ha sido rechazada, al haber obtenido 3 votos a favor, 10 votos en contra, ninguna abstención.

Proposición no de Ley 7-06/PNLC-000188, relativa a la cartera de servicios del CHARE de Puente Genil (Córdoba).

La señora PRESIDENTA

—Pasamos a la segunda proposición no de ley, relativa a la cartera de servicios del CHARE de Puente Genil, en la provincia de Córdoba.

Por el Grupo proponente, el Grupo Parlamentario Popular, tiene la palabra, en este caso, su portavoz, la señora Ceballos Casas.

La señora CEBALLOS CASAS

—Muchas gracias, señora Presidenta.

Bueno, la proposición no de ley que planteamos el día de hoy es una de tantas cuestiones que últimamente se están dando en la Consejería de Salud, y, sobre todo, en Andalucía en general, como es la falta de planificación en muchos casos que existe en materia sanitaria en los centros hospitalarios de alta resolución, y, sobre todo, el mantener que la rumorología campee a sus anchas por muchas de las calles de los pueblos en los cuales se ubican estos centros hospitalarios, porque en ningún caso se da una referencia específica de cuáles son las especialidades médicas que estos centros hospitalarios van a abarcar, y cuáles van a definir los servicios de la población en general, que, en casos como éste supera, las cuarenta y tres mil personas. En base a esto, el CHARE de Puente Genil ha tenido una batalla, durante prácticamente dos años, en los cuales nadie sabía a ciencia cierta de qué se estaba hablando.

Cuando en el mes de marzo del año 2006 aparece la orden de la Consejería en la que se establecen los centros hospitalarios de alta resolución de Guadix, Alcaudete, Puente Genil, Utrera y Sierra Norte, se presentan como nuevas estructuras que persiguen, sobre todo, la mayor accesibilidad de la población a materias sanitarias, y aparece, o se plantea, sobre todo, que en este caso van a ser empresas públicas las que gestionen estos centros hospitalarios, y se adjudica el hospital de Puente Genil a la Empresa Pública del Alto Guadalquivir. Esta empresa pública, que debe llevar al Ayuntamiento lo que es el plan

funcional de lo que era la estructura básica del centro hospitalario, al día de hoy —estamos en el mes de octubre del año 2006—, no ha planteado nada en el Ayuntamiento.

Esto ha causado que, dentro de la Corporación municipal, no solamente del Alcalde —que, además, es de Izquierda Unida—, sino que toda la Corporación municipal, incluido el Grupo Socialista, haya reivindicado en muchas ocasiones que, además de por la prensa —que es la única manera de que se tuviese información—, se mandase ese plan funcional, de forma que esa cantidad de rumores que existían llegase a un planteamiento consistente y a un planteamiento ecuaníme, de cuáles son las necesidades y cuáles eran los servicios que se iban a plantear en el hospital.

El señor Huertas, Director General de Planificación Sanitaria, prácticamente durante los primeros meses del año 2006, ya tuvo bastantes... no sé si entre comillas decir errores, pero al menos se aventuró en prensa con algunas manifestaciones que dejaban mucho que desear, porque la primera planificación que se hizo en ese plan funcional, y en la cual se establecía una serie de servicios, incluso llegó a decir que las memorias que se habían planteado en su día tenían ciertas deficiencias o, quizás, cierta cantidad de problemática por las cuales en unos casos se había hablado de servicios que no iba a tener el hospital de Puente Genil. Y, específicamente, me refiero al tema de oncología y diálisis, en el cual se dice que no está incluido en la cartera de servicios, sobre todo porque, tal y como se plantea, ningún centro hospitalario de alta resolución tiene ni hemodiálisis ni oncología.

Esto no es cierto, hay algún servicio, y no quiero ya referirme a unos pueblos y otros, porque me parece bastante absurdo, que sí tiene servicio de hemodiálisis y un centro hospitalario de alta resolución. Pero, con independencia de tener o no estas especialidades médicas, que supuso un recorte de los primeros planteamientos que se realizaron en el centro hospitalario de alta resolución de Puente Genil, lo que sí es verdad y lo que sí estamos hablando es de que se plantea en el Pleno del Ayuntamiento de Puente Genil y que, además, es objeto de moción por parte de nuestro Grupo, al cual se adhieren absolutamente todos los representantes, menos el Partido Socialista, que, si bien en el fondo está absolutamente de acuerdo, vota en contra de la iniciativa, es una cuestión fundamental como estamos planteando en esta iniciativa, que es el paritorio.

El paritorio sí que tiene unos claros agravios comparativos en la cuantía de la población, y, en este caso, con el hospital de Guadix de referencia, porque los ratios no los cumple. Y así se expresa en la exposición de motivos de esta iniciativa de esta proposición no de ley.

Esto ha supuesto una reivindicación durante dos años para la gente de Puente Genil, y la verdad es que hoy nos hemos levantado con la rueda de prensa o la nota de prensa, por parte de la coordinadora pro-

hospital, en la cual dice, bueno, que se abra el centro y que después seguiremos hablando del asunto.

Lo cierto, lo cierto es que en este mismo momento, en este mismo momento, lo que aparece en nota de prensa, porque ya le he dicho que por parte del Ayuntamiento no se tiene todavía ese plan encima de la mesa, lo que es..., no sé si hablar de falta de deferencia constitucional, pero lo cierto es que no creo que un Ayuntamiento deba enterarse por la prensa de lo que tiene o lo que no tiene el centro hospital de Puente Genil. Al día de hoy, lo único sabemos es que el día 25, parece ser, se inaugura este chare, chare en el cual ahora mismo únicamente sabemos que se va pasar lo que es atención primaria de centros de salud, que existe ya en Puente Genil; que la cartera de servicios poco a poco se irá completando, parece ser que a finales de 2007; que no sabemos si todas esas especialidades médicas entrarán en funcionamiento en este centro hospitalario, sobre todo porque tenemos ejemplos claves, como lo que ha ocurrido en Baena, en el cual, pues se vendieron una serie de especialidades médicas que al final no se pueden cubrir y que tienen, además, que ir médicos especialistas del hospital de Cabra, y que lo único que ha visto Puente Genil durante este tiempo ha sido recortar los servicios que hace casi cuatro años se vendieron o se informaron específicamente a lo que era la población de Lucena, perdón, de Puente Genil, acerca de lo que iba a tener este centro hospitalario de alta resolución, y, desde luego, pues, es bastante poco serio por parte de la Consejería lo que está ocurriendo en estos centros hospitalarios.

Yo lo único que pido, y lo pido desde un punto de vista absolutamente falto de demagogia, en este sentido, es que en esta proposición no de ley, por parte del Grupo Socialista, se apueste por ese paritorio, si de verdad se tiene la impresión o se tiene el convencimiento, por parte del Grupo Socialista, de que el paritorio va a ir a Puente Genil porque lo necesita, porque la ratio de población la están cubriendo, y, desde luego, desde luego, que por parte del Grupo Socialista se nos diga expresamente cuáles van a ser los servicios y en qué plazos van a estar en funcionamiento los servicios de especialidades del chare de Puente Genil.

Y se lo digo no solamente porque lo reivindicamos desde este Grupo político, sino porque lo reivindican todos los Grupos políticos, incluido el Partido Socialista en Puente Genil, y porque no entendemos que, desde el punto de vista institucional, debamos ofrecer las carteras de servicios desde las páginas de los periódicos y no por los canales que deben ser. Planes funcionales que se reivindicaron en el mes de junio, que se reivindicaron el año pasado y que, al día de hoy, el Ayuntamiento de Puente Genil no los tiene en su manos.

Por tanto, solicitamos el voto a favor de esta iniciativa, de esta proposición no de ley, y de los dos puntos que abarca la misma.

Muchas gracias.

La señora PRESIDENTA

—Muchas gracias, señora Ceballos Casas.

Pasamos al turno de posicionamiento. Para ello tiene la palabra, por el Grupo Parlamentario Socialista, la señora Ambrosio Palos.

La señora AMBROSIO PALOS

—Muchas gracias, señora Presidenta.

Efectivamente, debatimos hoy una proposición no de ley del Grupo Parlamentario Popular, relativa a la cartera de servicios del centro hospitalario de alta resolución de Puente Genil.

Desde el inicio de la exposición de motivos, una vez más, como nos tienen acostumbrados desde el Grupo Popular, se dedican a generar dudas, a plantear como problema y como agravio comparativo a la ciudadanía lo que no es. Y le pongo dos ejemplos de esa malinterpretación que usted realiza desde el principio, señora Ceballos. El área de influencia prevista en un principio para el chare de Puente Genil, efectivamente, incorporaba a los municipios de Moriles y la aldea lucentina de Jauja, y esta adscripción se realiza, cómo no, con criterios de crona; es decir, se asignan los municipios según la distancia y el tiempo de desplazamiento para que sea el menor posible. Y, en este sentido, no creo yo que los ciudadanos de Moriles tengan ningún tipo ni resulte que estén agravados por que vayan a desplazarse al hospital de La Retamosa, de Montilla, que les pilla a 15 minutos, con respecto a 22 minutos, que es la crona con respecto a Puente Genil.

En todo caso, y por otro lado, también, por nombrar también a la aldea de Jauja, ellos sí van a poder acceder al centro hospitalario de alta resolución de Puente Genil, al reducirse su crona de 17'48 minutos, con respecto a la de Cabra, que sigue estando en 23'03.

En todo caso, y por aclarar cuál va a ser en este asunto..., cuál es la población que va a atender definitivamente el chare de Puente Genil, resulta una población en torno a cuarenta y tres mil quinientos habitantes, pertenecientes a los municipios de Puente Genil, Badolatosa, Casariche y Herrera. Y, en todo caso, como le anunciaba también, a los habitantes de Jauja.

En un segundo lugar, y como sobre estos intentos de manipulación que usted realiza también en torno a la cartera de servicios prevista para este centro, la cartera de servicios se ajusta a la considera propia a estos centros hospitalarios de alta resolución, basada en una estructura flexible y compatible con las necesidades sanitarias que van evolucionando junto con la población.

Algunos datos sobre el hospital que yo creo que deberíamos de conocer: 11 millones de euros, con respecto a la inversión para su construcción; 10 millones de euros, la cifra que se prevé para el mantenimiento

anual; dos quirófanos, 30 camas para urgencias y hospitalización; 11 especialidades en una resolución de acto único, pues en el mismo día el paciente se va a ir con un diagnóstico y un tratamiento, si, en su caso, lo necesitara.

Y, en cuanto a las especialidades médicas: Medicina Interna, Digestivo, Cardiología, Neumología.

En cuanto a las especialidades quirúrgicas: Anestesia y Reanimación, Cirugía General y Aparato Digestivo, Dermatología, Ginecología, Oftalmología, Traumatología y Cirugía Ortopédica, Urología y Otorrinolaringología.

Otras especialidades también que incorpora la cartera de servicios del futuro centro hospitalario de Puente Genil: Radiodiagnóstico, Unidades de Cuidados Críticos y Urgencias y Rehabilitación.

En estas instalaciones también se va a ubicar, lo ha dicho la señora Ceballos, el segundo centro de atención primaria con el que va a contar la localidad de Puente Genil.

Todo lo desarrollado comenzará a funcionar antes de finales de año, la obra está concluida, en este momento lo que se está realizando es la adaptación del mobiliario, el equipamiento y la adaptación del equipamiento sanitario, y la puesta en funcionamiento de este centro será de forma paulatina, como se viene realizando en otros centros de las mismas características, comenzando por las consultas de especialistas, continuando con quirófano y cirugía, etcétera.

Y, por concluir con este asunto, sobre la cartera de los servicios que va a prestar el Centro de Alta Resolución de Puente Genil, la planificación y los criterios que establece a Administración sanitaria para la prestación de la atención especializada siempre tiene presentes criterios como la calidad, la seguridad y la profesionalidad. Y es por todo ello que, en los tratamientos de Hemodiálisis, que no se van a prestar en el centro hospitalario, no se realizan tampoco en ningún otro centro de las mismas características. Estamos hablando de centros hospitalarios de alta resolución. Los enfermos que necesitan este servicio se están desplazando hasta el hospital de referencia, el hospital Reina Sofía en la localidad de Córdoba y en algunas otras localidades que cuentan con algún centro concertado.

En todo caso, y yo no tengo ninguna duda sobre una cuestión tan concreta, si la demanda del tratamiento de Hemodiálisis lo aconseja, desde la Administración sanitaria se establecerán las actuaciones para que los enfermos que tienen que desplazarse actualmente puedan recibir este tratamiento en la misma localidad de Puente Genil, a través del concierto.

Y, en el caso de los tratamientos oncológicos, la importancia y la envergadura de esta enfermedad y la complejidad del proceso de tratamiento aconsejan que en la provincia de Córdoba sólo se realicen en el hospital Reina Sofía. Algunos de los aspectos del seguimiento de estos enfermos sí se podrán atender desde el futuro centro hospitalario.

Y, por último, y con respeto a la petición que hace sobre la incorporación de un paritorio al centro hospitalario, déjeme que le haga algunas consideraciones sobre los datos que aparecen en la exposición de motivos de su proposición no de ley. Los nacimientos durante el año 2004, de las cuatro poblaciones de referencia: en Badolatosa fueron 51; en Casariche, 56; en Herrera, 72, y, en Puente Genil, 334. Todos éstos suman un total de 513 nacimientos en la zona de influencia.

Usted debe de conocer, igual que yo, que aproximadamente el 30% de los embarazos se catalogan, desde el inicio, como embarazos de riesgo o de alto riesgo y que el seguimiento que se hace del embarazo y el parto se deriva a otros centros de referencia, con lo cual, el número de partos de toda la zona de influencia, susceptible de ser atendidos en el futuro chare, sería de 340. Esto arroja una media de 0'97 partos al día. Con estas cifras, menos de un parto al día, y teniendo en cuenta que, para cubrir un turno de atención especializada, porque no se sabe nunca cuando se va a poner una mujer de parto, tiene que ser las 24 horas al día, los 365 días al año, se necesitan cinco equipos de profesionales, compuestos por ginecólogos y matronas. Resulta con esta cifra muy poco aconsejable, bajo los criterios de calidad, de seguridad y de profesionalidad, realizados con la experiencia, la incorporación de un paritorio a este chare. Las habilidades profesionales no se podrían mantener con este escaso número de actuaciones sanitarias que llevarían a cabo los equipos del paritorio.

Entendemos, pues, que con estas cifras y con las circunstancias actuales resulta una auténtica temeridad incorporar en este momento el paritorio al centro hospitalario de Puente Genil. Declaraciones no sólo más, sino que también —y usted ha hecho referencia a ellas— coinciden con declaraciones del Alcalde de la localidad, que no pertenece a mi Grupo político, o con las del propio colectivo que ha protagonizado, en gran medida, la demanda de este equipamiento, me refiero a la coordinadora pro-hospital, coinciden, en este sentido, en la prioridad, y que la prioridad fundamental es la entrada en funcionamiento del centro hospitalario y, en todo caso, y como siempre me escuchará decir, las prestaciones sanitarias, en esta ocasión en referencia al chare de Puente Genil, no son inmovilistas, pues la planificación desde la Consejería siempre va a tener en cuenta las demandas y las necesidades que se puedan plantear en un futuro.

Finalizo, sin más, compartiendo, seguramente que no sólo con todos los representantes políticos del Ayuntamiento de Puente Genil, sino con los miembros de la coordinadora pro-hospital y, por supuesto, con los pontaneses y las pontanesas que la puesta en marcha de este centro hospitalario es nuestra prioridad. Un centro que a va a dar solución a entre el 80 y el 90% de las demandas de atención sanitaria de esta zona de influencia y que se trataba, sin duda, y yo creo que con la puesta en funcionamiento de

este centro se consigue, de eliminar los cuellos de botella del sistema, que estaban en las enfermedades más frecuentes, y en que los servicios de asistencia especializada estén lo más accesible posible a los ciudadanos de referencia.

Por todo lo expuesto, le anuncio el voto negativo del Grupo Parlamentario Socialista.

Nada más, y muchas gracias.

La señora PRESIDENTA

—Muchas gracias, señora Ambrosio.

Para finalizar el debate de esta iniciativa, tiene la palabra la señora Ceballos Casas.

La señora CEBALLOS CASAS

—Muchas gracias, señora Presidenta.

Señora Ambrosio, me imaginaba que iban a votar en contra de esta iniciativa, exactamente igual que hacen con todas las iniciativas que presentamos en el Parlamento.

Lo que sí me deja sorprendida, sobre todo, son las referencias que me ha hecho al tema de la ratio y de la Exposición de Motivos de esta iniciativa, sobre todo si me está hablando de que está excluyendo un 30% de los partos por alto riesgo, y los excluye de esa ratio, también tendrá que excluir los 397 partos que se realizan en Guadix, con lo cual la ratio será muchísima menor de lo que estamos hablando en la actualidad.

Usted sabe perfectamente que esa ratio es la que es y que en ningún caso, por razones, en este caso, economicista, se puede excluir lo que es el paritorio de este centro hospitalario de alta resolución.

Pero, con independencia de esto, le voy a decir cuál es la verdadera razón: La verdadera razón no es otra que la falta de médicos que existe en la provincia de Córdoba —falta de médicos denunciado por todos los sindicatos en los medios de comunicación—, así como, además, la falta de matronas, respecto a las que —como usted sabe— incluso el sindicato SATSE ha planteado que puede haber más de cincuenta o sesenta matronas que deberían estar funcionando en la provincia de Córdoba. Ésta es la única causa por la que no aparece el paritorio, porque no tienen personal para cubrirlo.

Y sí le hago una referencia, aunque sea solamente a efectos de cumplimiento, en muchos casos, de las expectativas que se hacen por el Consejo Económico y Social. Yo recuerdo, hace un tiempo, cuando se hablaba de los centros hospitalarios de alta resolución, y la gestión por estas empresas públicas, que planteaban la posibilidad de que no encontrasen profesionales para cubrir estos centros hospitalarios, si la gestión seguía siendo por estas empresas públicas. Pues, la conclusión es la que estamos viviendo hoy en día.

La señora PRESIDENTA

—Perdone, señora Caballos.

Señorías, les ruego que hablen un poquito más bajo.

La señora CEBALLOS CASAS

—... Estas empresas, precisamente públicas, que en muchos casos están funcionando con un criterio absolutamente economicista y de tirar los salarios de estos profesionales médicos, y, en otros muchos casos, de no cubrir, o cubrir bastante deficientemente, el tema de traslados, bajas y otros muchos, pues, eso lleva a que en el centro hospitalario de alta resolución de Puente Genil —y que, como le he dicho, se está ocasionando en otros muchos centros hospitalarios de alta resolución— no se cubran las especialidades médicas.

Yo ya le he dicho que, desde primer momento, no es trabajar con ese criterio que usted nos está planteando, algo [...]. Sabe usted perfectamente que los centros que se han abierto en sur de la provincia de Córdoba, cirugía menor ambulatoria y otros muchos, no se están cubriendo con estas especialidades médicas, permanecen cerrados muchos meses, siguen colapsados los hospitales de referencia y tenemos los criterios que actualmente tenemos en el sur de la provincia de Córdoba, con las ratios más bajas de toda la provincia, sobre todo de muchas partes de Andalucía, en cuanto al criterio de calidad de asistencia médica quirúrgica y, en muchos casos, en materia de enfermería en toda Andalucía.

Yo creo que, tal y como ha dicho la coordinadora, hace falta que se abra ya. Llevamos, prácticamente, un año de retraso, y la situación del sur de la provincia de Córdoba no deja otra solución.

Pero, desde luego, creo que hubiese sido una postura bastante inteligente, por parte del Grupo Socialista, si se votase a favor de una iniciativa que en ningún caso tenía ninguna otra función, sino abarcar una necesidad que sabemos que es urgente y necesaria, como es el tema del paritorio, y además ratificar esa cartera de servicios, de la que creo que no tienen ustedes absolutamente nada que ocultar.

Si esta cartera de servicios es la que, en un principio, dijeron, si no va a existir ningún tipo de recortes en esa cartera de servicios, voten a favor de la iniciativa; el resto será volver a dejar en rumores y en incógnitas a la población de Puente Genil, hasta que todos estos servicios médicos no estén definitivamente cubiertos, y además cubiertos con una continuidad como la que se merece una población como la de Puente Genil, y no con soluciones como las de Baena, las cuales, a los tres o cuatro meses de estar ese centro de cirugía menor ambulatoria, estaban suprimiendo servicios y volviendo a colapsar el hospital Infanta Margarita, de Cabra.

Muchas gracias.

Les ruego, en este caso... Bueno, pues, como no está el resto de los Grupos políticos, solicitar de nuevo el apoyo a esta iniciativa.

Muchas gracias.

La señora PRESIDENTA

—Muchas gracias, señora Ceballos.

Bien, señorías, finalizado el debate de esta iniciativa, procedemos a su votación.

Se inicia la votación.

El resultado de la votación es el siguiente: ha sido rechazada, al haber obtenido 4 votos a favor, 10 votos en contra, ninguna abstención.

Señorías, terminado el orden del día, finalizamos la sesión.

Muchas gracias.

CONTENIDOS

CD-ROM Y DVD



Boletín Oficial:

- ✓ Colección de los Boletines Oficiales del Parlamento de Andalucía publicados en cada legislatura y reproducidos en formato PDF. Actualmente están disponibles en CD-ROM las cinco primeras legislaturas y en DVD la sexta legislatura.
- ✓ 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.

Diario de Sesiones:

- ✓ Colección de los Diarios de Sesiones de Pleno y Comisiones, series A y B de la VI legislatura en formato PDF.
- ✓ Próximamente estarán disponibles los CD-ROM de las anteriores legislaturas

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 seis 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 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

**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.parlamentodeandalucia.es>**Correo electrónico:**

diariodesesiones@parlamentodeandalucia.es
boletinoficial@parlamentodeandalucia.es

**PRECIOS****CD-ROM o DVD**

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

PAPEL (Sólo suscripción anual)

<i>Boletín Oficial</i>	60,10 €
<i>Diario de Sesiones</i>	60,10 €
<i>Suscripción conjunta</i>	96,16 €

