



PARLAMENTO DE ANDALUCIA

# DIARIO DE SESIONES

Número 261, Serie A

VI Legislatura

Año 2003

**PRESIDENTE: ILMO. SR. D. MARTÍN SOLER MÁRQUEZ**

**Sesión celebrada el martes, 18 de febrero de 2003**

COMISIÓN DE SALUD



## ORDEN DEL DÍA

### Proposiciones no de Ley

Proposición no de Ley 6-01/PNLC-000386, relativa al traslado del centro salud de Guadix (Granada) a las instalaciones del centro periférico de especialidades, presentada por el G.P. Popular de Andalucía.

Proposición no de Ley 6-02/PNLC-000237, relativa a la mejora de la atención sanitaria en Fuengirola, presentada por el G.P. Popular de Andalucía.

Proposición no de Ley 6-02/PNLC-000246, relativa a la hemofilia y otras enfermedades de transmisión genética ligadas al sexo, presentada por el G.P. Mixto.

Proposición no de Ley 6-02/PNLC-000305, relativa a los programas de rehabilitación cardiaca, presentada por el G.P. Socialista.

Proposición no de Ley 6-02/PNLC-000309, relativa al registro de naturópatas, presentada por el G.P. Izquierda Unida Los Verdes-Convocatoria por Andalucía.

Proposición no de Ley 6-02/PNLC-000339, relativa a instar al Consejo de Gobierno de la Junta de Andalucía a que construya un centro hospitalario de alta resolución en Almería, presentada por el G.P. Socialista.

### Comparecencias

Comparecencia 6-02/APC-000437, del Excmo. Sr. Consejero de Salud, a fin de informar sobre los resultados de la aplicación y actuaciones realizadas en base al Decreto de Garantías de Respuesta

Quirúrgica y la situación actual de las listas de espera dentro del Servicio Andaluz de Salud, presentada por los GG. PP. Mixto e Izquierda Unida Los Verdes-Convocatoria por Andalucía.

Comparecencia 6-02/APC-000489, del Excmo. Sr. Consejero de Salud, a fin de informar sobre el Plan de Mejora de la Atención a los Enfermos Oncológicos, presentada por los Ilmos. Sres. D. José Caballos Mojeda, D. Antonio Núñez Roldán, Dña. Antonia Jesús Moro Cárdeno y Dña. Elena Víboras Jiménez, del G.P. Socialista.

Comparecencia 6-02/APC-000499, del Excmo. Sr. Consejero de Salud, a fin de informar sobre el proyecto del centro hospitalario de Guadix (Granada), su coste económico, cartera de servicios y plazos de ejecución, presentada por los Ilmos. Sres. D. Santiago Pérez López, D. Juan Pizarro Navarrete, Dña. Esperanza Oña Sevilla y D. Antonio Sanz Cabello, del G.P. Popular de Andalucía.

## Preguntas Orales

Pregunta Oral 6-02/POC-000088, relativa al nuevo centro de salud de La Ribera (Córdoba), formulada por los Ilmos. Sres. D. Antonio Moreno Castro y D. Antonio Núñez Roldán, del G.P. Socialista.

Pregunta Oral 6-02/POC-000109, relativa al centro de salud en Bormujos (Sevilla), formulada por los Ilmos. Sres. D. Antonio Núñez Roldán y D. Luis Ángel Hierro Recio, del G.P. Socialista.

Pregunta 6-02/APC-000257, relativa al tratamiento de los pacientes anticoagulados en el distrito sanitario Santa Fe-Loja (Granada), presentada por los Ilmos. Sres. Dña. Clara Eugenia Aguilera García, D. Manuel Pezzi Cereto y D. Antonio Núñez Roldán, del G.P. Socialista.

Pregunta Oral 6-02/POC-000331, relativa a la asistencia sanitaria a personas reclusas en Andalucía, formulada por el Ilmo. Sr. D. Antonio Romero Ruiz, del G.P. Izquierda Unida Los Verdes-Convocatoria por Andalucía.

Pregunta Oral 6-02/POC-000401, relativa al servicio 061 costa granadina, formulada por el Ilmo. Sr. D. Carlos Rojas García, del G.P. Popular de Andalucía.

Pregunta Oral 6-03/POC-000001, relativa a la atención a los afectados por el síndrome de Tourette, formulada por el Ilmo. Sr. D. Manuel López Calvo, del G.P. Izquierda Unida Los Verdes-Convocatoria por Andalucía.

Pregunta Oral 6-03/POC-000029, relativa a la sustitución de las bombas de cobalto, formulada por la Ilma. Sra. Dña. Isabel Garzón Sánchez, del G.P. Popular de Andalucía.

Pregunta Oral 6-03/POC-000030, relativa a la falta de control de la Consejería de Salud de las aguas destinadas al consumo humano, formulada por la Ilma. Sra. Dña. Isabel Garzón Sánchez, del G.P. Popular de Andalucía.



## SUMARIO

Se abre la sesión a las once horas, cuarenta y cinco minutos, del día dieciocho de febrero de dos mil tres.

### **Punto primero del orden del día: Propositiones no de Ley**

*Proposición no de Ley 6-01/PNLC-000386, relativa al traslado del centro salud de Guadix (Granada) a las instalaciones del centro periférico de especialidades.*

Intervienen:

Ilmo. Sr. D. Santiago Pérez López, del G.P. Popular de Andalucía (págs. 9570, 9572).

Ilmo. Sr. D. Manuel López Calvo, del G.P. Izquierda Unida Los Verdes-Convocatoria por Andalucía (pág. 9570).  
Ilma. Sra. Dña. Clara Eugenia Aguilera García, del G.P. Socialista (pág. 9571).

Votación: Rechazada por 6 votos a favor, 9 votos en contra, una abstención.

*Proposición no de Ley 6-02/PNLC-000237, relativa a la mejora de la atención sanitaria en Fuengirola.*

Intervienen:

Ilma. Sra. Dña. Esperanza Oña Sevilla, del G.P. Popular de Andalucía (págs. 9573, 9577).  
Ilmo. Sr. D. Ricardo Alberto Chamorro Rodríguez, del G.P. Mixto (pág. 9574).  
Ilmo. Sr. D. José Calvo Poyato, del G.P. Andalucista (pág. 9574).  
Ilmo. Sr. D. Manuel López Calvo, del G.P. Izquierda Unida Los Verdes-Convocatoria por Andalucía (pág. 9575).  
Ilmo. Sr. D. Antonio Beltrán Fortes, del G.P. Socialista (pág. 9576).

Votación: Rechazada por 8 votos a favor, 10 votos en contra, ninguna abstención.

*Proposición no de Ley 6-02/PNLC-000246, relativa a la hemofilia y otras enfermedades de transmisión genética ligadas al sexo.*

Intervienen:

Ilmo. Sr. D. Ricardo Alberto Chamorro Rodríguez, del G.P. Mixto (págs. 9579, 9584).  
Ilmo. Sr. D. José Calvo Poyato, del G.P. Andalucista (pág. 9580).  
Ilmo. Sr. D. Manuel López Calvo, del G.P. Izquierda Unida Los Verdes-Convocatoria por Andalucía (pág. 9581).  
Ilma. Sra. Dña. María José García-Pelayo Jurado, del G.P. Popular de Andalucía (pág. 9581).  
Ilmo. Sr. D. Antonio Núñez Roldán, del G.P. Socialista (págs. 9582, 9585).

Votación del punto 1º: Aprobado por unanimidad.

Votación del punto 2º: Rechazado por 5 votos a favor, 9 votos en contra, ninguna abstención.

Votación del punto 3º: Aprobado por unanimidad.

*Proposición no de Ley 6-02/PNLC-000305, relativa a los programas de rehabilitación cardiaca.*

Intervienen:

Ilmo. Sr. D. Antonio Núñez Roldán, del G.P. Socialista (págs. 9586, 9590).  
Ilmo. Sr. D. José Calvo Poyato, del G.P. Andalucista (pág. 9587).  
Ilmo. Sr. D. Manuel López Calvo, del G.P. Izquierda Unida Los Verdes-Convocatoria por Andalucía (pág. 9588).  
Ilma. Sra. Dña. Esperanza Oña Sevilla, del G.P. Popular de Andalucía (pág. 9589).

Votación: Aprobada por unanimidad

*Proposición no de Ley 6-02/PNLC-000309, relativa al registro de naturópatas.*

Intervienen:

Ilmo. Sr. D. Antonio Romero Ruiz, del G.P. Izquierda Unida Los Verdes-Convocatoria por Andalucía (págs. 9590, 9594).  
Ilmo. Sr. D. José Calvo Poyato, del G.P. Andalucista (pág. 9591).  
Ilmo. Sr. D. Juan Pizarro Navarrete, del G.P. Popular de Andalucía (pág. 9592).  
Ilma. Sra. Dña. Antonia Jesús Moro Cárdeno, del G.P. Socialista (pág. 9592).

Votación: Rechazada por 4 votos a favor, 9 votos en contra, ninguna abstención.

*Proposición no de Ley 6-02/PNLC-000339, relativa a instar al Consejo de Gobierno de la Junta de Andalucía a que construya un centro hospitalario de alta resolución en Almería.*

Intervienen:

Ilmo. Sr. D. Martín Soler Márquez, del G.P. Socialista (págs. 9595, 9596).  
Ilmo. Sr. D. Manuel López Calvo, del G.P. Izquierda Unida Los Verdes-Convocatoria por Andalucía (pág. 9596).  
Ilmo. Sr. D. Juan Pizarro Navarrete, del G.P. Popular de Andalucía (pág. 9596).

Votación: Aprobada por unanimidad.

---

**Punto segundo del orden del día: Comparecencias**

*Comparecencia 6-02/APC-000437, del Excmo. Sr. Consejero de Salud, a fin de informar sobre los resultados de la aplicación y actuaciones realizadas en base al Decreto de Garantías de Respuesta Quirúrgica y la situación actual de las listas de espera dentro del Servicio Andaluz de Salud.*

Intervienen:

Excmo. Sr. D. Francisco Vallejo Serrano, Consejero de Salud (págs. 9597, 9602, 9606).

Ilmo. Sr. D. Ricardo Alberto Chamorro Rodríguez, del G.P. Mixto (págs. 9600, 9606).

Ilmo. Sr. D. Juan Pizarro Navarrete, del G.P. Popular de Andalucía (pág. 9604).

Ilmo. Sr. D. Antonio Núñez Roldán, del G.P. Socialista (pág. 9605).

*Comparecencia 6-02/APC-000489, del Excmo. Sr. Consejero de Salud, a fin de informar sobre el Plan de Mejora de la Atención a los Enfermos Oncológicos.*

Retirada (pág. 9608).

*Comparecencia 6-02/APC-000499, del Excmo. Sr. Consejero de Salud, a fin de informar sobre el proyecto del centro hospitalario de Guadix (Granada), su coste económico, cartera de servicios y plazos de ejecución.*

Intervienen:

Excmo. Sr. D. Francisco Vallejo Serrano, Consejero de Salud (págs. 9608, 9612).

Ilmo. Sr. D. Santiago Pérez López, del G.P. Popular de Andalucía (pág. 9611).

**Punto tercero del orden del día: Preguntas Orales**

*Pregunta Oral 6-02/POC-000088, relativa al nuevo centro de salud de La Ribera (Córdoba).*

Intervienen:

Ilmo. Sr. D. Antonio Núñez Roldán, del G.P. Socialista (pág. 9614).

Excmo. Sr. D. Francisco Vallejo Serrano, Consejero de Salud (pág. 9614).

*Pregunta Oral 6-02/POC-000109, relativa al centro de salud en Bormujos (Sevilla).*

Intervienen:

Ilmo. Sr. D. Antonio Núñez Roldán, del G.P. Socialista (págs. 9615, 9616).

Excmo. Sr. D. Francisco Vallejo Serrano, Consejero de Salud (pág. 9615).

*Pregunta 6-02/APC-000257, relativa al tratamiento de los pacientes anticoagulados en el distrito sanitario Santa Fe-Loja (Granada).*

Se convierte en Pregunta con ruego de respuesta escrita (pág. 9616).

*Pregunta Oral 6-02/POC-000331, relativa a la asistencia sanitaria a personas reclusas en Andalucía.*

Intervienen:

Ilmo. Sr. D. Antonio Romero Ruiz, del G.P. Izquierda Unida Los Verdes-Convocatoria por Andalucía (págs. 9616, 9618).

Excmo. Sr. D. Francisco Vallejo Serrano, Consejero de Salud (págs. 9617, 9619).

*Pregunta Oral 6-02/POC-000401, relativa al servicio 061 costa granadina.*

Intervienen:

Ilmo. Sr. D. Carlos Rojas García, del G.P. Popular de Andalucía (págs. 9619, 9620).

Excmo. Sr. D. Francisco Vallejo Serrano, Consejero de Salud (págs. 9620, 9621).

*Pregunta Oral 6-03/POC-000001, relativa a la atención a los afectados por el síndrome de Tourette.*

Intervienen:

Ilmo. Sr. D. Antonio Romero Ruiz, del G.P. Izquierda Unida Los Verdes-Convocatoria por Andalucía (págs. 9621, 9623).

Excmo. Sr. D. Francisco Vallejo Serrano, Consejero de Salud (págs. 9622, 9623).

*Pregunta Oral 6-03/POC-000029, relativa a la sustitución de las bombas de cobalto.*

Intervienen:

Ilma. Sra. Dña. Isabel Garzón Sánchez, del G.P. Popular de Andalucía (págs. 9624, 9625).

Excmo. Sr. D. Francisco Vallejo Serrano, Consejero de Salud (págs. 9624, 9626).

*Pregunta Oral 6-03/POC-000030, relativa a la falta de control de la Consejería de Salud de las aguas destinadas al consumo humano.*

Intervienen:

Ilma. Sra. Dña. Isabel Garzón Sánchez, del G.P. Popular de Andalucía (págs. 9627, 9629).

Excmo. Sr. D. Francisco Vallejo Serrano, Consejero de Salud (págs. 9627, 9629).

Se levanta la sesión a las diecinueve horas, cuarenta y cinco minutos, del día dieciocho de febrero de dos mil tres.

**Proposición no de Ley 6-01/PNLC-000386, relativa al traslado del centro salud de Guadix (Granada) a las instalaciones del centro periférico de especialidades.**

El señor PRESIDENTE

—Si les parece bien, vamos a comenzar la sesión de la Comisión de Salud con el primer punto del orden del día, relativo a proposición no de ley en Comisión, relativa al traslado del centro de salud de Guadix, Granada, a las instalaciones del centro periférico de especialidades.

Para su defensa, tiene la palabra el señor Pérez López, en nombre del Grupo Parlamentario Popular.

Y, si me permite un momento, recordar que ha llegado a la Mesa una enmienda, presentada por el Grupo Parlamentario Socialista, en relación a la proposición no de ley sobre hemofilia y otras enfermedades de transmisión genética. La Mesa entiende que es admitida y, por tanto, también calificada favorablemente.

Cuando quiera, por favor.

El señor PÉREZ LÓPEZ

—Gracias, señor Presidente. Señorías.

Nuestro Grupo trae esta mañana a la Comisión de Salud una proposición que pretende conseguir una aspiración manifestada y apoyada por todos los Grupos municipales del Ayuntamiento de Guadix, en la cual se pretende que el centro de salud no se pierda con la instalación del futuro hospital, sino que sus instalaciones puedan trasladarse a un lugar mucho más céntrico, mucho más accesible, como es el centro periférico de especialidades, que está en pleno corazón de la ciudad.

A nadie se le escapa que el actual centro de salud no reúne las condiciones necesarias, que ha adolecido de grandes carencias, de deficiencias, prácticamente desde su apertura, allá por los años ochenta, y que todas esas carencias han ido poco a poco salvándose, han ido mejorándose, pero que aún persisten bastantes de ellas. No obstante, fue recibido con gran alegría el que la Junta de Andalucía..., ese anuncio de que se iba a construir un nuevo hospital en Guadix, o un hospital en Guadix después de veinte años de espera, pero entendíamos nosotros y entiende el pueblo que la construcción del hospital no debe llevar parejo, precisamente, el que se pierdan los servicios que actualmente presta el centro de salud, entre otras cosas porque el nuevo hospital se va a construir a más de dos kilómetros del centro urbano, como no podía ser de otra manera, y eso hace que algunos barrios, bastantes barrios, queden relativamente lejanos de los servicios que puede prestar el centro de salud, y además porque experiencias cercanas y próximas han demostrado que no es bueno que el centro de

salud y el hospital estén juntos. La experiencia más cercana a nosotros es Baza, en donde posteriormente la Consejería tuvo que reubicar el centro de salud en pleno corazón de la ciudad porque los servicios que se prestaban, pues, no eran los más eficaces y, sobre todo, la población sentía que no estaba lo suficientemente atendida desde esa perspectiva.

Por tanto, nosotros pretendemos con esta proposición no de ley tres grandes aspectos: primero, acercar la salud, la salud cotidiana, la diaria, a los ciudadanos; mejorar el servicio que se presta, y, por supuesto, optimizar las inversiones y los servicios públicos, que creo que debe ser una de las grandes razones que deben movernos.

Ése es el objetivo por el cual nosotros proponemos instar al Consejo de Gobierno de la Junta de Andalucía a que reordene los servicios sanitarios en Guadix, convirtiendo el actual centro periférico de especialidades en el futuro centro de salud de la ciudad.

Nada más y muchas gracias.

El señor PRESIDENTE

—Muchas gracias, señor Pérez López.

A continuación, tiene la palabra, en nombre del Grupo Parlamentario de Izquierda Unida Los Verdes-Convocatoria por Andalucía, el señor López Calvo.

El señor LÓPEZ CALVO

—Gracias, señor Presidente.

Bueno, en primer lugar, creemos que esta proposición no de ley está en relación con una propuesta que esperamos que muy pronto se vea en el Pleno de la Cámara, porque ya así la Consejería de Salud lo ha planteado, que es la presentación del Libro Blanco sobre la prestación de los servicios hospitalarios a nivel comarcal, a nivel territorial en Andalucía, porque estamos haciendo referencia a la compatibilidad entre el centro de alta resolución previsto en Guadix, que esperamos que esté contemplado en este Libro Blanco con los servicios, con las características del mismo para Guadix y su entorno, para la ciudadanía de Guadix y para los habitantes de su comarca, como también, digo, la compatibilidad con una atención primaria cercana y de calidad a los ciudadanos y ciudadanas de la ciudad de Guadix exclusivamente, porque naturalmente la atención primaria también existe en el resto de los municipios del entorno.

En este sentido, nosotros creemos que es necesario conocer y valorar las propuestas que nos realicen en el susodicho o en el mencionado Libro Blanco, que espero, insisto, que lo veamos rápidamente, después de tantos meses de atraso aquí en la Cámara.

Y, en segundo lugar, creemos que la propuesta, tal como nos la presentan, tampoco concreta mucho porque no sé si exactamente es un centro de salud, un consultorio, cómo se podría hacer esa atención primaria, porque, bueno, en la gestión de las espe-

cialidades, que está pensado no solamente para los habitantes de la ciudad de Guadix, sino que está pensado para toda la comarca, debe tenerse en cuenta esa situación, su cercanía con el centro hospitalario de referencia, con el centro de alta resolución de Guadix, etcétera, ¿no?

En este sentido, nosotros creemos que debería clarificarse, por parte del portavoz, exactamente qué es lo que se propone porque, si no, estaríamos haciendo también un canto de sirenas, una expresión de buena voluntad, que nadie nos negamos a que haya cuantos más centros de salud, mejor; cuantas más especialidades, mejor; cuanto más cercanas a la ciudadanía, mejor, pero también tendremos que organizarlo respecto a los distintos servicios integrales que la prestación de salud en nuestra Comunidad Autónoma debe tener, incluyendo la prestación de especialidades y la prestación hospitalaria.

Esperamos escuchar al resto de los intervinientes para definir nuestra posición.

Muchas gracias.

#### El señor PRESIDENTE

—Gracias, señor López Calvo.

A continuación tiene la palabra, en nombre del Grupo Parlamentario Socialista, la señora Clara Aguilera.

#### La señora AGUILERA GARCÍA

—Gracias, señor Presidente.

De nuevo tenemos una iniciativa referente a la salud en Guadix y en su comarca. Todo esto es interesante porque muestra la preocupación que, efectivamente, tienen los ciudadanos de Guadix y su comarca por tener un servicio de calidad de salud.

Yo sí que quiero hacer en la intervención, en primer lugar, un análisis de lo que hay en la actualidad. Lo digo porque en la exposición de motivos de la proposición no de ley se hace una valoración regular de cómo está la asistencia sanitaria ahora mismo en el municipio de Guadix, que afecta a casi veinte mil habitantes que hay, que figuran en el censo de este municipio.

Decir que actualmente, actualmente, sin hospital, hay un centro de salud que funciona con horario de jornada de mañana y tarde, con un servicio de urgencias. También hay tres consultorios auxiliares en tres barriadas situadas ahora mismo en el municipio de Guadix, en la barriada Andalucía, La Estación y Las Cuevas.

También se encuentran...; es decir, aparte de este centro de salud, con estos tres consultorios auxiliares, con un personal y una dotación tanto para éstos como para el equipo de urgencias, una dotación importante de personal y de medios, también se encuentra un servicio de atención especializada, lo que se llama el centro periférico de especialidades, que depende

del hospital comarcal de Baza. También hay un Club periférico de hemodiálisis, dependiente del hospital universitario Virgen de las Nieves. Todos estos servicios sanitarios, de los que ahora mismo, y durante hace ya algunos años, disponen los ciudadanos de Guadix, se están prestando en unas condiciones suficientes y necesarias para lo que es la prestación de la salud pública en nuestra Comunidad Autónoma; es decir, que no obstante, no obstante hay una apuesta de hace muchos años, como ha dicho el portavoz, una apuesta, tanto de la Consejería de Salud como de su Corporación municipal, de todas y cada una de las Corporaciones municipales que ha habido en este Ayuntamiento, de que haya un hospital comarcal en Guadix y su comarca. Esta apuesta está hecha, está comprometida y está ya actualmente en un proceso muy avanzado para que las obras comiencen en breve, de este hospital comarcal en Guadix, este centro, centro de alta resolución, que requiere, además, estos centros de alta resolución requieren, van a atender una mejora sustancial porque..., me gustaría recordarlo porque a mí, cuando yo, no siendo conocedora de todos los procesos sanitarios, sí que me pareció una novedad y una cuestión muy importante que en estos centros, llamados de alta resolución, se pudiese atender de una forma..., es decir, que un paciente llega, se le diagnostica, se hacen los análisis, se le da todo el resultado en un mismo momento, lo que se llama el acto único, que es algo que va a significar y que está ya significando en algunos sitios una auténtica revolución de la asistencia sanitaria.

Por tanto, yo creo que las condiciones actuales y futuras de los ciudadanos de Guadix y su comarca son realmente importantes de una salud pública de calidad. Por tanto, con toda esta situación, la propuesta que nos hace el portavoz del Partido Popular, en la que dice «reordenar los servicios sanitarios de Guadix, convirtiendo el actual centro periférico de especialidades en un futuro de centro de salud», él ya hace ver como que sería conveniente el centro de salud trasladarlo a este centro periférico y no quizás a este hospital de alta resolución, que está previsto, insisto, y que se van a empezar las obras en breve, en la ciudad de Guadix.

Por tanto, yo creo que es atrevido en este momento hacer una propuesta de este tipo porque, efectivamente, cuando esté el hospital construido, habrá que reordenar y reestructurar los servicios sanitarios que tienen Guadix y su comarca, que son actualmente unos servicios importantes, pero que se van a ver incrementados y mejorados con la puesta en marcha de este hospital.

Por tanto, a nosotros nos parece no oportuna esta propuesta porque seguramente, y además lo ha dicho en su intervención, insisto, yo creo que con bastante buena voluntad, porque es verdad que en algunas ocasiones se ha hablado de que sería conveniente que el centro de salud se mantuviese. Pero esto ahora mismo es técnicamente difícil de valorar porque, cuando esté en marcha el hospital, esa reordenación ya se verá cuál es la más adecuada.

Él ha dicho una cuestión que me parece importante resaltar; dice: «Se ha visto en otros sitios, como en Baza, donde se reubicó el centro de salud y después, posteriormente, en Baza se tuvo que reubicar este centro de salud fuera del hospital y ponerlo más en el centro de la ciudad».

Efectivamente, por eso le quiero decir al portavoz del Partido Popular que, cuando esté construido el centro de salud, ya veremos cuál es la mejor reordenación, y a lo mejor esa mejor reordenación significa que habrá que mantener, no sé si un centro de salud o algunos consultorios en el centro de la ciudad para atender la atención primaria sobre todo a una población mayor, no lo sabemos, lo que sí le puedo asegurar, señor Diputado, es que la sanidad, la salud pública que se está prestando en Guadix en unas condiciones óptimas, que se van a ver incrementadas y mejoradas con esa calidad que, como ha dicho también el portavoz de Izquierda Unida, lo veremos próximamente con el anuncio de este Libro Blanco de lo que son los hospitales comarcales, pero siempre con una cuestión muy importante que ha reflejado siempre este Consejero: cualquier reordenación que se lleve a cabo hay que verla bajo un prisma de eficacia y eficiencia. Y yo no estoy convencida, ni la Consejería de Salud está convencida, en este momento. Por tanto, no podemos votarle a favor de esta iniciativa, que usted nos trae, seguramente cargada de buena voluntad, porque no es el momento de ver cuál es la mejor ubicación y la mejor reordenación de los servicios sanitarios de Guadix, que están pendientes de la construcción de un hospital en las próximas fechas y que posteriormente se verá cuál es la mejor idoneidad. También asegurarle, señor Diputado, que le puedo garantizar, y usted lo sabe, que el Alcalde de Guadix, que el Consejero de Salud, que el Grupo Socialista, el Partido Socialista, y seguramente su partido y usted mismo, lo que vamos a luchar todos es por que Guadix y su comarca tengan la mejor atención sanitaria pública.

Por tanto, le vamos a decir que no a esta iniciativa, no es oportuna en este momento, hasta que no se construya el hospital. Esperemos eso y después se procederá a la reordenación.

Por tanto, le tenemos que decir que en este momento no es oportuna esta iniciativa que usted nos trae aquí y le vamos a votar que no a su proposición.

Nada más y muchas gracias.

**El señor PRESIDENTE**

—Muchas gracias, señora Aguilera.

Tiene la palabra el portavoz del Partido Popular.

**El señor PÉREZ LÓPEZ**

—Gracias, señor Presidente.

Tenemos que discrepar profundamente de la opinión manifestada por la portavoz socialista, entre

otras cosas porque, precisamente, la fecha de la proposición no de ley es del 19 de noviembre del año 2001, y precisamente hasta que no hemos visto algo que para nosotros era fundamental, como era el programa funcional del centro hospitalario, publicado en julio, y sobre todo la manifestación de todos los Grupos políticos en el Ayuntamiento de Guadix, concretamente en septiembre de 2002, en donde en su punto de acuerdo número 6 se manifiesta claramente lo siguiente: «Que el Servicio Andaluz de Salud contemple la necesidad de ubicar el centro de salud en el actual antiguo ambulatorio, centro periférico de especialidades».

Por tanto, una vez oída la opinión de los ciudadanos y de los Grupos políticos es por lo que nosotros hemos traído aquí esta proposición no de ley. Una proposición no de ley que no es atrevida, sino todo lo contrario: es una proposición con visión de futuro, no es una apuesta a corto, sino a medio plazo, que creo que es como hay que ver las cosas en salud, y que no se trata tampoco de crear un nuevo centro de salud: se trata simple y llanamente de que el centro de salud actual desaparece porque desde el principio su concepción estuvo mal definida y, por tanto, entendemos nosotros que los accitanos no pueden perder algo tan fundamental como es un edificio que puede mejorar precisamente la sanidad, y es concretamente el centro periférico de especialidades, que parte de él, pues, obviamente, va a quedar en desuso, debido a la integración de los especialistas en el centro hospitalario. Por tanto, es un edificio que puede perfectamente acomodar al actual centro de salud y entendemos nosotros que además haría ese bien a la población porque está ubicado en un lugar céntrico, accesible y en donde cualquier ciudadano puede acceder a sus servicios en un tiempo razonablemente prudencial.

Nosotros, obviamente, y aquí se demuestra, tenemos una visión muy diferente de las cosas. Nosotros tenemos una visión a medio plazo, como he dicho antes, una visión para mejorar de forma definitiva la salud en la ciudad, en la comarca, y creo que éste podría haber sido un paso bastante importante. Esperar a que entre en funcionamiento el centro de salud es dar largas y, luego, creo que siempre los remedios no son buenos, precisamente porque estamos hablando de salud; en otras situaciones, en otros ámbitos podría aceptarse, pero en el tema de salud yo pienso que, si podemos adelantarnos a las circunstancias, podemos mejorar previamente esa situación, pues, deberíamos hacerlo, máxime cuando el Pleno, por unanimidad del Ayuntamiento, así lo dijo ya en el mes de septiembre.

Sintiendo que no sea apoyada por el Grupo mayoritario, nosotros vamos a seguir luchando por que una cosa sea el centro hospitalario y otra sea, precisamente, la atención primaria, lo que es el centro de salud de Guadix, que se verá mermado bastante si se incorpora al centro hospitalario.

Nada más y muchas gracias.

El señor PRESIDENTE

—Muchas gracias, señor Pérez.

A continuación, pasamos a la votación de la iniciativa.

Se inicia la votación.

*El resultado de la votación es el siguiente: ha sido rechazada, al haber obtenido 6 votos a favor, 9 votos en contra, una abstención.*

**Proposición no de Ley 6-02/PNLC-000237, relativa a la mejora de la atención sanitaria en Fuengirola.**

El señor PRESIDENTE

—Pasamos al siguiente punto del orden del día, proposición no de ley en Comisión, relativa a mejora de la atención sanitaria en Fuengirola.

Para su defensa, tiene la palabra la portavoz del Grupo Parlamentario Popular, la señora Oña.

La señora OÑA SEVILLA

—Buenos días a todos.

No es la primera vez que vengo a este Parlamento a defender una propuesta de sanidad, evidentemente, y tampoco es la primera vez que lo hago para que esa defensa se refiera concretamente al municipio de Fuengirola.

Hace aproximadamente un año ya presentaba la necesidad que nuestro Ayuntamiento, que el municipio tiene de contar con un centro de urgencias en la localidad. Posiblemente será Fuengirola la única ciudad de España con más de cincuenta mil habitantes que no tiene centro de urgencias propio. Aquella petición vino avalada por una moción aprobada en Pleno por unanimidad, en donde se solicitaba al Parlamento de Andalucía la dotación de ese equipamiento sanitario que se considera de gran necesidad. Fue rechazada la propuesta con argumentos, desde nuestro punto de vista, inconsistentes, y sí recuerdo uno de los que en aquel momento se esgrimieron para basar la negativa a la petición: que era Fuengirola un municipio turístico y que, por tanto, gran parte de la población era extranjera, que venía de turismo y, si venía de turismo, era de presuponer que gozaban de buena salud.

En cualquier caso, me parecen que ésas son razones peregrinas, que a veces se argumentan cuando no existen otras mejores, y el tiempo pasa y también debe ir serenando y madurando los argumentos y las posiciones. Se han seguido enviando al Parlamento de Andalucía, al Gobierno de todos los andaluces distintas mociones del Ayuntamiento de Fuengirola, respaldadas por la unanimidad de los Grupos políticos, solicitando una serie de mejoras sanitarias en la localidad. Estas mociones hasta ahora

han sido sistemáticamente desatendidas, sólo han sido respondidas, a veces, con insinuaciones tibias o anodinas por parte de responsables políticos sanitarios del Gobierno andaluz, pero que no se han concretado jamás en ninguna medida que pudiéramos disfrutar o que, al menos, pudiéramos tener la seguridad de que pronto iba a disfrutarse. En este sentido, no creo que sea necesario insistir mucho en cuáles son las necesidades de Fuengirola porque de sobra son conocidas, o deberían serlo, por todos los miembros aquí presentes, teniendo en cuenta, como digo, que en los últimos once años se han enviado ya innumerables solicitudes al Gobierno de la Junta de Andalucía. Por lo tanto, la situación sanitaria que tiene el municipio de Fuengirola debería ser perfectamente conocida por todos los miembros aquí presentes y, si no es así, es evidente o se podría deducir que ha habido una falta, quizás, de interés o de responsabilidad.

En cualquier caso, como digo, pensando que las posiciones se serenar, se maduran y a veces cambiamos de opinión, creo que después de once años de pedir lo mismo, y siempre respaldado por la unanimidad de los Grupos políticos que conforman el Ayuntamiento o la Corporación fuengiroleña, sería deseable también aquí un mayor entendimiento y un esfuerzo para aunar voluntades.

Fuengirola tiene una población censada de más de cincuenta mil habitantes, aproximadamente unos cincuenta y dos, cincuenta y tres mil, pero tiene una población de hecho de más de cien mil. Las personas que vivan o que conozcan la Costa del Sol saben que nosotros tenemos calles compartidas con el municipio de Mijas; es decir, que en la calle la acera sur es de Fuengirola, la acera norte es de Mijas y compartimos con Mijas el centro de urgencias. Está situado en el municipio vecino de Mijas y da atención a Fuengirola también, a nuestra población, a partir de la seis de la tarde. No se trata de que haya una proximidad geográfica, se trata de la cantidad de personas que tienen que ser atendidas en ese centro. Entre Mijas y Fuengirola, en verano, habrá más de quinientos mil habitantes y es imposible que con un centro de urgencias se pueda dar satisfacción a todas las necesidades. Es imposible también que con dos ambulancias, para 500.000 habitantes en verano, se pueda atender a todas las personas que requieren ese servicio. Muchísimas veces, cientos de veces es la policía local fuengiroleña la que tiene que hacer de ambulancia y tiene que trasladar a los enfermos. Muchísimas veces nos hemos encontrado con enfermos que han llegado en malísimas condiciones al centro de salud, por no haber contado con una ambulancia y con unos servicios médicos que les pudieran prestar los primeros auxilios, y realmente tampoco se debería consentir que una población como la de Fuengirola, que en verano está en torno a doscientas o doscientas cincuenta mil personas, no tenga las especialidades médicas que tantas veces se han prometido por los responsables sanitarios del Gobierno andaluz, siempre coincidiendo, no sé si por casualidad, coincidiendo con la época preelectoral en el municipio... Bueno, como

en todos los municipios, en la época preelectoral a las elecciones municipales.

Por tanto, lo que venimos a reclamar aquí no es ni más ni menos que las promesas que se han hecho siempre y que jamás se han cumplido. En este sentido, se ha prometido indefectiblemente, cada vez que se acercan las elecciones municipales, se ha prometido por parte del Gobierno andaluz, que ha hecho alguna visita al municipio fuengiroleño, que se iba a incrementar el número de ambulancias —como digo, para Fuengirola y Mijas se cuenta con dos ambulancias—, se pide incrementar, al menos para el municipio de Fuengirola, en otras dos, con lo cual contaríamos con tres ambulancias; realizar las obras necesarias y repetidas veces prometidas, como ya digo, en el centro de salud Fuengirola oeste —en Fuengirola hay dos centros de salud—; dotar a Fuengirola de un centro propio de urgencias, o bien reconvertir alguno de los dos existentes para ese fin. Quiero decir, en este sentido, que el Gobierno municipal, recientemente, aprobó el ceder a la Junta de Andalucía los terrenos suficientes para hacer esta reconversión, o incluso para hacer la construcción de uno nuevo, y también adaptar los servicios al aumento poblacional en la época estival.

Al mismo tiempo, hay una quinta propuesta que trata de relacionar en unas cantidades más favorables lo que es la comunicación médico-enfermo, es decir, establecer las ratios que la OMS recomienda, de 1.000 pacientes, en caso de Pediatría, por médico, y 1.200, en caso de adultos, por médico. Fuengirola es una de las ciudades de Andalucía que soporta mayor presión asistencial.

Creo, por tanto, que son peticiones basadas en el sentido común, son peticiones pedibles desde lo que son las propias necesidades de salud o de sanidad que se tienen en Fuengirola. El derecho a la salud es un derecho constitucional y, desde luego, lo que sí puedo asegurar es que en Fuengirola se presta en unas condiciones bastante peores que en la mayoría de la Comunidad Autónoma a la que pertenecemos. Creo que eso nos da suficiente fuerza y suficiente razón para que se pueda venir a este Parlamento, que es donde se tienen que tomar las decisiones, simplemente avalándonos en la realidad de una situación que no debe permanecer por más tiempo así.

Muchas gracias.

El señor PRESIDENTE

—Muchas gracias, señora Oña.

A continuación tiene la palabra, en nombre del Grupo Parlamentario Mixto, el señor Chamorro.

El señor CHAMORRO RODRÍGUEZ

—Muchas gracias, señor Presidente.

La proposición que presenta el Grupo Parlamentario Popular y que ha defendido la señora Oña —además

de Diputada, Alcaldesa de esta localidad—, indudablemente, tal y como está planteada, podríamos trasladarla a multitud de poblaciones en Andalucía. También se puede añadir, a renglón de mis palabras, que «mal de muchos, consuelo de tontos», pero no es de eso de lo que se trata: se trata, lógicamente, de llevar a cabo lo que es también un organigrama en torno a la atención médica, en torno a la atención sanitaria. Y, lógicamente, ese organigrama no solamente no se puede hacer población por población, sino que hay que hacerlo también en un conjunto territorial. Y, en este sentido, creemos que todas las cuestiones que se plantean, no solamente en Fuengirola, sino en el resto del territorio y de la comarca, pueden estar plenamente dotadas y plenamente atendidas, así lo vemos desde el Grupo Parlamentario Mixto y así lo entendemos. Podríamos ponerle el ejemplo que este Diputado conoce más directamente, lo digo, de Chiclana de la Frontera, donde incluso hay un incremento que está desbordando todas las previsiones y que, lógicamente, hay una demanda cada vez mayor, entre otras, del Servicio Andaluz de Salud, y se están dotando, créanme, que se están dotando, pero lo que no podemos tampoco es estar pidiendo, cada vez que haya un incremento poblacional, un centro, un hospital, un centro de especialidades y un centro de urgencias, y así sucesivamente, porque eso es una política totalmente localista, es un posicionamiento totalmente localista. Creemos que hay que ser más razonable, y más en los temas sanitarios, a pesar de que, en muchas cuestiones que está planteando el Grupo Parlamentario Popular, puede tener sobradas razones para ello, y yo no las pongo en duda, porque no se puede decir que como forma, y ahí estoy totalmente de acuerdo con su señoría, que como un argumento, es decir, que es que el incremento solamente se hace por cuestiones turísticas, hay un servicio turístico, hay, indudablemente, una apuesta por el turismo en Andalucía, y también el mismo tiene que ser atendido en todos los aspectos.

Pero también es verdad, señoría, que ese servicio se puede dar en todo el territorio y en la comarca en que se encuentra la localidad de Fuengirola, que, como bien dice en la exposición de motivos, conjuntamente con Mijas viene llevándose a cabo esta laguna.

Y, por lo tanto, sin dilatar más nuestra intervención, no vamos a apoyar la proposición que nos presenta el Grupo Parlamentario Popular.

El señor PRESIDENTE

—Muchas gracias, señor Chamorro.

A continuación tiene la palabra, en nombre del Grupo Parlamentario Andalucista, el señor Calvo Poyato.

El señor CALVO POYATO

—Muchas gracias, señor Presidente.

Nos encontramos con una proposición no de ley del Grupo Parlamentario Popular, en la cual lo que

se plantea es una serie de iniciativas que plantean una mejora de lo que sería la asistencia sanitaria a los vecinos de Fuengirola y, en todo caso, a una población que, como ha dicho la Diputada del Grupo Parlamentario Popular, señora Oña, no está censada, o incluso una población que crece de manera importante, como ocurre en todas las zonas turísticas durante los meses de verano, ¿no?

El censo de la población de Fuengirola se sitúa en torno a cincuenta mil habitantes, cincuenta y dos mil habitantes, y probablemente, como ha dicho la Diputada popular, la realidad sea que pueda hasta duplicarse, que pueda estar en torno a las cien mil personas. Dificilmente se puede, en fin..., atender, con un censo con unas determinadas cifras y una realidad que es distinta, realidad además que se ve distorsionada durante los meses de verano con una llegada masiva de veraneantes. Ahora bien, dicho esto, y a nosotros nos parece que todo intento y toda iniciativa que pretenda mejorar los servicios y en ese empeño está, desde luego, la Consejería de Salud, que se le prestan desde cualquier Consejería a los ciudadanos y ciudadanas, señalar que, por ejemplo, en este momento, en la zona básica de salud de Fuengirola, que tiene varios puntos de asistencia y que engloba también al municipio de Mijas, que, como ha dicho la Diputada popular, pues se encuentra literalmente adosado al de Fuengirola, habiendo calles que una parte corresponde a uno y otra parte corresponde a otra, está atendido por 55 facultativos, ellos son 43 médicos de familia, 12 pediatras y 42 enfermeros, además de otros dispositivos para atender urgencias y para atender situaciones críticas.

Pero, sobre todo, donde quiero poner el énfasis de esta intervención es en que ha habido un incremento en los dos últimos años, a lo largo del año 2001 y del año 2002, que se sitúan en torno a un 10, 12% del número de facultativos que están atendiendo las necesidades sanitarias de la población de Fuengirola; por lo tanto, hay un esfuerzo realizado en los últimos años, que probablemente no satisfaga las aspiraciones ni siquiera de la propia Consejería, que le gustaría ir más allá, a las necesidades que tiene la población de Fuengirola, ¿no?, y, desde luego, lo que no nos parece adecuado es que se plantee que todos los servicios estén adaptados a un aumento poblacional de época estival. Nosotros creemos que ahí hay una situación que debe atenderse, que debe atenderse, pero que no las estructuras de los servicios estén adaptadas a ese planteamiento.

Por lo tanto, nosotros reconocemos el esfuerzo que se viene haciendo, por parte de la Consejería de Salud, en la zona básica de salud de Fuengirola; que la realidad de Fuengirola, como la de tantos municipios costeros, es una realidad que entronca una serie de dificultades como consecuencia del incremento de población que se produce durante el periodo estival, y, en definitiva, señalar que estamos con el esfuerzo que viene realizando la Consejería y, por lo tanto, no

vamos a apoyar la iniciativa que nos plantea el Grupo Parlamentario Popular.

Muchas gracias, señor Presidente.

El señor PRESIDENTE

—Gracias, señor Calvo.

A continuación tiene la palabra, en nombre del Grupo Parlamentario de Izquierda Unida Los Verdes-Convocatoria por Andalucía, el señor López Calvo.

El señor LÓPEZ CALVO

—Gracias, señor Presidente.

Bien es cierto que, por el modelo poblacional que tiene nuestra Comunidad Autónoma, con una concentración importante de la población en el litoral, por la estructura socioeconómica, también, de nuestra economía, donde el sector servicios es el sector casi de monocultivo que fundamenta nuestro desarrollo económico y, teniendo en cuenta que tenemos una alta temporalidad, de ahí que exista un convenio entre las Administraciones públicas, Gobierno central y Administración autonómica en torno a los desplazados en el modelo de financiación sanitaria, creemos que sí hay que tomar alguna consideración y hay que planificar nuestra asistencia sanitaria, teniendo en cuenta estas condiciones objetivas que existen en nuestra Comunidad y que existen especialmente en las zonas del litoral.

Ya hemos planteado en infinidad de ocasiones, tanto con iniciativas de distinto tipo —preguntas, comparecencias, proposiciones no de ley— la necesidad de que, en la época estival, haya una política propia por parte de la Administración sanitaria, teniendo en cuenta lo que son las vacaciones, lo que son los desplazamientos de la población hacia determinadas zonas de nuestro territorio, hacia determinadas poblaciones, teniendo en cuenta los desplazamientos de población de fuera de nuestra Comunidad, tanto de carácter nacional como de carácter internacional, y, por lo tanto, sí es cierto que es necesario mejorar, impulsar, adaptar la gestión sanitaria en los ámbitos del litoral, y en este caso se nos plantea uno en concreto, que es el municipio de Fuengirola, en la Costa del Sol malagueña. Y desde nuestra perspectiva sí es necesario.

Podemos no coincidir en la tabla reivindicativa que plantea en la profundidad o en el número de equipamientos, personal..., que reivindica, digo, en la tabla reivindicativa que representa la proposición no de ley, pero como vamos a..., y últimamente parece que eso está otra vez floreciendo, eh, vamos a hacer como los de mayo del 68, vamos a ser muy realistas y vamos a pedir lo imposible, porque después vendrán la Ministra de Sanidad y el Consejero de Sanidad respectivo a rebajarnos, pues, el dinero destinado a sanidad, sobre todo a la sanidad pública. Vendrán con problemas de falta de financiación para

equipamientos, etcétera, y nosotros vamos a aprobar esta iniciativa porque creemos que, espoleando a los responsables de las Administraciones públicas, primero ponemos encima de la mesa la necesidad de defender y de mantener al máximo la prestación sanitaria pública, frente a la privatización que se está desarrollando desde la estructura de la Administración central, desde el Partido Popular. Por lo tanto, para defender la sanidad pública hay que mejorarla, y para eso hay que reivindicar financiación, pero también hay que poner medios a disposición de la ciudadanía, y desde nuestra perspectiva nosotros vamos a defender esta proposición no de ley, que espero que ya también que el Partido Popular, la Alcaldesa de Fuengirola defiendan la Administración pública, la sanidad pública también frente a la Ministra de Sanidad, que últimamente se está señalando por su defensa de la sanidad privada, por la privatización de la sanidad pública.

El señor PRESIDENTE

—Muchas gracias, señor López.

A continuación tiene la palabra, en nombre del Grupo Parlamentario Socialista, el señor Beltrán.

El señor BELTRÁN FORTES

—Gracias, señor Presidente.

Señorías, no tenemos la misma situación que hace un año. Es cierto que hace un año venía una iniciativa de estas características y argumentábamos, desde el Partido Socialista —yo estaba anotando por aquí—, una serie de argumentos, valga la redundancia, en las que en su día, hace un año, pues no sirvieron como argumentos: eran argumentos inconsistentes, eran argumentos inconsistentes, según la portavoz del Grupo Parlamentario Popular. Y yo, en aquella ocasión, recuerdo que decía, y le decía a la portavoz del Grupo Parlamentario Popular, que con ella los argumentos no servían; es decir, por muchos argumentos, y siempre en estas lides hemos estado, pues, cada uno con su punto de vista, defendiéndolos, nunca le han parecido válidos los argumentos del Partido Socialista a la portavoz, a la señora Oña, portavoz del Partido Popular. Y muchas veces daban ganas ni de argumentarlos, pero por otro lado dice: «Esto es algo serio, ésta es una cuestión seria, en la que tenemos que dar una respuesta no sólo a nosotros como parlamentarios, sino a toda la sociedad andaluza».

Y, en ese sentido, hay que dar argumentos y por eso también hoy vamos a dar unos argumentos, pero totalmente diferentes, puesto que ha mejorado la asistencia sanitaria en la zona básica de Fuengirola, que corresponde a dos municipios: Fuengirola y Mijas.

Pero empezamos con la exposición de motivos. Aquel día, hace un año, no coincidía con la señora Oña en el sentido de que decía que su municipio iba aumentando tan escalonadamente y de forma tan

geométrica, y yo decía que no llegaba a cincuenta mil habitantes, por una serie de razones. Hace un año, el Gobierno central no reconocía los 400.000 andaluces que se perdieron por ahí; hoy ya sí los reconoce, yo hoy ya sí le reconozco que Fuengirola tiene más de cincuenta mil habitantes, pero dudo mucho de que se quintuplique en la época estival, porque quintuplicar la población en época estival significa que también se quintuplican los residuos sólidos urbanos; que habría que quintuplicar, de alguna forma, o multiplicar por algo el número de operarios que recogen la basura; significa que también se puede multiplicar por cinco el número, pues, de robos, y habría que multiplicar por algo también la Policía Local, la Guardia Civil y los Cuerpos de Seguridad del Estado; habría que quintuplicar también por algo, pues, ahora con este desgraciado percance acaecido en Fuengirola, habría que quintuplicar, pues, las inversiones para obras hidráulicas que mejoraran toda la red, para que esta última avenida, pues, no ocasionase estos daños, porque cuando el río saca las escrituras, pues, usted se ahoga.

Mire usted, yo creo que, y ya entrando en cuestión, cuando se dice de incrementar el número de ambulancias en dos unidades, está usted también en un error. La zona básica sanitaria tiene dos equipos móviles, más uno del 061, y en contrato-programa de este año, en el 2003, un equipo de 24 horas que pasará, seguramente, si así lo creen conveniente los servicios sanitarios, pasará a una nueva ambulancia. Entonces, estamos hablando ya de cuatro ambulancias.

Con respecto a las obras del Fuengirola oeste, hemos tenido también ocasión en este mismo foro de tratar esta cuestión. El incremento de la cartera de servicios y la calidad asistencial yo creo que eso es algo evidente y que en este caso la Consejería quiere hacer mejor: incrementar la cartera de servicios y aumentar la calidad asistencial. En el año 2000 se estudió, se estaba estudiando lo que era el recrecimiento del edificio Fuengirola oeste y también una cesión del INSS, a la cual, pues, la Consejería de Salud, el Instituto Nacional de la Seguridad Social, pues, le dio una negativa. El recrecimiento del Fuengirola oeste salía, según los técnicos de la Junta de Andalucía, según los técnicos de la Consejería, salía muy caro ese recrecimiento y era más factible hacer un nuevo centro con una cesión de terrenos por parte del Ayuntamiento. El Ayuntamiento ha dado tres parcelas, pero a la vez también se le pedía financiación, financiación que ha dicho que no.

Miren ustedes, en todos sitios se hace..., Nerja, creo entender, y sé que está cediendo y está ayudando a que se haga el centro de salud en Nerja, en Vélez-Málaga, en mi pueblo, pues hemos puesto a disposición de la Consejería de Salud un terreno valorado en 86 millones, que se ha comprado por parte del Ayuntamiento, se ha puesto y, además, hemos hecho la obra para posterior financiación. Es decir, yo creo que cualquier político municipal, pues, si tiene tanta intención o si tiene tanta percepción en cuestiones sanitarias, pues tiene también que ponerles

las cosas difíciles a las Delegaciones Provinciales y a la Consejería.

Con respecto a dotar a Fuengirola de un centro propio de urgencias, estamos siempre en la misma tesitura: el punto de urgencias está en el centro de salud de Las Lagunas, en la calle La Unión. Yo creo que ya lo conocemos todos. Y debería saber que, dentro de lo que es la planificación sanitaria, no existen lo que son las fronteras. La zona básica de salud Fuengirola consta de dos municipios: Fuengirola y Mijas. Eso no tiene un concepto de territorialidad, que es distinto al que usted alude en este punto. Yo creo que, como profesional de la sanidad, debería tener esto más que sabido.

Planificamos según se planifican estos centros de salud, en función de la población, de la frecuentación, de la distancia, de la accesibilidad, de las cronas y de la disponibilidad económica. La señora Martínez decía eficiencia y eficacia, pero la disponibilidad económica es importante, y es importante porque, en el último Pleno, estábamos diciendo que el Gobierno central nos debía, nos había quitado 230.000 millones de las antiguas pesetas. Pues, con estos 230.000 millones de las antiguas pesetas también se podrían mejorar y se podrían dedicar muchas cosas a lo que es la sanidad.

El señor PRESIDENTE

—Señor Beltrán, debe ir terminando ya.

El señor BELTRÁN FORTES

—Voy finalizando. Un segundo.

Como le decía, la zona básica de salud, en la Ley General de Sanidad del 25 de abril de 1986, se desarrolla la Ley de Salud de Andalucía del 15 de junio y se actualiza el mapa de atención primaria de Andalucía el 7 de junio de 2002.

Previo a la entrada en vigor, existe un plazo de alegaciones para todas las Corporaciones, para instituciones públicas o privadas. Y esto viene dentro del BOPA del 5 de marzo de 2002. El Ayuntamiento de Fuengirola no hizo ninguna alegación y ahora, de alguna forma, pues, no ha lugar este punto dentro de la proposición no de ley porque ya digo que la zona básica sanitaria Fuengirola es Fuengirola y Mijas.

Con respecto a esas mejoras que decía antes, el Ayuntamiento de Mijas sí que es solidario con esta zona básica; sí que es solidario a la hora de invertir seis millones de pesetas para hacer seis nuevas consultas de especialistas, que van a mejorar y que mejoran no sólo a la gente de Mijas, sino a la gente de Fuengirola, a españoles o a extranjeros.

Y con respecto al incremento de recursos y dotación en verano, decirle que —ya lo ha dicho mi compañero portavoz del Partido Andalucista— existen 55 facultativos; que la ratio está en 1.700 habitantes por médico y en 2.200 habitantes por enfermero; que

la zona básica tiene un punto de urgencias de cuatro médicos y cuatro enfermeros, de nueve a las doce de la noche, y dos médicos y dos enfermeros de doce a nueve de la mañana. La plantilla se incrementó, en el año 2002, un 9'75 —casi un diez respecto al 2001—, y las citas sólo se incrementaron un 5'17; es decir, que el aumento de los profesionales es más grande que el número de citas en la zona básica de Fuengirola. Eso significa que se va mejorando año tras año.

Yo creo que en conclusión, y los datos están claros, en Málaga capital hay una apuesta firme de la Consejería por la atención primaria y, por supuesto, en toda la provincia. Hace poco anunciábamos la nueva disposición de siete centros de salud en Málaga capital y otros ocho nuevos que vienen en lo que es Málaga provincia. Y yo creo que hay algo que hay que destacar —y ya lo decía el señor Chaves en la respuesta a la señora Teófila en el último Pleno—, que en la macroencuesta del CSIC, más del 87% de la población está satisfecha o muy satisfecha con la atención primaria y el 80% está satisfecha o muy satisfecha con la atención hospitalaria.

Yo creo que todo lo demás es echarle verbo al asunto.

Muchas gracias.

El señor PRESIDENTE

—Gracias, señor Beltrán.

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

La señora OÑA SEVILLA

—Muchas gracias.

La verdad es que me llama la atención la exposición que ha hecho el señor Beltrán porque se contradice permanentemente. Yo solamente le voy a sintetizar algunas cosas, por cuestiones obvias de tiempo. Y sé que a mí no me valen sus argumentos, señor Beltrán, ni a usted le valen los míos. O sea, no sé cómo me dice eso como un arma arrojada, cuando, evidentemente, está claro que a usted no le valen los míos. Pero ya no es que no le valen los míos, no le valen los de la población de Fuengirola entera, representada a través de sus distintos Concejales, que, por unanimidad, llevan once años pidiendo lo mismo. Luego al Grupo Socialista en Fuengirola debe ser que le sirven unos argumentos que al Grupo Socialista, en el Parlamento andaluz, no le sirven.

Me parece que es paradójica su postura, por ser en sí misma contradictoria e incoherente.

Por otra parte, le diría, señor Beltrán, que las inundaciones de Fuengirola —hecho lamentable— no tendrían ni por qué haberse mencionado aquí. No se trata de quintuplicar los desagües en la ciudad de Fuengirola: se trata de que, en sesenta años, no ha llovido más que en estos últimos dos meses. En sesenta años jamás habían caído en Fuengirola 165

litros por metro cuadrado en dos horas, o en tres hojas; jamás. Posiblemente, cuando Noé existió, llovió parecido, pero, en sesenta años, no. Luego no lo compare usted. De lo que estamos hablando en sanidad es de una situación que se produce todos los días de la vida y, sin embargo, a lo que usted alega para justificar que no hay que mejorar la sanidad de Fuengirola es algo que se produce, afortunadamente, cada sesenta años, como muy pronto. Luego no me valen esos argumentos. No nos pueden valer sus argumentos, si son tan malos.

Por otra parte, el hecho de que nosotros no queramos correr con la financiación de los centros de salud no es por falta de solidaridad, es precisamente por tenerla. Un Alcalde tiene que ser solidario con sus obligaciones y con las obligaciones de su municipio y con sus competencias. Y, desde luego, mientras haya cosas que hacer en Fuengirola que sean de competencia municipal, nosotros no vamos a lavarle las vergüenzas a la Junta de Andalucía, que tiene sus propias competencias. Por solidaridad con la población de Fuengirola, no vamos a destinar ni un solo euro a algo que no sea para Fuengirola y de nuestras propias competencias. Los vecinos de Fuengirola no tienen por qué pagar la salud dos veces, a través de los impuestos municipales y a través de lo que son las obligaciones de la Junta de Andalucía. La incompetencia de ustedes es manifiesta, si tienen que recurrir a los Gobiernos municipales para que paguen lo que ustedes tienen obligación de pagar. Por tanto, esa falsa solidaridad yo no la quiero; prefiero la solidaridad auténtica. Y si ustedes son o quieren ser solidarios, empiecen por hacer verdadera equiparación con Fuengirola y Mijas. Mijas es de los municipios más ricos de España; Fuengirola es de los municipios más pobres de España. ¿Cuánto dinero le da la Junta de Andalucía a Mijas cada año y cuánto le da a Fuengirola? ¿Lo ponemos en una balanza, a ver dónde está la solidaridad del Partido Socialista? Saldrían ustedes muy mal parados. Pero les invitaría a que lo hiciéramos, con seriedad y con rigor. ¿Cuánto dinero le están dando ustedes a Mijas para todo lo que piden y sin pedirlo? ¿Cuánto se le da a Fuengirola, al menos desde que soy Alcaldesa de esa ciudad? Por decisión de los ciudadanos, eh, que no me he nombrado yo emperatriz y me he colocado; lo han decidido los ciudadanos. Y ustedes, por ese hecho, tienen castigado al municipio, que es de los más pobres de España. No sé cómo entienden ustedes la solidaridad.

Desde luego, ha dicho usted —y se contradice nuevamente— que yo, como profesional de la medicina, debería saber que las prestaciones médicas se hacen en función no de los territorios, sino de la población. Señor Beltrán, exactamente en función de la población está planteada esta propuesta, no en función al territorio. He dicho que entre Fuengirola y Mijas existen unas quinientas mil personas en verano. Pero olvidémosnos del verano, que es algo que ocurre cada nueve meses: durante todo el año, entre Fuengirola y Mijas hay más de doscientas cincuenta mil personas. Si a usted no le

parece suficiente para que haya más de dos ambulancias entre Fuengirola y Mijas... Olvidémosnos del verano. Una cosa es la población de derecho y otra cosa es la población de hecho. Habrá empadronados 52.000 ciudadanos en Fuengirola y otros tantos en Mijas, pero existe el doble viviendo durante todo el año. Luego no nos vayamos a la época estival, cosa que, además, se produce cada año y, por tanto, es previsible: vámonos a lo que cada día sucede en nuestras ciudades. Estoy reclamando mejoras sanitarias para Fuengirola porque, contando sólo con las que tenemos, no es suficiente, no por territorio —el municipio es el más pequeño de España también—, sino por población.

Somos un municipio muy densamente poblado y, junto con Mijas, normalmente estamos en torno a los doscientos cincuenta mil habitantes. De hecho, usted no ha debido leerse con interés la proposición no de ley porque solamente habla del aumento poblacional en el punto cuatro; todo lo demás lo hablamos para lo que es la población residente, habitual y diaria.

Por tanto, evidentemente, no me sirven sus argumentos. No me pueden servir sus argumentos, máxime cuando son ustedes los que nos dicen, durante los cuatro años que dura esta legislatura —supongo que lo seguirán diciendo—, que son necesarias nuestras peticiones, cuando son ustedes los que en época pre-electoral, cada cuatro años, van a Fuengirola a prometer esto mismo. Es que está recogido de la hemeroteca y la última vez que vine a pedirlo traje los recortes de prensa y los enseñé, incluso quise que constaran en acta, cosa que creo que no se me permitió.

Por tanto, si ustedes van a Fuengirola a prometer estas cosas —que las tengo recortadas en prensa—, ¿por qué dicen ahora que no son necesarias? Si ustedes son los que las prometen cada vez que llegan las elecciones municipales. De verdad les agradecería que, al menos por pudor y por no hacernos soportar una humillación y una vejación, no vayan en estas elecciones municipales a prometer esto mismo, porque llevan ustedes negando once años lo que prometen en prensa cada cuatro. Tienen ahora la oportunidad de rectificar esa conducta, tienen la oportunidad de ser verdaderamente solidarios. Yo no quiero aquí que no se le dé al vecino pueblo de Mijas, lo que sí quiero es que se le dé al pueblo de Fuengirola, con la misma generosidad que ustedes ceden el dinero público al municipio mijeño.

Muy bien que Mijas reciba tanto dinero de la Junta de Andalucía; muy mal que no lo reciba Fuengirola porque a ustedes, simplemente, no les da la gana. No porque no haya necesidades, sino porque no les da la gana.

Así que nosotros mantenemos nuestra propuesta. Sabía o intuía que no iba a ser aceptada con entusiasmo, pero, desde luego, sí quiero que quede constancia de que es una propuesta basada en el número de habitantes, basada en las necesidades médicas objetivas, en la reivindicación de una población entera, que durante once años viene llamando a una puerta vacía.

Muchísimas gracias.

El señor PRESIDENTE

—Muchas gracias, señora Oña.  
A continuación pasamos a votar la iniciativa.  
Señorías, se inicia la votación.

*El resultado de la votación es el siguiente: ha sido rechazada, al haber obtenido 8 votos a favor, 10 votos en contra, ninguna abstención.*

**Proposición no de Ley 6-02/PNLC-000246, relativa a la hemofilia y otras enfermedades de transmisión genética ligadas al sexo.**

El señor PRESIDENTE

—Pasamos al siguiente punto del orden del día: Proposición no de ley en Comisión relativa a hemofilia y otras enfermedades de transmisión genética ligadas al sexo.

Al comienzo de la sesión, ya informamos de la presentación de una enmienda que ha sido admitida y calificada. Para la defensa de la iniciativa, tiene la palabra el señor Chamorro, en nombre del Grupo Mixto.

El señor CHAMORRO RODRÍGUEZ

—Muchas gracias, señor Presidente.

Han tenido sus señorías acceso a esta proposición no de ley, que les ha presentado el Grupo Parlamentario Mixto, en nombre del Partido Socialista de Andalucía, tal y como hacemos constar en esta proposición no de ley. Y en la exposición de motivos, señorías, además damos, planteamos una serie de datos y planteamos también una serie de cuestiones que están contrastadas hoy en el desarrollo de todo lo relacionado con la hemofilia y otras enfermedades de transmisión genética ligadas al sexo. No obstante, me van a permitir sus señorías que lleve a cabo también una intervención y exposición detallada, en orden a la proposición no de ley que presentamos en el día de hoy ante esta Comisión.

La hemofilia es una enfermedad congénita—como saben sus señorías—, producida por la falta total o parcial de cualquiera de los factores que intervienen en la coagulación de la sangre. Las personas que la padecen pueden sufrir graves hemorragias, no por más sangrado, sino por un tiempo de sangrado más largo, al ser deficitaria la coagulación.

Estas hemorragias internas o externas, causadas por pequeños traumatismos, a veces surgen de manera espontánea, producen graves alteraciones—particularmente las producidas en las articulaciones—, ya que a lo largo del tiempo pueden crear distintos grados de discapacidad física.

Por tanto, señorías, esta enfermedad es consecuencia de un defecto en el cromosoma X, here-

gado, como saben, de la madre, del par sexual de la dotación genética humana, XX para las mujeres y XY para los hombres. Como consecuencia, las mujeres no padecen la enfermedad; su doble juego de cromosomas X suple el defecto. Los hombres sí, ya que sólo poseen un cromosoma X. De este modo, nos encontramos que los pacientes hemofílicos transmiten el carácter de portadora al cien por cien de sus hijas, siendo el cien por cien de sus hijos varones sanos. En cambio, las mujeres portadoras, con cada gestación se encuentran ante el siguiente juego de posibilidades: el 25% de posibilidades de que si es una niña sea portadora, el 25% de posibilidades de que si es niño sea enfermo, mientras que el 50% de posibilidades, 25% si es niño y 25% si es niña, sean sanos.

Este nefasto juego de azar es lo que se quiere evitar con esta proposición que trae hoy aquí el Grupo Parlamentario Mixto para su debate.

Pero aún hay más, señorías: la aparición de concentrados plasmáticos de factores de coagulación en las décadas de los sesenta y setenta supuso un avance espectacular en el tratamiento de esta enfermedad, en cuanto a la expectativa y a la calidad de vida de estos enfermos. Lamentablemente, este tratamiento también trajo consigo la transmisión a las personas con hemofilia de enfermedades víricas con escasas posibilidades de tratamiento. En algunos casos, el remedio fue más letal que la propia enfermedad. Las infecciones víricas VIH, hepatitis C, hepatitis B, parvovirus, citomegalovirus, entre otras, señorías, en aquellos años afectaron al cien por cien de la población hemofílica transfundida, como saben ustedes, y además se ha tratado detalladamente y en otras ocasiones en esta Cámara.

En segundo lugar, la aparición de factores inhibidores de la coagulación, los factores 8 y 9, principalmente, constituyeron otra seria complicación derivada de aquel tratamiento, que, dependiendo de las estadísticas, afecta entre el 10 y el 30% de los pacientes.

Sin entrar en otras consideraciones que afectan a los pacientes, tales como la dependencia hospitalaria, las múltiples revisiones médicas, los largos períodos de rehabilitación, el absentismo laboral y escolar, queremos destacar también, sobre todo, el drama vivido en cada una de las familias afectadas, que, sobre todo a partir de los años ochenta, hizo cambiar aspectos tan sensibles de la vida como la sexualidad, la descendencia, el trabajo, el sentirse señalado y rechazado socialmente.

Recuerden sus señorías las tres haches que se asociaron a la infección por VIH, por el virus de sida, como el caso de los heroinómanos, los homosexuales y los hemofílicos. Esta catástrofe sanitaria supuso más de mil quinientos pacientes afectados por el VIH y hepatitis C en todo el Estado, de los cuales, alrededor del 60%, como saben sus señorías, lamentablemente, perdieron la vida, y el resto sobrevive cargando no sólo con su hemofilia, sino, además, con enfermedades víricas sometidas a tratamientos con retrovirales, con

numerosos efectos secundarios y con las limitaciones vitales que ello les supone.

Hasta hace poco tiempo, las mujeres portadoras de hemofilia poco tenían que decir, sólo optar por arriesgarse a tener hijos afectados o renunciar a tener descendencia. Por otra parte, el diagnóstico de portadora tampoco era fiable, debido a la carencia de medios, sobre todo en aquellos casos en que se producía de manera espontánea, por mutación genética, es decir, cuando no existían antecedentes familiares.

Hay técnicas de reproducción asistida que, en porcentajes optimistas, permiten olvidarse definitivamente de esa lotería nefasta a la que antes hacía alusión, y esos recursos se revelan útiles también para otras enfermedades autosómicas y resuelven, además, demandas parecidas de otros colectivos. Entre ellos, los varones seropositivos que quieren ser padres; algunos de ellos contrajeron el VIH, precisamente, por ser hemofílicos.

**El señor PRESIDENTE**

—Señor Chamorro, debe ir terminando. Luego, tiene usted de nuevo diez minutos.

**El señor CHAMORRO RODRÍGUEZ**

—Voy finalizando lo más rápidamente, señor Presidente.

Entre ellos, decía, los varones seropositivos, a los que hacía referencia, y la aplicación de técnicas de lavado seminal haría posible la fecundación, reduciendo al mínimo los riesgos de transmisión del virus del sida.

En concreto, con esta proposición no de ley, el Grupo Parlamentario Mixto solicita al Gobierno andaluz que garantice las técnicas ortogenéticas a las parejas afectadas por alguna enfermedad de transmisión sexual autosómica, ligada al sexo, con especial referencia a los casos afectados por la hemofilia. Y además, también, el que se dé respuesta sanitaria desde las unidades especializadas del Servicio Andaluz de Salud, o bien a través de convenios con clínicas privadas, de las que hay algunas técnicamente capaces o capacitadas en Andalucía a la demanda de reproducción asistida en parejas con uno de sus miembros seropositivo al virus del sida o de la hepatitis C.

Por tanto, y con todo lo expuesto anteriormente, el Grupo Parlamentario Mixto, recogiendo la iniciativa, reitero, del Partido Socialista de Andalucía y haciéndolo también conforme a la demanda de colectivos de hemofílicos afectados, queremos y pedimos la aprobación de esta proposición no de ley, conforme establece y en cumplimiento y desarrollo de la Ley 2/1998, de Salud de Andalucía, fundamentalmente en su artículo 18, y, lógicamente, en base al Estatuto de Autonomía, en sus artículos 13.21 y 20.1, sin me-

noscabo del artículo 149.1.16 de la Constitución, y, lógicamente —y termino con ello—, conforme al artículo 43 de la Constitución Española.

Nada más y muchas gracias.

**El señor PRESIDENTE**

—Muchas gracias, señor Chamorro.

A continuación le damos la palabra, en nombre del Grupo Parlamentario Andalucista, al señor Calvo Poyato.

**El señor CALVO POYATO**

—Muchas gracias, señor Presidente.

Nos encontramos con una proposición no de ley, en esta Comisión, que nos plantea el Grupo Parlamentario Mixto, relacionada con la atención a los hemofílicos, es decir, aquel colectivo de personas que tienen básicamente dificultades para que la coagulación de su sangre se pueda producir en las circunstancias normales en que ésta se produce. Y, efectivamente, ha dado lugar a una situación llena de dificultades, no ya sólo de dificultades médicas, sino incluso también de dificultades sociales, a aquellas personas que padecen la enfermedad, que es transmitida por la mujer y padecida por el hombre.

En consecuencia, lo que el Grupo parlamentario proponente nos trae aquí son dos propuestas, dos propuestas concretas, después de una exposición de motivos a la que yo ya no voy a aludir, en las que se le solicita al Parlamento de Andalucía que inste al Consejo de Gobierno a que el Servicio Andaluz de Salud garantice el acceso a aquellas técnicas ortogenéticas para las parejas afectadas por alguna enfermedad de transmisión autosómica ligada al sexo, en especial a aquellas personas que están afectadas por la hemofilia. Y, por otro lado, también, que el Parlamento de Andalucía inste al Consejo de Gobierno para que el SAS, dentro de las unidades de reproducción asistida existentes en los hospitales andaluces, o bien a través de convenios con clínicas privadas, aplique técnicas de reproducción asistida en parejas serodiscordantes, es decir, en el caso de que el hemofílico sea positivo o VHC positivo, o bien ambas situaciones a la vez.

Hemos recibido también un escrito, dirigido a la Mesa del Parlamento, que plantea el Grupo Parlamentario Socialista, en el cual propone una posibilidad de transaccional, una enmienda que podría llegar a un punto de acuerdo. Esa enmienda que plantea el Grupo Parlamentario Socialista lo que señala es que el Parlamento de Andalucía inste al Consejo de Gobierno a que, desde el cumplimiento del convenio relativo a derechos humanos, convenio de Oviedo de 1997, y de acuerdo con las recomendaciones del Grupo de Trabajo de la Consejería de Salud sobre reproducción humana asistida, se facilite a las parejas afectadas por enfermedades hereditarias

graves ligadas al sexo, como la hemofilia, la elección preimplantatoria del sexo del embrión, para evitar la transmisión de la enfermedad a la descendencia.

En definitiva, vemos que lo que hay es un intento de aproximación, por parte del Grupo Parlamentario Socialista, al planteamiento que hace el Grupo proponente y, en definitiva, nosotros estamos a la espera de la respuesta que el Grupo proponente dé a esta enmienda que le plantea el Grupo Parlamentario Socialista, para ver, en definitiva, cómo queda la proposición no de ley que se presenta.

Muchas gracias, señor Presidente.

**El señor PRESIDENTE**

—Gracias, señor Calvo.

A continuación, tiene la palabra el señor López Calvo, en nombre del Grupo Parlamentario de Izquierda Unida Los Verdes-Convocatoria por Andalucía.

**El señor LÓPEZ CALVO**

—Gracias, señor Presidente.

En muchas ocasiones, por parte de todos los Grupos parlamentarios, hemos traído a la Cámara propuestas, iniciativas de colectivos sociales que se ven afectados gravemente por distintas enfermedades, que se ven afectados, ellos y su entorno, por las consecuencias de la vida cotidiana, de la situación que en la vida cotidiana padecen en relación con las enfermedades propias o de algún familiar. En este sentido, yo creo que deberíamos ser cautos, deberíamos ser sensibles porque esto afecta a personas con nombres y apellidos, que están sufriendo situaciones, vamos, yo creo, graves y no deseables, pero que, naturalmente, en estos momentos tampoco hay soluciones mágicas que puedan permitir la superación y la solución, de manera inmediata o automática, de dichas condiciones.

Pero eso también nos lleva a intentar y a poner todos los medios al alcance de las autoridades sanitarias para investigar, profundizar, colaborar a que, en el plazo más breve posible, se pueda intervenir, se pueda ayudar y se puedan poner soluciones o se vayan poniendo soluciones para evitar al máximo las enfermedades de transmisión, como ésta a la que estamos haciendo referencia.

Por eso nosotros vamos a apoyar estas medidas. Creemos que la propuesta que realizaba el colectivo de enfermos y familiares afectados por la hemofilia era muy clara, muy concisa, pero, naturalmente, existen unas limitaciones de carácter legal, tanto médico como jurídico, que es lo que me parece a mí, modestamente, que aporta la enmienda del Grupo Socialista. Nosotros, de cualquier manera, íbamos a apoyarla en razón de que la Administración autonómica, en coordinación y en colaboración con el resto de las Administraciones sanitarias, en colaboración y cooperación con las líneas de investigación que se están desarrollando en nuestro

país y en el mundo entero, pues, naturalmente, tenían que basarse en esos acuerdos y en esos convenios que afectan a países, a personas y a investigadores. Por ese motivo digo que, naturalmente, la intención de la propuesta yo creo que era lo que merecía la pena apoyar.

En este sentido, esperamos que el Grupo proponente clarifique si acepta o no acepta la enmienda, aun en el caso que hemos expresado, de que nosotros íbamos a votar favorablemente, pero siendo conscientes de que las Administraciones no pueden saltarse acuerdos y convenios que están establecidos a nivel internacional y por parte de los propios investigadores médicos.

Muchas gracias.

**El señor PRESIDENTE**

—Gracias, señor López.

A continuación tiene la palabra, en nombre del Grupo Parlamentario Popular, la señora García-Pelayo.

**La señora GARCÍA-PELAYO JURADO**

—Gracias, señor Presidente.

Como el señor Chamorro y los representantes, los portavoces de los distintos Grupos políticos que han hecho uso de la palabra antes que el Grupo Popular, pues han explicado perfectamente en qué consiste la enfermedad, no voy a entrar nuevamente en algo que todos ya conocemos y comprendemos perfectamente.

Lo que sí me gustaría es lanzar una voz de alarma con respecto a las personas que padecen hemofilia. Y el señor Calvo Poyato ha incidido algo en el tema, aunque no ha profundizado. No solamente estamos hablando de una enfermedad que tiene problemas o que derivan problemas o consecuencias sanitarias; las personas que padecen la hemofilia, pues, tienen también problemas de integración social importantes. Y, cuando me refiero a integración social, me refiero especialmente a lo que es la integración laboral. Por eso me parece que es importante también que desde aquí, pues, hagamos un llamamiento a las distintas Administraciones públicas, hagamos un llamamiento también a lo que es la conciencia de la sociedad en general, para que se den cuenta de que es importante hacer un esfuerzo para que todas estas personas puedan llevar una vida lo más normalizada posible, y normalizada para mí significa especialmente, pues, que tengan un puesto de trabajo. Es decir, es necesario que haya una conciencia de la limitación que tienen estas personas a la hora de desempeñar un puesto de trabajo, pero que, no obstante, se creen las medidas necesarias para que los puestos de trabajo se adapten también a sus necesidades o a sus problemas sanitarios.

Por lo tanto, a partir de ahí me parecía importante hacer constar esta situación que los propios enfermos y los propios familiares de enfermos con hemofilia nos

trasladaron, aterrizar en lo que es el problema o la solución médica que desde esta iniciativa del Grupo Mixto se plantea. Me parece importante la enmienda que ha presentado el Grupo Parlamentario Socialista, en tanto que mejora el texto y, sobre todo, enmarca lo que es la petición del Grupo Mixto dentro de lo que es la legalidad y dentro de lo que son los convenios, especialmente el relativo a los derechos humanos y a la biomedicina. Por lo tanto, si el proponente acepta la enmienda, desde luego que el Partido Popular la apoyaría. La acepte o no la acepte, vamos a apoyar la iniciativa, pero entiendo que esta enmienda mejora el texto.

Y sí me gustaría plantear otra propuesta, otra enmienda *in voce*, que desde el Grupo Popular entendemos, a su vez, que también mejora el texto. ¿Y por qué lo digo? Pues, por algo que el propio Grupo Parlamentario Mixto, Grupo Mixto, plantea en su iniciativa: ahora mismo existe un desconocimiento importante de lo que es la enfermedad; ahora mismo, en la mayoría de los casos, las mujeres que son portadoras desconocen que son portadoras. Se habla en el texto de 290 mujeres, aproximadamente, que pudieran ser portadoras seguras o posibles ahora mismo en Andalucía, pero, por el propio proponente, se habla de que esta cifra de 290 mujeres se puede incrementar incluso en un 90%. Se habla de que, ahora mismo, pues no se realizan estudios de portadoras a las familias o a las personas, a las mujeres que integran o que tienen descendientes o personas con hemofilia, en esta enfermedad. Y con esto no digo que no se realicen, sino que no existe una norma general, pero en muchos casos porque la propia familia no sabe que se puede acceder a esta posibilidad del estudio de portadoras.

Por lo tanto, desde nuestra enmienda lo que nosotros pediríamos sería, señor Chamorro, desde nuestro Grupo lo que pediríamos sería que se firmaran convenios por parte del SAS, en concreto a través de las unidades de hematología del SAS, con las distintas asociaciones de hemofílicos que ahora mismo existen en Andalucía, con el objeto de que se puedan realizar, desde las asociaciones y con la colaboración del SAS, convenios para informar sobre lo que es la enfermedad y las posibilidades, entre otras, de esta medida, de estas medidas que en el día de hoy vamos a aprobar. Es decir, creemos que es importante no solamente que se aprueben las medidas, sino que estas medidas se puedan difundir a toda la sociedad, no solamente para que puedan hacer uso de las mismas, sino también, en muchos casos, para la prevención, que me parece lo más importante, de la transmisión de la enfermedad.

Muchas gracias.

El señor PRESIDENTE

—Muchas gracias, señora García-Pelayo. Le rogaría que hiciera su enmienda por escrito, si no le importa.

A continuación tiene la palabra, en nombre del Grupo Parlamentario Socialista, el señor Núñez.

El señor NÚÑEZ ROLDÁN

—Sí. Muchas gracias, señor Presidente.

Sí, a mí también me gustaría conocer la enmienda *in voce* que ha planteado el Grupo Popular, al objeto de poderme manifestar al respecto.

Nosotros, desde el Grupo Parlamentario Socialista, hemos analizado con mucho detenimiento esta iniciativa, formulada, sin duda, en colaboración con la Asociación de Hemofílicos de Andalucía. Creo que, por lo que hemos oído, pues han hecho un considerable esfuerzo, yo creo que los hemofílicos andaluces, las asociaciones, sus representantes, se han reunido con la totalidad de Grupos parlamentarios andaluces y creo que es digno de alabar el hecho de que las asociaciones crean en el Parlamento, vengan al Parlamento y nos ayuden, realmente, a impulsar y a modernizar nuestra Comunidad Autónoma.

Yo debo decir, en primer lugar, que los hemofílicos son enfermos especiales. Y son enfermos especiales no porque padezcan una enfermedad congénita, es decir, que la sufren desde que nacen, sufren sus consecuencias desde que nacen, que se trata de una enfermedad incurable, sino sobre todo porque, además, estos enfermos fueron castigados con enorme, con especial crueldad cuando apareció el virus de inmunodeficiencia humana; o sea, cuando a principios de los ochenta apareció el VIH, el colectivo de pacientes hemofílicos fue especialmente castigado, con brutalidad. Y esto es algo, yo creo, que hay reconocerles y que creo que los Gobiernos que en aquellos momentos estaban al frente del Estado español y de la Comunidad Autónoma andaluza, incluso tuvieron que poner en marcha planes especiales de hemoterapia para tratar de paliar esta situación. De hecho, no... O sea, hay una hemoterapia antes y otra después de esta situación. Fueron justamente los hemofílicos, y creo recordar que hemofílicos sevillanos, los que en primer lugar sufrieron las consecuencias de la exposición al virus de inmunodeficiencia humana en España.

Además de eso, evidentemente, al tratarse de pacientes que requerían, para ser tratados, pues, derivados de la sangre, hemoderivados, pues todas las enfermedades que podían transmitirse por ese conducto les castigaron. Ya el señor Chamorro, pues nos ha, digamos, dicho, ha citado, pues el conjunto de virus, de enfermedades que pueden transmitirse a través de los componentes de la sangre.

De hecho, los centros de transfusión sanguínea existentes en Andalucía son también consecuencia de aquella situación, de aquella explosión de casos de VIH que hubo en nuestra Comunidad Autónoma, y, repito, es el plan andaluz de hemoterapia uno de los planes de vanguardia a ese respecto. Posteriormente, afortunadamente, se dispone de factores recombinantes, obtenidos por técnicas de biología molecular, y gracias

a eso hoy día los hemofílicos andaluces, todos, son tratados, absolutamente todos, con los más modernos preparados de factores recombinantes.

Dicho esto, y por supuesto no me voy a extender en las consideraciones teóricas sobre la enfermedad, ya lo han hecho los que me han precedido en el uso de la palabra, yo creo que es importante señalar que tenemos que ser, con relación a esta enfermedad y con relación a esta iniciativa del Grupo Mixto, muy cautos, sobre todo porque aquí estamos hablando de algo de una enorme..., yo creo que para lo que hay que tener una enorme sensibilidad, y es el tema de la aplicación de las técnicas de biología molecular a los enfermos. A nosotros, señor Chamorro, no nos gustan los términos ortogenéticos, los términos eugenéticos, el tema de la selección genética... Esto, realmente, se lo digo sin ánimo, desde luego, de entrar en ningún tipo de debate, pero realmente son cuestiones que despiertan una enorme cautela entre, yo creo, cualquier persona que conozca la historia europea en los últimos cuarenta o cincuenta años, ¿verdad? Y a este respecto debo señalar que, como bien está establecido en el artículo 14 del convenio para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano, con respecto a las aplicaciones de la biología y la medicina, firmada por decenas de países, entre ellos España, y donde, pues, se establecen todos los derechos al consentimiento informado, a los ensayos clínicos realizados sobre personas, a los derechos a la intimidad, respecto a todas las cuestiones relacionadas con la genética, como señala, repito, este artículo 14, se prohíbe explícitamente la selección de sexo y se dice que no se admitirá la utilización de técnicas de asistencia médica a la procreación para elegir el sexo de la persona que va a nacer, salvo en los casos en que sea preciso para evitar una enfermedad hereditaria grave, vinculada al sexo. No cabe duda de que la hemofilia entra de lleno en esta salvedad y que, por tanto, los hemofílicos y sus familiares podrían verse beneficiados por esta medida. Pero al tratarse, en la iniciativa que nos plantea el Grupo Mixto, pues como de que pudiéramos fomentar esta práctica en general, con especial atención a los hemofílicos, es por lo cual el Grupo Socialista ha planteado la enmienda que tienen sus señorías y que fue registrada en tiempo y en forma en el Registro del Parlamento esta misma mañana, antes de las diez de la mañana, como procede, al objeto de que podamos, entre todos, llegar —y me alegro de haber oído a la portavoz del Grupo Popular que está de acuerdo con el planteamiento que hemos hecho desde el Grupo Socialista, repito, en la búsqueda de llegar a un consenso—, llegar a un acuerdo general de todos los Grupos parlamentarios.

Yo no quiero dejar, de todas formas, de referirme al problema concreto que aquí se plantea. Hay que tener en cuenta que más de un tercio de los casos de hemofilia son espontáneos, es la primera vez que aparece en los árboles genealógicos de las familias, que aparece un caso; por tanto, que nadie piense que con la selección de sexo se podría erradicar la

enfermedad en el futuro. Repito: más de un tercio son espontáneos.

Y con relación, desde luego, a los otros contenidos de la proposición no de ley, también hay que decir que en este momento el diagnóstico preimplantatorio no está todavía disponible para los científicos, puesto que hay que recordar una cosa importante que conviene señalar: no todos los casos de hemofilia...

El señor PRESIDENTE

—Por favor, les ruego silencio. Por favor.

Por favor, ¿pueden guardar un poco de silencio? Gracias.

El señor NÚÑEZ ROLDÁN

—Muchas gracias, señor Presidente.

Señorías, yo he oído con mucha atención las intervenciones técnicas sobre esta enfermedad, pero permítanme decirles que el gen del factor 8 es un gen muy grande y que las mutaciones que pueden dar lugar, en este gen, que pueden dar lugar a la hemofilia, son múltiples. Por tanto, hacer el diagnóstico de una portadora, estudiar caso por caso. No existe un diagnóstico de la hemofilia genético, sino que hay que ver, hay que hacer una prueba a la medida de cada una de las familias, señorías, y me van a permitir que les diga que los diagnósticos genéticos de la hemofilia, los diagnósticos de portadoras, señora García-Pelayo, los diagnósticos de portadoras, que se han hecho ya a cien personas en Andalucía, se hacen en el Servicio dirigido por este que les habla, en el Servicio de Inmunología del Hospital Universitario Virgen del Rocío. Allí se está estudiando la genética del factor 8, del factor 9 de todos los enfermos de Andalucía. Por tanto, es un tema sobre el que creo que tengo cierta legitimidad para hablar.

No es cierto que la gente no conozca que se puede hacer el diagnóstico, lo que sí es cierto es que es un diagnóstico muy complejo, que hay que hacerlo a la carta, familia por familia, y que, desde luego, desde el punto de vista preimplantatorio, no es posible en este momento. Otra cosa es que se pueda hacer con DNA tomado de vellosidades coriónicas y, entonces, ofertarles la posibilidad de hacer una interrupción del embarazo; pero eso no es de lo que aquí estamos hablando: estamos hablando de una fecundación in vitro, donde hay mucha gente, que apoya al Partido Popular, que, desde luego, no está a favor de la fecundación in vitro, que está en contra de la fecundación in vitro y, por tanto, aquí estamos hablando de una cuestión muy particular, del diagnóstico en la fecundación in vitro —termino enseguida, señor Presidente—. Y que, desde luego, también debo señalarle una cosa: no existe garantía, no existe garantía de que, por las técnicas modernas de fluorescencia para la elección del sexo en una célula tomada de un blastocisto, se acierte en el cien por cien de los

casos, se acierte en el cien por cien de los casos en el sexo del futuro embrión, y que, desde luego, esta manipulación entraña graves peligros y, desde luego, pone al blastocisto en situación de precariedad en cuanto a la viabilidad del mismo.

Por tanto, yo creo que hay que ser cautos, hay que ser prudentes, no se puede tampoco pensar que esto va a desaparecer, que esto es algo mágico, sino que, desde luego, hay que hablar con ponderación, pero también con rigurosidad.

Con respecto al segundo punto, también voy a seguir tratando de huir de la demagogia. Hay que decir que, en este momento, y esto es un error, vamos, no estamos de acuerdo con el planteamiento del segundo punto de esta proposición no de ley, puesto que no se pueden mezclar, señor Chamorro, en una misma unidad de fecundación in vitro, embriones, digamos, de personas normales con embriones y semen de personas seropositivas. Por tanto... Y esto es una cosa científica, esto no es una cosa ideológica. Por tanto, hay que hacer instalaciones apropiadas, instalaciones totalmente aisladas. Y a este respecto decirle que en unos meses probablemente estará abierto un centro en Granada, en el Hospital Universitario Virgen de las Nieves, dedicado al lavado de semen para la posibilidad de hacer fecundación in vitro en parejas serodiscordantes.

Yo, simplemente, decirles, señoras y señores Diputados, que el Grupo Socialista ha hecho un gran esfuerzo por tratar de buscar una redacción que fuera de alguna manera compatible y que pudiera sumar, que pudiera dar respuesta a un colectivo por el cual estamos especialmente preocupados. Y a este respecto me gustaría, señoras y señores Diputados, que, si el Grupo Mixto tiene a bien aceptar esta enmienda, pudiéramos todos, todos, aprobar la proposición no de ley con relación a la hemofilia.

Nada más y muchas gracias.

**El señor PRESIDENTE**

—Muchas gracias, señor Núñez.

Para finalizar el debate, tiene la palabra el señor Chamorro.

**El señor CHAMORRO RODRÍGUEZ**

—Muchas gracias, señor Presidente.

Desde el Grupo Parlamentario Mixto, y oídas las distintas intervenciones de los portavoces de los Grupos parlamentarios, vamos a empezar diciendo, sobre todo, y en relación directa al portavoz del Grupo Parlamentario Socialista, que a nosotros no nos cabe ninguna duda de que, igual que la Iglesia tiene doctores, los tiene la actividad médica y el Servicio Andaluz de Salud. Por lo tanto, partiendo de ahí, nosotros, con la información que nos dan los afectados, con la información que nos dan especialistas y médicos que están tratando esta enfermedad y sus consecuencias, es

con lo que hemos traído a esta Cámara la proposición no de ley, y lo que traemos, las propuestas de esta iniciativa, son ni más ni menos lo que nos plantean estos colectivos.

No obstante, consideramos que la enmienda que hace el Grupo Parlamentario Socialista mejora el texto incluso del punto 1, al dar una serie de datos que, al igual que nosotros hemos hecho alusión tanto a la Ley de Salud de Andalucía, al Estatuto de Autonomía y a la Constitución Española, es bueno que además se refuerce con que es un derecho, un derecho de toda persona, y, sobre todo, al convenio de Oviedo de 1997, que refuerza aún más nuestros argumentos. Y, por lo tanto, de una manera, incluso, y con un lenguaje más claro y conciso, dice y propone lo que el Grupo Parlamentario Mixto hace en su punto 1. Por lo tanto, vamos a aceptar el texto tal cual. No hay ningún inconveniente, por parte del Grupo Parlamentario Mixto, en aceptar la propuesta de enmienda que hace el Grupo Parlamentario Socialista y lo incluye dentro de su proposición no de ley.

Igualmente, y en relación a la propuesta que hace el Grupo Parlamentario Popular, consideramos también que el hecho de que por parte del Servicio Andaluz de Salud se lleven a cabo, o del Consejo de Gobierno, se lleven a cabo actuaciones que vayan fundamentalmente a informar a los afectados por estas enfermedades y sus consecuencias, mejora aún más todavía y refuerza la proposición no de ley que planteamos. Por lo tanto, igualmente, no habría ningún inconveniente en introducir, como punto tercero, la enmienda que hace el Grupo Parlamentario Popular. No obstante, consideramos también que esta práctica, es decir, la de la información, la de llevar a cabo acuerdos con colectivos, con estos colectivos para reforzar toda la información a través del Servicio Andaluz de Salud, es un tema también complejo, que debe hacerse de manera coordinada y de manera, sobre todo, supervisada por los especialistas médicos al respecto. Se sobreentiende, indudablemente.

Quiero terminar la intervención diciéndoles también que, en definitiva, esto supondría, lo que estamos proponiendo, que las portadoras puedan decidir tener como descendencia —a pesar de todo lo que ha ido diciendo el señor Núñez— niñas, que se podría incluso seleccionar que no fueran, a su vez, portadoras, y que los hombres con hemofilia pudieran tener, además, hijos. Ahora bien, señor Núñez, esto no se puede garantizar, y estamos de acuerdo, como a través de la investigación de las células embrionarias madre, propuesta que hizo, además, su señoría y su Grupo y que ha sido aprobada también por este Parlamento, tampoco nos da garantía total, pero es una apuesta, es una apuesta que, al igual que hicimos en ese momento, consideramos que hay que hacer también en éste, y que, lógicamente, el gen del factor 8, como usted ha dicho, es una cuestión que hay que estudiar caso por caso. Y por eso sabemos y somos conscientes del alto coste de estas técnicas. Pero comparativa-

mente también se podría ver compensado con lo que el Servicio Andaluz de Salud podría, en un futuro, ahorrarse en tratamiento de los hemofílicos, que se evitaría también, dados los casos, casi con toda seguridad.

Por otra parte, señorías —y voy finalizando—, al margen de las consideraciones éticas o religiosas que impidieran a las personas hemofílicas la utilización de estas técnicas, creemos que en el caso de la hemofilia se debería tratar con un protocolo especial que suponga una mayor celeridad en los casos de dificultad para tener descendencia; varios años de espera, también, para ser tratados, como saben sus señorías, en el Servicio Andaluz de Salud, en algunos casos, puesto que se trata de evitar la herencia de una enfermedad. Y sólo la biología molecular y las técnicas de tratamiento genético podrán a largo plazo, repito e insisto, aportar soluciones curativas para esta enfermedad. Pero esta posible utopía nos indica aún más la necesidad del uso de técnicas de diagnóstico precoz, de reproducción asistida y de elección al sexo.

Por tanto, señorías, nosotros, con las variaciones que, fruto de este debate, se han hecho, mantenemos nuestra propuesta y esperamos el apoyo unánime de todos sus señorías al respecto, porque apostamos por esto, por la investigación y, sobre todo, por una política sanitaria de prevención.

Nada más y muchas gracias.

**El señor PRESIDENTE**

—Muchas gracias, señor Chamorro.

Vamos a intentar ordenar el debate. Hay un primer punto del orden del día que tiene una enmienda, que ha sido aceptada; hay un segundo punto que se mantiene como tal, señor Chamorro, y hay un tercer punto, a propuesta de la portavoz del Partido Popular, que necesitamos la conformidad de los miembros de la Comisión para ser aceptado. ¿Existe la conformidad?

Señor Núñez.

**El señor NÚÑEZ ROLDÁN**

—Señor Presidente, creo que la redacción no es correcta y yo, al tratarse de una enmienda *in voce*...

**El señor PRESIDENTE**

—¿Me permite que la lea? ¿Me permite que la lea?

**El señor NÚÑEZ ROLDÁN**

—Sí, sí.

**El señor PRESIDENTE**

—«El Parlamento insta al Servicio Andaluz de Salud, a través de los departamentos de Hematología, para que se firme un convenio con la Asociación Andaluza de Hemofílicos, a fin de que, por parte de las distintas asociaciones que la integran, se puedan realizar campañas de información sobre la enfermedad y las medidas aprobadas por el Parlamento andaluz en el día de hoy».

¿Sí, señor Núñez?

**El señor NÚÑEZ ROLDÁN**

—No, simplemente, si me permite, creo que la alusión a los departamentos de Hematología no es necesaria; es entre el Servicio Andaluz de Salud y las asociaciones, puesto que en muchos casos los hemofílicos no son tratados en los departamentos de Hematología, sino en unidades de Hemofilia. Por lo tanto, yo creo que sobra eso. Sería un convenio entre el Servicio Andaluz de Salud y las asociaciones de hemofilia. Y, en ese sentido, el Grupo Socialista lo aprobaría.

**El señor PRESIDENTE**

—Me parece que estamos de acuerdo. ¿Señora Pelayo? ¿Bien?

Bueno, pues pasamos a votar la iniciativa. La votamos separada, por puntos.

Bueno, el primer punto, que les recuerdo que era una enmienda de sustitución.

Se inicia la votación.

*El resultado de la votación es el siguiente: ha sido aprobado por unanimidad.*

El segundo punto.

Se inicia la votación.

*El resultado de la votación es el siguiente: ha sido rechazado, al haber obtenido 5 votos a favor, 9 votos en contra, ninguna abstención.*

Y el tercer punto, que era la enmienda *in voce* del Grupo Parlamentario Popular.

Se inicia la votación.

*El resultado de la votación es el siguiente: ha sido aprobado por unanimidad.*

**Proposición no de Ley 6-02/PNLC-000305, relativa a los programas de rehabilitación cardiaca.**

**El señor PRESIDENTE**

—De acuerdo. Pues pasamos, si les parece bien, al tercer punto del orden del día... Al cuarto, proposición no de ley en Comisión, relativa a programas de rehabilitación cardiaca.

Para su presentación, tiene la palabra el señor Núñez, en nombre del Grupo Parlamentario Socialista.

**El señor NÚÑEZ ROLDÁN**

—Muchas gracias, señor Presidente. Señorías.

Me toca ahora intervenir, en nombre del Grupo Parlamentario Socialista, en relación a una propuesta de nuestro Grupo sobre los programas de rehabilitación cardíaca.

Señorías, ustedes saben que, hasta muy recientemente, la medicina se ha centrado básicamente en curar a los enfermos, en evitar que mueran de ciertos padecimientos que antes eran mortales. Y, desde luego, se han obtenido enormes avances.

Por su parte, la investigación básica y también la epidemiológica nos han proporcionado y han proporcionado a las Administraciones sanitarias mucha información sobre cómo prevenir la aparición de muchas enfermedades, lo que hoy día se conoce como prevención primaria. Todos sabemos, por ejemplo, que el sobrepeso, el tabaco, la falta de ejercicio, el estrés, etcétera, son factores que deben evitarse para disminuir la aparición de enfermedades cardiovasculares, que es la primera causa de muerte en occidente.

Cuando aparece la enfermedad, la moderna medicina...

**El señor PRESIDENTE**

—Por favor, les ruego un poco de silencio, porque están ustedes hoy un poquito animados.

Gracias.

**El señor NÚÑEZ ROLDÁN**

—Muchas gracias, señor Presidente.

Decía que la moderna medicina permite salvar la vida de un considerable número de pacientes. Muchos infartos son hoy día curables gracias a la aparición de más y más, y nuevos y más nuevos fármacos, y muchas enfermedades cardíacas son tratadas y curadas gracias a la cirugía o incluso al trasplante cardíaco.

Pero hoy, en este día, en esta Comisión, señorías, no vamos a hablar de la curación de estos enfermos, sino de la calidad de vida que tienen una vez que salen del hospital, una vez que les hemos curado, de acuerdo al concepto de curación que teníamos antes. Hoy hablamos de proporcionar a estos pacientes programas de rehabilitación dirigidos a mantener la capacidad funcional del paciente y mejorar su calidad de vida. Hacer posible que el paciente se incorpore de manera efectiva, total si es posible, a una vida lo más normal que sea posible. Y son programas, señorías, que deben incluir una serie de medidas e implicar a equipos multidisciplinarios. Programas donde se

incluyen medidas de educación, que les permitan a estos enfermos controlar ciertos factores de riesgo; programas de abandono y deshabituación del tabaco; apoyo psicológico, con la ayuda de técnicas de relajación e incluso con métodos conductuales; apoyo social, evitando el aislamiento social e incluso la marginación social a la que son tan propensos muchos de estos individuos; señalar aquí, por primera vez, la enorme importancia que están teniendo en este momento las asociaciones de autoayuda, para tratar de evitar esta marginación en la que caen muchos de estos pacientes; el ejercicio físico, dependiendo de la fase en que se encuentren los enfermos —en la fase aguda, cuando se encuentran todavía en el hospital; en la fase temprana, ya de forma ambulatoria; o en la fase más tardía, de mantenimiento—; la terapia ocupacional, además de la adaptación de los pacientes al nivel de ejercicio real en las tareas y actividades del día a día —el objetivo de la terapia ocupacional tiene que ser también lograr un mayor control del estrés ante determinadas tareas—. Y todas estas medidas, junto al tratamiento médico de los factores de riesgo, como por ejemplo de la diabetes, de la hipertensión arterial, es lo que constituye la prevención secundaria, término bajo el que se realizan numerosas actividades que han sido denominadas «programas de rehabilitación cardíaca» por los anglosajones.

El doctor Valentín Fuster —yo creo que muy conocido en todos los ámbitos, pues es uno de los grandes cardiólogos del mundo, un cardiólogo español, aunque residente en Estados Unidos hace muchos años— hablaba de que resultaba paradójico y frustrante ver cómo la ciencia avanza, pero no hay forma de conseguir que una gran mayoría de pacientes sea fiel al tratamiento constantemente. De hecho, se refería a un trabajo realizado en ocho Estados de Estados Unidos, con 4.312 enfermos cardíacos, que había puesto de manifiesto que, al menos en un 50% de los casos, los pacientes habían recibido instrucciones mínimas y confusas sobre el tratamiento, la dieta o el ejercicio físico que tenían que realizar, una vez que abandonaran el hospital. Es decir, parece como si los equipos médicos, los equipos de enfermería, una vez que han conseguido sacar al enfermo del estado de gravedad agudo del paciente, de alguna manera se laven las manos. Y es aquí, precisamente, de ahí la importancia, a nuestro juicio, de esta iniciativa: esta falta de rigor en el tratamiento, en explicarles, en concienciar a los enfermos de lo importante que tiene que ser abandonar ciertos hábitos, tratar de hacer ejercicio, tomar correctamente el tratamiento, incorporarse progresivamente a la actividad social, etcétera, puede ser responsable del reingreso de hasta el 60% de los pacientes con fallo cardíaco. Y hablaba el doctor Fuster de que, mientras que los programas educativos pueden costar alrededor de 300 dólares, el precio de un reingreso es de 18.000.

Por tanto, la necesidad, señorías, de estos equipos multidisciplinarios, en donde estén implicados médicos, farmacéuticos, trabajadores sociales e incluso medios de comunicación, para que también, si me permiten

la expresión, machaquen a la opinión pública de la importancia de no abandonar el tratamiento, de seguirlo fielmente y de incorporarse a esos ejercicios, a esos nuevos hábitos más saludables.

En España son muy pocos los centros que existen que dispongan de unidades de rehabilitación cardiaca. En el año 1995 se estimaba por la Sociedad Española de Cardiología que apenas se alcanzaba al 2% de los pacientes que habían sufrido un infarto agudo de miocardio. En un informe sobre rehabilitación cardiaca hecho por el Instituto de Salud Carlos III y elaborado durante el año 2000, se constató una bajísima implantación en toda España de estos programas de rehabilitación cardiaca, a pesar de que, de acuerdo a la experiencia de algunos centros pioneros, como el caso del hospital Ramón y Cajal de Madrid, la mejoría en la calidad de vida se logra como consecuencia de una mayor capacidad física, menores deterioros psicológicos, normalización de la actividad social y sexual, así como por una mayor y más precoz vuelta al trabajo. De hecho, dicen los autores de este hospital, en una publicación muy extendida, que algunas publicaciones y varios metaanálisis habían demostrado que con estos programas de rehabilitación se disminuía la incidencia de nuevas complicaciones y la mortalidad, nada más y nada menos que en un 25%.

¿De qué estamos hablando? Pues, estamos hablando de equipos multidisciplinarios, que, una vez que el enfermo pase de esa fase crítica, acompañen al paciente en su recuperación, no solamente desde el punto de vista sanitario, sino personal y social: cardiólogos, médicos de familia, médicos rehabilitadores, psicólogos, psiquiatras, fisioterapeutas, enfermeros, terapeutas ocupacionales y trabajadores sociales. De hecho, la Consejería de Salud ha emprendido, como todos sus señorías conocen, el plan de calidad, un plan en donde se establece un programa de gestión por proceso y donde existen dos que se denominan el proceso del dolor torácico y el proceso de insuficiencia cardiaca, ambos reclamando de unidades y de programas de rehabilitación cardiaca. De hecho, ha sido el hospital de Valme, en Sevilla, el que, desde el año 1993, ha puesto en marcha una unidad de rehabilitación. De hecho, el propio Consejero de Salud, en fecha de junio del año 2000, reconocía la importante labor que había hecho esa unidad de rehabilitación cardiaca del hospital de Valme desde el año 1993 y hablaba de que habían sido más de 800 los pacientes que se habían beneficiado de esa unidad localizada, ubicada en el hospital del Tomillar. Aumento de la reincorporación laboral, disminución de reingresos, disminución del consumo de recursos sanitarios, control más riguroso para los factores de riesgo, mejora en el conocimiento y manejo de la enfermedad por el propio paciente, aumento de la adhesión y cumplimentación del tratamiento, de lo que se quejaba el doctor Fuster, y una mejora evidente y reconocida de la calidad de vida en cada uno de estos ciudadanos.

Pero sería injusto no decir que han sido las propias asociaciones las que, una vez más, nos han guiado

en la toma de nuestras decisiones políticas. Como siempre, señorías, es bueno que la acción política, que al menos la acción política, desde luego, del Grupo Socialista se alimente de los deseos de los ciudadanos y no, en ningún momento, darles la espalda, haciendo la política desde una especie de despotismo ilustrado, sino haciendo la política de la mano de los ciudadanos, escuchándolos, reuniéndonos con ellos, para, entre todos, seguir mejorando las condiciones de vida de los andaluces y de las andaluzas.

Y en este sentido señalar, a modo de homenaje, a la Asociación de Pacientes Coronarios Macarena, de Sevilla, que no sólo están haciendo una labor encomiable en Sevilla, sino que también están, desde aquí, tratando de impulsar la creación, en todas y cada una de las provincias de Andalucía, asociaciones de autoayuda dedicadas a promover la salud personal, sanitaria y social, repito, de los pacientes coronarios. De esta forma, el Grupo Socialista somete a su consideración una proposición no de ley que tiene dos puntos: en primer lugar, facilitar la extensión de los programas de rehabilitación cardiaca al conjunto del sistema sanitario público de Andalucía, para que no solamente haya estas unidades en varios hospitales, sino que se extiendan, y, en segundo lugar, incluir los programas de rehabilitación cardiaca, basados en una concepción multidisciplinaria, en el contrato-programa con el Servicio Andaluz de Salud.

Espero, señorías, que ustedes atiendan a esta proposición no de ley presentada por el Grupo Parlamentario Socialista.

Nada más y muchas gracias.

El señor PRESIDENTE

—Gracias, señor Núñez.

A continuación tiene la palabra el señor Calvo Poyato, en nombre del Grupo Parlamentario Andalucista.

El señor CALVO POYATO

—Muchas gracias, señor Presidente.

Para señalar que, efectivamente, los programas de rehabilitación cardiaca para los enfermos coronarios suponen una mejora indudable en la calidad de vida de estos enfermos; suponen, además, cuando existen esos programas de rehabilitación, incluso un ahorro para el Servicio Andaluz de Salud, y suponen además, el darles unas expectativas, tanto desde el punto de vista particular, tanto desde el punto de vista individual, como desde el punto de vista social, a aquellas personas que han tenido un problema cardiaco y, como consecuencia de ello, han quedado con algún tipo de minusvalía, más o menos importante, que pueda tener consecuencias en el mundo laboral y que, desde luego, tiene consecuencias desde el punto de vista personal y desde el punto de vista familiar.

Nosotros hemos mantenido reuniones con asociaciones de enfermos coronarios, en concreto con la Asociación de Enfermos Coronarios Macarena, que además nos parece que es una asociación que debe recibir todo nuestro reconocimiento, no ya sólo por el trabajo que están realizando ellos como asociados entre sus propios asociados, sino también por el esfuerzo y el trabajo que están realizando en el conjunto de Andalucía para que los programas de rehabilitación cardiaca se conviertan en una realidad, y en una realidad importante, del Servicio Andaluz de Salud. De hecho, el Grupo Parlamentario Andalucista presentó una enmienda a los presupuestos, en la que pedía específicamente la creación de un programa de rehabilitación cardiaca específico en el hospital Macarena, al hilo, precisamente, de la propuesta que nos hacía esta asociación y que nos parecía además que reunía todas las condiciones. Lo que pedíamos no era tampoco una cantidad excesiva, 180.000 euros, es decir, unos 30 millones de pesetas, para la creación de ese programa de rehabilitación, que no encontró el eco suficiente. Nos satisface, sin embargo, que, bueno, haya habido una reconsideración porque, al fin y al cabo, en esa línea, en la línea donde iba la enmienda del Grupo Parlamentario Andalucista al presupuesto del 2003, es la proposición no de ley que hoy nos trae el Grupo Parlamentario Socialista, en el sentido de que se facilite la extensión de los programas de rehabilitación cardiaca al conjunto de todo el sistema sanitario público de Andalucía. Nosotros, en aquel momento, lo pedíamos específicamente para un hospital, precisamente por ese reconocimiento que yo creo que hay que hacer a esta asociación y que, como ha dicho el señor Núñez, es digna de encomio y de alabanza incluso. Y que en esos programas de rehabilitación cardiaca, basados en una concepción multidisciplinaria, se incorpore el contrato-programa con el Servicio Andaluz de Salud.

Por lo tanto, señalando y recordando aquella enmienda que presentó el Grupo Parlamentario Andalucista en el pasado mes de noviembre en este sentido y que no tuvo eco, señalar que está en la línea o que estamos en la línea de lo que señala esta proposición no de ley y que, por lo tanto, vamos a darle nuestro apoyo.

Muchas gracias, señor Presidente.

**El señor PRESIDENTE**

—Gracias, señor Calvo.

A continuación tiene la palabra el señor López, en nombre del Grupo Parlamentario de Izquierda Unida Los Verdes-Conocatoria por Andalucía.

**El señor LÓPEZ CALVO**

—Muchas gracias, señor Presidente.

Es de agradecer, además, y yo creo de felicitar a todos los Grupos parlamentarios presentes en la

Comisión de Salud, el que durante las últimas sesiones estemos haciendo un esfuerzo para impulsar al Gobierno en la extensión de la atención hacia los enfermos, hacia ciertas enfermedades crónicas, hacia la mejora en la atención de determinadas enfermedades, hacia, en muchos casos también, la atención al entorno familiar de enfermedades graves y con importantes condicionamientos de carácter social y familiar. Por lo tanto, en este sentido, esta proposición viene a redundar en esa línea de trabajo y dé muestra de la voluntad política que en los últimos meses se están planteando desde los distintos Grupos parlamentarios en la Comisión de Salud.

Naturalmente, nosotros no podemos oponernos a esa extensión. Lo que nos preguntamos es que la siguiente va a ser la extensión también de estos tratamientos, de estos programas de rehabilitación hacia otras enfermedades que también tienen un número importante de ciudadanos y ciudadanas que las padecen. También tendremos que plantear la mejora de la atención y la extensión en la rehabilitación hacia enfermedades mucho más minoritarias, etcétera. Por lo tanto, en este sentido, vaya por delante nuestro apoyo, nuestra aprobación y, naturalmente, nuestro reconocimiento, como se está haciendo por parte de los Grupos a aquellas asociaciones civiles, cívicas, que están defendiendo esto. Pero que seamos conscientes de que le estamos mandando a la ciudadanía un mensaje —que además nosotros lo apoyamos totalmente— : «Organizaos, reivindicad, movilizaos». A los que son muchos enfermos, pero también a los que son pocos enfermos; a los que tienen unos costes asumibles por parte de la Administración pública, como a aquellas atenciones que tenemos el derecho y el deber de prestarles a los enfermos cuyas enfermedades tienen unos costes muy altos.

Digo esto porque parece que, de vez en cuando, cuando llegan otro tipo de enfermedades, otro tipo de asociaciones, ya no votamos igual porque decimos: «No, es que los costes, es que el presupuesto es limitado, es que...» Hombre, lo digo porque cualquier persona, ciudadano y ciudadana de Andalucía, que tenga un problema sanitario, debe tener igual prestación, la misma calidad en la prestación a su enfermedad, a su tratamiento, a su rehabilitación, sea una enfermedad rara, extraña, minoritaria, o bien lo sea de carácter más general. Porque, en parte, una serie de enfermedades como ésta, también es con una cultura, con un estilo de vida, con un modo de vida diferente. Por eso también nos sumamos nosotros.

Hay que cambiar las pautas en la sociedad en la vivimos, hay que cambiar comportamientos alimentarios, hay que cambiar modelos de relaciones sociales porque todo eso..., empezando por los que tenemos todavía la incapacidad de superar algunos de nuestros defectos más graves, de nuestros vicios más graves, como es el tabaco, como son otra serie de cosas; hay que cambiar.

Por lo tanto, como nosotros defendemos, otro mundo es posible. Esperamos que ya en esa línea

del Partido Socialista Obrero Español, de sumarse a los movimientos de contestación, al neoliberalismo, pues aumente, continúe, profundice y así veamos que en Andalucía vamos a construir desde nuestra propia realidad ese otro mundo y vamos a hacer que la sociedad sea más comunitaria, más social, más solidaria, más saludable, entre todos y todas. Y éste es un pequeñito paso que se da, pero que nosotros vamos a seguir insistiendo y empujando para que se den más pasos y con más radicalidad y profundidad.

Muchas gracias.

#### El señor PRESIDENTE

—Gracias, señor López.

A continuación tiene la palabra la señora Oña, en nombre del Grupo Parlamentario Popular.

#### La señora OÑA SEVILLA

—Muchas gracias, señor Presidente.

Creo que queda ya poco por decir, excepto ratificarle en prácticamente todo lo que se ha dicho hasta ahora. Nuestro Grupo, como es natural, va a votar a favor de esta propuesta. Y es algo que sabíamos hace mucho tiempo porque nosotros también nos hemos reunido con la asociación de enfermos cardíacos, que aspiran a tener una mejor vida posterior a su tratamiento, y ellos mismos ya nos dijeron que se estaban reuniendo con los distintos Grupos políticos que conforman el Parlamento. También nos dijeron que algún Grupo político ya se había ofrecido para hacer una iniciativa, cosa que por pura lealtad parlamentaria nosotros respetamos y no la presentamos al mismo tiempo, y simultáneamente, para que no se pretendiera o no se pensase que podíamos buscar una lucha política, que por otra parte tampoco es insana, pero, en cualquier caso, puesto que ya había algún Grupo político que la iba a defender, y nosotros la íbamos a respaldar, tampoco era necesaria la presentación de la iniciativa por parte del Grupo Popular.

Estamos completamente de acuerdo, lo que pasa es que no puedo comprender cómo los argumentos del portavoz del Grupo Socialista, en este caso, son claros y diáfanos, mientras en otros casos, muy similares, esos argumentos esgrimidos, concretamente, por mi persona para otros enfermos que también necesitan una readaptación a su nueva vida, una rehabilitación o unas nuevas pautas de conducta, esos mismos argumentos esgrimidos por mi persona han sido ferozmente refutados por parte del Grupo Socialista. Recuerdo cuando solicitaba tratamiento psicológico para mujeres sometidas al tratamiento..., por decirlo de forma que se entienda, mujeres a las que se les había amputado una mama, o bien a personas que han tenido una operación de laringe y no pueden posteriormente hablar, salvo que se sometan a un tratamiento de adaptación y rehabilitación, o

bien a los enfermos mentales, que muchas veces sufren crisis agudísimas y peligrosísimas para su vida y para el entorno familiar, sin que exista una medicina, de alguna manera, que prevenga esas crisis sucesivas.

Ahora, el portavoz del Grupo Socialista, yo creo que cargado de razón, como desde luego me dicen los conocimientos médicos y el sentido común, decía que era muchísimo más barato prevenir la recaída que curar a un enfermo que recae. Ese mismo argumento se puede prestar y se puede ofrecer a otras muchísimas enfermedades, que también pueden recaer y que sería más barato hacer un tratamiento rehabilitador o un tratamiento de aprendizaje de nuevas conductas de vida.

En este sentido me gustaría que aquí nos comprometiéramos todos a hacer una extensión de los servicios del SAS a todos aquellos enfermos que necesiten un tratamiento psicológico para adaptarse a su nueva vida, que pueden ser los enfermos operados de laringe, mujeres operadas de mama, enfermos mentales, pueden ser diabéticos, pueden ser parapléjicos, tetrapléjicos. Hay muchísimos enfermos que necesitan ese tipo de tratamiento y no hay por qué hacerlo exclusivo a los enfermos cardíacos, que lo necesitan también. Es decir, que en muchísimos enfermos no termina su padecimiento con el tratamiento médico o quirúrgico, termina su tratamiento o su padecimiento con una buena adaptación a la nueva vida que tienen que vivir. O, si tampoco termina, por lo menos mejoraría muchísimo su tratamiento el poderlos adaptar a la nueva vida.

Así que, entendiendo que todos somos iguales, que todos tenemos y debemos tener las mismas posibilidades de atención médica y de atención por parte del Gobierno andaluz, creo que este espíritu, este espíritu comprensivo para los enfermos cardíacos, que sin lugar a dudas todos estamos demostrando, debería hacerse también extensivo, y aprovecho la ocasión, para que estos argumentos sirvan para otras terapias también muy necesarias.

El Grupo Popular, evidentemente, como ya he dicho al principio, respalda la iniciativa, votamos a favor, estamos claramente a favor de estas nuevas versiones de la sanidad, porque hacen que la sanidad sea realmente mucho más moderna y, sobre todo, mucho más comprensiva, y entendemos que una buena sanidad es uno de los mejores indicadores del progreso de una sociedad.

Por tanto, evidentemente, vamos a votar a favor, con gran satisfacción, lamentando que ese tipo de actitudes no se hayan tomado anteriormente, pero confiando ya en que estas actitudes servirán exactamente igual para futuras proposiciones no de ley que, como coordinadora del Grupo Popular, traeré a esta misma Comisión y no se podrá entender que haya un voto distinto al que hoy estamos asumiendo entre todos.

Muchas gracias y creo que es momento de felicitar a estos enfermos, que es posible que tengan una mejor vida a partir de ahora.

## El señor PRESIDENTE

—Gracias, señora Oña.

Para finalizar el debate, por el Grupo Parlamentario Socialista tiene la palabra su portavoz.

## El señor NÚÑEZ ROLDÁN

—Muchas gracias, señor Presidente.

Muy brevemente porque yo creo que, quizá, lo único que deba decir es nuestro agradecimiento, como socialistas, de que las políticas que estamos impulsando, que venimos impulsando..., la unidad de rehabilitación primera en Andalucía se ha abierto hace diez años en este momento, pues a estas políticas se unan el resto de los Grupos parlamentarios presentes en este Parlamento.

Yo debo decir que en estos momentos hay, en España, 12 unidades de rehabilitación, de las cuales, tres están en Andalucía, una en Málaga y dos en Sevilla; por tanto, no es una cuestión en la que se parta de cero. La mejora continua de la atención sanitaria, señorías, no depende en absoluto de la voluntad del Gobierno de la Junta de Andalucía, no le falta absolutamente nada al Gobierno de la Junta de Andalucía para mejorar permanentemente, permanentemente, las prestaciones y la calidad de las mismas. El único problema, señorías, y ustedes lo han dicho, es un problema de condicionantes económicos.

Y a mí no me gusta hablar de temas económicos. Yo no creo que debamos tomar medidas, porque las políticas sanitarias deban estar dirigidas con el exclusivo fin de abaratar los costes, en absoluto. Acabamos de aprobar antes una medida para que los hemofílicos tengan derecho a la elección de sexo y eso, en absoluto, en absoluto se puede comprender desde una perspectiva económica, o economicista, pues aquí depende de si uno habla de..., si uno trata de ahorrar dinero se le dice economicista y, si no, se le dice a uno despilfarrador. Por tanto, poca salida le queda a uno, como acaba de decir la portavoz del Grupo Popular, a la cual tengo que agradecer su lealtad, como ella misma ha dicho, pero tengo de nuevo que llamar la atención por lo que tiene, de alguna forma, y si me permite una expresión, me parece simplemente bastante popular, de cascarrabias; o sea, de que aquí no se le aprueba nada al Grupo Socialista si no es después de echar una bronca, incluso prospectivamente: «Pues ya verá cómo le vamos a decir, como usted no sea capaz de aprobar las que vamos a traer en el futuro». Pues traiga usted iniciativas en el futuro, señora Oña, y ahí nos veremos, y ahí trataremos, y analizaremos cuidadosamente todas las iniciativas que traigan, no sólo su Grupo, sino todos los Grupos de esta Cámara, señora Oña, todos.

Y, desde luego, la cuestión fundamental, señorías, no es, al menos mientras el Partido Socialista esté al frente del Gobierno andaluz, voluntad política, pues nos sobra voluntad política, desde luego. Nos sobra voluntad política para mejorar permanentemente las

prestaciones y la calidad del sistema sanitario; el único problema es el condicionante del diálogo. Y tengo que recordarles, señorías, tengo que recordarles que quien decide, fundamentalmente, la partida total del presupuesto sanitario es el Gobierno central, es el Gobierno central, es el que dice..., cuando aquí viene esa cantidad somos nosotros los que tenemos que gestionar, tenemos que analizar con una perspectiva de coste-oportunidad y lo que nos gastamos en una cosa ya sabemos que no lo podremos gastar en otra, y así sucesivamente. Pero no cabe duda de que seguiremos tratando de ser no sólo eficaces, como decía un Diputado anteriormente, sino eficientes, no sólo resolviendo los problemas, sino resolviéndolos con el menor coste posible.

Nada más. Y reiterar nuestro agradecimiento al resto de los Grupos parlamentarios por haber aceptado de tan buen grado esta iniciativa.

Nada más y muchas gracias.

## El señor PRESIDENTE

—Muchas gracias, señor Nuñez.

Pasamos a votar la iniciativa.

Se inicia la votación.

¿Votos a favor?

*El resultado de la votación es el siguiente: ha sido aprobado por unanimidad.*

**Proposición no de Ley 6-02/PNLC-000309, relativa al registro de naturópatas.**

## El señor PRESIDENTE

—Por tanto, pasamos al siguiente punto del orden del día: proposición no de ley en Comisión, relativa al registro de naturópatas.

Para su defensa, tiene la palabra el señor Romero, en nombre del Grupo Parlamentario de Izquierda Unida Los Verdes-Convocatoria por Andalucía.

## El señor ROMERO RUIZ

—Muchas gracias, señor Presidente. Señorías.

La naturopatía, de acuerdo con la definición que se incluye en el Estatuto General de la Naturopatía, es la disciplina que sistematiza los conocimientos científicos, tecnológicos y praxiológicos sobre la salud, en su ámbito natural.

Como actividad sanitaria consiste en la asistencia a las personas mediante el uso de métodos naturales de salud, utilizando técnicas alimentarias de choque o masajes sin uso de aparatos.

La profesión de naturópata está reconocida por la Organización Internacional del Trabajo, OIT, y en el caso de España está, lógicamente, también acreditada

como profesión. Así, en la nueva clasificación nacional de ocupaciones, que se hizo operativa el 27 de enero de 1927, también queda recogida la propuesta de inclusión de la ocupación de Técnico en Naturopatía, con el código 3129.005.0.

Por resolución del 17 de septiembre del año 2000, el Ministerio de Trabajo y Asuntos sociales incluyó la profesión de naturópata en el Régimen Especial de Trabajadores por Cuenta Propia o Autónomos, en el RETA. En el año 2001 el Instituto Nacional de Estadística incluye la naturopatía en el grupo de actividades sanitarias y en la clase 85.15, otras actividades sanitarias de la CNAE-93.

Los estudios para la formación de naturopatía no tienen en este momento estatuto reglado, habiéndose solicitado una diplomatura y una licenciatura. La obtención del documento acreditativo profesional de naturopatía, acupuntura o terapias afines se realiza mediante la superación de exámenes corporativos a cargo de Cenaco. Desde el año 1995 estos exámenes se realizan en la Universidad de Barcelona.

El incremento constante de la demanda social en el tipo de prestaciones que ofrece la naturopatía, entre otras técnicas terapéuticas complementarias, ha merecido la atención del Parlamento Europeo, en una resolución de 1997, la A-40075, y en otras instituciones ha estado también presente en este propio Parlamento con acuerdos aprobados en esta y en la anterior legislatura, con proposiciones no de ley en Pleno y en Comisión.

La regulación de la actividad profesional de la naturopatía es una necesidad urgente, dado el incremento de su demanda. En la actualidad, el naturópata ejerce su profesión con todas las garantías que la legislación laboral y fiscal reconocen, faltando sólo el reconocimiento académico, que se espera tener resuelto en breve. Mientras, de forma transitoria, la figura jurídica de un registro profesional daría cumplimiento a lo que recoge la legislación vigente en materia de salud, sin atentar contra la situación de otros colectivos profesionales sanitarios. Tal registro, al tiempo de evitar el intrusismo, daría garantías a los usuarios con respecto a la profesionalidad de quienes reciben la asistencia.

El actual confusiónismo lesiona la imagen de estos profesionales, confunde a los usuarios ante la elección de una prestación con garantías.

Por todo lo expuesto con anterioridad, se somete a aprobación la siguiente proposición no de ley:

«El Parlamento de Andalucía insta al Consejo de Gobierno a crear un registro profesional de naturopatía en Andalucía, en el que puedan inscribirse las personas que acrediten al menos un año de ejercicio de profesión de naturópata y estén incluidas como tales en el Régimen Especial de trabajadores por cuenta propia o autónomos, o bien tengan contrato laboral como naturópatas».

Hay que tener en cuenta que hay personas con contrato laboral en centros de salud y en hospitales, en clínicas tanto públicas como privadas, balnearios, etcétera. Y que hay un grupo de personas, que están

dadas de alta, que responden con su profesión, con el pago de sus impuestos, con su reconocimiento fiscal y que necesitan que académicamente se solucione el problema de la diplomatura o de la licenciatura para formar parte del abanico de prestaciones sanitarias desde el campo de la naturopatía.

Está claro que hay problemas, que hay intrusismo, que hay gente que no reúne condiciones, que hay una delgada línea roja, con algunos problemas de prestación de asistencia sin ningún tipo de garantías y que lo que aflora, lo que es público, lo que está registrado, se pueden exigir garantías, se pueden exigir responsabilidades y se puede articular una serie de gente muy importantes, muy preparadas, muy inquietas intelectual y científicamente, que están colaborando y que están poniendo en práctica sus conocimientos al servicio de la Comunidad, de buena manera y sin ningún tipo de fraude.

Por eso es importante que este tema se apruebe. Se está planteando en otras Comunidades Autónomas, se ha de plantear en el Estado, porque hay una competencia de las carreras médicas o de las licenciaturas en este campo, pero que se hace camino al andar y creemos que en el Parlamento de Andalucía se podría aprobar esta proposición no de ley que esperan cientos de colectivos de naturópatas.

Muchas gracias.

El señor PRESIDENTE

—Gracias, señor Romero.

A continuación tiene la palabra el señor Calvo, en nombre del Grupo Parlamentario Andalucista.

El señor CALVO POYATO

—Muchas gracias, señor Presidente.

Efectivamente, existe el ejercicio de la actividad de naturópata, como ha dicho el señor Romero, que es una disciplina que sistematiza una serie de conocimientos y que emplea para el ejercicio de su actividad, pues, procedimientos de carácter puramente natural, ¿no?

Y, efectivamente, los naturópatas tienen una serie de reconocimientos, desde distintas perspectivas, desde el punto de vista fiscal, incluso del ejercicio de la actividad profesional o de su actividad como tal, y por otro lado no es menos cierto que, frente a personas que ejercen la actividad de manera competente, de manera adecuada y que prestan un importante servicio a la sociedad, se pueden producir, y de hecho todos conocemos casos, algunos de ellos con una gran resonancia en los medios de comunicación, de gentes con pocos escrúpulos que se dedican también al ejercicio de determinadas prácticas, que pueden quedar confundidas con el ejercicio de la naturopatía, ¿no?

Por lo tanto, yo creo que en todo eso estamos de acuerdo. Estamos de acuerdo en la función que ejercen, estamos de acuerdo en la actividad que realizan, que es una actividad que tiene un reconocimiento en diferentes ámbitos.

En todo caso, nosotros lo que sí planteamos es que en este momento los estudios, los estudios de naturópata como tales no tienen un Estatuto reglado y no hay lo que podríamos llamar la concesión, como dice el propio proponente, el Grupo proponente de esta proposición no de ley, una diplomatura o una licenciatura, es decir, no hay un reconocimiento académico como tal, aunque también se dice en este texto que, en breve, se espera que esa situación quede resuelta, ¿no?

Por lo tanto, nosotros, el Grupo Parlamentario Andalucista está de acuerdo con el planteamiento general que se hace en esta proposición no de ley por parte del Grupo proponente y, en todo caso, la única duda que nos puede quedar es el que se cree un registro profesional, en el que puedan inscribirse aquellas personas que acrediten al menos un año de ejercicio de la profesión de naturópatas y estén incluidos como tales en el Régimen Especial de trabajadores por cuenta propia o autónomos, tengan contrato laboral como naturópatas, ¿no?

En definitiva, nosotros entenderíamos que esto podría ser una realidad, que se puede asumir, en todo caso, con la salvedad que acabo de dejar hecha y que la propia proposición no de ley, en su exposición de motivos, recoge en dos momentos: por un lado, en que hay en este momento solicitados —y nosotros, desde luego, esperamos que la autoridad competente, la autoridad académica, en este caso, lo pueda resolver a la mayor brevedad posible— los estudios de diplomaturas y de licenciatura también, que signifiquen el reconocimiento académico correspondiente.

Por lo tanto, con esa salvedad, señalar que estamos de acuerdo con la filosofía, con el planteamiento y, desde luego, con el objetivo que persigue esta proposición no de ley en relación con la creación de un registro de naturópatas en Andalucía, por todo lo que tiene, como hemos dicho, de carácter positivo. Por un lado, pues tratar de evitar ese intrusismo que hace daño a unas personas que ejercen una actividad beneficiosa desde el punto de vista social, y que lo hacen además en cumplimiento de determinadas obligaciones laborales y determinadas obligaciones fiscales, y por otro para que se produzca, en fin, el reconocimiento profesional como tales, que puede ser un paso importante en este sentido.

Nada más, señor Presidente.

#### El señor PRESIDENTE

—Gracias, señor Calvo.

A continuación tiene la palabra el señor Pizarro, portavoz del Grupo Parlamentario Popular.

#### El señor PIZARRO NAVARRETE

—Sí. Gracias, Presidente.

Sí, nosotros también estamos de acuerdo en el fondo, en esta proposición no de ley, y ya que la proliferación y el éxito que las técnicas naturales han experimentado en la sociedad española a lo largo de los últimos años dibujan un enrevesado panorama para los pacientes, que optan por un tratamiento natural a la hora de enfrentarse a algunas de sus dolencias.

Ha habido un fuerte aumento de demanda de estos servicios en los últimos años y ha dado lugar a la aparición de figuras profesionales fraudulentas, que aun sin estar reconocidos por ley, ni contar con la preparación adecuada, pues intentan convencer a los enfermos, que buscan desesperadamente solución a sus problemas, el alivio de esos problemas que presentan.

Así aparece en los últimos años, cada vez más, el intrusismo, que son aquellas personas que sin ningún tipo de conocimiento ni reconocimiento legal o académico ofrecen a los ciudadanos tratamientos no controlados, ni contrastados por la autoridad sanitaria, y que en muchos casos ponen en peligro la salud de los pacientes.

Para controlar esto, pues es bueno, efectivamente, que se haga un registro de profesionales, donde puedan dirigirse las demandas por el mal uso de la praxis naturópata. Y, por lo tanto, creemos que deben estar controlados, saber quiénes son los que están registrados, quiénes son los que se pueden dedicar a esta práctica y, lógicamente, nosotros pensamos que es bueno que haya un registro donde se pueda controlar perfectamente y se puedan seguir aquellos que tienen conocimientos necesarios para ejercer esta práctica, que es una práctica de ayuda a la medicina..., la tradicional, y que pueden mejorar mucho las dolencias y el bienestar de los enfermos.

#### El señor PRESIDENTE

—Gracias, señor Pizarro.

Tiene la palabra, a continuación, la señora Moro, en nombre del Grupo Parlamentario Socialista.

#### La señora MORO CÁRDENO

—Gracias, señor Presidente.

Bueno, hoy se está planteando aquí un tema, en esta Comisión, que ha sido objeto de debate en esta Cámara en alguna ocasión, como ya ha manifestado el portavoz del Grupo Parlamentario de Izquierda Unida. Un tema que, efectivamente, es una realidad no sólo en Andalucía, sino en el resto de España y en Europa: precisamente ese interés, ese creciente interés por las medicinas naturales. Es evidente que las especialidades de la medicina natural se van configurando como una oferta en nuestro entorno inmediato. De este modo, un buen número de personas

buscan completar los tratamientos convencionales con los naturales.

No existen en España estadísticas fidedignas de la población que utiliza la medicina natural; ahora bien, hay algunos estudios de las asociaciones de profesionales que estiman que alrededor de un 30% o 35% de la población la usa. En Andalucía hay un buen número, es verdad, de profesionales en activo, algunos afiliados a organizaciones profesionales, y algunos de ellos trabajan por su cuenta, y otros para terceros en diferentes centros de salud, dietéticos, balnearios, etcétera.

Y, como comentaba anteriormente, en este Parlamento, y a propósito de determinadas iniciativas, tanto del Grupo Parlamentario Socialista como del Grupo Parlamentario de Izquierda Unida, se han planteado determinadas cuestiones relacionadas con la medicina naturista; sin embargo, hoy se plantea en esta iniciativa un tema, a propósito de esta disciplina, que quizás haya que considerarlo como un poco más complejo. Y digo más complejo porque hay que partir de la base de que actualmente no existe un marco legal adecuado, no existe una regulación de esta actividad profesional, tan sólo la Real Orden de 1926, que es totalmente insuficiente, pero además ese marco es totalmente nulo, si hacemos referencia a la enseñanza reglada, no existe un criterio acreditativo oficial de esta disciplina.

Efectivamente, la única mención que existe de la medicina natural es un epígrafe fiscal que recoge estas disciplinas como especialidades consideradas parasanitarias; concretamente, este epígrafe clasifica los profesionales relacionados con actividades parasanitarias en el grupo 841, que contiene acupuntores, naturópatas y otros profesionales parasanitarios. Y también un reconocimiento, por parte del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, con la asignación también de un epígrafe determinado.

Y estas menciones no cabe duda que han sido una consecución por parte de las asociaciones de estos profesionales, que persiguen y que aspiran a conseguir la normalización y la ordenación de esta disciplina. Unos profesionales que exigen, lógicamente, una regulación definitiva, ante la falta de marco legal adecuado que permita garantizar la calidad de esa oferta, que permita garantizar su formación, su estabilidad y el reconocimiento profesional, sobre todo.

Pero quizás habría que preguntarse por dónde pasa esa regulación, esta adecuación. Es evidente, como he dicho anteriormente, que el objetivo prioritario de estos profesionales pasa por una regulación, por una ordenación de esa actividad mediante la homologación, el reconocimiento del título correspondiente, que les permita ejercer como profesionales. Como saben, ésta es una propuesta que ha sido elevada a la Administración central competente en esta materia.

Pero también es evidente que se hace precisa una regulación legal de estas medicinas naturales, tal y como se solicitó el pasado año, a propósito de una iniciativa planteada en esta misma Comisión, una regulación que permita tener un marco legal adecuado

en el conjunto del país, teniendo en cuenta además que, también probablemente, se haga preciso armonizar la regulación de estas disciplinas en el marco de la Unión Europea, en tanto que en los distintos países europeos la regulación es igualmente escasa, es dispersa, es parcial, permitiendo de este modo una regulación total y homogénea en todos los niveles.

Y a este respecto, es decir, por lo que se refiere a las regulaciones legales futuras de las actividades y las técnicas inherentes a la naturopatía, a la homeopatía o a la acupuntura, por parte del Gobierno de la Nación, hace unos días, concretamente el pasado 24 de enero, el Ministerio de Sanidad y Consumo contestaba por escrito a una pregunta parlamentaria planteada por CiU en el Congreso de Diputados, según la cual, la Administración central había realizado una serie de actuaciones para abordar de forma rigurosa la situación de las citadas actividades, en primer lugar, con la intención de conocer cómo se encuentran reguladas estas prácticas en el resto de los países miembros de la Unión Europea, para lo cual se había enviado una especie de encuesta a los mismos, donde se planteaban determinadas cuestiones, tales como su regulación, si es obligatorio el registro oficial para poder ejercer, si hay un ámbito definido, qué titulación se requiere, etcétera, etcétera. Y, dado que no todos los países han contestado al Gobierno central, parece ser que van a retirar esta encuesta para sacar las conclusiones definitivas.

Y, por lo que se refiere al objetivo prioritario de este colectivo, que yo creo que es el reconocimiento profesional, el reconocimiento académico de esta disciplina, la homologación, en definitiva, de un título que les reconozca profesionalmente, no se hace ninguna mención en la mencionada respuesta parlamentaria, pero sí en otra respuesta anterior a una pregunta parlamentaria formulada por el Grupo Popular, donde se determina que se han iniciado contactos con la Dirección General de Educación, de Formación Profesional e Innovación Educativa para que, una vez recabada toda la información solicitada a los países de la Unión Europea, valorar la conveniencia o la pertinencia de desarrollar de forma paulatina la regulación educativa de algunas de estas disciplinas, de manera que, en la medida de lo posible, se garantice la idoneidad de la formación y el reconocimiento de quienes ejercen en estos campos.

Por tanto, éste es el panorama que se dibuja por parte de la Administración competente en el reconocimiento académico y profesional de esta actividad. Y es evidente, como demandan insistentemente estos profesionales, que es necesaria y urgente una regulación de estas disciplinas y, por supuesto, un mecanismo jurídico que permita las máximas garantías, no ya para estos profesionales, sino sobre todo para los usuarios de los mismos. Es necesario, por tanto, un reconocimiento previo, una ordenación profesional previa por parte de la Administración competente, atendiendo a los criterios que se estimen oportunos, lógicamente. En definitiva, un título profesional que acredite a estos profesionales y que permita, ante

todo, las mayores garantías para los mismos y para los usuarios. Una homologación de la formación necesaria para el ejercicio profesional y, a partir de esta homologación y reconocimiento profesional, plantear el establecimiento y la creación de un registro oficial de profesionales de medicina natural y una acreditación de los centros, teniendo en cuenta también a este respecto la opinión de las sociedades profesionales y de las sociedades científicas, y, lógicamente, dentro del marco competencial, en este caso de la Comunidad Autónoma andaluza.

Y digo esto porque, al no ser una especialidad la medicina naturista, dentro de la licenciatura de Medicina y Cirugía, ni tampoco constituye formación académica de rango universitario, ni está encuadrada en el seno de la Formación Profesional reglada, desde el punto de vista del ordenamiento jurídico sanitario, la creación de un registro naturópata se debe enmarcar en la regulación existente de las profesiones sanitarias y sus especialidades, materia específica que corresponde al ámbito competencial de la Administración del Estado, al formar parte de las bases de la sanidad que la Constitución atribuye a ésta. Ahora bien, si se propone la creación de un registro naturópata bajo el amparo de los derechos de los ciudadanos que como consumidores tienen, en relación con la utilización de las técnicas empleadas por los naturópatas, y desde el derecho a la protección de la salud, reconocida en el artículo 43.1 de la Constitución, estaríamos ante el ejercicio del deber de tutela de los derechos de los ciudadanos, a la hora de consumir unos servicios con las garantías suficientes de seguridad, efectividad y no nocividad, lo que obliga lógicamente a la Administración pública sanitaria a realizar una serie de definiciones que van desde la determinación clara del objeto, hasta la fijación de los correspondientes requerimientos básicos de la práctica, incluyendo el campo de actuación de esos profesionales, y quizás esta regulación tan detallada obligaría a entrar en materia de ordenación de las profesiones sanitarias y sus especialidades, que, como ya he comentado anteriormente, es exclusiva competencia estatal.

Y como el Grupo Parlamentario Socialista comparte las inquietudes y la necesidad de reconocimiento profesional y académico de estos profesionales de la medicina natural y entendemos la necesidad de la urgente regulación al respecto, le proponemos una enmienda *in voce* al proponente de esta iniciativa, que permita una adecuación respecto a lo que le he comentado en mi intervención, en el sentido de que la parte dispositiva de su iniciativa quedara redactada del siguiente modo: «El Parlamento de Andalucía insta al Consejo de Gobierno, y una vez que la Administración general del Estado reconozca el título profesional correspondiente, a que inicie un proceso que permita la creación de un registro de profesionales de la medicina natural y de los centros, atendiendo a los criterios que se estimen oportunos, previa consulta a las sociedades científicas y profesionales». Yo creo que con esta nueva redacción, con esta propuesta se dota de mayor garantía un registro

de estas características, reforzando los criterios que sean necesarios para su encuadre en el mismo, no basándola únicamente en los que establece en su iniciativa previamente y evitando, sobre todo, el acceso de aquellos que carezcan de suficiente formación o profesionalidad, porque aunque los criterios a que hace referencia son necesarios, quizás no sean suficientes para garantizar y para conseguir el fin perseguido.

#### El señor PRESIDENTE

—¿Me pasa, por favor, el texto de la enmienda?

Sí. A continuación, para finalizar el debate, tiene la palabra el señor Romero, en nombre del Grupo Parlamentario de Izquierda Unida.

#### El señor ROMERO RUIZ

—Muchas gracias, señor Presidente.

Agradecer a los Grupos parlamentarios su posición en torno a este tema. He prestado mucha atención a todos los Grupos parlamentarios, es una demanda creciente de las sociedades europeas, es una demanda que está inscrita en un modelo de desarrollo sostenible, en una valoración de los recursos naturales, etcétera. Hay muchas personas en este campo con buenas ideas sobre estos servicios, de cara a la población, y lo que plantean quedaría sin ningún efecto si aceptara la enmienda del Grupo Parlamentario Socialista, porque ellos lo que vienen a plantear es que hasta que no..., cuando ya esté garantizado por el Estado, ya no necesitan ningún tipo de registro; el registro se plantea para dar garantías a los usuarios con respecto a la profesionalidad y para ocupar un periodo transitorio, hasta que se consiga que las competencias del Estado, donde este tema se va a plantear y a nivel de la Unión Europea se va a ver, se haga. Ellos vienen a decir: hay ahora un vacío, en breve se conseguirá un reconocimiento académico. Tenemos ya un reconocimiento profesional de Seguridad Social y fiscal, necesitamos que haya un registro para darles tranquilidad a los usuarios de estos servicios y que se vaya abriendo camino en el marco de una transición, y esa transición será más breve o será más larga, habrá directiva de la Unión Europea, habrá debate, habrá que instar al Gobierno central a homologar este tema desde el punto de vista académico para garantizar la profesión, pero una vez que esté garantizada ya no será necesario más que su cumplimiento en el *Boletín Oficial del Estado* y en las Comunidades Autónomas su desarrollo.

Por lo tanto, sintiéndolo mucho, creemos que el debate se ha abierto, que volverá de nuevo y que nosotros trasladaremos el acta de este *Diario de Sesiones* y la votación de los distintos Grupos parlamentarios al colectivo que nos ha facilitado este tema y se verá que hay un obstáculo que pone el Partido Socialista, que plantea que hasta que no se reconozca a nivel del Estado aquí no se piensa dar un paso, cuando se

podía dar un paso y Andalucía ser pionera en este tema, pero no ha sido posible. Que se vote como está. Y, agradeciendo las intervenciones, no acepto la enmienda del Grupo Socialista.

El señor PRESIDENTE

—Muchas gracias, señor Romero.

Una vez finalizado el debate, pasamos a la votación de la iniciativa.

Se inicia la votación.

*El resultado de la votación es el siguiente: ha sido rechazada, al haber obtenido 4 votos a favor, 9 votos en contra, ninguna abstención.*

**Proposición no de Ley 6-02/PNLC-000339, relativa a instar al Consejo de Gobierno de la Junta de Andalucía a que construya un centro hospitalario de alta resolución en Almería.**

El señor PRESIDENTE

—Pasamos, a continuación, a la proposición no de ley relativa a instar al Consejo de Gobierno de la Junta de Andalucía a que construya un centro hospitalario de alta resolución en Almería. Para la exposición de la misma, tiene la palabra, en representación del Grupo proponente, el señor Soler, Martín.

El señor SOLER MÁRQUEZ

—Muchas gracias, señor Presidente.

Traigo aquí una iniciativa, al Parlamento, que considero muy importante para la provincia de Almería. Se trata de la construcción de un nuevo centro hospitalario que permita mejorar las prestaciones sanitarias de nuestra capital y de nuestra provincia.

En los últimos veinte años se han construido en Almería tres nuevos hospitales, lo que hace que tengamos la red hospitalaria, en cuanto a edificaciones, más moderna de Andalucía. Se han construido dos nuevos, uno en El Ejido, Poniente, y otro en Huércal-Overa, pero el crecimiento de la población, así como de las nuevas prestaciones sanitarias, hacen que sea necesaria la construcción de este nuevo centro.

El centro va a absorber toda la actividad quirúrgica sin ingreso en la ciudad de Almería. Para eso tiene dotación de seis quirófanos, con la consiguiente área de consultas y unidad polivalente.

Geográficamente se va a ubicar en los terrenos cedidos por el Ayuntamiento de Almería, dentro del espacio conocido como El Tollo, donde va a ir la gran actividad en torno a los Juegos Mediterráneos del año 2005. Tiene cerca los núcleos urbanos de Retamar, El Alquíán, La Cañada, Los Molinos, Cabo de Gata y Costacabana, con lo que se va a mejorar

mediante una mayor accesibilidad la prestación de los servicios sanitarios.

La superficie construida del centro va a estar en torno a los diez mil metros cuadrados y va a tener las siguientes áreas funcionales: un área de urgencias; un área de hospitalización polivalente, con 22 módulos individuales, susceptibles de uso doble; un área quirúrgica, con 6 quirófanos y zona de apoyo; las áreas de consultas externas, con 17 módulos para atención primaria y 22 para atención especializada; va a tener un área diagnóstica, con cinco salas de diagnóstico por imagen, una sala de laboratorio y también telemedicina; va a tener un área de apoyo clínico, basado en la farmacia y en el archivo de las historias clínicas; la zona clásica no asistencial de admisión, dirección, administración, instalación y mantenimiento; un área de rehabilitación, y un área de educación sanitaria y bucodental.

Hay una primera característica en este centro y es que va a mejorar la accesibilidad, va a acercar los servicios al ciudadano, en la medida en que su ubicación geográfica va a estar muy cercana a la zona de expansión urbana de la ciudad de Almería.

También hay que destacar que el centro va a estar asociado a un centro de atención primaria, un centro de salud, lo cual va a dar continuidad a todos los procesos de carácter asistencial. Es un centro moderno y avanzado, que reúne toda la experiencia de los centros sanitarios existentes. En este centro habría que destacar como principal característica que, en una misma visita, el paciente sea atendido por un médico de cabecera, un médico de atención primaria —si lo requiere—, atención especializada, se realizan las pruebas diagnósticas necesarias y, por último, se marcha el paciente a su casa con el tratamiento correspondiente, con lo cual, en un solo día obtiene una respuesta inmediata del sistema sanitario público.

También habría que destacar, como elemento característico, que las pruebas diagnósticas que se van a poder realizar van a contar con TAC, mamografía, endoscopia, espirometría, ecocardiografía, audiometría, pruebas de esfuerzo, etcétera. Y, además, el centro, como decía anteriormente, va a tener la capacidad de trabajar mediante la telemedicina, con lo que, a través de videoconferencia, los médicos del centro pueden consultar con cualquier otro centro de referencia en el resto de Andalucía.

Va a disponer de seis quirófanos, lo que va a permitir asumir la mayor parte de la actividad quirúrgica de cirugía mayor que ahora se realiza en el complejo hospitalario de Torrecárdenas, lo cual va a mejorar el funcionamiento de este hospital, va a descongestionar el hospital de referencia provincial, de manera que cuatro quirófanos se dedicarán a cirugía mayor ambulatoria, uno a cirugía menor y todavía quedará un quirófano disponible para situaciones de urgencia y de emergencia.

Finalmente destacaría que se van a ahorrar la mayoría de los desplazamientos que hoy se realizan en el hospital, puesto que las intervenciones de ciru-

gía ambulatoria, junto con las endoscopias, pruebas de esfuerzo, ecocardiografías, etcétera, van a tener la continuidad asistencial que permite garantizarle al ciudadano la mayor comodidad posible, la mayor rapidez, la mayor accesibilidad y va a venir, como he dicho anteriormente, a reforzar el dispositivo sanitario público en la ciudad de Almería y en la provincia de Almería.

Muchas gracias.

*[Interrupción en la grabación.]*

#### El señor LÓPEZ CALVO

—Gracias, señor Presidente.

Insisto en la felicitación colectiva, por lo menos yo no me felicito a mí, pero felicito a los Grupos parlamentarios que en esta ocasión, pues, están presentando iniciativas para extender, mejorar, lograr que la atención sanitaria en Andalucía esté más cercana al ciudadano y a la ciudadana, y, en este caso, sin el Libro Blanco todavía explicitado, presentado y explicado en sede parlamentaria, el Libro Blanco sobre la atención hospitalaria comarcal, el Grupo Parlamentario Socialista vuelve a traer, pues, un centro de alta resolución específico para un municipio, en este caso para una capital de provincia, me imagino yo que dependiente, complementario de la atención hospitalaria ya existente en Almería. Pero no nos importa que el Consejero no haya podido todavía hacer esa presentación, esa comparecencia en sede parlamentaria sobre el Libro Blanco porque estoy convencido de que contemplará estas propuestas que se nos están planteando poco a poco, sirva la expresión píldora a píldora, ¿no?, hospital a hospital, centro de alta resolución a centro de alta resolución, porque no me imagino al Grupo Parlamentario Socialista siendo un irresponsable planteando que existen propuestas que no están contempladas en ese estudio, en ese diagnóstico y en esa planificación de futuro que todos dijimos que teníamos que hacer un esfuerzo de no utilizarlo como arma arrojadiza ni como instrumento partidista, porque era muy importante la atención sanitaria, era muy importante la definición del mapa hospitalario en Andalucía.

Como es cierto que nos encontramos con una ciudad que ha crecido en los últimos años, que tiene una población emigrante y que además tiene un reto muy importante de cara al 2005, como son los Juegos del Mediterráneo, pues nosotros no tenemos más que sumarnos a esta propuesta y esperar que la Consejería sea rápida en la construcción de este centro de alta resolución de la ciudad de Almería.

#### El señor PRESIDENTE

—Gracias, señor López Calvo.

A continuación, por el Grupo Popular, su portavoz, señor Pizarro, tiene la palabra.

#### El señor PIZARRO NAVARRETE

—Gracias, señor Presidente.

La verdad es que nos sorprende enormemente que el Grupo Socialista traiga esta proposición no de ley, dado que nos criticó en múltiples ocasiones proposiciones que traíamos en cuanto a hospitales en distintas zonas de nuestra Comunidad, que desde el Partido Popular creíamos que eran necesarios, y una tras otra se nos repetía que hasta que no se presentase el Libro Blanco de hospitales comarcales que se llamaba antes, creo que ahora ha pasado a llamarse de la sanidad andaluza, pero empezó como de hospitales comarcales, ese Libro Blanco que haría exactamente un estudio de dónde tendría que ir cada uno de los hospitales y por qué se tendrían que ubicar en unos sitios determinados, tal estudio. Bueno, pues ahora nos sorprende el Partido Socialista con que ellos, pues, sin haberse presentado ese Libro Blanco, ellos vienen presentándonos la necesidad de crear un centro, un hospital de alta resolución en la ciudad de Almería.

Bueno, nosotros nos alegramos de que se abra un centro, que se intenten abrir cada vez más, que se esté más cercano al ciudadano, pero nosotros a lo que no vamos a renunciar nunca es a nuestras mismas propuestas. Nosotros presentábamos enmiendas que fueron echadas a bajo, fueron votadas en contra por el Partido Socialista sobre un hospital en Almería, en los últimos presupuestos para el año 2003, y ahora nos sorprende que se traiga una proposición no de ley para hacer un hospital en Almería. No comprendemos bien, si bien es cierto que no es la misma idea la que tenemos nosotros del hospital que necesita Almería, de lo que se quiere hacer con el centro este de alta resolución.

Por activa y por pasiva se nos suele decir que la calidad de la asistencia sanitaria no viene dada por el número de camas que hay en los hospitales y tal, y nosotros podíamos estar en parte de acuerdo, pero en otra parte no estamos de acuerdo en ello y por eso nosotros pedimos para Almería un hospital, pero un hospital reglado, no un centro de alta resolución, sino un hospital como los hospitales vienen a ser, ¿no?, como son. Y no es porque haya falta de camas, sino porque se cumplan los compromisos concretos que hacen el Presidente Chaves y el señor Vallejo, porque si nos están hablando de habitaciones individuales, pues van a faltar camas en la provincia de Almería, o no se pretende cambiar el número de habitaciones individuales, porque si se dice que se irán reformando los hospitales para hacerlos de habitaciones individuales, de un solo uso, no habitaciones, porque esto se vende de distinta forma, depende de cómo el Partido Socialista quiera vendérmolo. Ellos hablan, cuando hablan, de habitaciones individuales, nos dicen que en tal hospital la segunda planta, la tercera planta son habitaciones individuales, pero cuando hablamos de porcentaje de camas por habitantes, ya meten dos en esas habitaciones que eran individuales, para decir que tenemos más camas de la media, concretamente en

la provincia de Almería. Y es falso, es falso, no hay ni siquiera las necesarias que tendría que haber según la Organización Mundial de la Salud, que, hasta que no se diga lo contrario, algo sabrá de salud. Además, que yo creo que puede saber la Consejería de Salud o cualquier país, cuando desde la Organización Mundial se marcan unas pautas, unos cánones, unas reglas de camas por habitantes, ¿no?

Por lo tanto, nosotros nos alegramos de que, a pesar de que ustedes se oponen rotundamente a que presentemos proposiciones no de ley sobre nueva creación de hospitales, pues ustedes ahora lo traigan, y nos alegramos de que, después de rechazar nuestra propuesta, nuestra enmienda de abrir un hospital en Almería, ahora ustedes digan que es necesario en Almería un hospital, pero lo que no vamos a dejar de insistir es en que, además de este centro de alta resolución, que no va a solucionar, creemos nosotros, el problema de Almería, vamos a seguir pidiendo que se haga un hospital, como se solicita por los ciudadanos de Almería, y nosotros vamos a mantener, desde luego, la propuesta de un hospital con un número determinado de camas, acorde a las necesidades de la provincia.

Nada más y muchas gracias.

El señor PRESIDENTE

—Gracias, señor Pizarro.

Y, para cerrar el debate, tiene la palabra el proponente, señor Soler Márquez.

El señor SOLER MÁRQUEZ

—Gracias, señor Presidente.

Yo creo coincidir con los dos portavoces que han intervenido en la necesidad de articular la planificación sanitaria en torno al Libro Blanco. Es una evidencia que además el Gobierno está comprometido en este asunto, pero también es verdad que hay necesidades que surgen con rapidez, que básicamente en este caso es un incremento de la población, y compromisos internacionales, como la celebración de unos Juegos Mediterráneos, que indican que es bueno adelantar la planificación prevista y, sobre todo, acortar las fechas para ejecutar las obras. En todo caso, creo que hay que destacar que en Almería, hasta la transferencia de las competencias sanitarias, sólo había un hospital y era regular, que se llamaba la Bola Azul. En los últimos años, con las transferencias hospitalarias y sanitarias en Andalucía, se han construido tres: uno nuevo, Torrecárdenas, y dos comarcales, lo que ha mejorado sustancialmente la calidad. Ahora vamos a construir un cuarto y, probablemente, en los próximos días, también habrá que acometer una propuesta para ampliar el propio hospital de Torrecárdenas y dotarlo de más camas. Por tanto, creo que hay una respuesta desde la Junta de Andalucía, en la línea que queremos los ciudadanos de Almería.

Y, finalmente, decirles también que la Junta de Andalucía va a seguir mejorando la atención primaria en el conjunto de la provincia y creo que esa buena mejoría en la atención primaria, junto con la ampliación de los servicios especializados, va a permitir mejorar la calidad asistencial.

Darles las gracias a todos los Grupos presentes en esta Cámara. Vamos a mejorar los servicios sanitarios de Almería y creo que de ello se van a beneficiar los ciudadanos, que al fin y al cabo son el eje de nuestra actuación pública.

Muchas gracias.

El señor PRESIDENTE

—Gracias, señor Soler Márquez.

A continuación pasamos a la votación de esta proposición no de ley.

Se inicia la votación.

*El resultado de la votación es el siguiente: ha sido aprobada por unanimidad.*

Suspendamos la sesión hasta las cuatro y media de la tarde.

[Receso].

**Comparecencia 6-02/APC-000437, del Excmo. Sr. Consejero de Salud, a fin de informar sobre los resultados de la aplicación y actuaciones realizadas en base al Decreto de Garantías de Respuesta Quirúrgica y la situación actual de las listas de espera dentro del Servicio Andaluz de Salud.**

El señor PRESIDENTE

—Buenas tardes.

Vamos a comenzar la sesión de la tarde de la Comisión de Salud, con el primer punto del orden del día: solicitudes de comparecencia en Comisión, solicitada a fin de informar sobre los resultados de aplicación y actuaciones realizadas en base al Decreto de Garantías de Respuesta Quirúrgica, así como la situación actual de las listas de espera dentro del Servicio Andaluz de Salud, a propuesta del Grupo Parlamentario Mixto y el Grupo Parlamentario Izquierda Unida Los Verdes-Convocatoria por Andalucía.

Tiene la palabra el señor Consejero de Salud.

El señor CONSEJERO DE SALUD

—Muchas gracias, señor Presidente. Buenas tardes, señorías.

Nuestra Comunidad dio un paso adelante muy importante a fin de garantizar el derecho de los ciudadanos andaluces a ser intervenidos en un plazo de tiempo razonable, a ser intervenidos quirúrgicamente,

y, como consecuencia, para una gestión adecuada de las listas de espera quirúrgica, mediante la aprobación del decreto que todos ustedes conocen, el Decreto 209 del año 2001.

Desde ese momento, todo el sistema sanitario público andaluz ha realizado un esfuerzo muy importante para hacer efectiva esa garantía, la garantía de un tiempo máximo de espera, llegando al momento actual con unos resultados muy satisfactorios. Ya en marzo del año 2000, habíamos dado los primeros pasos para abordar el problema de las listas de espera quirúrgicas, problema que, como saben, comparten los sistemas sanitarios públicos en general, y lo hicimos mediante la publicación de la situación real de la espera quirúrgica en nuestra Comunidad por patologías, por hospitales y por provincias.

Esta publicación, por primera vez en España, de los datos de las listas de espera en cada una de las provincias, hospitales, y por cada una de las patologías, fue algo que, de alguna manera, era poner de manifiesto públicamente y de manera transparente cuál era la situación real en la que vivía la sanidad andaluza en ese momento. Fue, así, nuestra Comunidad Autónoma la primera del Estado que hizo públicos estos datos y que adquirió un compromiso, haciendo público el de hacerlo con periodicidad y, por tanto, de manera que todos los usuarios y todos los ciudadanos andaluces pudieran conocer en cada situación y en cada momento cómo iban evolucionando esos datos de listas de espera. Tras nuestra iniciativa, otras Comunidades del Estado, con algunas diferencias importantes, que posteriormente comentaré, asumieron también ese compromiso de transparencia con los ciudadanos e iniciaron la publicación de listas de espera quirúrgicas.

Pero, como les decía, desde la entrada en funcionamiento del Decreto de Garantías de Tiempo de Espera, hasta el momento presente, hemos conseguido unos resultados tremendamente satisfactorios, que pueden ser claramente visualizados en la situación en la que nos encontramos en este momento, tal como se recoge en la publicación de datos, hecha a 1 de enero de este mismo año.

A esa fecha, 1 de enero de 2003, nuestra Comunidad tiene, tenía, ya en este momento son menos, 21 pacientes con una espera superior a ciento ochenta días para ser intervenidos y, como expuse en respuesta parlamentaria también, en días pasados, a una pregunta del Grupo Socialista, en ningún caso, ninguna de las personas que han esperado más de seis meses para ser intervenidas, desde que entró en vigor el mencionado decreto, han pedido irse a ningún otro centro que el que tenían pendiente para su intervención, a fin de obtener las garantías que les ofrecía dicho decreto.

Si comparamos esta situación con dos situaciones anteriores, que me parece que son muy ilustrativas, que pueden servir de referencia, como son la situación al principio de la legislatura, en cuanto a datos de listas de espera, y en el momento de entrar en vigor el decreto, es decir, en octubre del 2002, podrá

comprenderse perfectamente el avance que hemos experimentado.

El día 1 de marzo del año 2000, es decir, inicio de esta legislatura, 13.202 pacientes estaban en lista de espera durante más de seis meses, es decir, más de ciento ochenta días; 13.202 pacientes. El 1 de octubre del 2002, cuando entra en vigor el decreto que garantiza ciento ochenta días de espera máxima, 44 pacientes estaban esperando esos ciento ochenta días. A 1 de enero de este año, son 21 los pacientes con espera superior a ciento ochenta días.

Por tanto, a la vista de estos datos, señorías, se pueden deducir dos hechos importantes:

Desde el sistema sanitario público andaluz, se ha hecho un esfuerzo serio, muy importante, con el trabajo de todos los profesionales, para abordar el problema de las esperas quirúrgicas.

En segundo lugar, los resultados evidencian que el objetivo propuesto está perfectamente conseguido. En definitiva, que las listas de espera quirúrgicas han dejado de ser un problema para los ciudadanos andaluces desde hace ya algún tiempo.

Pero si el indicador del tiempo de espera, superior a ciento ochenta días, es un indicador importante para evaluar los resultados y el esfuerzo realizado, no lo es menos el tiempo de espera medio que soporta una persona, un andaluz, para una intervención quirúrgica, ya que hay que tener en cuenta que el decreto y las actuaciones que se ponen en marcha, precisamente para abordar esas garantías, inciden sobre todas las demoras, no solamente sobre la demora extrema de los seis meses, sino también sobre las demoras más cortas de los seis meses para distintas intervenciones quirúrgicas. En este sentido, señorías, la evolución también tengo que decir que ha sido muy satisfactoria.

Por darles los datos relativos a las esperas medias, cuánto espera un andaluz hoy en día de media y cuánto esperaba hace algún tiempo, decirles que, al inicio de la legislatura, el día 1 de marzo del año 2000, la demora media de un andaluz para ser intervenido quirúrgicamente era de 109 días, eso es lo que se esperaba de media para cualquier tipo de intervención quirúrgica. El día que entró en vigor el decreto que garantizaba tiempos de espera, el 1 de octubre del 2002, la demora media había bajado a 79 días, es decir, 30 días menos que el día 1 de marzo del 2000. A 1 de enero del 2003, la demora media está en 62 días, es decir, la más baja alcanzada nunca en la historia del Servicio Andaluz de Salud.

La demora media actual tiene un valor similar a lo que se consideraba tradicionalmente en Andalucía y se considera todavía en otras Comunidades Autónomas como la demora técnica, es decir, la que no se contabiliza nunca ni se computaba a los efectos de medir cuánto era el tiempo de espera. Se consideraba que durante los dos primeros meses no era tiempo de espera y nunca se incluían en lista de espera las personas que estaban 60 días, porque era el tiempo que siempre se ha considerado, desde el punto de vista técnico, necesario para realizar las pruebas pre-

paratorias, anestésicas y las analíticas para abordar una intervención quirúrgica.

Por tanto, estamos situados como espera media justo, justo en los 60 días, 62 en este caso, que es lo que habitualmente los sistemas sanitarios consideran que no es ninguna espera, que es el tiempo normal para planificar una intervención quirúrgica, hacer las pruebas preanestésicas y las analíticas necesarias para una intervención.

La evolución, por tanto, de estos dos indicadores no deja lugar a dudas sobre los resultados y el cumplimiento de los objetivos que nos propusimos cuando nos decidimos a redactar y publicar el Decreto de Garantías de Tiempo de Espera. Desde la puesta en marcha del sistema de garantías, la demora media ha disminuido en 14 días, en total, y 17 días para los procesos incluidos en el decreto de garantías. El grupo de pacientes que más disminuye su tiempo de espera es, lógicamente, el del objetivo prioritario, es decir, aquellos que esperan más de ciento ochenta días, principal objetivo del decreto, que pasan de ser 13.202 pacientes los que estaban en espera de más de seis meses, a los 21 pacientes actuales, es decir, una disminución del 99% a lo largo de estos dos años y medio, el tiempo desde el inicio de la legislatura, al día 1 de enero del actual año.

Pero, como ya les indiqué al principio de esta comparecencia, en nuestra Comunidad, y en relación con las listas de espera y el derecho de los ciudadanos a ser intervenidos en un tiempo razonable, se dan algunas circunstancias específicas no presentes en la regulación que hacen otras Comunidades, que me gustaría explicarles.

Como saben sus señorías, en paralelo con la entrada en vigor del decreto, se creó el registro de demanda quirúrgica, que presenta además unas diferencias notables con el registro o con los registros tradicionales de listas de espera quirúrgicas fuera de nuestra Comunidad.

El registro de demanda quirúrgica en Andalucía, por una parte, recoge la demanda desde el momento en que se indica, por un facultativo, la necesidad de una intervención quirúrgica. Es decir, incluye también, dentro del tiempo de espera, el llamado tiempo de demora técnica, tradicional en los sistemas sanitarios, de aproximadamente sesenta días máximos que se consideran —digamos— que no deben ser contabilizados como un tiempo real de espera, sino que son necesarios para preparar al paciente para la intervención quirúrgica.

Por otra parte, nuestro registro, y garantizados por el propio decreto, recoge 70 procesos asistenciales —es decir, más de setecientos procedimientos quirúrgicos—, mientras que, a título de ejemplo, el Sistema Nacional de Salud, por acuerdo del Consejo Interterritorial, considera tan sólo 12 —no 70— procesos los susceptibles de garantía.

Por último, el registro de demanda quirúrgica andaluz incluye también aquellos procesos que no están garantizados porque son intervenciones urgentes, trasplantes de órganos que precisan de la donación

de un órgano para poder hacer la intervención, operaciones de cirugía estética, que no tienen garantía de tiempo máximo de espera, o aquellas intervenciones quirúrgicas de entidad menor que no conllevan ningún riesgo ni dolor para el paciente y, por lo tanto, que están excluidas de la garantía del máximo de 180 días. Es decir, nuestro registro no es restrictivo, sino al contrario, incluye a todos los pacientes desde la indicación de la intervención, desde el primer momento en que se indica que es necesaria la intervención quirúrgica, y en un número significativamente mayor de procesos de los recogidos en otros registros de nuestro país.

Ilustra este carácter abierto de nuestro registro el hecho de que si en nuestra Comunidad Autónoma aplicáramos los criterios y los procesos del Sistema Nacional de Salud, el número de pacientes que estarían en estos momentos en lista de espera serían 26.351. Aplicando nuestros criterios, son 40.283, incluidos en el Decreto de Garantías, y en total, con los del Decreto y los que están fuera del Decreto, 54.952; es decir, prácticamente el doble de los que aparecerían si aplicáramos las normas del Sistema Nacional de Salud.

Los datos que les he suministrado indican, desde su objetividad, una evolución positiva muy significativa en relación con los tiempos de espera y con el número de ciudadanos que esperan. Nuestro objetivo va a seguir siendo reducir aún más el tiempo de espera, que es lo realmente importante y el verdadero indicador de calidad asistencial, ya que el número de pacientes en espera no es significativo, mientras que el sistema sea capaz de garantizar la intervención de todos ellos en un tiempo razonable.

Sin duda, el modelo puesto en marcha en nuestra Comunidad, y que se ha reconocido por otros sistemas de salud del Estado por su eficacia en los avances que ha supuesto para la resolución del problema de las listas de espera, está basado en unos elementos fundamentales que me gustaría explicarles a sus señorías:

En primer lugar, considerar al ciudadano como el centro y el eje del sistema y, por lo tanto, dirigir todos nuestros esfuerzos a consolidar los derechos y deberes frente al sistema sanitario por parte de los ciudadanos.

En segundo lugar, la transparencia informativa, ya que el ciudadano es el propietario del sistema y por ello ha de recibir toda la información que le concierne.

En tercer lugar, la implicación de los profesionales del sistema sanitario para garantizar esos derechos a los ciudadanos.

Y lo más importante de todo, señorías: la convicción, expresada desde el primer momento por este Consejero, de que el problema de las listas de espera no hay que considerarlo como un problema inherente e irresoluble en los sistemas sanitarios públicos, gratuitos y universales, sino que tiene solución cuando se aborda con eficacia, con medidas adecuadas y, desde luego, con un espíritu de superar situaciones que tienen un sentido a lo largo de la historia, desde

que se universaliza la salud hasta un cierto momento, pero que, poniendo el empeño, se puede conseguir mejorar de manera manifiesta.

Estas medidas se fueron poniendo en marcha, de manera gradual y progresiva, para hacer frente al reto que nos habíamos planteado. Igual que, en este momento, nos hemos planteado el reto de quitar las listas de espera para las consultas externas y los medios diagnósticos, en aquel momento era necesario adoptar decisiones en tres cuestiones muy importantes: cómo ordenar el procedimiento para hacer efectiva la garantía de ese derecho; cómo hacer las indicaciones quirúrgicas y, por lo tanto, cómo actuar sobre la demanda de intervenciones quirúrgicas, y, en tercer lugar, cómo actuar sobre la oferta, es decir, sobre la gestión de la actividad quirúrgica de nuestros centros hospitalarios.

La ordenación y el procedimiento a seguir para el control de los tiempos de espera nos llevaron a crear el Registro de Demandas Quirúrgicas, con el desarrollo de la normativa que lo regula, por ser un registro que da derechos y, por lo tanto, que debe ser público, regulado por normativa y con todo tipo de garantías. Con el desarrollo de estas normas, con la implantación y la habilitación de sistemas informáticos que soportaran todos los datos necesarios en un sistema con el nuestro, donde hay 32 hospitales haciendo intervenciones quirúrgicas, más los hospitales concertados, y también trasladando al sistema de listas, entonces vigente, el nuevo registro y la conexión entre éste y la base de datos de usuarios, para definir un sistema de alarma ante el hecho de que se pudiera llegar, por parte de algún ciudadano, a los seis meses de tiempo de garantía.

Las medidas sobre intervenciones quirúrgicas han implicado especialmente a los profesionales del sistema, en el sentido de que son ellos los que, sobre la base de una evidencia científica contrastada y la práctica diaria, determinarían la regularización o la regulación, en este caso, de la indicación médica de las intervenciones quirúrgicas. Como instrumento de gran utilidad para esta regulación, se utilizaron las vías clínicas contenidas en la definición de los procesos asistenciales del Plan de Calidad de la sanidad andaluza, que habían elaborado cerca de ochocientos profesionales del sistema sanitario público andaluz.

Por último, hubo que poner en marcha una serie de medidas de gestión de actividad quirúrgica —es decir, de oferta quirúrgica—, de manera que fuera posible situar la demora máxima quirúrgica en cifras inferiores a los 180 días comprometidos en dicho decreto.

Dentro de este bloque de medidas nos planteamos, como era lógico en un principio, incrementar la actividad de la cirugía programada, mejorando los rendimientos de todas las unidades. En este sentido, señorías, los datos, desde luego, no pueden ser más claros y más halagüeños: el incremento permanente, año tras año, de nuestra actividad quirúrgica, del número de intervenciones quirúrgicas, así lo han demostrado.

Y esto ha sido posible gracias al incremento de la actividad quirúrgica-programada, a la disminución de las urgencias diferidas en los hospitales, a la apertura de quirófanos por las tardes —en horario de tarde—, al incremento de los equipos de autoconcertación en los hospitales y al incremento de los equipos móviles de cirugía, que al cierre del año 2002 eran 83 los que se desplazaban por nuestro territorio andaluz, durante los fines de semana, para intervenir. En este caso, les puedo decir que a 6.379 pacientes en el 2001, casi quince mil en el 2002; es decir, con un incremento de más del 56%.

A esto hay que añadirle los programas extraordinarios de actividad quirúrgica de los veranos del año 2001 y 2002, con más de veintiséis equipos trabajando durante los meses estivales, y la potenciación de la cirugía mayor ambulatoria y la cirugía menor, como elementos claves también para potenciar la actividad quirúrgica, sin necesidad de un número muy elevado de camas en la UCI, que supusiera un cuello de botella para estas intervenciones.

Como resultado, señorías, de todas estas medidas, podemos ofrecer hoy unos datos que avalan la eficacia de las mismas, que han determinado la apertura de un camino en nuestra Comunidad Autónoma que hoy está siendo seguido por el resto de las Comunidades Autónomas del país y, desde luego, un mayor nivel de legitimación de nuestra sanidad ante los ciudadanos, en el sentido de que ya nadie podrá decir en el futuro que las listas de espera son inherentes a los sistemas públicos universales y gratuitos, y, por lo tanto, que haya que buscar otros sistemas alternativos.

Creemos que hemos legitimado este sistema con la actuación que hemos hecho. Demostramos que es posible acabar con las listas de espera y es cierto que tenemos retos muy importantes por delante, como son las esperas de la actividad diagnóstica o de la actividad de consultas externas. Pero permítanme que les diga que estamos hablando ya no de 500.000 al año, como son las intervenciones quirúrgicas, sino de 100 millones al año, y, por tanto, la respuesta que tenemos que dar es mucho más compleja, pero que sin duda va a ser una respuesta que el sistema sanitario público andaluz va a dar en el corto plazo y estoy convencido de que será con el nivel de satisfacción que lo es este Decreto de Garantías de Tiempo de Espera Quirúrgica.

Muchas gracias.

**El señor PRESIDENTE**

—Gracias, señor Consejero.

A continuación tiene la palabra el señor Chamorro, en nombre del Grupo Parlamentario Mixto.

**El señor CHAMORRO RODRÍGUEZ**

—Muchas gracias, señor Presidente. Señor Consejero, señorías.

Me van a permitir que comience mi intervención por donde la ha finalizado, precisamente, el señor Consejero.

En este país, desde el inicio de la democracia, tenemos un reto, y el reto es la universalización de la sanidad. Tenemos el reto legal y tenemos, indudablemente, que conseguir que la sanidad no sea el privilegio de unos y el problema de la mayoría. Y, sinceramente, yo quiero comenzar también felicitando al señor Consejero, a la Consejería que dirige, y que haga extensible esta felicitación, en nombre de mi Grupo, a todos los profesionales y, fundamentalmente, a los responsables de poner en marcha y de llevar a cabo este decreto, el Decreto de Garantías de Respuesta Quirúrgica, porque, sin duda, los datos lo avalan. Y tal y como nosotros le mostramos en su día, en el Pleno de la Cámara, nuestro apoyo sigue vigente. Es decir, continúa usted con la confianza, y su equipo, en este sentido, de seguir incrementando y llevando a cabo todos los esfuerzos necesarios para continuar en esta labor. Porque, como bien decía usted al final de su intervención, el reto no está sólo en reducir la lista de espera, sino en demostrar que desde la sanidad pública se puede hacer una sanidad que dé respuesta a las necesidades y a las demandas de los ciudadanos, sin que se tenga que acudir a otro tipo de sanidad y sin que la solución sea la privatización de un derecho tan elemental y primario como es la asistencia médica; en este caso, la asistencia sanitaria.

Pero, si bien es verdad que se ha avanzado en este asunto, quiero decirle también, señor Consejero, y aprovechar esta comparecencia, porque creo que es importante no ya ahondar en los datos que usted ha dado y que están ahí, y que —vuelvo a repetir— le avalan en esta gestión, sino en seguir ahondando y en seguir avanzando.

Las listas de espera, como usted dijo cuando en octubre del año pasado presentó el resultado del Decreto de Garantías de Respuesta Quirúrgica, han pasado a la historia, las de intervención quirúrgica y todas aquellas acogidas dentro del decreto, pero hay otra lista de espera que sigue siendo, indudablemente, un problema dentro de la sanidad pública: me refiero a la lista de espera para la visita de los especialistas, la consulta a los especialistas. Usted también ha anunciado ya un decreto, en este sentido, y me gustaría saber o recibir más información en esta Comisión al respecto, de ese futuro decreto: qué se está haciendo sobre el mismo y cuál es, de alguna manera, la intención de su Consejería.

Decirle, igualmente, y que usted conocerá perfectamente, en un reciente Informe del Defensor del Pueblo del Estado, el señor Múgica, y paralelamente en el propio Informe que el Defensor del Pueblo Andaluz hizo sobre la sanidad, precisamente, se incidía, entre otros aspectos, sobre éste: sobre el grave problema que aún tiene la sanidad pública para llegar a dar respuesta a la demanda de los ciudadanos, fundamentalmente en la consulta a los especialistas. Y creemos, además, que esto es un problema en torno también a todo

lo que es agilizar la respuesta quirúrgica. Y decirle que, en este sentido, y estoy con usted, ha habido un esfuerzo importante, un esfuerzo que ha demostrado que los profesionales de la medicina son capaces de dar respuesta desde la sanidad pública. Y usted sabe tan bien como yo y, si no, dejo constancia en esta Comisión, para aquellas señorías que no conozcan el dato, que hay incluso muchos profesionales que han dejado de llevar a cabo actuaciones en la sanidad privada, como consecuencia de la puesta en marcha y del buen funcionamiento del Decreto de Garantías de la Respuesta Quirúrgica. Y eso es un dato a tener en cuenta. Es decir, la sanidad pública puede funcionar bien cuando, indudablemente, a los profesionales también se les dan los medios técnicos y las respuestas, lógicamente, económicas al servicio que tienen que prestar. Y, en este sentido, señor Consejero, decirle también que tenemos que seguir ahondando no solamente en esta línea, sino en dar respuesta de personal, en aumentar el personal sanitario y, fundamentalmente, los equipamientos; aumentar los hospitales de día, tal y como nos demanda el Defensor del Pueblo en su Informe; aumentar también lo que son los centros o unidades de salud mental, porque hay muchos pacientes mentales crónicos que tienen graves problemas para ser atendidos actualmente en la sanidad pública. E insistirle —y me ha escuchado ya más de una vez, señor Consejero— en la necesidad de plantear las unidades de anorexia y bulimia y las unidades infantiles de detección precoz de las patologías.

Creo que, en este sentido, seguiremos mejorando todo lo relativo a la sanidad pública y creo, sinceramente, que lo que estamos haciendo hoy en Andalucía es un salto cualitativo en torno a cómo estábamos hace unos años, a cómo estaba la sanidad en Andalucía con respecto al Estado. Y hoy, sin duda, en este sentido también, nos hemos puesto a la cabeza, como así lo detectan los propios Informes. Y me refiero, en este caso, al Informe del Defensor del Pueblo del Estado, que, al fin y al cabo, recoge en general todo lo que desde los distintos ámbitos, y entre ellos los del pueblo andaluz, se vienen también demandando.

Decirle también, señor Consejero, para finalizar, que nosotros compartimos, además, los datos satisfactorios que usted ha dado porque son coincidentes también con los que nosotros teníamos y la información que teníamos al respecto. Y, por supuesto, terminar mi intervención de alguna manera también apoyándole e insistiéndole en que siga en esta línea y que me gustaría, repito, recibir una información más concreta sobre qué tiene pensado su Consejería en torno a la situación actual de las listas de espera, de los especialistas médicos.

Nada más y muchísimas gracias.

El señor PRESIDENTE

—Muchas gracias, señor Chamorro.

A continuación tiene la palabra el señor Vallejo, Consejero de Salud.

**El señor CONSEJERO DE SALUD**

—Muchas gracias, señorías.

Muchas gracias, señor Chamorro, por el respaldo a la política que estamos siguiendo en la Consejería de Salud y, en concreto, en la Respuesta Quirúrgica, como un elemento que nos parecía clave para abordar las listas de espera. Clave porque era el final, ¿no?, si la asistencia sanitaria o la continuidad sanitaria se entendiera como una especie de tubo, el final lógicamente es la actividad quirúrgica y había que desatascar ese final para que pudiera funcionar todo el resto. Por lo tanto, no nos parecía que pudiéramos abordar los problemas de listas de espera empezando por consultas externas, porque nos encontraríamos rápidamente con un atasco muy fuerte en los quirófanos y sería prácticamente explosiva la situación. Yo creo que hemos dado un paso muy importante a lo largo de estos dos años, desatascando ese final de la continuidad asistencial y, por lo tanto, estamos, en este momento, con posibilidades de abordar realmente el elemento clave que de verdad debe legitimar, en términos de calidad, la asistencia sanitaria.

Yo siempre comento que, cuando me entero de alguien que va a la sanidad privada para una intervención quirúrgica o para ver un médico especialista, normalmente pregunto por qué van, por qué pagan. Ya que pagan la sanidad pública, por qué pagan otra vez la sanidad privada. Y siempre me encuentro con dos respuestas. Las dos respuestas son: habitación individual y no tener que esperar para ver al especialista. Éstas son las dos respuestas, los dos elementos claves por los que un ciudadano decide pagar dos veces la sanidad, la que ya paga obligatoriamente y la que voluntariamente paga.

Los que queremos una sanidad pública y, por lo tanto, una sanidad equitativa, universal, de calidad para todos, tenemos que legitimar la sanidad sobre la base, por tanto, en primer lugar, de calidad, de dar la misma calidad que dé la medicina privada o mejor. Yo creo que en términos clínicos, de calidad asistencial pura, médica, es mejor la pública; yo creo que eso nadie lo cuestiona. En términos de confort, probablemente tenemos un déficit: las habitaciones individuales o los tiempos de espera.

Y, por otra parte, tenemos que legitimar la sanidad sobre la base de hacerla un sistema que sea eficiente. Es decir, gastamos mucho dinero y, por lo tanto, tenemos que utilizar bien nuestros recursos. No podemos disparar con pólvora del rey, no podemos hacer todo lo que se nos ocurra, sino los recursos que tenemos, aplicarlos bien.

Yo creo que ése es un poco el esquema de valores y de objetivos que se propone la sanidad pública andaluza, sobre los cuales estamos trabajando. ¿En esos términos, cómo nos lo planteamos? Bueno, hemos superado yo creo que una cuestión básica, y era que ese mensaje permanente que hemos escuchado a lo largo de los últimos años, de que las listas de espera es que eran consustanciales al sistema, ya hoy parece que hay menos defensores. Le digo que

ese mensaje yo lo he hablado... Me lo encontré en el I Consejo Interterritorial de Salud, en Madrid. La Ministra entonces de Sanidad y el Consejero catalán de salud en esos momentos, señor Riu, y la Ministra señora Villalobos manifestaron claramente, y está en las actas, que las listas de espera eran inherentes al sistema y que, por lo tanto, eso había que asumirlo como un mal que servía para tener un sistema gratuito y universal para todos. Yo me negué públicamente a aceptar esa situación. Yo creo que situaciones de dos años esperando una intervención quirúrgica, como hemos vivido aquí y todavía se viven en parte de este país, son absolutamente incompatibles con un sistema que quiere legitimarse a sí mismo y ganar el aprecio de los ciudadanos; por lo tanto, hay que luchar contra eso.

Es cierto que hemos superado una parte, la parte de intervenciones quirúrgicas y cómo resolver el problema de una espera injustificada. Pero, como les decía antes, son 500.000 intervenciones quirúrgicas las que hacemos al año. Nada más que, en términos de sistema de información, es relativamente fácil, y nos ha sido relativamente fácil, montar un sistema de información que coordine los 32 puntos públicos donde hacemos intervenciones quirúrgicas, más los privados concertados; tener un sistema que coordine todo eso, que nos dé una señal de alarma si alguien se va a pasar de los seis meses, y, por lo tanto, que tengamos una actuación de garantistas, ante los ciudadanos, de una posible indemnización si fallamos. Es decir, indemnización vía pagarle la intervención donde quiera el ciudadano.

Ante el tema de consultas externas y medios diagnósticos, es distinta la situación. Ya no son 32 hospitales, sino que son 83 centros en Andalucía, en los que tenemos especialistas y medios diagnósticos a disposición de los ciudadanos. Ya no son 500.000 las intervenciones quirúrgicas, sino que son 100 millones de consultas externas y actuaciones diagnósticas las que hacemos al año. Por lo tanto, hasta el propio sistema de información es de una complejidad enorme. Imagínense lo que es garantizar un tiempo máximo para una consulta externa o un diagnóstico determinado: una prueba analítica, un TAC, una resonancia magnética o una simple radiología convencional, en cada uno de los 83 puntos, más los concertados, en un tiempo determinado y, además, no para una primera consulta, sino para una primera, una segunda o consultas sucesivas. El tema se complejiza de una manera muy importante. Por tanto, hasta desde el punto de vista garantista, jurídico, es complejo. Yo creo que a nadie se le oculta la dificultad de establecer un sistema similar al de las listas de espera. Pero estamos trabajando en esa línea con un grupo de trabajo jurídico y jurídico-clínico, que analice cómo podemos montar el sistema de información, cómo hay que hacer la derivación del médico de cabecera al especialista, cómo hay que hacer las citas, qué sistema de citas utilizamos, cómo se deriva del hospital, desde cualquier planta del hospital a la actividad de consultas externas, etcétera.

Se han creado ocho grupos de trabajo, donde se ve, desde el punto de vista de la oferta por especialidades, qué oferta tenemos, qué oferta en cada uno de los centros, qué demanda tenemos, qué listas de espera, etcétera.

Se está analizando qué posibilidades tendríamos de hacer un plan de choque también, para situarnos en una buena perspectiva, porque, como saben sus señorías, yo me comprometí este año, en la presentación del presupuesto, a que, a lo largo del 2003, tendríamos una norma que regulara los tiempos de espera en actividad de consultas externas y medios diagnósticos.

Bueno, hay ocho grupos trabajando en este momento, que nos están elaborando todos los datos necesarios para establecer una norma garantista y también un plan de choque para que lo que en estos momentos son situaciones algunas complejas... Es decir, tenemos ciertas especialidades donde los ciudadanos esperan mucho más tiempo del que es lógico, del que es razonable, del que cualquier sociedad científica estimaría, desde el punto de vista sanitario, como óptimo y de calidad y, por tanto, tenemos que hacer un choque ante esa situación, de manera que, cuando entre en vigor la norma correspondiente, estemos en una situación aceptable, igual que ocurrió con el Decreto de Garantías de Tiempo de Espera Quirúrgico.

Por tanto, estamos trabajando en todas esas líneas. Yo espero que a lo largo del año, tal y como me comprometí en esta misma Comisión, pueda traerles a sus señorías una norma razonable, garantista y, por lo tanto, que supere también los problemas de espera que todavía tenemos en el sistema y que algunas veces son más importantes de lo que muchos ciudadanos piensan. Solamente le da la suficiente importancia, probablemente, el ciudadano que tiene que padecer una espera que muchas veces es difícil de soportar, sobre todo cuando hay riesgo, cuando hay dolor o cuando hay cualquier tipo de situación de estas características.

Sacaba su señoría un tema que me preocupa también, y es el tema de salud mental. Yo creo que si en los dos últimos años, en lo que va de legislatura, la sanidad andaluza, en alguna especialidad, ha hecho un esfuerzo es en salud mental. A mí me parece que a nadie se le oculta que casi hemos duplicado los recursos; de hecho, creo que tengo pedida una comparecencia al Parlamento para explicar —efectivamente, el Grupo Socialista— lo que hemos hecho a lo largo de la legislatura. Creo que hemos duplicado los recursos en toda Andalucía de salud mental y, de manera muy especial, donde su señoría ha puesto énfasis: no solamente en comunidades terapéuticas, unidades de agudos, refuerzo de los distritos de salud mental, las unidades primarias de salud mental... No, no solamente eso. Fíjense que el Decreto de Familias, que aprobó el Gobierno de la Junta de Andalucía, abordaba la sanidad desde dos perspectivas: una perspectiva única, que eran personas con dependencia, cómo ayudar a las familias y a las personas

que tenían una dependencia, de manera que pusiéramos, desde el punto de vista asistencial, a favor de esas personas dependientes y de sus familias, instrumentos para, por un lado, mejorar la situación de las personas dependientes y, por otro lado, hacerlas menos dependientes. De manera que, sobre todo la mujer de la casa, que es la que suele cargar con la persona mayor, con dependencia, etcétera, tuviera una mayor descarga.

Bien, lo abordamos desde dos perspectivas: dependencia física y dependencia psíquica. Hicimos dos programas para cada una de ellas: física, con un programa espectacular. Yo creo que está teniendo unos efectos espectaculares, que es la fisioterapia. Hemos abierto salas de fisioterapia en todos los centros de atención primaria. Efectivamente, en todas las unidades básicas de atención primaria hay ya una sala de fisioterapia y en todas las capitales y áreas metropolitanas hay equipos móviles de fisioterapeutas que está yendo a domicilio de las personas mayores con dependencia, para mejorar su situación de dependencia; es decir, para disminuir su dependencia y formar a los propios cuidadores. Y estamos poniendo en marcha, en estos momentos, algo espectacular, que es la enfermería comunitaria. Es decir, tenemos que conseguir que nuestras 3.600 enfermeras de atención primaria sean enfermeras comunitarias y de familia; por lo tanto, que tengan sus cupos de pacientes como los médicos y que atiendan a las personas mayores y dependientes a domicilio.

Hemos formado a la mitad ya, 1.800 enfermeras, que en los últimos meses se han formado para dar este paso trascendental de nuestra enfermería. Pero, desde el punto de vista de salud mental, los dos pasos han sido también, creo que en las líneas que su señoría ha planteado y que son las correctas:

Una, que hemos sido la primera Comunidad Autónoma de este país que hemos puesto en marcha un plan contra el alzheimer y, por tanto, de apoyo a los enfermos y a los familiares de enfermos de alzheimer, de la mano de las asociaciones de familiares de alzheimer, de manera que la salud mental, en su elemento más neurálgico, que son las enfermedades que afectan a las personas más mayores, fundamentalmente alzheimer y otras demencias seniles, tengan una respuesta, un inicio de respuesta desde los sistemas sanitarios.

Y, en segundo lugar, tenemos en este momento puestas en marcha, en los últimos 12 meses, 13 unidades de salud mental infanto-juvenil, especialmente dirigidas a chavalas que tienen anorexia, bulimia, trastornos conductuales, niños con patologías graves, de éstas de inicio —neurosis de inicio desde las primeras edades—, o cualquier tipo de patología de salud mental donde podamos atenderlas.

Donde había dos unidades, que eran Jaén y Almería, integrales, hoy ya tenemos 13 unidades, mediante la creación de nuevas unidades y la reconversión de unidades parciales que existían anteriormente. Por tanto, yo creo que estamos dando un nivel de respuesta extraordinariamente importante, tanto en la

dependencia psíquica como en la física, y por lo tanto ayudando no solamente a los pacientes y enfermos, sino a las personas que para ellos no constituyen solamente un problema familiar, sino una sobrecarga desde el punto de vista de la dependencia.

Yo creo que, en un sentido y en otro, hemos aprovechado, en este caso, el Decreto de Apoyo a las Familias para dar respuesta a un déficit sustancial, y me alegro enormemente de que en el Informe nacional que ha salido sobre la debilidad del sistema nacional de salud, desde el punto de vista de salud mental, Andalucía sea la Comunidad que no se nombra, es decir, por suerte estamos mucho mejor que las demás, aunque es cierto que todavía tenemos déficit que tenemos que superar, pero yo creo que hemos dado pasos muy importantes, hasta el punto de que —alguna vez lo he comentado— la Organización Mundial de la Salud nos ha elegido para que nuestro modelo lo llevemos a toda sudamérica, a toda latinoamérica, como un modelo de atención a la salud mental, el andaluz, digno de apoyo y de financiación por parte de la Organización Panamericana de Salud, en este caso, que es el brazo de la OMS en América.

Muchas gracias.

#### El señor PRESIDENTE

—A continuación, tienen derecho a intervenir los demás Grupos presentes en la sala. Por lo tanto, señor Pizarro, del Grupo Parlamentario Popular.

#### El señor PIZARRO NAVARRETE

—Gracias, señor Presidente. Muy breve, sólo para hacer algunas puntualizaciones.

Señor Consejero, terminaba usted su primera intervención diciendo que se puede acabar con las listas de espera, que éstas ya no deben ser un problema real, como ha dicho usted que algún Consejero de otra Comunidad y la anterior Ministra decían que era consustancial con la sanidad. Bien, yo creo que las listas se pueden disminuir, no acabar con ellas, pero depende de la forma también como se quiera acabar con las listas de espera.

Mire usted, yo estaba atendiéndole atentamente cuando hablaba usted de que los que se han incluido ahora en las listas de espera eran aquellos que se llamaban de demora técnica, de los 60 días, y decía usted: «Es que éstos son, la demora técnica, esos 60 días son los que se considera más o menos que se tienen que utilizar para prepararlos para una intervención, para la intervención que vaya a hacerse». Mire, largo me lo fiáis. Yo creo que 60 días son muchos días para preparar a un enfermo; son, para preparar, muchos no, muchísimos. Verdaderamente, y usted me imagino que será consciente de que para cualquier tipo de intervención, en dos semanas, aproximadamente, o en tres semanas, puede estar perfectamente habilitado cualquier tipo de enfermo para poder ser

intervenido, y si no se interviene no es porque no se hayan tenido las posibilidades de intervenirlos, sino porque pueden ocurrir algunas complicaciones más que puedan entrar a deteriorar al enfermo.

Tenga usted en cuenta que las mayores listas de espera, donde más había, era en oftalmología y en traumatología. En oftalmología, sabe usted el tiempo que se tarda para los tipos de intervenciones de las grandes listas de espera de oftalmología, y de traumatología, no le digo menos, ¿no?, sabe usted que la mayoría eran de una cirugía, a veces, una cirugía menor, pues, como podían ser los juanetes, y una cirugía, aunque sí, efectivamente, la cirugía mayor que se pueda hacer sería una prótesis de cadera, yo le aseguro a usted que en una semana se puede preparar a un enfermo para ser intervenido de una prótesis de cadera. O sea, si es una prótesis total de cadera.

Por lo tanto, todas esas cuestiones que hablan en la demora, pues se puede aumentar tanto en cuanto como cada uno considere importante.

Hay que tener también en cuenta, en la disminución de las listas de espera, que habría que hacer alguna vez también alguna valoración sobre las reintervenciones y las recidivas de algunas intervenciones que se hacen, y no es porque se hagan mal, sino porque, lógicamente, no sale todo lo bien que quisiera hacerlo el médico, el especialista, y porque muchas veces en las intervenciones sabe usted que en las listas de espera aparece con una patología, pues puntual, de dos o tres cosas que tienen que intervenirse y, cuando se desaparece de una, desaparece de la lista de espera, y después apúntese usted, que ya volveremos a llamarle para intervenirse de otra cuestión.

Por lo tanto, estas listas de espera bajan, efectivamente, y han bajado, sobre todo, a base de que los médicos han tenido también que trabajar, pues mucho, mucho. Han tenido que sudar mucho para poder hacer ese tipo de intervenciones. Y fíjese usted en una cuestión: yo he estado haciendo un poco un estudio sobre los equipos volantes y algunos de los equipos que han actuado, sobre todo, en este tipo de intervención en listas de espera y, curiosamente, un porcentaje muy alto, muy alto, eran interinos y contratados, curiosamente eran los que ustedes han dispuesto de ellos para movilizarlos, para que hicieran este tipo de intervenciones. Yo creo que eso es llamativo, ¿no?, debe sonarnos a algo por qué esos especialistas son los que más están dispuestos o a cuáles se les exige que tienen que hacer este tipo de actividad.

Y es cierto que ha bajado la lista de espera, es cierto, quirúrgica, pero no es menos cierto que la lista de espera diagnóstica aumenta, y lógicamente también disminuye la lista de espera quirúrgica porque, si no se llega a diagnosticar porque la lista diagnóstica aumenta, lógicamente, no pueden aparecer en las quirúrgicas, porque lo que no se ha llegado es ni a diagnosticar muchos de ellos.

Por lo tanto, yo creo que el gran esfuerzo que habría que hacer ahora sería en las listas de espera

diagnósticas. Es difícil, es difícil, sin lugar a dudas, y es complejo; pero, bueno, habrá que atajarlo de alguna forma. Es decir, como es muy difícil, vamos a esperar. Usted hablaba de que había ochenta y tantos centros. Yo creo que hay más, ¿no?, pero, bueno, con ochenta y tantos centros de especialidades, donde la demora para los especialistas, la demora diagnóstica puede aumentar, pues a lo mejor depende también del tiempo de trabajo, de los horarios laborales y de la utilización de los espacios, que muchas veces no están lo suficientemente utilizados, de algunos hospitales o de algunos centros asistenciales.

Y yo le voy a hacer una sugerencia: después del éxito del Decreto de Garantías de Respuesta Quirúrgica, haga otro decreto y, como hemos superado ya los 180 días, déjelo en 90. Los ciudadanos se lo agradecerán.

Nada más. Muchas gracias.

#### El señor PRESIDENTE

—Gracias, señor Pizarro.

A continuación, tiene la palabra el señor Núñez, en nombre del Grupo Parlamentario Socialista.

#### El señor NÚÑEZ ROLDÁN

—Muchas gracias, señor Presidente.

La verdad es que yo no pensaba intervenir porque se trataba de una petición de comparecencia formulada por el Grupo Mixto, apoyada, sirviéndole de cobertura técnica, por el Grupo de Izquierda Unida, que había además manifestado su deseo de no intervenir para dejar, digamos, en manos de quien había formulado esta iniciativa el debate con el Consejero, pero la intervención del portavoz del Grupo Popular, de alguna manera, me obliga a intervenir. Muy brevemente, de todas formas, ¿no?, porque la verdad es que, hombre, señor Pizarro, el que, cuando el sistema sanitario cumple sus objetivos es que los médicos trabajamos mucho —me voy a poner yo, que estoy en activo, señor Pizarro—, y cuando las listas de espera son muy largas, pues es que el Consejero es malo, la verdad es que esto no es riguroso metodológicamente; esto es aplicar un poco aquello que más nos conviene.

Yo creo, señor Pizarro, que los profesionales han... Y además el otro día, en el Pleno del Parlamento, le formulé esta misma pregunta al Consejero y dejamos claro, tanto el Consejero como este que les habla, que los profesionales habían hecho un trabajo espléndido, pero que había sido, además, la decisión política de esta Consejería de Salud la que había hecho posible, pues, conseguir estos objetivos. Y, por cierto, ningún otro Gobierno, de ninguna otra Comunidad Autónoma, que tuviese competencias en sanidad, ninguno, desde luego, del Grupo Popular ha conseguido esto, ni cuando, desde luego, el Ministerio, en los Gobiernos del Grupo Popular, pues tenía las competencias en el Insalud.

Por tanto, señor Pizarro, basta ya de tratar de rizar el rizo; reconozcan, ríndanse de una vez, que esto es una auténtica victoria del sistema sanitario de Andalucía, del cual todos tendríamos que sentirnos orgullosos y, naturalmente, los profesionales. Pero reconózcanlo, señor Pizarro: ustedes es que quieren estar tratando de sacar fruto de cualquier árbol, por muy seco que esté. Es que aprobamos lo de las células madre contra su voluntad y ustedes dicen que por qué no ponemos en Granada la investigación de células madre. Aquí hacemos el Decreto de Garantías, ustedes no lo hacen y dicen que dos huevos duros más, que por qué no 90 días. La verdad, señor Pizarro, es que es muy difícil, realmente, tener con ustedes un comportamiento, ¿verdad?, sereno y tranquilo; aunque, de todas maneras, creo que sí.

Y en cualquier caso, hombre, no me hable del tema de la demora técnica. La demora técnica está incluida en el Decreto como parte de los seis meses y se trata, señor Pizarro, usted que es médico, y creo que es traumatólogo, de procesos que no son graves. Los procesos urgentes no tienen que esperar seis meses, no tienen que esperar nada, no hay ni un solo paciente que, ante un proceso urgente, tenga que esperar lo más mínimo.

Por tanto, aquí se trata de procesos no graves, procesos que pueden esperar, procesos que, de hecho, antes esperaban dos años y que ahora, por tanto, no puede usted poner pegas ante situaciones como éstas. A veces estas esperas son necesarias, a veces una prótesis de rodilla requiere de una serie de días, de una serie de meses para que se reduzca el tiempo, señor Pizarro, para que se reduzca el peso del... De manera que este tipo de demoras son demoras, en este momento, técnicamente absolutamente factibles, no hay ningún problema sanitario y yo creo que, de hecho, si ya tan pronto, que además ha sido espléndida la respuesta, incluso en Sevilla yo creo que había mucha gente, por parte de la propia Consejería, del propio Servicio Andaluz de Salud, que ni siquiera esperaba. Esto pasa un poco como con la Expo del 92, que nadie pensaba que se pudiera llegar al mismo día y todo hecho. Pues se ha hecho y, además, se ha hecho muy bien. Y, desde luego, no le quepa la menor duda de que, por parte de esta Consejería, por parte del Grupo Socialista, por parte del Partido Socialista, vamos a seguir insistiendo en tener cada vez más unos servicios sanitarios cada vez más ágiles, cada vez de más calidad, porque además nosotros nos jugamos mucho, señor Pizarro, nosotros nos jugamos mucho. Nosotros sabemos que sin unos servicios públicos de calidad no habrá servicios públicos y, como nos jugamos tanto, porque ésa es la esencia de nuestra política, no se preocupe, que mientras la política sanitaria esté en manos del Partido Socialista, resulta que esa política sanitaria va a ser cada vez más eficaz, más eficiente y cada vez los ciudadanos, como de hecho dicen tras una y otra encuesta, estarán más satisfechos con los servicios sanitarios que reciben del Servicio Andaluz de Salud.

Nada más y muchas gracias.

**El señor PRESIDENTE**

—Muchas gracias, señor Núñez.

A continuación tiene la palabra el señor Chamorro, en nombre del Grupo Parlamentario Mixto. Ya le ruego brevedad, por favor.

**El señor CHAMORRO RODRÍGUEZ**

—Muy breve, señor Presidente, puesto que el señor Consejero, en su informe, ha dado datos que, insisto, vuelven a mostrar de alguna manera el éxito del decreto de respuesta a las listas de espera con garantías de intervención quirúrgica.

Yo quisiera, simplemente, también hacer una aclaración porque creo que es necesaria y el Consejero, seguramente, responderá al tema. Yo me he preocupado de hablar con profesionales, he traído en otras ocasiones aquí quejas de profesionales y hemos discutido, dentro de un debate político, sobre lo que entendemos debe hacerse en el plano de la asistencia médica, del funcionamiento de la sanidad pública. Pero, dentro de esos contactos con los profesionales que uno tiene, también puedo decir que no ha sido porque se haya incrementado a base de interinos y contratados el éxito de esto, sino porque se le ha dado mayor dotación de medios y, por supuesto, se ha aumentado la dedicación, y eso es importante, médica, de especialistas, de intervenciones quirúrgicas y el funcionamiento de los quirófanos. De hecho, decía yo en mi anterior intervención: se ha restado la dedicación de muchos profesionales de la sanidad pública en sus actividades privadas; ésa es una realidad. Por lo tanto, lo que se está demostrando es que la sanidad pública es posible. Y eso, para mí, como defensor de la misma, es motivo de satisfacción y, por supuesto, en este caso, de continuar manifestándoles a la Consejería de Salud y a su Consejero, como máximo responsable, el apoyo que ya le mostramos cuando compareció en el Pleno de esta Cámara para informar de la puesta en funcionamiento de este Decreto.

Pero decirle también que incluso se ha hecho un esfuerzo, poniendo —y es un dato— 88 equipos móviles de cirugía, además de los que ya había y de los que ya existen y del aumento del funcionamiento de los quirófanos en los hospitales. Y que el coste, que es importante, que el coste ha sido de 6 millones de euros. Comparado con el presupuesto, que supera los 6.000 millones, de la Consejería de Salud, yo creo que el esfuerzo ha merecido sinceramente la pena y, por lo tanto, estamos hablando de que también con un poco de esfuerzo económico es posible dar respuesta a una demanda ciudadana que aquí ha sido expuesta y denunciada en multitud de ocasiones. Y para eso es para lo que estamos, para demandar, pero también para reconocer cuándo se han hecho las cosas acordes a esa demanda. Y es

que, de los 32 hospitales que hay ahora mismo en Andalucía, creo que, no sé si 29 o 30, no tienen ya ningún paciente que supere los 180 días. Y eso es otro dato importante.

Pero nosotros, ¿qué es lo que le queremos decir, señor Consejero —y finalizo mi intervención—? Que, indudablemente, cuando hablábamos de mayor dotación, también, paralelamente, hay que hablar de mayor dedicación. Y si en otras ocasiones hemos señalado los problemas de los profesionales, también en esta ocasión tenemos que decir que a los profesionales, en muchos de los casos, y no lo digo yo, lo dice precisamente un Informe que salió posteriormente a la presentación del resultado del Decreto de la Junta de Andalucía, de los resultados hechos en octubre, posteriormente en torno al seminario del paciente español del futuro, hecho por el fundador y coordinador del grupo de Comunicación y Salud de España, Francesc Borrell, en el que hablaba de la dedicación de los profesionales a los pacientes, y que éste era uno de los problemas que tiene la sanidad, y en este sentido también creemos que hay que insistir, dentro de la organización y el funcionamiento de la medicina, en torno a lo que es la actividad profesional, y este decreto lo ha demostrado, que dándoles a los profesionales mayor dedicación, exigiéndoles esa mayor dedicación, dentro de sus posibilidades y, lógicamente, apoyándoles también en todos los aspectos profesionales y económicos, dan resultado.

Por tanto, repito: ¿Satisfechos? No plenamente, como usuarios del Servicio Andaluz de Salud, porque todavía nos queda mucho por avanzar y en este sentido también abogo por ir a más.

Nada más y muchas gracias.

**El señor PRESIDENTE**

—Gracias, señor Chamorro.

Para finalizar este punto del orden del día, tiene la palabra el señor Vallejo, Consejero de Salud.

**El señor CONSEJERO DE SALUD**

—Muchas gracias, señorías.

Bien. Con mucha brevedad, pero sí me gustaría detenerme en un par de aspectos que me parecen importantes de las distintas intervenciones.

Bueno, en primer lugar, señor Pizarro, el tema de la demora técnica no se puede analizar desde el punto de vista privado. Es decir, si usted analiza la demora técnica con la perspectiva de que es cierto que, para preparar a un paciente, no hacen falta seis meses, usted lo está analizando como si estuviera al frente de una pequeña clínica privada, que tiene que preparar diez, veinte pacientes. Pero, mire, 60 días de espera técnica es preparar a cien mil pacientes para

intervenciones quirúrgicas. Es que hemos intervenido este año pasado a 562.000 personas. Luego los 60 días no es el tiempo que conlleva el preparar a un paciente, hay que preparar a cien mil pacientes, en 60 días. Por lo tanto, no parece que sea tan descabellado, no parece que sea falto de eficiencia un sistema como el nuestro, que en 60 días, lo que se consideraría demora técnica, que, por cierto, como ha dicho el portavoz del Grupo Socialista, se incluye dentro de los 180 días, es decir, no está contabilizado aparte, como en otros sistemas públicos sanitarios de este país, se incluye dentro, pero es un tiempo muy razonable de considerar una demora técnica, preparar a cien mil personas en dos meses para intervenciones quirúrgicas no parece que sea un sistema ineficiente.

Por lo tanto, no haga usted el análisis ese, casi privatista, de decir: claro, es que a un ciudadano, a un paciente se le prepara en dos semanas para una intervención quirúrgica. No se trata, precisamente, de preparar a un paciente, sino, como le digo, en 60 días preparar a cien mil pacientes, para cien mil intervenciones quirúrgicas, cada una con niveles de dificultad distintos y, por lo tanto, con preanestesia distinta, algunos incluso hay que esperar, después de una indicación, a ver su evolución, porque puede estar indicada una intervención quirúrgica, pero sin embargo conviene previamente ver cómo evoluciona en las siguientes semanas una patología, y, por tanto, muchas veces una parte importante de las indicaciones quirúrgicas, antes de llegar a los 180 días, se caen y decide el propio médico que no hay que intervenir. Es decir, hay toda una serie de elementos que confluyen, que no hace en absoluto disparatado pensar en una media de 60 días como demora técnica.

No sé por qué relaciona su señoría a los equipos móviles con la situación laboral de interinos o contratados, porque nadie a ido a un equipo móvil obligado. Es decir, son voluntarios todos, y además no solamente voluntarios, sino que ha quedado gente excluida. No a todo el mundo se le ha ofrecido ir en un equipo móvil, se les ha ofrecido solamente a aquellos que no tenían lista de espera y tenían que ir a los servicios de aquellos que tenían listas de espera. Luego hemos dado un paso muy importante, y es que también las listas de espera han dejado de ser propiedad de algunos. Es que eso era muy importante en nuestro sistema sanitario, filosóficamente. Es decir, eso de que a este paciente, que nadie me lo toque, porque es mío y está en mi lista de espera, en algunos casos ha llevado a ciertas desviaciones y su señoría lo conoce igual que yo.

Por lo tanto, el que existan 83 equipos móviles, voluntarios todos ellos, a los que se les ponía como requisito para conformarlos no tener listas de espera en su especialidad y en su hospital, poco tiene que ver con que fueran contratados o interinos, poco tiene que ver con eso. Hasta tal punto que digamos que los que se opusieron a los equipos móviles no fueron los que formaron parte de los equipos móvi-

les, sino al contrario, aquellos a los que en teoría, y entre comillas, se les ocupaba su quirófano, los fines de semana, o su lista de espera. Usted sabe que ocurrió en algunos que nos pusieron silicona en los quirófanos cuando llegaron los equipos móviles, o que desaparecía algún material para que no pudieran intervenir, al principio. Bueno, luego se solucionó todo esto, pero es decir: nadie ha ido obligado; a nadie, porque tuviera una situación laboral determinada, se le ha obligado a ir en equipo móvil, al contrario, era voluntario totalmente, e incluso solamente para algunos, aquellos que demostraban no tener lista de espera y, por lo tanto, que podían dedicarse el fin de semana a quitar listas de espera en otros sitios donde sí existían.

Otro tema que me preocupa. No ha disminuido en absoluto, todo lo contrario, si usted mira en las memorias del Servicio Andaluz de Salud y de la Consejería de Salud, se está incrementando el número de diagnósticos en consultas externas, luego no hay menos lista de espera quirúrgica porque se diagnostique menos, no, mire usted, estamos en incrementos del 5 y el 7% de consultas externas y de diagnósticos, luego no. Es que se interviene mucho más. Estamos creciendo una media de 30.000 intervenciones quirúrgicas más al año, es decir, casi un 7 o un 8%. Luego estamos resolviendo el problema a fuerza de una mayor oferta y una mejor indicación, en el sentido siguiente: ¿Qué ocurría hasta hace poco tiempo? Y ésa es una realidad: que muchas veces, ciertas patologías, como había mucha lista de espera, pues el médico les decía: bueno, te voy a apuntar en lista de espera porque, como se tarda mucho tiempo, ya te tocará. Una catarata, por ejemplo, que no estaba madura. Pues, bueno, te apunto en lista de espera y, como hay que esperar un año y medio, pues ya tienes la catarata madura y te operamos. Eso ocurría. Ahora, no; ahora, cuando se tiene la catarata madura, y además la sociedad científica ha dicho cuándo es, se le mete en lista de espera. Por lo tanto, se han ajustado las indicaciones a lo que realmente las sociedades científicas dicen que hay que ajustarlas, para que esté bien hecha esa indicación.

Yo creo que, como hemos actuado sobre la oferta, incrementando la actividad, y sobre la demanda, ajustando las indicaciones, estamos dando una respuesta de más calidad, en el tiempo y en la propia indicación, porque antes nos ocurría que, por indicar muchas veces sin necesidad, porque había mucha lista de espera, luego llegaba el momento y a unos se les quedaba corto el plazo y a otros muy largo, y tampoco se intervenía correctamente. Yo creo que en ese sentido, además, mejora la calidad.

Pero además, señorías, yo creo que hemos dado un paso muy importante —y el señor Chamorro lo ponía de manifiesto— en el último acuerdo sindical. El último acuerdo sindical es clave para la sanidad andaluza, probablemente es lo más importante que ha ocurrido en los últimos años en la sanidad andaluza. Por fin hemos hecho un acuerdo con los

profesionales, en el que ya no solamente se les retribuye por ser algo, por estar en un sitio, por ser médico, jefe de servicio, no sé qué y estar en un sitio, sino por lo que hacen y cómo lo hacen, por la cantidad de trabajo que hacen y por la calidad con la que hacen ese trabajo. Por fin hemos dado ese paso. Y ése es un tema que va a tener trascendencia a lo largo de los próximos diez, quince años, con seguridad, porque los profesionales ya saben que una parte muy importante de sus retribuciones depende no solamente de que sean jefe de sección del hospital tal, sino de cómo trabajen, y usted ha puesto algunos ejemplos, de recidivas, de nuevas intervenciones, se puede hablar de infecciones, de reingresos... Se puede hablar de lo que es falta de calidad, en muchos casos, o ratios, o elementos que ponen en cuestión la calidad de una atención. Pues mire, eso, al igual que la cantidad de trabajo, no tener lista de espera, etcétera, va a constituir una parte fundamental de la retribución, al igual que de la carrera profesional y de la acreditación de los profesionales.

Yo creo que, en ese sentido, el puzzle se está cerrando, es decir, las distintas piezas están encajando y estamos consiguiendo un sistema sanitario con más calidad, donde, por el hecho de existir 80.000 profesionales, no a todos hay que considerarlos igual. Si el SAS es bueno o es malo no quiere decir que los 80.000 sean buenos o malos. Entre los 80.000 hay de todo, los hay magníficos y otros mucho menos buenos. Y hay que decir que, si el SAS es bueno o malo, además tienen derecho, los 80.000, a que se les identifique uno a uno y se les diga: usted es excelente, usted es bueno, y que se les reconozca lo que hacen. Yo creo que ese paso es tan importante estratégicamente, que va a cambiar todo el sistema de arriba abajo. Paso al que no entiendo por qué sus señorías se han opuesto, incluso en este Parlamento, a este acuerdo, que yo creo que es el gran cambio, la gran transformación que estaban esperando muchísimos profesionales hace mucho tiempo.

Por tanto, estoy convencido, y quiero concluir con ello, de que los pasos que estamos dando, en cuanto a calidad asistencial a los ciudadanos, pero también en cuanto a reconocimiento del prestigio y del esfuerzo de los profesionales, es lo que puede incidir en lo que su señoría ha dicho hace un rato: que esto se está consiguiendo a base de esfuerzo y sudor de los profesionales. Sin ninguna duda, sin ninguna duda. Se está consiguiendo a base de esfuerzo y sudor de los profesionales, de unos más que de otros, y eso hay que reconocérselo, y hay que pagarles más y hay que reconocerles ese esfuerzo que están haciendo por hacer más cosas y mejor, y, por lo tanto, por defender un sistema sanitario público, universal y gratuito como el que tenemos, para que cada vez digamos que sea para los ciudadanos, no solamente objeto de reconocimiento, sino de orgullo, de tener uno de los sistemas más equitativos que existen en el mundo.

### **Comparecencia 6-02/APC-000499, del Excmo. Sr. Consejero de Salud, a fin de informar sobre el proyecto del centro hospitalario de Guadix (Granada), su coste económico, cartera de servicios y plazos de ejecución.**

El señor PRESIDENTE

—Muchas gracias, señor Consejero.

El siguiente punto del orden del día, la comparecencia sobre el plan de mejora de la atención a los enfermos oncológicos, ha sido retirada, a petición del propio Grupo proponente. Por lo tanto, pasamos al siguiente punto, que es solicitud de comparecencia del señor Consejero de Salud, a fin de informar sobre el proyecto del centro hospitalario de Guadix, Granada, su coste económico, cartera de servicios y plazo de ejecución.

Tiene la palabra el señor Consejero de Salud.

El señor CONSEJERO DE SALUD

—Sí. Muchas gracias, señoría.

En el marco de la estrategia para el desarrollo y mejora de la red de servicios sanitarios que estamos llevando a cabo en la Consejería de Salud, hemos planificado la construcción de un conjunto de centros hospitalarios, de hospitales denominados de alta resolución, en determinadas áreas de la Comunidad, en base a los incrementos poblacionales experimentados y también a garantizar una mayor accesibilidad de los usuarios a los servicios de atención a especialidades. Yo creo que, dentro de poco tiempo, vamos tener oportunidad de hacer un debate en este mismo Parlamento sobre el libro blanco de la atención especializada, donde ya viene una propuesta de mejora de accesibilidad a este tipo de centros y, por lo tanto, de diseño de cuál debe ser el futuro escenario de los centros hospitalarios de alta resolución en Andalucía.

Uno de estos centros, sin ninguna duda, uno de los más importantes, de nueva construcción, va a ser el hospital de Guadix, cuyo programa funcional está completamente definido, cuyo proyecto ya salió a concurso, fue adjudicado y en este momento se está redactando.

Con este hospital de alta resolución vamos a ofrecer y a poner a disposición de una zona muy importante de la provincia de Granada un hospital moderno, con una amplia cartera de servicios, perfectamente dotado y equipado para dar respuesta a la población del distrito sanitario Granada nordeste, que comprende las zonas básicas de salud de Guadix, Marquesado, Purullena, y que abarca 32 municipios y dos pedanías.

El hospital va a contar, como les decía, con una amplia cartera de servicios y una organización funcional que va a permitir ofrecer a los usuarios algunas ventajas asistenciales que en este momento no se

dan en los hospitales tradicionales, en los hospitales comarcales, generales, de carácter más tradicional. En este sentido, me gustaría destacar como ventajas asistenciales la consulta en acto único y, por lo tanto, la alta resolución diagnóstica, como elemento clave de mejora de esa asistencia, y que enlaza mucho con lo que hemos estado hablando en el punto anterior de las listas de espera diagnósticas. Como respuesta claramente a ese problema, la consulta en acto único, ya, en algún hospital donde está en marcha, como es el hospital de Andújar, y en algún centro de alta resolución diagnóstica, como el que tenemos en marcha en Málaga capital, están dando un nivel de respuesta y de satisfacción enorme para mejorar la situación de tiempo de espera para un diagnóstico o una consulta externa.

Una segunda ventaja muy importante es la cirugía mayor ambulatoria y, por lo tanto, la posibilidad de un gran número de intervenciones quirúrgicas, de altísimo nivel en cuanto a la calidad, sin necesidad de encamamiento ni de unidades especiales de cuidados intensivos para el período postoperatorio.

Igualmente, el hospital de día médico, que se está mostrando como uno de los grandes avances también para dar respuesta en términos de eficiencia a los ciudadanos, sin alejarlos de su ubicación natural, que es su vivienda, su hogar y, por lo tanto, unas condiciones de recuperación mucho mayores de las que habitualmente se tienen en un hospital, y con menos riesgo, como son los de permanecer en el propio domicilio.

La disminución de tiempos de espera en pruebas diagnósticas, consultas externas y cirugía programada, de acuerdo con esta fórmula de actuación de consultas de acto único, de cirugía mayor ambulatoria, etcétera, la atención sanitaria urgente, por lo tanto, un nivel de urgencias que dé respuesta a los 50.000 habitantes de la comarca que se va a atender, y la potenciación de todas las alternativas a la hospitalización convencional, y, por lo tanto, desde una enfermería comunitaria a domicilio, desde una hospitalización domiciliaria, desde el hospital de día médico, etcétera, como respuestas modernas que hoy está dando toda la sanidad occidental a la tradicional hospitalización convencional, que hoy se ve como un elemento antiguo, de mayor riesgo, por el número de infecciones que se producen, etcétera, y no ajustado a una situación social que, por suerte, ya es de hogares y de viviendas con mejores condiciones higiénico-sanitarias de las que existían hace algún tiempo y, por lo tanto, donde ya no son necesarios los largos tiempos de encamamiento dentro de los hospitales.

La cartera de servicios del hospital de Guadix incluye atención primaria y especializada, y, por lo tanto, es la primera que vamos a poner en marcha, en este sentido, es decir, se van a hacer tanto actividades de centro de salud como de hospital, se integran los dos niveles asistenciales y, por lo tanto, vamos a garantizar al máximo la continuidad asistencial, lo que va a redundar en un clarísimo beneficio para los usuarios, permitiendo a los profesionales la máxima

coordinación y comunicación a lo largo de la historia de salud del paciente.

En la cartera de servicios del hospital se incluye medicina interna, donde se van a atender las especialidades de neurología, hematología, cardiología, digestivo, neumología y los profesos infecciosos y atención a procesos crónicos; cirugía y traumatología, donde se incluyen las especialidades de cirugía general, urología, traumatología, ortopedia, oftalmología, otorrinolaringología, dermatología médica y quirúrgica; salud mental, que ofrecerá, además de las consultas de la especialidad, terapia de grupo y actividad ocupacional; ginecología, donde se atenderá, desde esta especialidad, todas las patologías relacionadas con la planificación familiar y la detección precoz del cáncer de mama; obstetricia, donde se atenderán los partos que no presenten ningún tipo de riesgo, contando el hospital con un quirófano paritorio para ello; los partos que presenten riesgo, por razones de seguridad, se atenderán en el centro hospitalario de referencia, que por la experiencia y frecuentación asistencial garanticen la adecuada atención a las mujeres de la comarca; rehabilitación y fisioterapia, para todos aquellos procesos que requieran recuperación postoperatoria o de origen traumático; servicio de apoyo diagnóstico, que, en este sentido, el hospital va a contar con anatomía patológica, microbiología, analítica bioquímica y hematológica, radiología y TAC. Y, en cuanto a los servicios de atención primaria, va a contar con todos los máximos que se dan en una unidad de atención primaria básica: atención a la consulta, seguimiento de embarazos, salud infantil, vacunación e inmunización, atención al climaterio, cirugía menor, salud bucodental, tratamiento de procesos agudos bucodentales, salud pública, vigilancia epidemiológica, salud alimentaria y ambiental, etcétera.

El hospital va a contar, además, con una serie de servicios asistenciales, como les decía, que constituyen una alternativa a la hospitalización convencional. Entre ellos, se va a potenciar la consulta de acto único, que permitirá que en el mismo acto asistencial se den las decisiones de los clínicos basadas en las exploraciones, pruebas y diagnósticos y que se adopten de forma integral y en un proceso continuo, en el mismo día, con el consiguiente beneficio para el paciente, en el marco de la continuidad asistencial.

Se contará, como otra alternativa a la hospitalización, con la puesta en marcha de unidades, de una unidad de hospital médico-quirúrgico, con una aplicación de cirugía mayor ambulatoria que permitirá la resolución de muchos procesos sin que el paciente tenga que ser ingresado, siguiendo la recuperación en su propio domicilio. Para facilitar también el diagnóstico en términos de calidad, rapidez y garantía, los usuarios van a contar con un servicio de telemedicina, gracias a la aplicación de las nuevas tecnologías de la medicina. En muchos procesos, desde el hospital de Guadix se podrá entrar en contacto con otros profesionales, tanto del hospital de referencia como especialistas de ámbito regional, a través de videoconferencias

y trasladando voz, imagen y datos *on line*, sobre el momento, para poder examinar cualquier tipo de patologías, heridas o a cualquier paciente, intercambiar datos sobre exploraciones, pruebas complementarias que se realicen, recabar opiniones o diagnósticos, intercambiando las imágenes, asegurando así una opinión contrastada y un diagnóstico certero sobre la enfermedad, sin necesidad de desplazarse por parte del enfermo.

Este mismo recurso de la telemedicina vamos a aprovecharlo para la teleasistencia y la telealarma a domicilio, en el caso de pacientes especiales, pacientes con fibrosis quística, hemodiálisis domiciliaria, cardiopatías, procesos oncológicos, pacientes terminales, demencias seniles y enfermedades mentales, a la vez que sirva para formación, asesoramiento y apoyo a los cuidadores familiares de estos enfermos.

Desde el punto de vista funcional y organizativo, así como por la distribución espacial del hospital, se articula en torno a una serie de áreas interrelacionadas entre ellas, distribuidas en una superficie de algo más de 7.600 metros cuadrados, que determinan un amplio espacio, de fácil acceso, con una circulación interna que facilita el trabajo de profesionales, separando los circuitos de los profesionales de los de los pacientes y sus familiares, y, por lo tanto, mejorando de manera muy significativa la funcionalidad del centro respecto a un hospital tradicional.

Se conecta el hospital perfectamente con las vías principales de acceso a la población —su señoría creo que conoce ya dónde va ubicado— y con todos los puntos de influencia de la comarca, y, por lo tanto, un fácil acceso para todos.

Se ha puesto especial interés en delimitar claramente las zonas de acceso al hospital para actividad programada, las urgencias, la provisión de suministros, a fin de evitar cualquier tipo de interferencias en todas estas actividades, que son básicas para el buen funcionamiento del hospital.

Se ha prestado también especial atención en el proyecto a los elementos ambientales, con espacios amplios de jardín y zonas de expansión, delimitando y diferenciando claramente la zona de aparcamiento, circulación de vehículos, circulación de personas, eliminación de barreras arquitectónicas, etcétera.

Así, el área de urgencias está diseñada y programada como una zona del hospital de mayor accesibilidad para los usuarios, en el lugar más fácil para el acceso y, por lo tanto, con unas características y naturaleza que den respuesta a las necesidades previstas. Necesidades que entendemos serán de unas 27.000 urgencias anuales y, por lo tanto, ajustado en dimensiones también a este número de urgencias, con una evolución de crecimiento en los próximos años. Esta área de urgencias cuenta con una área de clasificación y una atención inmediata, y otra área de tratamiento y curas. Como dispositivo de apoyo va a contar con dos ambulancias también totalmente medicalizadas, de disponibilidad permanente en el centro.

El área de hospitalización, de carácter polivalente, va a atender el hospital de día médico-quirúrgico, va a atender hemodiálisis, enfermos pluripatológicos, observación de urgencia de adultos y pediátrica, etcétera. Dispone de capacidad hasta para cuarenta camas, en un espacio diáfano, con una área de control común y de apoyo, preservando la intimidad de los pacientes y de sus familiares, con una conexión directa, rápida y fluida con las áreas de urgencia y quirófano.

El área quirúrgica tiene como núcleo principal dos quirófanos, uno de ellos preparado como quirófano paritorio, en conexión directa con el área de hospitalización polivalente, estimando que atenderá al año en torno a 2.500 intervenciones quirúrgicas.

Junto a estas tres áreas principales, el hospital cuenta con las áreas de consultas externas, con 28 módulos de consulta de atención primaria, con 16 módulos para consulta en medicina familiar y comunitaria, así como de pediatría y las distintas áreas de especialidades que ya anteriormente comenté: medicina interna, cirugía, traumatología, obstetricia, ginecología, radiodiagnóstico, salud mental, rehabilitación, educación sanitaria bucodental, laboratorio y analítica.

Se complementa el diseño funcional del hospital con las áreas no asistenciales y con las zonas de servicios de atención al usuario y mantenimiento.

El coste estimado para la construcción del hospital está en torno a 9 millones de euros y un plazo de ejecución de obras que oscila entre 24 y 28 meses, desde el momento en que tengamos supervisado y aprobado el proyecto.

Por parte del Ayuntamiento, ya se han iniciado los trámites de cesión y perimetrado del suelo, se está redactando el proyecto en este momento por parte de los autores redactores, que eran los que se les ha adjudicado, y, por lo tanto, yo espero que en muy poco tiempo, para mediados de año, dispongamos ya del proyecto totalmente terminado y podamos licitar la obra, con lo cual podemos cumplir esos plazos que antes le he dado, es decir, que entre 24 y 28 meses tengamos el hospital construido, de manera que este hospital de Guadix y su comarca sea un centro hospitalario moderno, de alta resolución, con una cartera de servicios muy amplia, que dé respuesta a todas aquellas patologías que no pierdan ninguna calidad asistencial por el hecho de desplazarlas hasta Guadix, y, por lo tanto, que, equipado con la tecnología más actual que exista, sirva para mejorar la calidad y también para dispensar un trato cada vez más personalizado a los pacientes de aquella comarca.

Muchas gracias.

**El señor PRESIDENTE**

—Gracias, señor Consejero.

A continuación, tiene la palabra, como portavoz del Grupo Parlamentario Popular, el señor Pérez López.

**El señor PÉREZ LÓPEZ**

—Gracias, señor Presidente.

Gracias, señor Consejero, por la exhaustiva información que nos ha suministrado sobre el proyecto de hospital. El objetivo de esta comparecencia era claro, era conocer la cartera de servicios, los plazos, el costo, etcétera, lo cual, pues, en ese aspecto, quedamos bastante satisfechos de su respuesta.

No obstante, nosotros, además, queremos plantearle algunas dudas, algunos interrogantes, alguna problemática también existente en torno al centro hospitalario. Especialmente porque hay que decir que ha habido a lo largo de este tiempo, desde que usted visitó la ciudad el 19 de octubre del 2001 hasta ahora, ha habido una serie de noticias, algunas de ellas incluso contradictorias, que en definitiva han venido a enturbiar, pues lo que todos esperábamos y esperamos que sea una digna, una muy buena instalación hospitalaria para la ciudad, que es lo que todos deseamos y por lo que creo que todos estamos trabajando.

En aquella visita, usted adelantó una serie de plazos; por ejemplo, relación del plan funcional, finales del año 2001; entre noviembre y diciembre del 2002, licitación de obra, y en el 2004, funcionando. Eso es lo que usted adelantó, grosso modo, y previamente el Ayuntamiento había puesto a disposición de la Consejería 42.000 metros cuadrados de terreno. Al mismo tiempo, y al hilo de su visita, Ayuntamiento y Consejería organizan una visita a Andújar, al hospital Alto Guadalquivir, ya que se pretende que sirva de modelo, tanto organizativo como de funcionamiento del futuro hospital de Guadix. Tengo que decirle que las personas que visitaron el Alto Guadalquivir volvieron plenamente satisfechos de su funcionamiento y de las instalaciones que allí pudieron observar y apreciar.

No obstante, posteriormente extrañó un hecho, y es que precisamente el borrador de proyecto para el centro hospitalario, pues fue dado a conocer de una manera un poco..., vamos, no oficial, lo filtró un Grupo político, y, bueno, eso puso de manifiesto algunas contradicciones sobre lo que se había hablado respecto al hospital, a la instalación hospitalaria, y lo que se había visto en Andújar. Concretamente, ese anteproyecto tenía o contemplaba una serie de infraestructuras, pero, sobre todo, en el tema de instalación de camas, prácticamente decía que eran cuatro módulos de ocho camas, en total 28 camas, para centrarnos, dos quirófanos y una inversión en torno a los 1.300 millones de pesetas, en aquella época, menos de lo que usted ha anunciado hoy, un poquito menos de lo que usted ha anunciado hoy, que han sido 9 millones de euros.

Posteriormente, recibimos la visita de don Joaquín Carmona, en donde, pues, prácticamente adelantó buena parte de lo que usted hoy nos ha dicho aquí a nuestro Grupo. En esta visita, el señor Carmona planteó que el centro hospitalario atendería 27.525 urgencias, 2.493 intervenciones normales, 629 urgentes, unas 940 intervenciones para cirugía mayor

ambulatoria y 924 intervenciones mediante ingreso. En total, se preveían unos 253 partos anuales, se atenderían 50.000 consultas/año y un número de ingresos en torno a los 2.500/año, también. Ésos fueron, grosso modo también, los datos que aportó el señor Carmona.

Claro, la gran paradoja y la gran contradicción estriba en que cuando, bueno, se comparan datos con otros hospitales, concretamente el Alto Guadalquivir, la verdad es que hay una serie de números que no salen, no salen. Y es lo que a nosotros nos gustaría que usted nos explicara. Por ejemplo, en una contestación oficial de su propia Consejería, referida al hospital Alto Guadalquivir, este hospital tuvo un coste total de 3.553 millones de pesetas, 100 camas. El hospital de Huércal-Overa, obviamente más grande, pero tuvo 4.214 millones y algo más de pesetas de costo, de los que el equipamiento eran casi mil millones de pesetas. El hospital de Antequera, 4.807 millones de costo, de los que casi 900 eran de equipamiento, etcétera, ¿no? Bueno, esto es quizá lo más importante porque, cuando se habla de un hospital moderno, un hospital bien equipado, un hospital con tecnología punta, pues no entendemos cómo es posible que con 15 millones de euros se pueda atender tanto a la obra civil como a la instalación en sí, a la dotación del hospital. Entonces, eso es algo que a nosotros nos gustaría que usted nos explicara, ¿no?, porque estamos hablando de unos datos y precios del año 1999; de 1999 al 2003, en que estamos, obviamente, el costo de la vida ha subido y el equipamiento, todo el equipamiento tecnológico, el equipamiento sanitario es caro, y cada año más caro, ¿no? Entonces, es algo que, por ejemplo, a nosotros, pues no nos cuadra.

Otro aspecto que nos gustaría que nos aclarara era el de los quirófanos. Prácticamente todas las instalaciones hospitalarias superan los cuatro quirófanos, todas las existentes hasta este momento. El de Guadix va a tener dos, de los que se dice que uno puede estar preparado para atender partos, uno. Los técnicos y las personas entendidas en la materia —yo reconozco que soy lego en la materia— dicen que, para los datos que se han suministrado, tanto de urgencias, intervenciones, etcétera, que dos quirófanos, pues no son... Son pocos, son escasos, máxime cuando uno de ellos a lo mejor tendría que atender a partos. Por lo cual, uno más es lo que normalmente los técnicos que entienden de la materia dicen que sería lo factible: tres quirófanos.

Otro aspecto es que la población, ahora mismo, y prueba de ello es que el propio Ayuntamiento aprobó una moción por unanimidad, pues no se ve claramente esa idea que tiene la Consejería de agrupar en la misma instalación lo que sería el hospital, lo que es el área hospitalaria y el área de atención primaria, entre otras cosas porque el hospital queda lejos. Entonces, es algo que ahí está sobre la mesa también y que el propio Ayuntamiento, pues, veía como solución alternativa el que la atención primaria permaneciera mucho más cercana a la población.

Y, sobre todo, había un aspecto que, bueno, puede parecer más moderno, menos moderno, pero que es creo que importante, y es el número de camas. Aquí sí es verdad que hubo una decepción generalizada cuando se dijo que eran 28 módulos desdoblables, cuando todos los hospitales, no los macrohospitales, pero sí, por ejemplo, los que antes le he señalado, pues prácticamente todos superan las 100 camas, ¿no? De 100 a 28 hay una diferencia muy apreciable. El mismo hospital Alto Guadalquivir tiene 100. Bueno, normalmente, allí lo que se apuesta es por un hospital en torno a las 50-60 camas, que creo que también es razonable, en función, precisamente, de los datos que usted nos ha suministrado.

Y, bueno, en definitiva, señor Consejero, a nosotros no nos preocupa que el hospital tenga un retraso de un año, no nos preocupa si al final lo importante entendemos nosotros es que sea un buen hospital. Lo que sí nos preocupa es que podamos perder la oportunidad, precisamente, de hacer un esfuerzo, en todos los sentidos, para que colme las aspiraciones de los habitantes de Guadix, de toda su comarca, especialmente, y vuelvo a repetirlo, porque la visita a Andújar, al Alto Guadalquivir, fue un espejo, fue un referente, que es lo que prácticamente todo el mundo entiende que va a ser o debe ser el hospital de Guadix.

Por tanto, yo lo que le pediría es un esfuerzo, en ese sentido, de aumentar quirófanos, de aumentar la dotación de camas y de mejorar en lo posible el equipamiento, entre otras cosas porque, ya le vuelvo a repetir, el costo de 9 millones de euros, pues no resiste comparación con otros hospitales, no la resiste, máxime cuando usted nos ha dicho, y no hoy, sino en varias ocasiones, que precisamente la bondad del hospital de Guadix radica, fundamentalmente, en el equipamiento. Entonces, es algo que nosotros no entendemos, y vuelvo a repetirlo que somos legos en la materia, pero, comparando datos que tenemos, oficiales, pues no nos salen las cuentas. Espero que nos pueda aclarar estas cosas.

Gracias, señor Consejero.

#### El señor PRESIDENTE

—Gracias, señor Pérez.

A continuación, tiene la palabra el señor Consejero de Salud.

#### El señor CONSEJERO DE SALUD

—Sí. Muchas gracias, señoría.

Bueno, yo creo que la primera intervención ha sido suficiente para aclarar estos temas.

Hombre, yo creo que estamos siempre en el proceso lógico que se produce siempre con el tema hospitalario. En primer lugar, reivindicación de un

hospital y, en segundo lugar, por parte de la oposición, reivindicación de que sea más grande que el propuesto. Esto siempre se ha producido, no conozco ningún caso de ningún hospital en que no se haya producido este proceso, lo cual es lógico. Primero se reivindica el hospital y, cuando ya se decide que vamos a hacer el hospital, entonces se reivindica que tenga más camas, que tenga más quirófanos, que sea más grande, etcétera. Bueno, yo entiendo así el planteamiento.

Hombre, su señoría comprenderá que no vamos a hacer un hospital con un número de quirófanos tal que no podamos atender a los pacientes cuando haya que operarlos porque el fracaso para la sanidad andaluza sería muy importante. Usted imagínese que construimos el hospital y que, a partir de ese momento, empiezan los ciudadanos de Guadix y su comarca a ir al hospital y no tenemos quirófanos para operarlos, no podemos cumplir los 60 días del decreto... El problema en que nosotros mismos nos hemos metido. Es decir, si los técnicos dicen que dos quirófanos son los que dan respuesta a la prevalencia quirúrgica que se va a producir en ese hospital, serán los técnicos quienes tengan que hacerlo, ¿no? Yo no me atrevo porque, como su señoría dice, tampoco soy un experto en la materia. Pero sí es cierto que existe un análisis suficiente para saber cuáles son nuestras necesidades.

Hombre, podemos ir a compararnos con hospitales, está claro, nos podemos comparar con Andújar. Pero, mire, en Andújar van ya, después de dos años de funcionamiento, dos años y medio de funcionamiento, por la historia clínica número 73.000. Fíjese por dónde van. Es decir, estamos en una situación de un nivel de población muchísimo más alto del que va a atender Guadix, muchísimo más alto, estamos hablando ya de 73.000 historias de salud en lo que lleva funcionando, y en la comarca con más prevalencia de asistencia, con más asidua asistencia al hospital de toda Andalucía. Es decir, dato que ya teníamos de antes. Y además rodeado de unos hospitales, rodeado de unos hospitales con unos niveles de ocupación altísimos, que inciden en una derivación hacia ese hospital de mucho más número de población, como ya se esperaba. Es decir, ésa es una realidad. La asignación inicial que pensábamos tener era de 60.000 habitantes de población y esperábamos que, al menos, se incrementara en un 30 o un 40% de otras comarcas que iban a preferir irse a un hospital nuevo y que iban a preferir irse a otro hospital porque los suyos tenían un nivel ya muy alto de ocupación, como se está produciendo. Si estamos en 72.000 historias de salud, quiere decir que ya está superado prácticamente en un 20% la población que se le asignó, ya en usuarios concretos del hospital, a lo largo de dos años y medio. Por tanto, compararse no se puede.

Pero es que si, además, comparamos con el número de ocupación, si estimamos cien camas del hospital de Andújar, estará en una ocupación, ahora mismo, de un 45 o 50%, no llegan a ocuparse 50 camas nunca, porque están con camas individuales, por lo tanto hay 50 y no llega nunca al cien por cien.

Luego tenemos una valoración bastante exacta en este momento de cuáles son nuestras necesidades de camas. No podemos tirar con pólvora del rey, tenemos que hacer el hospital que necesita cada zona. No podemos ir a hacer un hospital más grande porque me están reivindicando que ponga más, porque políticamente me están presionando. En esa trampa no puede caer la sanidad, señoría; no puede caer en esa trampa porque sería un mal servicio a los ciudadanos. Yo creo que usted entiende eso. Se va a hacer un hospital modélico, se va a dar respuesta a todo aquello que no pierda calidad; ahora, es cierto que no es un hospital pensado para largas estancias de encamamiento, vamos, es que yo no querría... Es decir, a mí me importaría muy poco desplazarme a Granada, si voy a tener que estar veinte días en un hospital. ¿Por qué? Pues porque necesito los mejores medios, los mejores profesionales, los que más hayan intervenido, la mejor UCI... Eso es así. Estamos hablando de un hospital para dar una respuesta al 90% de las cosas que se plantean en un hospital; pero hay un 10% que debe ir al hospital de referencia, y ese 10% es que el necesita más camas, es el que necesita actividades de quirófano que duran 8, 10 y hasta 20 horas de intervención; por tanto, necesitan muchos quirófanos. Pero ahí estamos hablando de unas intervenciones quirúrgicas que apenas necesitan media hora y, por lo tanto, que tienen una capacidad muy alta.

¿Qué es mejor, hacer dos quirófanos y utilizarlos mañana y tarde y sacar mucha actividad quirúrgica o hacer ahora muchos quirófanos y usarlos cuatro horas al día, como ha ocurrido tradicionalmente en la sanidad? ¿Su señoría cree que eso es gobernar eficientemente? Porque, claro, podemos hacer eso. Podemos comprar tecnología que vale cientos de millones y utilizarla cuatro horas al día. Pero yo no creo que los ciudadanos nos pidan a los responsables públicos que actuemos así. Lo que nos piden es que demos un buen servicio, al mejor precio posible. ¿Y eso qué significa, qué se va a hacer? Hospitales modernos, con alta eficiencia, con respuestas que no tengan listas de espera, que no necesiten encamamiento, a ser posible, pues la gente prefiere estar en su casa a estar metidos en un hospital, porque, además, hay menor riesgo. Por lo tanto, tenemos que hacer un hospital que dé muchas respuestas de actividades de diagnóstico, que tenga una cirugía mayor ambulatoria muy potente, que tenga unas urgencias que de verdad resuelvan y, por tanto, que los ciudadanos no tengan que desplazarse a Granada para cuestiones que, sin perder ningún tipo de calidad, se las pueden hacer en su pueblo. Ése es el hospital que vamos a hacer y ése es el que yo estoy convencido de que los ciudadanos quieren que hagamos, porque cuando un ciudadano tiene algo grave, que necesita mucho tiempo de estancia, que necesita intervenciones largas, donde se juega uno de verdad la vida, quiere tener la mejor UCI, quiere tener los mejores profesionales, en el sentido de los que más intervenciones hacen, los que más

enfermos ven, los que están con mucha actividad, en centros muy grandes y, por lo tanto, con las máximas garantías. Yo creo que ésa es la oferta de calidad, la comodidad de no desplazarse 60, 70 kilómetros no puede conllevar empeorar la calidad. Y pensar que podemos hacer en Guadix o en cualquier lugar lo mismo que se hace en Granada no puede ser, no puede ser, sus señorías lo saben. No puede ser. Y si usted mañana tiene un familiar enfermo, seguro que si es algo grave quiere que vaya a Granada, aunque tengan que desplazarse unos kilómetros. Y si es una cosa leve, menor, sin riesgo y donde no se pierda calidad, pues lo mejor es tener en cuenta el que sea lo más accesible posible, lo más próximo y, por lo tanto, tener en cuenta la comodidad como un elemento de segundo nivel también muy importante.

Bueno, yo creo que en ese sentido el diseño del hospital es el adecuado.

Y el coste, pues, mire, su señoría dice que con 15 millones de euros no sabe cómo se puede hacer un hospital así. Pues le voy a decir que me han comentado que su candidato del Partido Popular a Alcalde de Almería ha dicho hoy que con 15 millones de euros, cuando sea Alcalde, va a hacer un hospital con 300 camas. Así que ya me dirá su señoría, si con 15 millones de euros no podemos hacer uno de 40 camas, no sé cómo va a hacer el señor candidato del PP uno con 300 camas, con ese precio. Bueno, aquí para todos los gustos hay.

Yo sí le puedo decir que en unos días tendremos, en un par de meses tendremos terminado el proyecto y, por lo tanto, un proyecto de un buen hospital, en dos, tres meses, y lo supervisaremos y comenzaremos un hospital que dé respuesta a las necesidades de los ciudadanos, y estoy seguro, y lo dije el primer día allí, aunque algún medio luego le ha puesto algún adjetivo a mi definición, pero estoy convencido de que los ciudadanos de la comarca de Guadix se van a enamorar del hospital que vamos a hacer, pues es un hospital, de verdad, digno de la mejor medicina, de la mejor asistencia y, por lo tanto, de que se sienta orgullosa no solamente la Junta de Andalucía, que lo hace, sino los ciudadanos que van a recibir la atención.

#### **Pregunta Oral 6-02/POC-000088, relativa al nuevo centro de salud de La Ribera (Córdoba).**

**El señor PRESIDENTE**

—Gracias, señor Consejero.

¿No quiere intervenir? Pues, muchísimas gracias.

¿Señor Consejero?

Pues, pasamos al siguiente punto del orden del día, que son las preguntas con ruego de respuesta

oral en Comisión. Pasaríamos a la primera, pregunta con ruego de respuesta oral en Comisión relativa al nuevo centro de salud de La Ribera, Córdoba.

¿Quién va a intervenir, por favor? Señor Núñez.

**El señor NÚÑEZ ROLDÁN**

—Sí. Muchas gracias, señor Presidente.

Señor Consejero, el Grupo Socialista quisiera conocer en qué situación se encuentra el proyecto de ejecución del centro de salud de La Ribera, de Córdoba, en la ciudad de Córdoba.

Muchas gracias.

**El señor CONSEJERO DE SALUD**

—Sí.

Señoría, efectivamente, desde la Consejería de Salud se valoró en su día la necesidad de construir un centro de salud en la zona de La Ribera, en Córdoba, ya que el aumento de la población de esta área urbana justificaba claramente la actuación de la construcción de este centro para ofrecer un máximo de accesibilidad a los servicios de atención primaria en el entorno de esta zona.

A finales del año 2000 preparamos el programa funcional del centro, que contempla 16 consultas y el resto de servicios asistenciales en un espacio, aproximadamente, de 800 metros cuadrados. En el año 2001, por parte de la Gerencia Municipal de Urbanismo se cedió a la Junta de Andalucía un inmueble, que es un antiguo cine ubicado en dicha zona, para la reconversión o la rehabilitación como centro de salud. En noviembre del año 2001 se iniciaron los trabajos, ya, de demolición de este edificio y se procedió, posteriormente, al estudio geotécnico del solar para el levantamiento topográfico también del mismo, al objeto del proyecto de construcción.

En marzo del año 2002 se adjudicó la realización de catas arqueológicas, por la ubicación donde está este solar y la obligación que hay, según la normativa de Cultura en Córdoba, de hacer este tipo de actividad, por existir posible presencia de restos arqueológicos, y se remitió el preceptivo informe en julio de 2002 a la Delegación Provincial de Cultura, que resolvió favorablemente la posibilidad de construcción. Dicha resolución se recibió en octubre de 2002 y en los terrenos donde se va a ubicar el centro se encontraron restos arqueológicos romanos de una gran importancia para el conocimiento de la ciudad en esa época, una mesa funeraria en concreto y una serie de mosaicos significativos.

En estos momentos se está concluyendo la redacción del pliego de cláusulas administrativas particulares y el pliego de cláusulas técnicas también, junto con la documentación del expediente, para licitar ya la consultoría de asistencia técnica para la redacción del proyecto y dirección de la obra de este nuevo centro

de salud, para el que ya se dispone de crédito en el presente presupuesto.

Muchas gracias.

**El señor PRESIDENTE**

—Gracias, señor Consejero.

Por parte del señor Núñez, tiene usted la palabra.

**El señor NÚÑEZ ROLDÁN**

—Gracias, señor Consejero, por la información que nos ha transmitido.

Me imagino, señor Consejero, que el hallazgo de estos restos habrá obligado de alguna manera a variar el calendario que tenían previsto. ¿Nos podría informar al respecto? En cuanto a qué previsiones tienen en cuanto a cuándo pueden comenzar las obras, etcétera, de acuerdo a este hallazgo de restos, tratándose, como se trata, de un centro que creemos se va a hacer en pleno casco histórico de Córdoba.

**El señor PRESIDENTE**

—Gracias, señor Núñez.

Señor Consejero.

**El señor CONSEJERO DE SALUD**

—Sí.

La verdad es que ha habido una complejidad enorme en el proceso de este centro de salud. Le puedo decir que, en primer lugar, hubo que expropiar la propiedad y esto nos llevó un tiempo al Ayuntamiento muy importante; es decir, este antiguo cine se pensaba que se podía adquirir y de ahí el ofrecimiento que nos hizo inicialmente el Ayuntamiento. Después, la adquisición fue más compleja y hubo que ir a una expropiación y esto demoró bastante el tiempo.

En segundo lugar, aparecieron, para colmo, residuos contaminantes, una serie de amiantos en el techo, lo que dificultó todo el proceso de demolición también, con una normativa especial que hubo que utilizar para la realización de esta actividad.

Y, en tercer lugar, como le digo, apareció el problema de las excavaciones, por estar en el corazón del casco histórico, la aparición de restos arqueológicos, con lo que ello ha conllevado también de recuperación de los mismos y el tiempo que se ha perdido.

Bueno, yo creo que finalmente, en el momento actual, ya podemos hablar de unos plazos mucho más ciertos. Esperamos que en tres meses tengamos licitada ya la redacción del proyecto, que en seis meses se realice la redacción del mismo y que, para el primer trimestre del 2004, pudiéramos comenzar la obra de construcción de este nuevo centro. Éstas

son un poco las estimaciones que tenemos en la actualidad respecto a este centro de salud.

**Pregunta Oral 6-02/POC-000109, relativa al centro de salud en Bormujos (Sevilla).**

**El señor PRESIDENTE**

—Gracias, señor Consejero.

Pasamos a la segunda pregunta con respuesta oral en Comisión, relativa al centro de salud de Bormujos, Sevilla.

Para formularla, tiene la palabra el señor Núñez.

**El señor NÚÑEZ ROLDÁN**

—Muchas gracias, señor Presidente.

Señor Consejero, en el mes de abril del año pasado y por iniciativa del Grupo Socialista se aprobaba en esta Comisión de Salud una proposición no de ley en la que invitábamos al Servicio Andaluz de Salud y al Ayuntamiento de Bormujos a que llegasen a un acuerdo que estableciera un convenio al objeto de dotar a esta población sevillana, del Aljarafe sevillano, de un centro de salud como el que los ciudadanos de allí están esperando.

En este momento, Bormujos cuenta con un consultorio que, desde luego, ya no responde a las necesidades actuales de esta población y todo el mundo está esperando que se solucione este problema.

Me gustaría preguntarle en qué situación están las negociaciones entre el Servicio Andaluz de Salud y el Ayuntamiento de Bormujos, a qué acuerdo se ha llegado y cuál es el horizonte en relación con la construcción de esta instalación sanitaria.

**El señor PRESIDENTE**

—Gracias, señor Núñez.  
Señor Consejero.

**El señor CONSEJERO DE SALUD**

—Sí. Muchas gracias, señoría.

Efectivamente, el municipio de Bormujos es una de las zonas del Aljarafe sevillano con más crecimiento demográfico en los últimos años. Yo creo que esto ha venido motivado por el desplazamiento de residencia de muchas familias de la capital a las urbanizaciones ubicadas en este término municipal y ello ha tenido una incidencia en la demanda asistencial, pero también ha tenido incidencia en el mercado de la construcción en este municipio.

Desde la Consejería de Salud se ha valorado la circunstancia y la demanda, hasta el punto de que se adoptó la decisión de construir un nuevo centro de salud en la localidad, que tanto en infraestructuras como en equipamiento y en dotación de personal y espacio físico diera respuesta al crecimiento que había experimentado este municipio. Se ofertaron por el Ayuntamiento de la localidad algunos terrenos y desde la Consejería, una vez analizadas las ofertas, se eligió uno entre ellos que se consideró el más idóneo, en base a la accesibilidad de los ciudadanos que viven en la zona.

El 21 de febrero del año 2000 se firmó un acuerdo de colaboración, un convenio, entre el SAS y el Ayuntamiento de Bormujos, para la construcción de este centro de salud, un centro de salud tipo 2, por el cual, según este convenio, el Ayuntamiento lo construiría y el Servicio Andaluz de Salud aportaría 110 millones de pesetas para dicho fin. Se redactó el proyecto básico y de ejecución, que fue aprobado por el Pleno del Ayuntamiento el 26 de abril de 2001 y se emitió por parte del Servicio Andaluz de Salud, el día 21 de junio de ese mismo año, un informe favorable, tras haber sido subsanadas algunas deficiencias que presentaba la redacción del proyecto.

El Ayuntamiento de Bormujos procedió a la licitación de la obra, por ser de su competencia, según el convenio, pero en dos ocasiones el concurso quedó desierto. Parece ser que, por las muchas obras, por la mucha actividad que se realizaba en el municipio, las empresas no estaban interesadas o se sacó a un precio que no era el más ajustado, de manera que quedó desierto en dos ocasiones distintas. También parece ser que el Ayuntamiento unió la licitación de este proyecto a otras obras de otras viviendas y pudo tener algo que ver la situación. Lo cierto es que la situación planteada obligó a la rescisión del acuerdo, mediante una resolución del SAS de 11 de diciembre de 2001, a la vista de que el Ayuntamiento no podía construir este centro de salud.

Se iniciaron nuevamente conversaciones con el Ayuntamiento, para alcanzar un nuevo acuerdo y hacer posible la construcción del centro. Fruto de estas negociaciones es un nuevo convenio que se firmó hace apenas tres meses, el 17 de diciembre de 2002, en el que se recoge una nueva aportación del Servicio Andaluz de Salud, en este caso de 925.000 euros, es decir, 153 millones de pesetas, quedando muy claro en el convenio anterior, quedando muy claro en el convenio, bueno, que hasta ahí llegamos, es decir, que no podemos superar esa cantidad, no se abonaría ningún exceso en caso de que se produzca alguna modificación, liquidación, etcétera, ni ninguna desviación, porque efectivamente está muy por encima de lo que el metro cuadrado nos sale en cualquier otro centro de salud que construyamos. Por tanto, el Ayuntamiento se ha comprometido a iniciar un procedimiento administrativo para construir el centro y, bueno, para desarrollar en el más breve espacio de tiempo posible esta actuación.

Por parte de la Consejería y como prueba del interés en dotar a Bormujos de este nuevo centro de salud se ha revisado ya el programa funcional que se elaboró en 1999, se ha adaptado a la nueva situación, a la nueva demanda que pueda haber y al crecimiento de la población que se ha experimentado desde entonces y, por lo tanto, que nos marca también una tendencia en el futuro. En este sentido, la superficie útil prevista para el centro era inicialmente de 691 metros cuadrados y la población estimada 20.000, pero, a la vista del crecimiento de la población, se ha modificado para una población de 22.000 habitantes y la superficie del centro se ha ampliado hasta 944 metros.

Igualmente, y superando la previsión inicial en cuanto a personal de plantilla, se ha estimado una plantilla de 11 médicos, cuatro pediatras y 11 profesionales de enfermería, además del personal auxiliar necesario. De esta manera se incrementa el plan funcional anterior en un médico, un pediatra y una enfermera, que era lo que se preveía anteriormente.

Muchas gracias.

El señor PRESIDENTE

—Gracias, señor Consejero.  
Señor Núñez.

El señor NÚÑEZ ROLDÁN

—Muchas gracias, señor Consejero.

Creo es un motivo de satisfacción para el Grupo Parlamentario Socialista, para el Partido Socialista, el que se haya llegado a este convenio. Veo también con satisfacción que se proyecta un centro que va a ser suficiente para 22.000 habitantes, es decir, el doble de la población actual; por tanto, tratando de satisfacer las necesidades no sólo presentes, sino futuras a corto y medio plazo, de ahí el número de metros cuadrados, el número de profesionales. Por tanto, todo son buenas noticias. Lo ideal sería que este centro se pudiera construir cuanto antes.

A mí me resulta especialmente curioso que, siendo el Servicio Andaluz de Salud uno de los servicios de salud regionales con más experiencia en construcción de centros y de dispositivos sanitarios, pues, calculando, como calculan los técnicos del Servicio Andaluz de Salud, tan bien, en la inmensa mayoría de los casos, pues un centro de este tipo, en este pueblo concretamente, se quedara desierto el concurso. Es una cosa especialmente curiosa, cuando en general, a todos los concursos estos, bueno, licitan una serie de empresas.

En cualquier caso, esperemos que todo salga bien. Si, además, a esto le unimos la próxima apertura del hospital de Bormujos, como un hospital público, enteramente público, con una propiedad privada, pero con una utilización, un funcionamiento perfectamente dentro de lo que es la red pública de hospitales del

Servicio Andaluz de Salud, yo creo que son magníficas noticias para los ciudadanos y las ciudadanas de Bormujos, así como para los ciudadanos y ciudadanas del conjunto del Aljarafe.

Muchas gracias, señor Consejero.

**Pregunta Oral 6-02/POC-000331, relativa a la asistencia sanitaria a personas reclusas en Andalucía.**

El señor PRESIDENTE

—Gracias, señor Núñez.

Pasamos a la siguiente pregunta con ruego de respuesta oral en Comisión, no sin advertirles que la tercera ha pasado a escrita; era una pregunta del Grupo Socialista y pasa a escrita. Pasamos a la número cuatro, pregunta con respuesta oral en Comisión relativa a asistencia sanitaria a personas reclusas en Andalucía.

Para formularla, tiene la palabra el señor Romero Ruiz.

El señor ROMERO RUIZ

—Muchas gracias, señor Presidente.

Señor Consejero, en Andalucía hay 12 centros penitenciarios y 11.680 personas reclusas, presas, en nuestra Comunidad Autónoma, los datos pueden haber variado, son las últimas estadísticas publicadas en enero de la Dirección General de Instituciones Penitenciarias.

Está claro que las personas presas pierdan su libertad, pero no los demás derechos a los que tienen la obligación de atender por parte de los poderes públicos, como es el derecho a su asistencia médica, el derecho a recibir una instrucción y a acceder a los mecanismos educativos, el derecho a tener un trato humanitario y a no tener ningún trato degradante. Incluso el derecho a voto, si no han sido privados en la sentencia de los tribunales de ese derecho y cumplan condenan de privación de libertad temporal, sin que se le prive de su derecho de ciudadano a elegir a los Parlamentarios, a los Alcaldes, a los Concejales del lugar donde esté empadronada la persona presa. Luego todos estos derechos están sobre la mesa y hoy nos interesa especialmente la valoración que usted haga desde la Consejería de la asistencia médica que están recibiendo las personas presas en las cárceles de Andalucía en la actualidad y cómo se está aplicando el convenio de colaboración entre la Junta de Andalucía e Instituciones Penitenciarias en el capítulo de asistencia médica a los reclusos.

Hay un Informe del Defensor del Pueblo, donde el señor Chamizo pone de manifiesto que hay familiares de presos y presos que se han quejado no precisamente del servicio de atención médica que reciben, sino

del tratamiento para acceder al servicio de atención médica, de los obstáculos que reciben por parte de la Dirección de Instituciones Penitenciarias, los traslados, las salidas de los hospitales cuando la enfermedad es grave, las salidas de los hospitales de las Instituciones Penitenciarias, del recinto hospitalario que hay dentro de algunas prisiones para tener un tratamiento fuera, etcétera, etcétera. Las garantías, la seguridad, la tardanza en hacer algunos diagnósticos.

Y nosotros queríamos conocer qué valoración hace la Consejería, qué seguimiento se está haciendo de la atención sanitaria que se les presta desde la Junta de Andalucía y desde el Gobierno, desde el Servicio Andaluz de Salud, a los presos y a las presas que hay en las cárceles andaluzas.

Muchas gracias.

**El señor PRESIDENTE**

—Gracias, señor Romero Ruiz.  
Señor Consejero, tiene usted la palabra.

**El señor CONSEJERO DE SALUD**

—Sí. Muchas gracias, señoría.

La asistencia que reciben las personas reclusas en las instituciones penitenciarias radicadas en Andalucía, igual que el resto de los ciudadanos andaluces, se puede analizar desde una doble perspectiva, desde los dos niveles asistenciales existentes en la sanidad; es decir, desde la atención primaria o desde la atención especializada y hospitalaria. Su señoría mismo, en el final de su intervención, yo creo que ha puesto un poco énfasis en esa cuestión.

Por lo que respecta a la atención primaria, ésta, como sabe, se presta con personal propio de Instituciones Penitenciarias y, por tanto, no es en el sentido estricto esa asistencia competencia del sistema sanitario público andaluz, ya que la organización, los recursos, los servicios asistenciales que se prestan a los reclusos son de exclusiva competencia del Ministro de Justicia. No podemos, pues, valorar en ese sentido el nivel asistencial, ya que el sistema sanitario andaluz no participa, ni sus profesionales, ni con sus recursos en esa atención, que la prestan claramente profesionales de Instituciones Penitenciarias, dentro de las propias instituciones penitenciarias y con recursos estrictamente aportados por la Dirección General de Instituciones Penitenciarias y, por tanto, ajenos al sistema sanitario público andaluz.

La atención especializada y hospitalaria se realiza con los recursos del sistema sanitario público andaluz y, por tanto, de forma absolutamente equiparable a las que recibe cualquier otro ciudadano, más allá de las dificultades —y eso es cierto— de traslados, de guardias, de horarios que el adelgazamiento del Estado, que según algunos debe sufrir este país, pues conlleva y las dificultades en muchos casos que la propia Instituciones Penitenciarias tiene para poder

solventar los problemas de salida de los enfermos, de desplazamiento a los hospitales, de custodia durante su estancia en el hospital, etcétera.

Cuando se ha indicado, por los profesionales de atención primaria de Instituciones Penitenciarias, que los reclusos deben acceder a los servicios de atención especializada o al ingreso hospitalario correspondiente, existen una serie de hospitales en Andalucía, de la red pública andaluza, que en su día fueron determinados como zonas o unidades de acceso restringido para la hospitalización de los reclusos. Anualmente se atienden en este nivel asistencial unas 7.000 consultas externas y 700 ingresos, y se realiza un importante número de análisis clínicos en los laboratorios de los hospitales públicos andaluces, por las especiales características de muchas de las enfermedades que suele padecer la población reclusa —estamos hablando de VIH-sida, hepatitis, tuberculosis, etcétera—.

Nuestra Comunidad firmó, como bien sabe su señoría, un convenio con la Secretaría de Estado de Asuntos Penitenciarios, del Ministerio de Justicia e Interior, en noviembre de 1995, que entre otros objetivos tenía el de garantizar una atención integral a toda la población reclusa radicada en territorio andaluz.

En el convenio que firmamos se incluían una serie de áreas de actuación, entre las que habría que destacar la educación para la salud, medicina preventiva, salud ambiental, salud mental, consulta de especialidades y reserva de camas.

De estas áreas de colaboración, unas son desarrolladas específicamente por los hospitales de referencia de cada centro penitenciario, como son la reserva de camas, los ingresos, las estancias y las consultas de especialidades, urgencias y servicio de laboratorio clínico, y el resto de las actividades recogidas en dicho convenio y relacionadas con la asistencia sanitaria a los reclusos se desarrolla en los correspondientes distritos sanitarios en los que se ubica cada uno de los centros penitenciarios, como son las actividades de educación para la salud, vigilancia epidemiológica, salud pública, ambiental, continuidad asistencial y salud mental, considerándose en este caso y para la atención que se dispensa cada centro penitenciario, por parte del distrito sanitario correspondiente, como un centro de salud más y, por tanto, ofreciendo todos los servicios del distrito, excepto la consulta médica, que se ejerce por el propio centro penitenciario, por el personal dependiente de Instituciones Penitenciarias.

En términos generales, el desarrollo del convenio desde su firma en el año 1995 y después de haber transcurrido siete años puede considerarse satisfactorio, tanto desde el nivel de coordinación que se ha conseguido entre la Dirección General de Instituciones Penitenciarias y la Consejería de Salud, como por el funcionamiento de las distintas Comisiones Técnicas que se encargan de hacerlo operativo. Tanto desde la Comisión de Seguimiento y Evaluación del Convenio, como de las Comisiones Técnicas Provinciales se ha ido dando respuesta a aquellos problemas que han ido planteándose, mejorando de manera permanente

aspectos como la atención sanitaria, los protocolos de derivación, las citas previas a consulta, la mayor oferta de cartera de servicios, salud pública, salud mental, reserva de camas, unidades de acceso restringido, etcétera.

La asistencia sanitaria, por tanto, en este sentido, y por lo que respecta al Servicio Andaluz de Salud, la que se presta a la población reclusa en el nivel de asistencia especializada y hospitalaria, desde luego, consideramos que es de un nivel equivalente a la que se da al resto de la población y, por lo tanto, adecuada a las necesidades de este colectivo, más allá de las dificultades que existen y que las conocemos todos, y que el propio Defensor del Pueblo ha puesto de manifiesto que puede tener la Dirección General de Instituciones Penitenciarias para el desplazamiento, la custodia, y esas dificultades, lo que puedan suponer de retraso y de espera de los pacientes o de dificultad para la propia atención por parte de los profesionales clínicos del sistema sanitario.

Muchas gracias.

El señor PRESIDENTE

—Gracias, señor Consejero.

Abrimos turno de réplica. El señor Romero Ruiz tiene la palabra.

El señor ROMERO RUIZ

—Gracias, señor Presidente.

Agradecer la explicación del señor Consejero sobre cómo se está desarrollando el convenio firmado en su día con Instituciones Penitenciarias en una serie de campos e instar al señor Consejero a que se haga una valoración específica del cumplimiento del convenio en una serie de áreas, que es donde más quejas se reciben. Por ejemplo, en la salud ambiental, en el seguimiento de la epidemiología y en los temas relacionados con los tratamientos en los hospitales, los plazos y el traslado de los presos para que sean ingresados en los hospitales.

Las enfermedades, que son la hepatitis, el sida y otro tipo de enfermedades graves, que necesitan de una atención y que el tiempo es fundamental, lo mismo que los análisis clínicos en los laboratorios, el tiempo juega en contra de tratar la enfermedad con eficacia. Y ahí hay problemas que no son imputables a la Junta de Andalucía ni a la Consejería de Salud, que atiende al enfermo cuando es puesto a su disposición en sus instalaciones, sino a los dirigentes de Instituciones Penitenciarias, que no tienen medios, que no tienen funcionarios adecuados, que no tienen recursos.

Hay que tener en cuenta que las Instituciones Penitenciarias están en nuestro Estatuto de Autonomía como una competencia transferible a la Junta de Andalucía y serán objeto de negociación y en un futuro no muy lejano serán una competencia de la Junta, como hoy lo son ya de la Generalitat de Cataluña.

Por lo tanto, cuando tengamos las competencias veremos integralmente este enfoque, los recursos y las atenciones de lo público y cómo la gente que pide ser tratada por un especialista o se diagnostica un ingreso en hospital desde la prisión, organizando su traslado con las custodias necesarias, se hace en tiempo real, para que no unan, a la privación de libertad que padecen, por los delitos o los crímenes que hayan cometido, una desatención en el tiempo.

Las familias de los presos se quejan mucho del tratamiento que se da, que es un tratamiento escaso y prácticamente apenas existen ingresos en hospitales especializados para las enfermedades de carácter mental, que es un colectivo de presos preocupante, porque suelen estar en las prisiones autolesionándose, haciéndose daño, corriendo riesgos los demás reclusos por su comportamiento, poniendo en peligro su propia vida y sus familiares tienen una gran preocupación por la atención que reciben. Lo mismo, repito, todo lo que significa la salud ambiental, por ser foco de epidemias en sus relaciones y por la necesidad de estudiar a fondo la tuberculosis, el sida y la hepatitis en todo lo que significa una prisión y su relación con el entorno. Y la necesidad de estudiar sanitariamente una vigilancia muy especial.

Todos estos temas se han puesto de manifiesto. Yo no he traído hoy el Informe del Defensor del Pueblo sobre la asistencia sanitaria en las prisiones, pero usted lo conoce perfectamente y sus órganos de dirección en la Consejería, y lo que nosotros planteamos es que se deslinden los servicios que se prestan por la Consejería de la responsabilidades que contrae el Gobierno de España y las Instituciones Penitenciarias a la hora de facilitar el acceso de los presos a los servicios hospitalarios que ofrece la Junta de Andalucía. Y, cuando se haga una valoración, pues hacer hincapié y presentar desde la óptica de la Junta de Andalucía y de los servicios de salud de la Junta de Andalucía, que siempre se llega tarde, si el diagnóstico debería haberse hecho antes, por qué han tardado tanto en llevarle al hospital... Porque ahí es donde está el problema. Ésa es la crítica que se recibe, fundamentalmente, por parte de los familiares y de los presos en las deficiencias de la atención, que no es cuando llegan a nuestros centros, que reciben una atención igual que cualquier ciudadano y nosotros la valoramos muy positivamente, sino en el traslado a nuestros centros por Instituciones Penitenciarias. Y ese cuello de botella habrá que decir que está dificultando la calidad en la aplicación del convenio firmado en su día, habrá que ponerlo de manifiesto y habrá que exigirle a Instituciones Penitenciarias que cumpla con sus compromisos.

Muchas gracias.

El señor PRESIDENTE

—Gracias, señor Romero Ruiz.

Para concluir este apartado, tiene la palabra el señor Consejero.

El señor CONSEJERO DE SALUD

—Sí. Muchas gracias.

Bueno, coincido básicamente con su señoría, pero es cierto que, coincidiendo, el punto final, es decir, el elemento desplazamiento y custodia durante la hospitalización y la consulta externa, no ha sido en ningún caso, nunca, objeto de convenio. Es decir, en el convenio sí que aparece la vigilancia epidemiológica y, en ese sentido, el Servicio Andaluz de Salud y el distrito sanitario al que pertenece cada uno de los centros penitenciarios se comprometen expresamente, al igual que hace en cualquier otro centro sanitario público andaluz, a llevar todos los elementos de estructura epidemiológica y, por lo tanto, a convertir cada centro penitenciario y actuar así como punto de notificación de enfermedades de declaración obligatoria.

Igualmente, en el área de salud ambiental, el SAS se compromete, y lo está haciendo a través del distrito correspondiente, a la vigilancia y al control higiénico de las instalaciones existentes, no de los posibles contagios entre reclusos, pero sí de las instalaciones, que pueden ser fuente en un momento determinado de contagio. Incluso le diría más: cuando plantea el tema del área de salud mental, en el propio convenio así se está haciendo, se hace que los equipos de atención primaria de salud mental del Servio Andaluz de Salud actúen como de segundo nivel respecto a la atención primaria penitenciaria, de manera que los equipos de salud mental de los distritos, que son los más accesibles, los más rápidos de intervención en un momento determinado ante cualquier problema de un recluso, actúan respecto a los centros penitenciarios definiendo claramente la coordinación de forma conjunta con el centro y con los servicios especializados de salud mental, tanto centros de agudo, comunidades terapéuticas, etcétera, del sistema sanitario público.

Por tanto, realmente, por concluir la intervención, los problemas están situados claramente en un punto, y es desplazamiento desde los centros penitenciarios a los hospitales o a los puntos de hospitalización o de consultas externas; tiempo, muchas veces se demoran, probablemente más del tiempo clínicamente recomendable, por falta de personal, falta de personal para la custodia posterior, durante el tiempo que están en el centro, etcétera. Bueno, pero yo creo que es un tema sobradamente conocido, que se ha debatido en el Parlamento de la Nación, en el Congreso de los Diputados, que lo ha puesto de manifiesto el propio Defensor del Pueblo y que evidencia, pues, la pérdida importantísima que se ha producido en los últimos años del número de personal de las Fuerzas de Seguridad del Estado y que afecta claramente también a Instituciones Penitenciarias y, en este caso, a toda la labor de asistencia sanitaria de calidad a los reclusos que están en las instituciones penitenciarias.

Muchas gracias.

**Pregunta Oral 6-02/POC-000401, relativa al servicio 061 costa granadina.**

El señor PRESIDENTE

—Gracias, señor Consejero.

Pasamos a la siguiente pregunta con ruego de respuesta oral en Comisión, relativa al servicio 061 de la costa granadina.

Para formularla, tiene la palabra el señor Rojas García.

El señor ROJAS GARCÍA

—Muchas gracias, señor Presidente.

Señor Consejero, muy buenas tardes, en una tarde ya larga de comparecencias y de preguntas. Queríamos hacerle una pregunta muy sencilla y también para entrar un poco en debate sobre la valoración que hace su señoría sobre el servicio del 061. Pero la pregunta es bien sencilla, la que hace este Grupo, y es que se nos aclare, en la medida de lo posible, si la Junta y su Gobierno, por tanto, van a tocar en algún momento las unidades del servicio 061 en la costa de Granada, que, como usted sabe, son dos: una de día y otra de noche. Es decir, si su Consejería va a trasladar la unidad de día o la unidad de noche que prestan su labor en la comarca de la costa. Tan sencillo como si se va a trasladar o no.

Y la verdad es que decirle también que esa pregunta viene porque los rumores que circulan en el ámbito sanitario granadino es que se pretende desvestir a un santo para vestir a otro. Dicho con otras palabras: hasta el momento, lo que ha trascendido por parte de la Empresa Pública de Emergencias Sanitarias es que los equipos del 061 en la provincia se pretenden reubicar, de manera que saldría perjudicado el servicio o algunos de los servicios de los dos que se están prestando en la comarca de la costa, ya que se pretenden reubicar a la zona norte.

Entonces, nosotros, desde nuestro Grupo, queremos dejarle claro que entendemos, por supuesto, la necesidad de cubrir la zona norte con todas las garantías. No sólo lo entendemos, sino que lo compartimos y lo queremos, pero también entendemos que el servicio de la zona sur está ya muy implantado, ya ha cristalizado profundamente en la sociedad.

Y nada más. Nos gustaría, por supuesto, escuchar de sus propias palabras que ese servicio se va a quedar exactamente igual que está o en otros casos se reforzaría, pues también lo entenderíamos. Pero hasta ahora, por lo menos, que se queden las cosas como están. Y, si es así, desde luego, no tendremos la más mínima duda de aplaudir sus propias palabras y apoyarlo, por supuesto, en que este servicio se quede como está en la comarca de la costa.

Muchas gracias.

**El señor PRESIDENTE**

—Gracias, señor Rojas García.

Para responder, tiene la palabra el señor Consejero.

**El señor CONSEJERO DE SALUD**

—Sí. Muchas gracias, señoría.

Bueno, la Empresa Pública de Emergencias Sanitarias encargada de la gestión del 061, del servicio 061, en toda Andalucía, cuenta en Granada y en la zona de la costa granadina, en concreto, con un equipo que funciona de día y de noche, de presencia física en el hospital Santa Ana, de Motril, y que da cobertura a una serie de poblaciones. Aparte de Motril, a Gualchos, a Lújar, Almuñécar, Jete, Otívar, Lentejé, Los Marineros, Salobreña, Molvízar, etcétera.

Durante el año 2002 se han realizado 1.338 asistencias, de las cuales, aproximadamente dos tercios se hicieron en el turno diario de 8 de la mañana a las 20 horas, y el otro tercio en turno de noche. La satisfacción de los usuarios en este momento, según las encuestas, satisfacción realizada, supera el 9 sobre la escala de 10, no teniendo en el 2002 ninguna reclamación por parte de los usuarios respecto a la atención recibida por el 061.

La Empresa Pública de Emergencias Sanitarias no tiene previsto realizar ningún traslado del servicio a otra zona. El equipo de emergencias y la UVI móvil del 061 van a permanecer en Motril para dar cobertura a la comarca de la costa granadina. Tanto para la Empresa Pública de Emergencias Sanitarias, como para el Servicio Andaluz de Salud, a través del Plan Andaluz de Urgencias y Emergencias, ofrecer un servicio de calidad y mejorar la cobertura sanitaria son, con los recursos existentes, sus principales objetivos.

Por ello, en el análisis que se ha realizado para mejorar la cobertura sanitaria a las urgencias y emergencias de Granada, la Empresa Pública de Emergencias Sanitarias ha planteado la posibilidad de ubicar el helicóptero medicalizado del 061 en Baza, de forma que pueda disminuir el tiempo de respuesta en la sierra de Granada y en el Levante almeriense, ofreciendo de esta manera un mejor servicio a toda la provincia de Granada y también a una parte de la provincia de Almería, que, en este momento, tiene más distante esa asistencia.

Por tanto, en resumen, se mantienen los servicios las 24 horas, igual que están, y lo que ha planteado la empresa es desplazar el helicóptero medicalizado a Baza, de manera que la cobertura a pueblos más pequeños de la Alpujarra, del interior, etcétera, sería mucho más fácil. En este momento tiene una dificultad en tiempo y, por tanto, yo creo que es una propuesta que aumenta la equidad de la prestación, aparte de que la eficiencia sería muchísimo mayor porque el entorno del helicóptero, estando en zona de costa, una gran parte, casi la mitad de sus posibilidades de

acceso, es agua y, por lo tanto, no se utiliza. Mientras que, de la otra manera, la posibilidad del radio de acción sería todo tierra y, por lo tanto, mucho más accesible para la población.

**El señor PRESIDENTE**

—Gracia, señor Consejero

Señor Rojas García, tiene usted la palabra.

**El señor ROJAS GARCÍA**

—Sí, señoría.

Bueno, la verdad es que se nos plantea una respuesta que podríamos esperar porque la preocupación de la comarca de la costa es que, precisamente, el helicóptero se traslade de sitio y se pueda quedar sin cubrir parte del territorio que hasta ahora se está cubriendo por la noche. Y entonces nos gustaría que, o bien técnicamente o bien su señoría si es posible en este momento, nos aclarase que eso no va a ser así, puesto que preocupa muchísimo a la ciudadanía la pérdida de emplazamiento de este helicóptero y entendemos que, hombre, si se puede mejorar el servicio, se deberían obtener recursos por otro lado, para cubrir de igual forma otros sitios sin tener un efecto perjudicial en las zonas que se están cubriendo ahora en tiempo y en forma, según se está atendiendo a las personas que caen heridas y que son pacientes que requieren este servicio, un servicio que ha demostrado, como usted ha dicho, con mil trescientas y pico asistencias en el año 2002, que se ha superado en mucho las cifras que en la comarca de la costa se tuvieron en el año 2001, y que además un 60%, según los datos que nosotros manejamos, de esas peticiones de ese servicio, se ha demostrado que eran casos realmente de una gravedad importante, de auténtica emergencia, con riesgo de la vida, o bien que iban a crear secuelas de auténtica gravedad.

Por tanto, señoría, nos gustaría que en su segunda intervención, si es posible, nos aclarase si la ubicación del helicóptero en diferente sitio va a suponer una merma. Nosotros entendemos que va a suponer definitivamente una merma. Sin ser técnico en la materia se puede adivinar perfectamente que el traslado de ese helicóptero supondrá una merma en los actuales servicios que se prestan y, de alguna manera, pues invitarle a la reflexión de que esto no sea así. En la medida de lo posible, que se puedan buscar otros recursos para la zona norte, que así se haga, pero que no se toquen los recursos que ahora mismo existen en la zona sur, ya que la población, la demografía de la zona va *in crescendo* y, desde luego, como los datos indican, que usted mismo ha puesto sobre la mesa, cada año se tienen más solicitudes de este propio servicio y, sin duda, cristaliza en la comarca, como digo, este servicio como un auténtico servicio social que entendemos que hay que seguir manteniendo y que no se pueden dar pasos atrás.

Y eso, señoría, puede explicar o no si sería un paso atrás el cambio de ubicación de ese helicóptero y en qué medida perjudicaría a los recursos que se vienen obteniendo por parte de la ciudadanía de la comarca de la costa, y no solamente en la comarca de la costa, sino parte de la Alpujarra, que está atendiendo ya este helicóptero.

Por tanto, le invitamos a esa reflexión, no en ánimo de confrontar absolutamente nada, sino en ánimo de que se mantenga un servicio que usted mismo ha declarado que es un servicio que viene cumpliendo unas expectativas muy importantes de los ciudadanos y que, sin duda, a los ciudadanos de la comarca en la costa nos gustaría que se mantuviera tal y como está, por lo menos.

Muchas gracias.

**El señor PRESIDENTE**

—Gracias, señor Rojas García.

Para cerrar el debate, tiene la palabra el señor Consejero.

**El señor CONSEJERO DE SALUD**

—Sí, muchas gracias.

Bueno, yo creo que se entiende fácilmente, señoría. El planteamiento es bien sencillo, es un planteamiento de deficiencias, de más equidad en la actuación y de poder llegar mejor a todos los sitios.

¿Por qué le digo esto? Porque el planteamiento es mantener 24 horas un servicio de emergencia sanitaria y UVI móvil en Motril, y el helicóptero que tenemos, que actualmente está en la costa y, por lo tanto, la mitad de su radio de acción lo ocupa el mar y, por lo tanto, no tiene posibilidades de intervenir ahí, desplazarlo un poco hacia el interior, de manera que todo su radio de acción sea en tierra, con lo cual, puede atender el doble de población; es mucho más equitativo porque atendemos una zona con muchas dificultades en este momento, tanto Levante almeriense como la zona de la Alpujarra; aumenta de manera muy significativa el número de núcleos de población a los que accedemos, y, evidentemente, es mucho más útil porque usted sabe que, en distancias cortas, el helicóptero no puede actuar, no es eficiente. En distancias cortas, la UVI móvil es mucho más eficiente, tiene más fácil acceso, es más rápida y, por lo tanto, tenemos la UVI móvil para la costa perfectamente en distancias cortas e introducimos hacia el interior el helicóptero, de manera que cubrimos toda la costa, no se pierde para nada la cobertura que existe en este momento y, además, cubrimos zonas de interior que actualmente no tienen cobertura.

Yo creo que es una mejora sustancial, que mejora significativamente para muchos y que no empeora en nada para la zona de la costa. Lo único que dejamos de cubrir es una zona de mar y eso es fácil de ver y de observar geográficamente. El helicóptero tiene su

radio de acción. Ahora mismo la mitad es agua, en la que no se puede intervenir. Al desplazarlo hacia dentro, todo su radio de acción es tierra y, por lo tanto, la capacidad de intervención es mucho mayor.

Yo creo que es un cambio muy positivo para la provincia de Granada, que también va a afectar en positivo a la provincia de Almería. No dejamos de cubrir ningún servicio, no dejamos en absoluto la zona de la costa, pero sí mejoramos de manera significativa zonas del interior, sobre todo Alpujarra y zonas de Almería.

**Pregunta Oral 6-03/POC-000001, relativa a la atención a los afectados por el síndrome de Tourette.**

**El señor PRESIDENTE**

—Gracias, señor Consejero.

Pasamos a la siguiente pregunta con ruego de respuesta oral en Comisión, relativa a la atención a los afectados por el síndrome de Tourette.

Asume la pregunta, por Izquierda Unida Los Verdes-Convocatoria por Andalucía, el señor Romero Ruiz. Tiene usted la palabra.

**El señor ROMERO RUIZ**

—Muchas gracias, señor Presidente.

El síndrome de Tourette es un trastorno cuya característica esencial es la presencia de tics motores —movimientos musculares involuntarios— y fónicos —sonidos y palabras—. Los tics son movimientos similares a los normales, pero que se presentan de forma exagerada y no voluntaria. Este síndrome fue descrito en 1885, pero no fue hasta los años sesenta cuando se iniciaron los primeros estudios modernos sobre el síndrome.

Aunque el ST es relativamente frecuente, este trastorno es aún poco conocido por la mayoría de los pacientes y, sorprendentemente, por muchos neurólogos, psiquiatras, psicólogos y otros profesionales relacionados con la salud y la educación. Por ello, la formación de asociaciones de pacientes y familiares es de crucial importancia para difundir este tipo de trastorno y brindar un apoyo cercano a las personas afectadas.

El síndrome de Tourette se manifiesta por igual en todas las culturas, países, grupos raciales y clases sociales, siendo tres o cuatro veces más común en los varones. Según un estudio epidemiológico reciente, cinco de cada diez mil personas padecen un síndrome, aunque por encima de esta cifra existe un número importante de personas que presentan tics leves en presencia de otros con síntomas relacionados, problemas de atención, hiperactividad, obsesiones, ansiedad, depresión, en ocasiones de suficiente severidad para necesitar asistencia médica.

En general, los tics motores son múltiples y afectan a distintos grupos musculares: la cara, los miembros, el tronco, el aparato fonatorio, etcétera, mostrando una frecuencia, intensidad y localización muy variables. Existen diferentes niveles de presentación clínica. Algunos pacientes presentan tics motores y fónicos sin otros trastornos asociados; a esta variedad se le clasifica como síndrome de Tourette puro. En otros casos se agregan síntomas más complejos que incluyen la repetición de una palabra, de frases varias, la utilización de un lenguaje vulgar o los insultos, la imitación de efectos y palabras pronunciadas por otras personas; a estos casos se les clasifica como un síndrome de Tourette completo. Por último, existen aún otros casos en los que abundan las obsesiones, la depresión, la ansiedad y la irritabilidad; se les clasifica como un síndrome de Tourette plus. Los pacientes que asisten a consultas médicas son los que están más afectados por el síndrome y tienen algún síntoma, ya sean tics, problemas asociados o ambos. La mayoría de las personas afectadas tienen síntomas leves y, en general, no necesitan ser tratados con medicamentos de una forma prolongada.

Por todo ello, para no seguir hablando de las características de este síndrome, que son muy amplias, en nuestra exposición de motivos para formular la pregunta, lo que queremos saber es qué tratamientos multidisciplinares, incluida una psicoterapia específica para la enfermedad del síndrome de Tourette, tiene el sistema sanitario público andaluz; si se dispone en los hospitales del Servicio Andaluz de Salud de unidades de hospitalización en espacio suficiente y hay actividades en esos espacios, psicoterapéuticas, que permitan una evolución positiva del enfermo mientras requiere estar hospitalizado, y si existen hospitales de día en los que el enfermo pueda recibir estos tratamientos, sin necesidad de estar hospitalizado, pudiendo compaginar el tratamiento con su actividad escolar o laboral.

Está claro que esto es un síndrome muy importante y que con este tipo de sociedad y con estos mecanismos de la política neoliberal competitiva se exagerarán estos tipos de síndromes y afectarán cada vez a mayor número de gente, sobre todo en la ansiedad, en la actitud compulsiva, en el nerviosismo, en algunos tics, por este tipo de sociedad en la que vivimos, que tiene muy poco de modelo sostenible y de convivencia pacífica entre los seres humanos. Todo este medio ambiente repercutirá en que este problema, que no es minoritario, que afecta a mucha gente, que cada vez requiere una mayor atención, dispongamos de un dispositivo adecuado para su tratamiento.

Muchas gracias.

El señor PRESIDENTE

—Gracias, señor Romero Ruiz.

Para responder, tiene la palabra el señor Consejero.

El señor CONSEJERO DE SALUD

—Sí. Muchas gracias, señoría.

Bueno, no voy a entrar ni en la sintomatología psiquiátrica de esta patología, ni en el resto de los patrones clínicos habituales. Yo creo que su señoría lo ha puesto de manifiesto. Estamos ante un trastorno grave que, al igual que otros, tiene tratamiento, pero hasta el momento no tiene cura y, por lo tanto, el tratamiento que damos es el adecuado para el nivel de conocimiento científico que existe en la actualidad. Es decir, no podemos ir más allá de los conocimientos técnicos y científicos con los que cuentan los profesionales, tanto desde el punto de vista farmacológico como psicoterapéutico. Lamentablemente, el tratamiento sólo puede intentar en este caso paliar los efectos en la medida de lo posible, el sufrimiento en estos pacientes y de sus familias, y a ellos se dirigen los esfuerzos de facultativos, del personal de enfermería y de cuidados que los atienden.

Por comentarles cuál es el sistema y qué tipo de atención estamos dando. Desde el sistema sanitario público contamos con una serie de recursos profesionales y materiales que en este momento atienden esta enfermedad, con unos niveles yo creo que muy adecuados; niveles adecuados desde los dispositivos de salud mental, es decir, las unidades de salud mental infanto-juvenil, que atienden ya estos recursos desde la primera edad, donde pueden cursar los síntomas, unidades de hospitalización de salud mental, unidades de rehabilitación y hospitales de día, así como los talleres ocupacionales y, por tanto, elementos sociosanitarios a través de la Fundación Andaluza de Integración Social del Enfermo Mental. Igualmente, desde los servicios ya puramente clínicos de neurología y pediatría.

En todos ellos se prescribe el tratamiento al paciente, que es un tratamiento normalmente multidisciplinar, en el que intervienen habitualmente psiquiatras, psicólogos, neurólogos, terapeutas ocupacionales y personal de enfermería y trabajo social. Generalmente, un facultativo asume la responsabilidad del seguimiento —normalmente es el psiquiatra— y coordina la actuación de los diferentes dispositivos y profesionales que sean precisos para la atención integral en los distintos aspectos que presenta esta patología, contemplado la prescripción farmacológica, el abordaje psicoterapéutico, la asistencia a talleres ocupacionales, apoyo a la familia, hospitalización, etcétera.

Estas actuaciones sanitarias son prestadas por dispositivos de la red de salud mental, así como por aquellos otros especialistas que en ese entorno, normalmente el facultativo coordinador, considera adecuados —normalmente en un entorno asistencial de la provincia donde está el paciente, salvo situaciones excepcionales que requieran otras indicaciones—.

En esta patología el SAS garantiza el tratamiento, pero ni él ni ninguna otra institución actualmente en el mundo pueden garantizar la cura de esta enfermedad. Los hospitales del SAS disponen de una asistencia hospitalaria completa y de hospitalización parcial,

porque no es normalmente indicada una hospitalización por largos períodos, ni muchos menos, en la que se llevan a cabo las actividades psicoterapéuticas, si bien en algunos casos se ha demandado la creación de unidades específicas para atender estas y otras patologías. Ésta es una tendencia muy normal: pedir una unidad específica para cada una de las patologías es la tendencia normalmente de las personas que sufren la patología, de sus familiares y de las asociaciones que se generan en torno a cada una de ellas.

Por la información epidemiológica de que se dispone en el programa de salud mental, sabemos que el síndrome de Tourette es muy escaso en Andalucía y los pacientes son tratados en régimen ambulatorio en su inmensa mayoría, ingresando solamente cuando es preciso, lo que se produce con muy poca frecuencia.

Conjuntamente, se está actuando por neurología, salud mental y pediatría, sin más problemas actualmente que los propios de la enfermedad, con lo que no nos parece, a juicio de los responsables de las distintas especialidades, no parece necesaria la creación de unidades específicas.

Al día de la fecha existen en Andalucía seis hospitales de día, donde se atienden estas patologías en Almería: en el Campo de Gibraltar, en Granada, en Huelva, en Sevilla y en Osuna. Existen además, desde finales del año pasado y se está procediendo a redefinir todas las unidades de salud mental infanto-juvenil, que cuentan ya con 13, en este momento, en Andalucía. En los últimos meses se han puesto en marcha, de la mano del plan de apoyo a la familia, del decreto de apoyo a la familia, 13 unidades de salud infanto-juvenil, en las que puede ser tratado cualquier niño o joven que tenga síndrome de Tourette, en consulta ambulatoria, en hospital de día o con hospitalización completa, en caso de que así lo necesitara.

Por lo tanto, creemos que tenemos un nivel de atención muy alto, probablemente el más alto que exista en este país para este tipo de patologías. Por todo ello, consideramos que con los recursos actuales y con los que se vayan poniendo en marcha, en función de que los conocimientos científicos o técnicos vayan mejorando, y que se complementan con todos los que tienen las patologías de carácter neurológico, estamos dando una respuesta, en términos de adecuada calidad, a las posibilidades que actualmente tienen los profesionales de la salud.

En cuanto a la posibilidad de compaginar el tratamiento con la actividad escolar o laboral, estará determinada por la evolución de la propia enfermedad y, en cada caso, el grado de, digamos, del estado del paciente, más que la disponibilidad de recursos, es la que posibilita una adecuación a estas necesidades de carácter escolar o laboral. Pero sí tiene que saber su señoría que probablemente el sistema hospitalario andaluz es el que mejor tiene concertada la actividad escolar con las situaciones de cualquier tipo de patología, en tanto en cuanto nuestros hos-

pitales están conectados a los colegios a través de la red telemática *Mundo de estrellas* y, por lo tanto, los niños que tienen estancias medias o largas en los hospitales asisten con normalidad a las clases de su aula a través de videoconferencias, cosa de la que nos sentimos especialmente orgullosos.

El señor PRESIDENTE

—Gracias, señor Consejero.

Para el turno de réplica, tiene la palabra el señor Romero Ruiz.

El señor ROMERO RUIZ

—Gracias, señor Presidente.

No se trata de hacer uso del turno de réplica, sino de agradecerle su información y de hacerle sólo una sugerencia: que se dialogue con las asociaciones de familiares de enfermos del síndrome de Tourette, por los responsables de su Consejería, en torno a este tema, y que de ese diálogo se vaya tejiendo constructivamente una atención cada vez mejor para los enfermos y para las familias que sufren esta enfermedad de sus miembros. Nosotros daremos traslado de ésta su comparecencia y su explicación en esta Comisión de Salud a las asociaciones que nos han pedido que intervengamos, para que se vaya mejorando la propuesta de atenciones y de servicios a los andaluces y andaluzas que sufren de este síndrome en la actualidad.

Muchas gracias.

El señor PRESIDENTE

—Gracias, señor Romero.

Señor Consejero.

El señor CONSEJERO DE SALUD

—Sí.

No es por agotar la intervención, sino simplemente por decirle que una de las líneas estratégicas de la Consejería es la participación. De hecho, tenemos una Dirección General de Salud Pública y Participación, y, por tanto, es permanente el contacto con las asociaciones de autoayuda, de familiares de enfermos, etcétera. Es cierto que hay ciertas patologías, y su señoría lo comprenderá perfectamente, sobre todo las que afectan a salud mental, que conllevan un esfuerzo y una carga para los familiares tremendamente importante y que muchas veces ni el mejor de los sistemas sanitarios públicos puede dar respuesta a los problemas que, muchas veces, en un hogar, genera una patología de estas características. Por tanto, aunque el contacto es permanente, no lo quepa duda de que siempre estaremos con posibilidades

o con dificultad para atender todas las necesidades que una familia que tiene en su seno algún tipo de patología de estas características, bueno, yo creo que tiene un padecimiento más allá del puramente sanitario, un padecimiento social al que la sanidad difícilmente puede dar respuesta.

#### **Pregunta Oral 6-03/POC-000029, relativa a la sustitución de las bombas de cobalto.**

**El señor PRESIDENTE**

—Gracias, señor Consejero.

Pasamos a la siguiente pregunta con ruego de respuesta oral en Comisión, relativa a la sustitución de las bombas de cobalto.

Tiene la palabra la señora Garzón Sánchez.

**La señora GARZÓN SÁNCHEZ**

—Gracias, señor Presidente.

Señor Consejero, recordará usted que al principio de esta legislatura le preguntábamos por el tipo de tecnologías que el Servicio Andaluz de Salud estaba utilizando para los tratamientos de radioterapia.

Nos contestó que eran ocho aceleradores los que había y once bombas de cobalto. Anunció usted que, para el 2004, todas las bombas serían sustituidas por aceleradores, o estarían sustituidas por aceleradores, y añadió que incluso la dotación de esos aceleradores sería aún mayor del número de las bombas de cobalto sustituidas, puesto que la demanda así lo requería. Y entendemos que no solamente es conveniente, sino imprescindible, porque las listas de espera en oncología entendemos que no es que representen una inconveniencia, molestia o ansiedad para el paciente, sino que ponen seriamente en peligro su propia vida.

Decía usted, más concretamente, que durante el año 2001 y 2002 se habrían sustituido ocho bombas de cobalto por los aceleradores y que, durante el 2003 y el 2004, estarían operativos los dos restantes. Le preguntamos en esta ocasión cuál es la tecnología empleada por el SAS hoy día para los tratamientos de radioterapia en cada uno de los hospitales donde se realizan estos tratamientos; cuántos equipos de bombas de cobalto han sido sustituidos en estos últimos años, o por lo menos hasta el 2002, que usted ponía, además, ahí uno de los estadillos, y dónde y cuál es el calendario de sustitución de las que aún quedan operativas, indicando su ubicación.

**El señor PRESIDENTE**

—Gracias, señora Garzón Sánchez.

Señor Consejero, tiene usted la palabra.

**El señor CONSEJERO DE SALUD**

—Sí. Muchas gracias, señoría.

Bien, efectivamente, desde aquella comparecencia, en la que le respondí sobre la estrategia que el SAS iba a seguir en la sustitución de bombas de cobalto por aceleradores lineales, hasta este momento, ha habido un cambio fundamental. Es decir, le reconozco que el planteamiento inicial del Servicio Andaluz de Salud era la sustitución de las bombas de cobalto por aceleradores y que, sin embargo, a lo largo del proceso de elaboración del Plan Oncológico Regional, los especialistas de oncología de la Comunidad Autónoma prácticamente dijeron que ésa no era la solución, que las bombas de cobalto estaban dando una respuesta magnífica en términos de calidad y que hacían falta los aceleradores, pero no sustituyendo, sino «además de». Y que la sustitución se debía producir cuando los equipos ya no fueran útiles desde el punto de vista de su [*ininteligible*], etcétera.

Por tanto, ya el propio plan oncológico, que presenté en esta Cámara en su día y que recibió el apoyo de sus señorías, y a propuesta de los propios facultativos de oncología y de radioterapia de los distintos centros sanitarios, ha hecho un planteamiento distinto al que yo en su día expuse hace dos años y medio en esta Cámara, que era el planteamiento original que tenía el Servicio Andaluz de Salud. En ese sentido, le puedo decir que, en cuanto a la tecnología que emplea el SAS para el tratamiento de radioterapia, se utilizan claramente dos tipos de técnicas: la irradiación externa, mediante los aceleradores lineales y los equipos de cobalto, y la irradiación interna, con unidades de braquiterapia, al igual que se hace en el resto del sistema sanitario de los países más avanzados.

En cuanto a los equipos de bomba de cobalto sustituidos en los tres últimos años, que me pregunta su señoría, le puedo decir que se han sustituido con anterioridad al plan integral de oncología dos bombas de cobalto por dos aceleradores lineales, uno de ellos en el hospital universitario Virgen del Rocío y el otro en el hospital Virgen de las Nieves, en Granada.

En relación con el calendario de sustitución, puedo indicarle, ya en base a lo que dice el plan oncológico regional, que se ha elaborado por los expertos en oncología de Andalucía, que actualmente existen unidades de oncología radioterápica en diez centros públicos, que son: el hospital de Torrecárdenas, Puerta del Mar, Reina Sofía, Virgen de las Nieves, San Cecilio, Juan Ramón Jiménez, Ciudad de Jaén, Carlos Haya, Virgen del Rocío y Virgen Macarena, y en dos centros privados en las provincias de Sevilla y Málaga. En total, en estos centros, el número de unidades de bombas de cobalto es de 23, de las cuales, el 87% se encuentran en centros públicos, es decir, 20, siendo 10 unidades de cobalto y 10 aceleradores lineales.

El criterio general adoptado es que, mientras los equipos estén en buenas condiciones, no de-

ben ser sustituidos y se debe renovar la fuente de cobalto para mantenerlos actuando y, por lo tanto, atendiendo a los enfermos oncológicos. Dentro del Plan de Adecuación e Implantación Tecnológica, contemplado en el Plan Integral de Oncología de Andalucía, se incrementa en ocho el número de aceleradores lineales, las 20 unidades existentes, y se sustituyen dos unidades de cobalto por otras dos de aceleradores lineales, por lo que el total de unidades radioterápicas al final del plan de oncología será de 28 unidades públicas y tres privadas, superándose así los valores recomendados internacionalmente, que sitúan las unidades en una por cada 250.000 habitantes.

El calendario de sustituciones de estos equipos lo conocerá usted porque tiene en sus manos el plan oncológico, donde ya vienen, pero se lo puedo dar porque existe ya todo un programa de actuaciones:

En Almería está, en el 2004, la adquisición de acelerador lineal de alta energía con multiláminas, cuñas dinámicas, división portal y la renovación progresiva de las fuentes de cobalto, mientras el equipo esté en buenas condiciones.

En Cádiz está previsto para el 2003 la creación de una nueva unidad de radioterapia, con dotación de un acelerador lineal de baja energía.

En el 2004, la adquisición de un acelerador lineal de alta energía y la renovación de la fuente de cobalto.

En Córdoba, para el 2004, está prevista la adquisición del acelerador lineal de alta energía y la renovación de la fuente de cobalto, una vez que esté agotada.

En Granada está prevista, igualmente, la renovación de la fuente de cobalto y la adquisición de un sistema multiláminas, cuña dinámica y visión portal, en caso de no tenerlo para los aceleradores lineales que lo permitan, al objeto de optimizar los tratamientos.

En Huelva, en el 2003, la adquisición del acelerador lineal de alta energía y la renovación progresiva de la fuente de cobalto, mientras el equipo esté en buen funcionamiento.

En Jaén, en el 2003, este mismo año, la adquisición del acelerador lineal de alta energía y la renovación de la fuente de cobalto, cuando lo necesite.

En Málaga, para el 2003, una adquisición de acelerador lineal de baja energía y, en el 2004, la adquisición del acelerador de alta energía y la renovación de la fuente de cobalto, cuando lo precise.

Y en Sevilla, en el 2003, la sustitución de las dos unidades de cobalto, que son las más antiguas que existen, por dos aceleradores lineales, uno de baja energía y otro de alta energía, y la renovación de la fuente de cobalto allí donde se mantiene este utensilio.

Además de eso, está la adecuación y actualización de simuladores y sistemas de dosimetría en Jaén. Y, en el resto de las provincias, se va a proceder a la actualización del sistema de dosimetría física, química y, en su caso, de simuladores virtuales. Éstos son los datos que aporta el plan oncológico, que ha sido lo que han recomendado todos los responsables clínicos de

oncología de Andalucía y también con el visto bueno de las asociaciones, de la asociación contra el cáncer que ha participado en este plan.

Muchas gracias.

El señor PRESIDENTE

—Gracias, señor Consejero.

Para turno de réplica, tiene la palabra la señora Garzón Sánchez.

La señora GARZÓN SÁNCHEZ

—Gracias, señor Presidente.

Señor Consejero, me ha dejado usted anonadada con esta respuesta porque realmente yo puedo entender que por razones económicas se ha optado por agotar la vida de esa tecnología obsoleta y sustituida por otras mucho más eficaces, desde hace ya más de veinte años. Realmente, claro, si se tiene en cuenta, como principal cuestión, el presupuesto que se va a destinar a oncología, es natural que tengan que apañarse con lo que hay. Y entonces estaremos apostando durante no sé cuántos años, señor Consejero, por una tecnología que, como en aquella ocasión le comentaba, es mucho más imprecisa, mucho menos eficaz y, desde luego, lo que está ocurriendo con ese tipo de tecnología es una agresión de tejidos sanos; para que no ocurra eso, se quedan cortos en las dosis, se ataca menos a los tejidos que están invadidos por esas células cancerosas y, como consecuencia, pues vienen las recidivas en algo tan tremendo como es el cáncer.

Así que yo estaba contenta cuando usted me dijo que habría ese calendario de sustitución de las bombas de cobalto. Yo esperaba que hubiesen sido no solamente ocho, sino que, dentro de esa maravillosa sanidad que tenemos en Andalucía, hubiese superado esas ocho que tenían que estar sustituidas ya, como digo, en el 2002. Pero lo cierto, señor Consejero, es que la persona que se expone a la bomba de cobalto, que por cierto es la tecnología que le dieron a mi abuela, que yo ni la conocía, pues está expuesto a eso que le he dicho antes. Realmente no se está poniendo a disposición lo que, desde hace más de veinte años, en cualquier sistema que se precie, de precisión, de eficacia y de rapidez, pues están utilizando.

Realmente, señor Vallejo, yo sí me quedo, de verdad, entristecida y muy asombrada de que, con las apuestas que ustedes hacen por otros campos de la sanidad o de otras parcelas de la sanidad, en algo tan tremendo, porque además la proliferación de todo tipo de cáncer, desgraciadamente, es muy patente, no se luce con el arma más eficaz que hay. Yo sé que vale dinero, pero yo creo que se pueden salvar muchas vidas y yo no sé si con las recidivas, al final no sale más caro, aparte de perder la vida el propio paciente.

Yo, desde luego, sí lo invitaría a que reflexionara. Yo creo que los científicos, dice usted, o los técnicos, o las asociaciones, claro, cuando una persona, un ama de casa se tiene que apañar con cien mil pesetas al mes, evidentemente tiene que dejar de pensar en *foie* o en un cava maravilloso y tendrá que ir a los huevos fritos y a las patatas.

Es tremenda la respuesta que usted me ha dado y tremendo que vayan a demorar tanto la tecnología para la radioterapia. Con esa tecnología de los aceleradores lineales, unido a los TAC, saben ustedes que se podían aumentar las dosis hasta en un cien por cien en algún tipo de cáncer y eso significa apostar por salvar vidas. Lo que estamos haciendo, por lo que usted ha apostado es, sencillamente, por lo que Dios quiera, cuando reciben un tratamiento de radioterapia.

Lo siento muchísimo y ojalá cambien de planteamiento.

#### El señor PRESIDENTE

—Gracias, señor Garzón Sánchez.

Señor Consejero, tiene usted la palabra para cerrar el debate.

#### El señor CONSEJERO DE SALUD

—Lo que es tremendo es escucharle a usted, señora Garzón.

Mire usted, vamos a ver. El planteamiento del SAS era sustituir las bombas de cobalto y los oncólogos y los radiólogos, los expertos en radioterapia han dicho que es una barbaridad, que hay montones de tumores que se tratan de la misma manera, exactamente igual, con la misma eficiencia y la misma calidad, con una bomba de cobalto que con un acelerador lineal. Y, a la vista de lo que han dicho los especialistas, hemos dicho: «Pues, entonces, no los retiramos. Vamos a seguir montando los mismos aceleradores».

Cómo tiene usted el atrevimiento de decir que no vamos a hacer ningún esfuerzo, que para este esfuerzo... Dígame usted una sola Comunidad en este país, gobernada por el PP, que vaya a hacer la mitad del esfuerzo del plan oncológico de Andalucía. Bueno, pero qué manera de echarse las manos a la cabeza es ésta. Después de lo que le he dicho que lleva el plan oncológico, aplaudido por ustedes mismos, por el señor Pizarro, portavoz de sanidad, aplaudido en esta Comisión, aplaudido por todos los responsables de oncología de Andalucía, por las asociaciones contra el cáncer, por todo el mundo, ahora viene usted aquí a decir, a ningunear el tema, que esto qué es, que esto es poco más o menos que dejar a la gente que se muera. Pero qué está usted diciendo. Usted es que sabe más que todos los oncólogos y los especialistas en radioterapia. Usted viene aquí a decir que no sabe nada ninguno de ellos, que usted, como con su abuela utilizaron una

bomba de cobalto, hay que tirar todas las bombas de cobalto; ésa es su tesis parlamentaria. Por lo tanto, que qué importa lo que digan los especialistas en oncología de Andalucía, si a su abuela la trataron con una bomba de cobalto. Ésa es su tesis: esto es para ahorrar dinero. ¿Esto es para ahorrar dinero? Sea usted un poquito más solvente, un poquito más solvente, yo le pido un poquito de solvencia. Hable usted con los especialistas. Los especialistas, como comprenderán, poco van a intentar ahorrar dinero, si ellos no lo pagan, si esto lo va a pagar el Servicio Andaluz de Salud. Usted hable con los oncólogos, con los especialistas, a ver si es cierto o no es cierto que para muchos tipos de tumores es exactamente igual la calidad que aplica una bomba de... Pero, bueno, su señoría qué está diciendo. ¿Yo le he dicho que vamos a poner ningún acelerador de los que nos comprometimos? Lo que vamos a tener es muchos más y, por lo tanto, atender mejor a los pacientes, poder utilizar cada una de las tecnologías en función del tipo de tumor y, por lo tanto, de las ventajas que cada uno produzca. Los aceleradores, los de alta energía tienen unas indicaciones, los de baja energía tienen otras, las bombas de cobalto van a tener otras... Por lo tanto, vamos a tener todo tipo de tecnologías para utilizar en todo tipo de tumores.

Cómo va usted a contarme ahora, como respuesta, que esto es dejarlo en las manos de Dios. Mire usted, qué solvencia es ésa. ¿A usted quién le ha asesorado en esto? Dígame usted quién le asesora, que dé la cara el que sea. O sea, yo le digo: jefes de servicio de oncología de toda Andalucía, hable con quien quiera, a ver si le dicen que esta solución no es la que ellos han propuesto. Cómo va a decir usted que esto es para ahorrarnos dinero. Si esto lo han dicho los especialistas, no nosotros. Yo le contesté hace dos años y pico lo que pensábamos hacer: quitar las bombas de cobalto, porque teníamos esa impresión que usted, sin más, ha expuesto. Cuando lo hemos expuesto sobre la mesa, con los especialistas, han dicho: «Barbaridad. Las bombas de cobalto tienen la misma eficacia y calidad que el acelerador en muchos tipos de tumores. Utilícese para esos tumores». Y ésa es la decisión. Y ahora usted esta decisión la convierte aquí, poco más o menos, en que, por ahorrarnos cuatro pesetas, vamos a dejar que se muera la gente. Sea usted un poquito más seria, por favor, que estamos hablando de cosas muy serias, que es que hay mucha gente con cáncer en este país para que usted venga, ahora, a darnos a un diagnóstico de situación porque a su abuela la trataron con una bomba de cobalto, señoría. Es que ustedes cada vez están, de verdad, un poquito más insoportables. Es que venir aquí a poner sobre la mesa los muertos de cáncer, porque es que parece que es que lo queremos matar por ahorrarnos dos duros, es que el tema tiene un poquito de narices, y se lo voy a decir vulgarmente. Sea usted un poquito más seria e infórmese, asesórese por los que saben y, después, venga a este Parlamento a plantear estas cuestiones.

**Pregunta Oral 6-03/POC-000030, relativa a la falta de control de la Consejería de Salud de las aguas destinadas al consumo humano.**

El señor PRESIDENTE

—Gracias, señor Consejero.

Pasamos a la siguiente pregunta con ruego de respuesta oral en Comisión, relativa a la falta de control de la Consejería de Salud del agua destinada a consumo humano.

Para plantearla, tiene la palabra la señora Garzón Sánchez.

La señora GARZÓN SÁNCHEZ

—Gracias, señor Presidente.

Yo no sé si plantearle esta pregunta o salir corriendo porque, tal como está usted, desde luego, yo también le exijo que tenga usted otra forma de plantear las cosas y de dirigirse a mí.

Claro, si las cosas fueran como usted dice, desde luego, yo no vendría aquí a pedirle que las cosas fueran como las estoy planteando.

Si hay ciertas lesiones que se puedan tratar con bombas de cobalto con la misma eficacia que los aceleradores lineales, desde luego no es el caso de otros cánceres, y usted, como Consejero, también lo debería saber...

El señor PRESIDENTE

—Señora Garzón, ciñase a la pregunta, por favor.

La señora GARZÓN SÁNCHEZ

—Bien. Efectivamente, me voy a atener a la cuestión.

No sé si me negará esto. Una organización, la OCU, advirtió el pasado octubre, a la Administración andaluza, que había detectado niveles altos de ciertas sustancias contaminantes en las aguas del consorcio del Rumblar, concretamente terbutilacinas, y pidió que se tomaran las medidas pertinentes. Pero, desde luego, no se hizo así, no fue la Administración autonómica quien detectó el problema, como tampoco lo fue el pasado mayo, cuando la Confederación Hidrográfica del Guadalquivir se dirige al Consejero de Agricultura por los altos niveles de simacina acumulados en las aguas destinadas al consumo humano en Lora del Río, Peñaflor y Écija.

En el caso del consorcio del Rumblar, ni el consorcio, ni el Gobierno andaluz, tanto en su vertiente de Agricultura, competente para la inspección y sanción

de las infracciones por uso indebido de productos fitosanitarios se enteró, como tampoco se enteró, al parecer, el departamento de sanidad encargado de velar por la salubridad de las aguas destinadas al consumo humano. Fue la Confederación Hidrográfica del Guadalquivir la que comunica a la Consejería de Salud el nivel de contaminación, el pasado 13 de diciembre, y hasta que se prohíbe el consumo de las aguas contaminadas a la población, que son casi noventa mil personas. Pasaron siete días, días en los que indiscutiblemente se estuvo consumiendo esas aguas.

La pregunta que yo le hacía era: ¿Qué clase de análisis realiza la Consejería de Salud a las aguas destinadas al consumo humano? ¿Con qué periodicidad? ¿Cuándo se habían realizado en las aguas del consorcio del Rumblar? Y, ¿qué medidas se piensa adoptar, si se cree necesario establecer alguna modificación para mejorar el control de la salubridad de las aguas destinadas al consumo humano, después de la contaminación detectada por la Confederación Hidrográfica del Guadalquivir en el mencionado consorcio, que abastecía, como digo, a casi noventa mil personas?

El señor PRESIDENTE

—Gracias, señora Garzón.

Señor Consejero, para responder, tiene usted la palabra.

El señor CONSEJERO DE SALUD

—Sí. Muchas gracias, señoría.

Bueno, la importancia que tiene para la salud pública el consumo de agua en condiciones sanitarias adecuadas, yo creo que es indiscutible y, por tanto, las garantías que el agua destinada al consumo cumplen, en cuanto a normas de calidad establecidas en la reglamentación sanitaria vigente, es el principal objetivo del programa de vigilancia y control por parte de la Consejería de Salud.

Para garantizar la calidad sanitaria, la Consejería, en el desarrollo de sus competencias, en el campo de salud pública ejecuta toda una serie de actuaciones, que me gustaría detallárselas.

En primer lugar, la vigilancia sanitaria de las aguas de consumo, que se fundamenta en el control de los niveles de los parámetros que aparecen fijados en la reglamentación técnico-sanitaria y que se agrupan en caracteres organolépticos, físico-químicos, relativos a sustancias no deseables, sustancias tóxicas y parámetros microbiológicos.

La vigilancia sanitaria de los abastecimientos conectados a la red pública de distribución, abastecimientos no conectados, es decir urbanizaciones, establecimientos, fuentes, etcétera.

El seguimiento y control de la distribución móvil del agua, en cuanto ésta se produce para consumo público.

El registro sanitario de las empresas abastecedoras.

La comunicación a Ayuntamientos y organismos implicados de la incidencia en relación con el abastecimiento.

Y, para asegurar una adecuada calidad sanitaria de las aguas de consumo, se realiza un control analítico de las mismas. Este control analítico viene regulado en el Real Decreto 1.138, de 1990, por el que se aprueba el Reglamento Técnico-Sanitario y de Abastecimiento y Control de Calidad de las Aguas, donde entre otras cosas se establecen los tipos de análisis, la periodicidad con las que hay que hacerlos, según el número de habitantes abastecidos.

De acuerdo con la legislación vigente, en este momento corresponde a las empresas proveedoras y a los distribuidores de aguas potables de consumo cumplir lo dispuesto en relación con las actividades de captación, tratamiento, distribución de esta agua, así como la ejecución material de los análisis, controles de la misma, desde la acometida, hasta el consumidor.

La vigilancia sanitaria de la calidad del agua suministrada por las empresas corresponde a la autoridad sanitaria. En este sentido, para cumplir esta obligación, las Delegaciones Provinciales establecen un control analítico que consideran pertinente, así como una periodicidad del mismo en orden a vigilar o a garantizar —mejor que vigilar, en este caso— la vigilancia efectiva que llevan a cabo las empresas abastecedoras de agua potable.

En cuanto se refiere al caso concreto del agua del consumo del consorcio del Rumblar, nuestra competencia es vigilar y controlar las actuaciones de la empresa proveedora. En este sentido, los controles realizados por el distrito sanitario Jaén Norte han consistido en la supervisión de las actuaciones y de los análisis realizados por la empresa, que han sido los siguientes, para darle toda la información.

Los controles analíticos que se han realizado por la empresa durante el año 2002 han sido, en planta de tratamiento, los controles de desinfección, 365. En el libro de anotación aparece un control de cloro residual libre diario, en la planta de control desinfectante, que se realiza cada dos horas, con 377 análisis, todos ellos conformes.

En la ciudad de Bailén se han hecho, a lo largo del 2002, 1.583 controles de desinfección y 309 análisis de agua.

En Zocueca, en Guarromán, se han hecho 228 controles y 12 análisis. Todos ellos, les estoy diciendo, conformes y sin ningún tipo de problema por presencia de ningún tipo de órgano que pueda hacer el agua no potable.

En Jabalquinto se han hecho 766 controles y 32 análisis.

En Andújar, 670 y 367 análisis.

En San José, en Andújar, 335 controles y 19 análisis.

En La Ropera, en Andújar, 335 controles y 20 análisis.

En El Sotillo, 335 controles y 20 análisis.

En Marmolejo, 994 controles, 61 análisis.

En San Julián, 335 y 19 análisis.

En Villanueva de la Reina, 700 controles y 38 análisis.

La Quintería, 335 controles y 20 análisis.

En Mengíbar, 1.310 controles y 67 análisis.

En Cazalilla, 1.060 y 26.

Villagordo, 1.046 y 37.

Y en Torrequebradilla, 444 y 29.

Todos ellos sin ningún tipo de problema, en cuanto a la potabilidad del agua.

Y hay que mencionar que los controles, todos los mencionados, superan ampliamente las cantidades a que obliga la reglamentación técnico-sanitaria.

Por lo que se refiere a la determinación específica del parámetro plaguicida, realizado en las aguas del consorcio del Rumblar, el número de análisis realizados a lo largo del 2002 fue de cinco, todos ellos en la red, y de acuerdo con los controles realizados por la autoridad sanitaria. En ninguno de ellos se detectaron valores superiores a la concentración máxima admisible marcada por la norma.

Con motivo de la alerta que se declaró el día 20 de diciembre pasado, debido al índice de plaguicidas en el agua, por encima de valores establecidos, en la reglamentación, causados por las intensas lluvias de esos días, la Consejería de Salud, en base a sus competencia, actuó con la celeridad que las circunstancias requerían; es decir, prohibiendo el consumo de agua e informando a los Ayuntamientos de los municipios afectados de su obligación de suministrar a la población agua potable, estando la Dirección General de Salud Pública y, por tanto, la Consejería de Salud, en todo momento, en conocimiento de la situación y siguiendo la evolución de los datos sobre análisis que se realizaban.

La vigilancia analítica de seguimiento de la calidad del agua ha consistido en controles periódicos de plaguicidas, tanto en un laboratorio contratado por la empresa distribuidora, como en el laboratorio de la Universidad de Almería.

Hasta la fecha de hoy, y desde el cierre de la alerta, se han realizado 87 análisis, tanto de agua bruta como de agua tratada, los cuales han arrojado resultados satisfactorios todos ellos.

La vigilancia se va a mantener, con la periodicidad que vayan aconsejando los técnicos, en función del paso del tiempo, de las lluvias que se produzcan, etcétera.

En cuanto a las competencias atribuidas a la Confederación Hidrográfica del Guadalquivir por la normativa vigente, en relación al control de calidad de las aguas, sus señorías saben que en corrientes superficiales, tal como dice la ley, cuando sean destinadas a la producción de aguas potables, tienen responsabilidad y, por lo tanto, tienen que realizar los controles y comunicarlos inmediatamente a la autoridad sanitaria, y en ese sentido les puedo decir

que, desde la Delegación Provincial de Jaén, se les han solicitado datos correspondientes al ámbito de su vigilancia, con fecha 16 de enero del 2002, sin que hasta la fecha hayamos recibido ninguna respuesta a esa petición de datos.

Muchas gracias.

#### El señor PRESIDENTE

—Gracias, señor Consejero.

Para réplica, tiene la palabra la señora Garzón Sánchez.

#### La señora GARZÓN SÁNCHEZ

—Señor Consejero, ahora sí es verdad que no me acabo de enterar mucho de lo que ha ocurrido, porque lo cierto es que, según he creído entender, hay una normativa que ha sido cumplida por todos los agentes que intervienen ahí, empresas proveedoras e incluso Consejería de Salud. Que todos los análisis han dado correcto en cuanto a la concentración de ciertas sustancias en unos niveles que no eran peligrosos, pero lo cierto es que ustedes prohíben el uso, el consumo de agua del consorcio del Rumblar durante una semana porque había unos niveles altos de esas sustancias fitosanitarias y que lo había detectado no un organismo público, sino la OCU. Entonces, claro, mi pregunta es, el caso este, en el que la Administración no había detectado eso, supongo que habría esos niveles altos, cuando ustedes deciden suspender el consumo. Pero si existía esa concentración superior a lo permitido, porque sería perjudicial para la salud, ¿cómo es que no lo habían detectado? Y si con la normativa, aplicando la normativa que hay, es así que no la habían detectado, ¿qué modificaciones van a introducir para que los ciudadanos puedan estar tranquilos de que el agua que les llega a sus hogares para el consumo es apta.

Ésa es la pregunta y la preocupación que tiene la gente, porque si está ocurriendo... Vamos, hay dos casos en los que le he dicho que no es la Administración sanitaria, ni la de Agricultura, las que se dan cuenta del problema, pero en cuántas circunstancias puede ocurrir. Me va usted a decir que puedo ser una alarmista, pero es que me tengo que poner en esa tesitura, me imagino, para que ustedes, pues hagan un cribaje más estrecho o, no sé, los técnicos que le han aconsejado para que estas situaciones no puedan darse. Ésa es la preocupación que tiene la gente y que, desde luego, nosotros, a través del Partido Popular, hemos traído a esta Comisión.

Si la normativa es estupenda, tendrían que haber detectado eso, y si no lo han detectado y la han aplicado es porque necesitarán una modificación. Pues, lo que tendríamos que escuchar hoy es qué cosas se van a introducir para procurar que estas situaciones no se produzcan.

#### El señor PRESIDENTE

—Gracias, señora Garzón Sánchez.  
Señor Consejero, tiene usted la palabra.

#### El señor CONSEJERO DE SALUD

—Sí. Muchas gracias, señoría.

Bueno, no confunda el informe de la OCU, en el que decía que había..., que hay niveles altos de simacina y de algún otro producto, como la terbutilacina, en el agua, con el momento en el que se dice que, según la analítica que se realiza, se sobrepasan los niveles máximos que están permitidos en la norma y, por lo tanto, se suspende el abastecimiento. Eso no lo hace la OCU. Evidentemente, la OCU hizo un informe general que a mí me lleva a alguna conclusión que me parece interesante:

En primer lugar, que el Ministerio debía prohibir el uso de simacina y se acababa esta historia. Es decir, para empezar, yo creo que el Ministerio de Agricultura debería prohibirlo, en mi opinión. Mientras se mantenga la autorización del uso de este producto para algún tipo de cultivo, se utilizará en otros cultivos, porque es muy difícil controlar en qué cultivos se utiliza. Por tanto, primera opinión que tengo al respecto: debería prohibirse para todo los cultivos porque existen alternativas y, por lo tanto, se evitan riesgos.

En segundo lugar, hace falta consumir durante mucho tiempo y de manera intensiva este tipo de productos para que tenga algún efecto en la salud, como su señoría sabe. Es decir, existe suficiente evidencia científica como para que haya que ingerir grandes cantidades de simacina o de cualquier otro producto similar, de ahí que haya unos niveles, digamos, de aceptación importantes, sobre todo en otros productos, no de la simacina, sino otros que incluso fuera de nuestro país, en otros países, ni siquiera se establece un máximo para poderlos consumir, sino que se deja abiertamente. Pero sí le quiero decir, en primer lugar, que la reglamentación técnico-sanitaria es de uso universal y, por lo tanto, no es para nosotros solamente; es decir, es todo el territorio nacional, no somos nosotros quienes tenemos que cambiar, el agua es sanitariamente saludable o es potable exactamente igual en Castilla-La Mancha, que en Andalucía, que en Cataluña, que en el País Vasco, exactamente igual, luego nosotros no tenemos que hacer ningún cambio. Y, en segundo lugar, la normativa de control es la misma para todo el territorio nacional. Es decir, son normas de salud pública universales. Las herramientas de control son distintas, pero las herramientas, evidentemente, no afectan en ningún caso a la reglamentación higiénico-técnica que en este momento está vigente en nuestro país.

Existe una responsabilidad de las empresas abastecedoras y nosotros garantizamos, mediante inspecciones permanentes, que se hace ese seguimiento, como le he demostrado claramente con

todos los controles que ha realizado la empresa abastecedora de aguas del Rumblar, con todas las analíticas que ha hecho, con todos los controles de desinfección y con los resultados, que además nosotros muestreamos de manera permanente, para ver que es correcto; es decir, que las analíticas se están haciendo bien, que se están haciendo en el lugar que debían hacerse, en los momentos que deben hacerse, etcétera, etcétera.

Por tanto, lo único que ha ocurrido es que, en un momento determinado, en una analítica, sí es verdad que se ha detectado, por las lluvias, por las escorrentías que se han producido, un nivel más alto de simacina del que está reglamentado. Inmediatamente se ha declarado la alerta y se ha cortado el abastecimiento de agua. Bueno, no se ha cortado, se ha dicho a la población que no se consuma, porque se puede utilizar para cualquier otro uso, siempre que no sea el consumo humano. Por tanto, hemos esperado una actuación de la propia empresa, mediante carbono, etcétera, para que el agua se pudiera hacer potable y disminuyera el número o la cantidad de simacina por litro de agua.

Igualmente, como su señoría sabe, se ha dado un paso más, y es un acuerdo para hacer una nueva depuración en terciario de esa agua, de manera que no tengamos estos problemas, cuando se produzcan nuevas escorrentías, si es que no existe una vigilancia suficiente por parte de la Confederación Hidrográfica, en las zonas de dominio público, donde se utilice este tipo de productos, que están prohibidos claramente en el olivar, aunque está permitido, como su señoría sabe, en otros productos, como la vid, etcétera, de ahí que sea muy difícil la vigilancia por parte de los responsables de agricultura.

Muchas gracias.

El señor PRESIDENTE

—Gracias, señor Consejero.

Sustanciados todos los asuntos contenidos en el orden de día, y dándole las gracias al señor Consejero por su presencia y datos aportados, levantamos la sesión.

Gracias.



**Información y pedidos:**  
**Servicio de Diario de Sesiones y Publicaciones no Periódicas**  
**del Parlamento de Andalucía**  
**C/ Parlamento, s/n. 41009 Sevilla Tfno. 95492100, ext. 211**  
**Correo electrónico: [dspa@parlamento-and.es](mailto:dspa@parlamento-and.es)**

## **PUBLICACIONES DEL PARLAMENTO DE ANDALUCÍA**

Constitución Española.  
Estatuto de Autonomía para Andalucía.  
Reglamento del Parlamento de Andalucía  
(Ed. anotada)  
PVP: 9,02 €

Estatuto de Autonomía para Andalucía  
(Ed. anotada)  
PVP: 6,01 €

Reglamento del Parlamento de Andalucía  
(Ed. anotada)  
PVP: 9,02 €

Las Cortes en Sevilla en 1823  
(Ed. Facsímil)  
PVP: 9,02 €

Jornadas de Consejos Asesores de RTVE  
PVP: 9,02 €

El Parlamento de Andalucía:  
Claves de un proceso institucional  
PVP: 9,02 €

Jornadas de debate sobre reforma de  
los Reglamentos Parlamentarios  
PVP: 9,02 €

Jornada Matemática en el Parlamento de  
Andalucía  
PVP: 9,02 Euros