

DIARIO DE SESIONES D S P A

DIARIO DE SESIONES



PARLAMENTO DE ANDALUCÍA

COMISIONES

Núm. 325

X LEGISLATURA

9 de marzo de 2017

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

Sesión celebrada el jueves, 9 de marzo de 2017

ORDEN DEL DÍA

COMPARECENCIAS

Debate agrupado de las siguientes iniciativas:

- 10-17/APC-000237. Comparecencia del Excmo. Sr. Consejero de Salud, a fin de informar sobre la política de contratación de suministros de medicamentos del Servicio Andaluz de Salud, presentada por el G.P. Popular Andaluz.
- 10-17/APC-000322. Comparecencia del Excmo. Sr. Consejero de Salud, a fin de informar sobre la constitución de una mesa de trabajo para introducir nuevos criterios de negociación en los procesos de selección de medicamentos (denominados subastas de medicamentos) en Andalucía, presentada por el G.P. Podemos Andalucía.

10-17/APC-000249. Comparecencia del Excmo. Sr. Consejero de Salud, a fin de informar sobre la situación de la Unidad de Cirugía Pediátrica del hospital Puerta del Mar, de Cádiz, y las demandas de los padres de pacientes de dicha especialidad, presentada por el G.P. Popular Andaluz.

10-17/APC-000278. Comparecencia del Excmo. Sr. Consejero de Salud, a fin de informar sobre las políticas de salud en la infancia en Andalucía, presentada por los Ilmos. Sres. D. Mario Jesús Jiménez Díaz, D. José Muñoz Sánchez, D. Juan María Cornejo López, D. Francisco José Vargas Ramos, Dña. Caridad López Martínez y D. Diego Ferrera Limón, del G.P. Socialista.

10-17/APC-000282. Comparecencia del Excmo. Sr. Consejero de Salud, a fin de informar sobre la evolución de la historia única de salud en Andalucía, presentada por los Ilmos. Sres. D. Mario Jesús Jiménez Díaz, D. José Muñoz Sánchez, D. Juan María Cornejo López, D. Francisco José Vargas Ramos, Dña. Olga Manzano Pérez y Dña. Araceli Maese Villacampa, del G.P. Socialista.

10-17/APC-000337. Comparecencia del Excmo. Sr. Consejero de Salud, a fin de informar sobre la gestión que realiza el Servicio Andaluz de Salud de las listas de espera, presentada por el G.P. Podemos Andalucía.

PREGUNTAS ORALES

10-17/POC-000268. Pregunta oral relativa a la carencia en asistencia ambulatoria en Íllora, Granada, formulada por los Ilmos. Sres. Dña. Ana Vanessa García Jiménez y D. Rafael Vicente Valero Rodríguez, del G.P. Popular Andaluz.

10-17/POC-000269. Pregunta oral relativa al proyecto piloto de dispensación de agujas, formulada por la Ilma. Sra. Dña. Catalina Montserrat García Carrasco, del G.P. Popular Andaluz.

10-17/POC-000281. Pregunta oral relativa al mal estado del entorno de la Bola Azul, de Almería, formulada por la Ilma. Sra. Dña. María del Carmen Crespo Díaz, del G.P. Popular Andaluz.

10-17/POC-000359. Pregunta oral relativa a los traslados de niños del hospital de La Línea a Málaga y Cádiz, formulada por los Ilmos. Sres. D. Sergio Romero Jiménez y Dña. María Isabel Albás Vives, del G.P. Ciudadanos.

10-17/POC-000361. Pregunta oral relativa a la infección por *Klebsiella*, formulada por la Ilma. Sra. Dña. María Isabel Albás Vives, del G.P. Ciudadanos.

10-17/POC-000380. Pregunta oral relativa a los programas Relas (Red Local de Acción de Salud) en Andalucía, formulada por los Ilmos. Sres. D. Francisco José Vargas Ramos y Dña. Caridad López Martínez, del G.P. Socialista.

10-17/POC-000382. Pregunta oral relativa a las citas con enfermería a través de Salud Responde, formulada por los Ilmos. Sres. D. Francisco José Vargas Ramos y Dña. Caridad López Martínez, del G.P. Socialista.

10-17/POC-000384. Pregunta oral relativa al aumento en la plantilla de trabajadores del Servicio Andaluz de Salud, formulada por los Ilmos. Sres. D. Francisco José Vargas Ramos y D. Diego Ferrera Limón, del G.P. Socialista.

PROPOSICIONES NO DE LEY

10-17/PNLC-000044. Proposición no de ley relativa al centro de salud del Cerro del Águila, Sevilla, presentada por el G.P. Ciudadanos.

10-17/PNLC-000051. Proposición no de ley relativa al Servicio de Urgencias en Churriana, Málaga, presentada por el G.P. Popular Andaluz.

SUMARIO

Se abre la sesión a las diez horas, veintiún minutos del día nueve de marzo de dos mil diecisiete.

COMPARECENCIAS

10-17/APC-000237 y 10-17/APC-000322. Comparecencia del consejero de Salud, a fin de informar sobre la política de contratación de suministros de medicamentos del Servicio Andaluz de Salud y la constitución de una mesa de trabajo para introducir nuevos criterios de negociación en las subastas de medicamentos (pág. 8).

Intervienen:

D. Aquilino Alonso Miranda, consejero de Salud.

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

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

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

Dña. María Isabel Albás Vives, del G.P. Ciudadanos.

Dña. María de los Ángeles Ferriz Gómez, del G.P. Socialista.

10-17/APC-000249. Comparecencia del consejero de Salud, a fin de informar sobre la situación de la Unidad de Cirugía Pediátrica del hospital Puerta del Mar, de Cádiz, y las demandas de los padres de pacientes de dicha especialidad (pág. 27).

Intervienen:

D. Aquilino Alonso Miranda, consejero de Salud.

Dña. Ana María Mestre García, del G.P. Popular Andaluz.

10-17/APC-000278. Comparecencia del consejero de Salud, a fin de informar sobre las políticas de salud en la infancia en Andalucía (pág. 37).

Intervienen:

D. Aquilino Alonso Miranda, consejero de Salud.

Dña. Araceli Maese Villacampa, del G.P. Socialista.

10-17/APC-000282. Comparecencia del consejero de Salud, a fin de informar sobre la evolución de la historia única de salud en Andalucía (pág. 45).

Intervienen:

D. Aquilino Alonso Miranda, consejero de Salud.

Dña. Caridad López Martínez, del G.P. Socialista.

10-17/APC-000337. Comparecencia del consejero de Salud, a fin de informar sobre la gestión que realiza el Servicio Andaluz de Salud de las listas de espera (pág. 53).

Intervienen:

D. Aquilino Alonso Miranda, consejero de Salud.

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

PREGUNTAS ORALES

10-17/POC-000281. Pregunta oral relativa al mal estado del entorno de la Bola Azul, de Almería (pág. 64).

Intervienen:

Dña. Aránzazu Martín Moya, del G.P. Popular Andaluz.

D. Aquilino Alonso Miranda, consejero de Salud.

10-17/POC-000359. Pregunta oral relativa a los traslados de niños del hospital de La Línea a Málaga y Cádiz (pág. 67).

Intervienen:

Dña. María Isabel Albás Vives, del G.P. Ciudadanos.

D. Aquilino Alonso Miranda, consejero de Salud.

10-17/POC-000268. Pregunta oral relativa a la carencia en asistencia ambulatoria en Íllora, Granada (pág. 70).

Intervienen:

D. Rafael Vicente Valero Rodríguez, del G.P. Popular Andaluz.

D. Aquilino Alonso Miranda, consejero de Salud.

10-17/POC-000269. Pregunta oral relativa al proyecto piloto de dispensación de agujas (pág. 73).

Intervienen:

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

D. Aquilino Alonso Miranda, consejero de Salud.

10-17/POC-000361. Pregunta oral relativa a la infección por *Klebsiella*.

Retirada.

10-17/POC-000380. Pregunta oral relativa a los programas Relas (Red Local de Acción de Salud) en Andalucía (pág. 77).

Intervienen:

D. Diego Ferrera Limón, del G.P. Socialista.

D. Aquilino Alonso Miranda, consejero de Salud.

10-17/POC-000382. Pregunta oral relativa a las citas con enfermería a través de Salud Responde (pág. 79).

Intervienen:

D. Francisco José Vargas Ramos, del G.P. Socialista.

D. Aquilino Alonso Miranda, consejero de Salud.

10-17/POC-000384. Pregunta oral relativa al aumento en la plantilla de trabajadores del Servicio Andaluz de Salud (pág. 82).

Intervienen:

Dña. Olga Manzano Pérez, del G.P. Socialista.

D. Aquilino Alonso Miranda, consejero de Salud.

PROPOSICIONES NO DE LEY

10-17/PNLC-000044. Proposición no de ley relativa al centro de salud del Cerro del Águila, Sevilla (pág. 85).

Intervienen:

Dña. Marta Escrivá Torralva, del G.P. Ciudadanos.

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

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

Dña. Patricia del Pozo Fernández, del G.P. Popular Andaluz.

Dña. Brígida Pachón Martín, del G.P. Socialista.

Votación: aprobada por unanimidad.

10-17/PNLC-000051. Proposición no de ley relativa al Servicio de Urgencias en Churriana, Málaga (pág. 94).

Intervienen:

D. Rafael Vicente Valero Rodríguez, del G.P. Popular Andaluz.

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

Dña. María Isabel Albás Vives, del G.P. Ciudadanos.

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

D. Francisco José Vargas Ramos, del G.P. Socialista.

Votación: aprobada por 10 votos a favor, ningún voto en contra y 7 abstenciones.

Se levanta la sesión a las quince horas, cuatro minutos del día nueve de marzo de dos mil diecisiete.

El señor GARCÍA ANGUIA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Señorías, buenos días.

Dígame, señora Férriz.

La señora FÉRRIZ GÓMEZ

—Antes de que empiece la comisión me gustaría hacer una petición a los miembros de la comisión y portavoces de los grupos políticos, y es que la Comisión de Salud, al igual que el resto de las comisiones de este Parlamento, que no se celebre antes de las diez de la mañana. Algunas veces las comisiones se celebraban a las nueve de la mañana o las nueve y media, en aras de poder conciliar la vida familiar y laboral, pues que por lo menos no sea antes de las diez de la mañana.

El señor GARCÍA ANGUIA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señora Férriz.

Como usted sabe, y sus señorías, la Mesa es la que decide el horario, el orden del día, le puedo asegurar que la Mesa de esta comisión es larga, en la que todos los portavoces y los miembros de la Mesa intervenimos, tanto para el orden como los horarios. Y, por ejemplo, se inicia a esta hora a petición de la vicepresidenta, que le era imposible llegar a Sevilla antes. Y que tendremos en cuenta la conciliación de la vida laboral y familiar para la próxima comisión, lo tendremos en cuenta.

Muchas gracias.

10-17/APC-000237 y 10-17/APC-000322. Comparecencia del consejero de Salud, a fin de informar sobre la política de contratación de suministros de medicamentos del Servicio Andaluz de Salud y la constitución de una mesa de trabajo para introducir nuevos criterios de negociación en las subastas de medicamentos

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

Iniciamos la..., después de la intervención de la señora Férriz, con la primera comparecencia agrupada a fin de informar por parte del señor consejero de Salud sobre la política de contratación de suministros de medicamentos al Servicio Andaluz de Salud.

Señor consejero, tiene cinco minutos.

El señor ALONSO MIRANDA, CONSEJERO DE SALUD

—Muy bien, gracias, señor presidente.

Buenos días a todos y a todas.

Señorías, hace un mes en esta comisión tuvimos la oportunidad de debatir de forma amplia y detallada sobre este mismo asunto, la política de suministros de medicamentos en el Servicio Andaluz de Salud. Entenderán que dicha política no haya variado de forma importante en este periodo, por lo tanto, algunas cosas serán reiterativas, de las que plantee a continuación.

Como ya comenté, en el sistema sanitario público de Andalucía los medicamentos incluidos en la prestación farmacéutica del Sistema Nacional de Salud se dispensan a los enfermos que los necesitan y tengan derecho a dicha prestación a través de dos canales. Uno es las oficinas de farmacia, cuando la prescripción se realiza en una receta médica o en una orden enfermera de dispensación. Y el otro, a través de los servicios de farmacia de los hospitales públicos, cuando la prescripción se realiza en órdenes hospitalarias de dispensación, bien porque el paciente esté hospitalizado, o porque el medicamento prescrito esté calificado por la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios como de uso hospitalario, o por el Ministerio de Sanidad como dispensación hospitalaria.

En 2016 se han prescrito 167 millones de recetas a los andaluces, lo que ha supuesto un gasto para el SAS de 1.789 millones de euros. En cuanto al consumo hospitalario se han prescrito 116,9 millones de dosis unitarias de medicamentos, con un gasto para el SAS en 2016 de 841 millones de euros. En total, por tanto, el gasto farmacéutico en 2016 ha sido de 2.630 millones de euros, de los que el 68% corresponde a la prescripción a través de recetas y el 32% al consumo de adquisición hospitalaria. A su vez, esta cifra supuso el 31% del presupuesto total del Servicio Andaluz de Salud para 2016.

En cuanto a la política de contratación de suministros de medicamentos del Servicio Andaluz de Salud para hospitales y centros de atención primaria, les comento lo siguiente. Según la normativa estatal y autonómica, los hospitales que dispongan de cien o más camas deben contar con un servicio de farmacia hospitalaria que tiene la responsabilidad de garantizar y asumir la adquisición, calidad y correcta conservación,

custodia y dispensación de los medicamentos a través de la elaboración de pliegos técnicos de los procedimientos de adquisición de los mismos. Para disponer de un medicamento en los hospitales, el servicio de farmacia hospitalaria tiene que realizar en un primer lugar la selección para conseguir que los pacientes accedan a unos tratamientos de calidad, seguridad y eficacia probadas, en base a la evidencia científica disponible, con los que alcancen los mejores resultados en salud. Para ello se contemplan los procesos de selección de medicamentos por parte de comisiones intrahospitalarias multidisciplinares específicas. La Ley de Farmacia de Andalucía las denomina comisiones del uso racional del medicamento. También existe en cada hospital una guía farmacoterapéutica que, con la participación y el consenso de los profesionales que han de utilizarlos, establece las bases teóricas para orientar a los médicos en la elección del medicamento más seguro, efectivo, eficaz y eficiente para el tratamiento de un problema particular en un paciente determinado.

Además, el SAS desde el año 2002 tiene una herramienta que fue pionera en España y que sirve de referencia a las comisiones correspondientes de hospitales públicos en su labor de selección de medicamentos, es la *Guía farmacoterapéutica de referencia de hospitales*, cuya elaboración y actualización permanente se viene encomendando a la Sociedad Andaluza de Farmacia Hospitalaria.

La selección de medicamentos no tiene un carácter excluyente, es decir, en pacientes que presentan particularidades se pueden prescribir medicamentos no incluidos en la guía farmacoterapéutica si el médico considera que existen factores clínicos que justifiquen la prescripción.

Una vez seleccionados en base a la mejor evidencia científica los medicamentos, establecidas las condiciones técnicas y fijados los planes de necesidades, los siguientes aspectos de su compra tienen la consideración de contrato de suministros, y se realizan acordes a la legislación en materia de contratación administrativa que actualmente conforma el denominado código de contratos del sector público.

Siguiendo esta normativa, en el Servicio Andaluz de Salud hay dos modelos de adquisición.

En primer lugar el modelo de licitación provincial, que es el más frecuente: a través de una comisión provincial de compras se unifican criterios, se integran las necesidades de todos los centros sanitarios de la provincia y se licitan a través de las plataformas provinciales de compra. Siguiendo este modelo, la mayoría de los expedientes correspondientes se adjudican mediante procedimientos negociados sin publicidad, al tratarse de productos con proveedor único, y el resto de procedimientos son abiertos con concurrencia competitiva.

En segundo lugar está el modelo de licitación centralizada para medicamentos concretos, escogidos por sus especiales características; por ejemplo, que sean medicamentos que tengan un alto consumo en el conjunto del sistema sanitario público de Andalucía, o de los que haya competencia en el mercado y, por tanto, susceptibles de ser licitados a través de procedimientos competitivos abiertos. Después, cada centro tiene que realizar las compras al adjudicatario y en las condiciones fijadas en el procedimiento centralizado.

En cuanto a las vacunas, si bien no son medicamentos hospitalarios, cabe señalar que el SAS licita de forma centralizada los procedimientos que corresponden en base al código de contratos del sector público, para la compra de vacunas incluidas en el calendario oficial del programa andaluz de vacunaciones.

Señorías, desde el Gobierno de la Junta de Andalucía siempre hemos aprobado el mantenimiento de un modelo planificado de atención farmacéutica, como es el modelo español de farmacia comunitaria, que es el actualmente existente en nuestro país y en nuestra comunidad autónoma. Un modelo con el que nos comprometimos en la Ley de Farmacia de Andalucía y que juega un papel importante en la equidad y accesibilidad

a los resultados en salud de la población. Un modelo que además exige una estrecha colaboración entre los servicios de salud y las oficinas de farmacia.

En Andalucía, el marco jurídico de colaboración se concreta en el concierto entre el Servicio Andaluz de Salud y el Consejo Andaluz de Colegios Oficiales de Farmacéuticos, que establece los instrumentos necesarios para la ejecución de la mencionada gestión económica. Dicho concierto determina la existencia de una comisión mixta y una subcomisión técnica en las que se analizan las dificultades que puedan surgir en la gestión de la prestación farmacéutica y las mejoras posibles.

Actualmente, dentro de las políticas de uso racional del medicamento llevadas a cabo por esta consejería, más del 93% de las recetas oficiales se prescriben por principio activo, lo que ha supuesto un ahorro acumulado para el Servicio Andaluz de Salud de 528 millones de euros. La prescripción por principio activo ha permitido también la implantación desde junio de 2012 de una medida eficiente, el procedimiento de selección de medicamentos a dispensar por las oficinas de farmacia cuando se prescribe por principio activo, que ha producido un ahorro acumulado de 425,8 millones de euros hasta enero de 2017, 140 en el 2016. De acuerdo a la legislación estatal vigente, el farmacéutico ante la prescripción por principio activo, tiene que dispensar el medicamento de entre los de precio más bajo. Antes de las convocatorias de selección de medicamentos y ante la ausencia de normativa al respecto, las oficinas de farmacia han venido eligiendo cuál de los preparados comerciales dispensan al paciente cuando este les presentaba una receta en la que el medicamento se identificaba por principio activo. Con esta fórmula, cada vez que acudían a la farmacia, les podían cambiar la prescripción comercial, lo que podía dar lugar al abandono o incumplimiento del tratamiento prescrito en el caso de los pacientes mayores con dificultad para entender y asumir estos cambios. Este es el modelo que persiste en el resto de las comunidades autónomas del Estado español.

En Andalucía se aprobó una normativa para que sea el Servicio Andaluz de Salud, mediante la selección pública de medicamentos, el que seleccione el preparado comercial a dispensar en las farmacias cuando los fármacos hayan sido prescritos por principio activo. Con ello se logra que al paciente crónico siempre se le dispense la misma presentación comercial, que será la seleccionada por el SAS, con lo que se evita el perjuicio sanitario antes referido por cambios de la presentación comercial. Saben que durante dos años son los concursos.

El canal de dispensación sigue siendo el de las oficinas de farmacia. Este procedimiento no conlleva la adquisición por el SAS de medicamentos, ni el SAS fija ni modifica sus precios, ni disminuye el margen comercial de los farmacéuticos. Por tanto, se mantiene el precio de venta al público que tengan establecidos por el Estado los medicamentos seleccionados. Permanece sin variar lo que, por la dispensación de dichos medicamentos, ha de abonar el Servicio Andaluz de Salud a las oficinas de farmacia andaluzas, y obviamente no se afectan las aportaciones que los beneficiarios en su caso tuvieran que realizar. En cualquier caso, se trata de un procedimiento transparente y abierto a la libre competencia.

A fecha 3 de enero de 2017, se han publicado 10 convocatorias de selección de medicamentos, nueve de las cuales ya se están aplicando, y la última, de reciente publicación y adjudicación, ha comenzado en febrero. Como resultado de dichas convocatorias, hay 520 presentaciones de medicamentos seleccionados de 29 laboratorios distintos, de los que 13 son españoles. Esta iniciativa, debido a las ventajas que aporta, tanto desde el punto de vista sanitario como económico, ha sido públicamente apoyada por la organización

médica colegial, que propuso su extensión a toda España, así como por la Sociedad Andaluza de Médicos de Atención Primaria, Semergen.

Señorías, en relación con la cuestión que se plantea en este debate conjunto, a instancias del Grupo Parlamentario Podemos, sobre la mesa de trabajo para introducir nuevos criterios de negociación en el proceso de selección de medicamentos, es importante previamente aclarar algunos aspectos.

En el procedimiento competitivo abierto y transparente que establece la Ley de Farmacia de Andalucía, para la selección de medicamentos a dispensar por las oficinas de farmacia, cuando se prescribe por principio activo no cabe negociación con las empresas. Y ello es así ya que las convocatorias se rigen por los mismos principios que se establecen en la Ley de Contratos del Sector Público, y por tanto la adjudicación resulta de la valoración de las ofertas presentadas.

Por otra parte, la propuesta de acotar geográficamente la localización de las empresas no puede realizarse, ya que jurídicamente es inviable. Las empresas que participan en las ofertas están autorizadas para comercializar sus medicamentos en España y han sido incluidos por el Estado, único competente en la prestación del Sistema Nacional de Salud, y autorizados por la Agencia Española del Medicamento.

En cuanto a la introducción de criterios y su apariencia, indicarles, señorías, que uno de los problemas que se presentan es a cuál de los preparados existentes debería parecerse cuando son varios los que tienen consumo semejante. Y, además, recordarles que la apariencia de los medicamentos está protegida por patente, por lo que existe una limitación importante y resulta imposible.

Por otro lado, recordarles una vez más que toda la regulación referente con los medicamentos es una competencia única del Estado.

En relación a la seguridad del paciente con la incorporación de mayores controles de calidad, recordarles que dicho control no entra en las competencias de la Junta de Andalucía, siendo competencia exclusiva del Estado, al igual que toda la política del medicamento. Nuestro papel se limita a prestar colaboración a la Agencia Española del Medicamento en fármaco vigilancia, de eso sí podemos establecer mejoras que se puedan realizar, y también en la Estrategia de Seguridad del Paciente en Andalucía, que va encaminada a evitar acontecimientos adversos en la toma de fármacos.

Por último, respecto a la propuesta sobre las exigencias de capacidad de producción y distribución para garantizar el abastecimiento, indicarles que los problemas puntuales de desabastecimiento de medicamentos seleccionados son los mismos que pueden aparecer en el resto de medicamentos y no tienen que ver con la capacidad de producción o de distribución. Para comprobarlo basta repasar las listas de medicamentos con problemas de abastecimiento en España, solo en contadas ocasiones aparecen los seleccionados y sí aparecen muchos no seleccionados.

Por otro lado, una de las condiciones que se les exigen a las empresas farmacéuticas en los pliegos de condiciones para participar en la selección pública de medicamentos es garantizar que no se produzcan esos desabastecimientos, y una producción que garantice la cobertura total del mercado. Además, debo recordarles que hay un mecanismo establecido para sustituir cualquier medicamento que esté en desabastecimiento, sea de la selección pública o sea que no esté incluido dentro de la selección pública de medicamentos.

Así, en relación con la cuestión que se plantea sobre la mesa de trabajo para introducir nuevos criterios de negociación en el proceso de selección de medicamentos, les diré que, teniendo en cuenta el cumplimiento

de la normativa vigente, al cual estamos totalmente obligados, se procederá a constituir un grupo de trabajo compuesto por técnicos en el área de compras y en el área de suministros de medicamentos que valore las mejoras que se puedan realizar en dichos procesos, teniendo siempre en cuenta las consideraciones legales que anteriormente les he comentado.

Muchas gracias.

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señor consejero.

Iniciamos el turno de los grupos proponentes de menor a mayor. Tiene siete minutos, señor Gil.

El señor GIL DE LOS SANTOS

—Gracias, señor presidente.

Muchas gracias, señor consejero, por adelantarme parte de la intervención.

Vaya por delante el reconocimiento de nuestro grupo a la subasta de medicamentos como herramienta que consigue mayor poder de negociación para la Administración y que se transfieran y socialicen los beneficios a través de la reducción de los costes, en teoría para luego reinvertirlos en el sistema sanitario público.

Ahora bien, entendemos que solo bajo ciertas condiciones esta herramienta podrá alcanzar su pleno potencial y se resolverán los problemas que está arrastrando: no concurrencia en las licitaciones de la mayoría de los laboratorios, incumplimiento de los compromisos de abastecimiento ante los que no se toman medidas contundentes, ni parece haber memoria entre una licitación y otra, o fórmulas que garanticen la adherencia al tratamiento y mejor calidad del fármaco.

En primer lugar, estas modificaciones han de establecer nuevos criterios para la selección de los lotes, que vayan mucho más allá del precio unitario. Ahora habrá que encajar cuáles son competencia autonómica y cuáles son competencia estatal. Quizás requieran dos grupos de trabajo bien distintos, y al final de mi intervención daré una propuesta a considerar.

Le recuerdo, aunque ya lo ha mencionado, que efectivamente en el anterior pleno general de sanidad, de forma democrática se acordó establecer ese grupo de trabajo, que estaré muy gustoso de poder participar en él, y que debe constar con todos los actores implicados. Le menciono, aunque ya lo ha comentado, esos nuevos criterios en la selección de la subasta de medicamentos, y voy aclarando.

Dentro de lo que la legislación permita, se ha de dar peso a la capacidad de producción, distribución y arraigo de los laboratorios en las zonas donde se suministrarán los medicamentos, siempre dentro de lo que la legislación permita.

Criterios de su apariencia, como bien mencionada en este sentido, una apariencia homogénea de los fármacos entre laboratorios ayuda a la consecución de una mayor adherencia al tratamiento. Si hay una patente, los otros medicamentos deberán tener una apariencia similar al que tiene la patente u otro criterio que se decida: el fármaco que es más vendido, el de marca o el genérico.

Garantías de abastecimiento. Ante un reiterado y gravoso incumplimiento, habría que contemplar no solo sanciones para el laboratorio incumplidor sino la posibilidad de liberar el lote ganado en la licitación.

Y para el establecimiento de estos nuevos criterios, efectivamente, necesitamos esa mesa de trabajo, lo más urgente posible que se constituya, y que cuente con todos los actores: laboratorios, oficinas de farmacia, médicos de atención primaria y consejería, y que el acuerdo baje al Parlamento para que todos los grupos parlamentarios puedan intervenir.

Se ha de llevar a cabo, como comento, un plan de evaluación de la subasta de medicamentos en el seno de esa mesa de trabajo a tres niveles: en el nivel económico, en el nivel de acceso, relacionado básicamente con el abastecimiento, y de resultados en salud relacionado con la efectividad del medicamento.

Es imprescindible contar con esta auditoría, si nuestra intención es tomar una buena idea en bruto con aristas, pulirla y hacerla mejor para la sociedad. Una vez dicho esto, no hay que perder la perspectiva de que nuestra sociedad es una sociedad hipermedicalizada, y que el sobreconsumo de fármacos no se resuelve únicamente con gestión de compras, sino que se han de implementar políticas complementarias para controlar el gasto de medicamentos a través de un consumo de fármacos responsable. Entre otras, el que el médico de familia disponga de más minutos de consulta para que la solución ante un problema no termine siempre en la prescripción de un medicamento y que existan más campañas de información y prevención. En eso sí está... En ese sentido eso sí está en manos de la Junta.

Por último, señor consejero, en esta primera intervención nuestro grupo quiere proponer al Parlamento de Andalucía que presente una ley al Congreso de los Diputados por el artículo 87.2 de la Constitución Española para que la subasta de medicamentos, con la mejora descrita, y muchas de ellas sí son competencia estatal, incluida en esa ley, se aplique a nivel nacional. En este sentido, el artículo 87.2 de la Constitución Española dice así: «Las Asambleas de las comunidades autónomas podrán solicitar del Gobierno la adopción de un proyecto de ley, o remitir a la Mesa del Congreso una proposición de ley delegando ante dicha Cámara un máximo de tres miembros de la Asamblea encargados de su defensa». Así, la fórmula a emplear sería esta última y los parlamentarios andaluces delegados para defender la proposición de ley en Madrid en el Congreso serían de los Grupos Socialista, Podemos e Izquierda Unida, que son los que defendemos la subasta de medicamentos.

Muchas gracias.

El señor GARCÍA ANGUIA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señoría.

Señora García, tiene siete minutos.

La señora GARCÍA CARRASCO

—Gracias, señor presidente. Buenos días, señorías. Buenos días, señor consejero.

Me gustaría hacer un pequeño resumen de cuál ha sido la trayectoria del Grupo Parlamentario Popular, desde que nosotros comenzamos a no decir..., no a querer ir en contra de la subasta, y se lo voy a demostrar

con los *Diarios de Sesiones*, pero sí a buscar una alternativa que solucionara los problemas que la subasta de medicamentos estaba generando en Andalucía, no al Grupo Parlamentario Popular, ni a Podemos, ni a Izquierda Unida, sino a los ciudadanos andaluces y andaluzas. Y fue en septiembre, el 10 de septiembre de 2015, cuando nosotros presentamos una moción en la que lo que pedíamos era paralizar la subasta de medicamentos, y en el *Diario de Sesiones* decíamos que nosotros no estábamos en contra de un sistema que ahorrara dinero al sistema sanitario público andaluz, como era la subasta de medicamentos, pero sí estábamos en contra de un sistema que creaba problemas de abastecimientos no adecuados a las farmacias y, por lo tanto, un problema de adherencia a los tratamientos de los andaluces y de las andaluzas, y lo podemos ver en el *Diario de Sesiones* del 10 de septiembre de 2015.

El 17 de septiembre de 2015 presentamos una proposición no de ley en comisión donde volvíamos a pedir la paralización del proceso de fusión, y volvíamos a decir que el problema de la subasta de medicamentos era el desabastecimiento o el abastecimiento inadecuado de las farmacias, con lo cual, el problema de los andaluces y de las andaluzas era el que venimos siempre diciendo: una falta de adherencia en tratamientos, señor consejero. Usted dice, y ha dicho en su intervención, que antes de la subasta de medicamentos el farmacéutico le daba el medicamento que quería, pero se le ha olvidado decir que ya había un sistema establecido de precios mínimos y precios de referencia, y, dentro de esos, el farmacéutico daba el medicamento, no lo daba a su libre albedrío. Ya había un sistema que ahorraba, que ahorraba, antes de la subasta de medicamentos.

En ese *Diario de Sesiones* nosotros seguíamos insistiendo en que las asociaciones de pacientes se quejaban del problema que les suponía a pacientes polimedcados y crónicos el que, cada vez que iban a la farmacia, les dieran una presentación diferente. Si nosotros nunca hemos dicho que cuando van a la farmacia no le dan la medicina, sí se la dan, pero le dan, le cambian el formato, le cambian el color, y eso es un problema para continuar con el tratamiento, y lo dicen ya hasta los profesionales sanitarios.

El 15 de diciembre de 2016, en esa proposición no de ley, al final nosotros le hacíamos una propuesta a la consejería y le decíamos que..., no hablábamos de mesa de trabajo, pero sí le decíamos que entre todos se buscara una solución y una alternativa para solucionar los problemas.

El 15 de diciembre de 2016, en una nueva moción, le pedíamos una mesa de trabajo, precisamente para gestionar el problema del uso racional del medicamento, y se aprobó, y se aprobó en esa moción.

Después vinieron las propuestas de resolución del debate de sanidad, y paradójicamente se aprobó la propuesta de resolución de Podemos, se quedó encima de la mesa la propuesta de resolución del PP, que era exactamente este mismo punto. Yo entiendo que hubo un error por parte de un grupo parlamentario, pero hoy estamos aquí y seguimos pidiendo lo mismo, seguimos pidiendo una mesa de trabajo que solucione un problema que es real.

Nosotros, en ese mismo..., en esa misma..., en esa moción, en el *Diario de Sesiones* del 15 de diciembre del 2016, seguíamos insistiendo en lo mismo, en un grado y problema para los enfermos crónicos, polimedcados en nuestra tierra, en Andalucía. Y usted me decía desde el escaño, señor consejero, que sí que estaban dispuestos a hablar y que sí que estaban dispuestos a sentarse, y entonces yo le decía: bueno, pues voten ustedes sí a este punto de la moción; pero votaron ustedes que no.

Como ya tenemos la propuesta de resolución aprobada, yo sí que le pido, usted ya ha dicho que se va a constituir, yo le pido lo que le llevamos pidiendo casi dos años. Es que le sigo pidiendo lo mismo, no hemos

cambiado en lo que le estamos pidiendo, y lo que le estamos pidiendo es una mesa de trabajo donde todos los agentes implicados puedan hablar. A mí me gustaría que en esa mesa de trabajo estuvieran las asociaciones de pacientes, yo creo que tienen mucho que decir las asociaciones de pacientes y que, como mínimo, como mínimo, nosotros debemos escucharlas, creo yo.

Entonces, usted hablaba de que no hay un problema de desabastecimiento, es verdad, no lo hay, porque ya he dicho que cuando el paciente va a la farmacia le dan un medicamento, pero sí hay un problema de abastecimiento por parte de los laboratorios adjudicatarios. Señor consejero, hoy, hoy, esta mañana, 158 presentaciones no están en las farmacias de la subasta de medicamentos. Aristo y Aurobindo, que son los dos laboratorios adjudicatarios principales, 83 presentaciones no tienen hoy en las farmacias, eso es una realidad. Sí, sí, a día de hoy, señor consejero, compruébelo, compruébelo. A día de hoy, esa es la realidad.

Entonces, lo que nosotros estamos pidiendo es que se arregle y que se solucione, y que si los laboratorios no tienen capacidad, hombre, ya llevan muchos años con la subasta de medicamentos, no es de hace un mes, ¿y cómo podemos seguir con los mismos problemas y con los mismos laboratorios?

Ustedes le han dicho a la defensora del pueblo, porque esto ya ha llegado a la defensora del pueblo, porque las asociaciones de pacientes han ido a buscar su amparo, y ustedes les dicen que se penaliza a los laboratorios, y se les penaliza de tal manera que, aunque no suministren el medicamento, a ustedes les siguen pagando ese tanto por ciento que en el contrato han firmado.

Como ya van a tener mucha transparencia, sí, eso es lo que ustedes les han contestado, ahora usted lo explica mejor, pero es así, vamos, y si a un laboratorio ustedes le tienen que pagar por medicamento un tanto por ciento, que es lo que ha salido de la subasta, ustedes lo siguen recibiendo. La transparencia, ayer la anunciaban después del Consejo de Gobierno, pues yo creo que podíamos y que ustedes nos podrían decir cuánto dinero están ingresando mensualmente por parte de esos laboratorios que no suministran adecuadamente a las farmacias, cuánto está recibiendo la consejería, yo creo que nos lo podrían decir, nos lo podría decir.

Y en esa mesa de trabajo nos gustaría estar a todos los implicados, a todos, pero yo insisto en las asociaciones de pacientes, principalmente.

Y, señor consejero, yo estoy de acuerdo con usted. Yo creo que hay que ampliar, hay que ampliar los controles, y usted lo puede proponer en el próximo Consejo Interterritorial, porque nosotros también lo vamos a proponer a nuestro Gobierno, que la Agencia Española del Medicamento haga esos controles más estrictos, los amplíe, los eleve, porque consideramos que debe hacerlo, lo consideramos. Así que yo creo que en eso vamos a ir de la mano.

Gracias.

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señoría.

Iniciamos el turno del resto de grupos. Por Izquierda Unida, la señora Nieto tiene tres minutos.

La señora NIETO CASTRO

—Gracias, presidente. Buenos días.

Gracias, consejero, por las explicaciones que nos ha trasladado.

Algunas consideraciones por parte del Grupo Parlamentario de Izquierda Unida, que usted ya conoce bien, con relación a este asunto.

Siempre nos ha parecido desde Izquierda Unida una buena opción la subasta de medicamentos, en aras a conseguir una medicación adecuada para la población que la necesita, a unos precios que permitan limitar el margen de beneficio de las multinacionales, utilizando ese dinero para mejorar el Servicio Andaluz de Salud.

A ese respecto, a nosotros nos parece un sistema exportable, es decir, más que de extensión a otras comunidades autónomas, que ya hemos tenido ocasión también de hablarlo con usted en algún momento. Quizá para comunidades autónomas más pequeñas, que atienden a un volumen de población sensiblemente inferior, eso les dificultaría la manera de negociar esos contratos, quizá sería un sistema para todo el país, de manera que de forma centralizada se adquirieran todos los medicamentos que puede necesitar el Sistema Nacional de Salud, eso sería lo mejor, caminar de una manera equitativa hacia un sistema que permitiera ese acceso a los medicamentos en condiciones más competitivas para todos.

Los grandes laboratorios intentaron boicotear la subasta cuando se puso en pie, laboratorios como Bayer, que seguro que recuerdan ustedes a su CEO diciendo que ellos no hacían medicamentos para indios, sino para occidentales que pudieran pagarlos. A nosotros no nos parece mal, y de hecho celebramos en su día que la subasta se mantuviera en pie gracias a la apuesta de los pequeños laboratorios.

Jurídicamente, el procedimiento está avalado por el Tribunal Constitucional, que descarta que haya igualdad y descarta que haya desabastecimiento, o al menos que lo haya en mayor medida que en otros sistemas sanitarios. Que yo no iba a contar esto, pero como Google es una bendición, mientras que oía a mis compañeros he estado buscando «desabastecimiento de medicamentos en otros sistemas de salud de comunidades autónomas de nuestro país», y he encontrado la Fludrocortisona, que ha faltado en hospitales de Madrid. He hecho una búsqueda del último año. El Azactam y el Nolotil han faltado en Valencia, el Haloperidol también, que es para enfermedades mentales. Y en Galicia el año pasado dos medicamentos para el cáncer de próstata y el de páncreas. Son todos sistemas que no tienen la subasta implantada. Por tanto, nosotros si hay un grupo de trabajo para hablar de estas cosas iremos, pero nuestras aportaciones irán en esta línea, de no cargarnos la subasta sino ampliarla al conjunto del Estado para que sea efectiva, y quitar de todo esto tópicos y mitos que lo que están haciendo al final, hablemos claro, es hacerle el juego a que mantengan el margen de beneficio las multinacionales, que están preocupadas de ganar mucho dinero y muy poco de la salud.

Muchas gracias.

El señor GARCÍA ANGUIA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señoría.

Señora Albás, tiene tres minutos.

La señora ALBÁS VIVES

—Gracias, presidente. Señor consejero, buenos días.

En primer lugar voy a hacer una reflexión. El Defensor del Pueblo dice que este sistema de compra es legal, pero que es cuestionable, ¿eh? Volvemos otra vez a hablar de la subasta de medicamentos. La verdad que sí que recibimos positivamente la intención de realmente crear el grupo de trabajo, pero queremos saber... Porque usted ha hablado de técnicos de compras. Quiero saber si van a estar ahí representados los profesionales, si van a estar representadas también las asociaciones de pacientes, si va a estar también representada la industria farmacéutica. Porque aquí también debemos analizar que de lo que se trata es de la equidad a la hora de acceder a los medicamentos y también de la calidad de los mismos. Entonces tienen que estar ahí representados todos los profesionales del sector.

Que existen problemas de adherencia, tal y como ha dicho la portavoz del Partido Popular, es cierto, pero no porque lo digamos nosotros, sino porque lo dicen los profesionales. Entonces yo creo que no es la primera vez que desde Ciudadanos proponemos que..., pues eso, que nos sentemos para buscar una alternativa, una alternativa mejor para dar mejor atención a los pacientes y para que no haya esas diferencias a la hora de acceder a los medicamentos que se pueden encontrar entre Andalucía y el resto de España. Si realmente es tan bueno este sistema como dice usted y dice su gobierno, nos gustaría saber —otra vez se lo pregunto—, dónde está el ahorro de los 700 millones de euros. Como en las propuestas de resolución, Ciudadanos me parece que de los siete primeros puntos iban dirigidos directamente a la transparencia, si se ha ahorrado tanto dinero, pues nos gustaría saber dónde ha ido, porque a día de hoy la sanidad pública andaluza, como usted sabe, pues está pasando por una situación complicada, que esperamos que se solucione en la mayor brevedad posible. Pero sí que nos gustaría también que nos diera esa información.

Y vuelvo a insistir que aceptamos..., nos parece estupendo que realmente se forme ya mismo el grupo de trabajo para intentar plantear una alternativa a estas subastas de medicamentos.

Muchas gracias.

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Gracias, señoría.

Señor Vargas, tiene tres minutos.

La señora FÉRRIZ GÓMEZ

—Sí. Hola, buenos días a todos y a todas.

Bueno, yo voy a empezar también recordando lo que ha dicho el Tribunal Constitucional, ¿no? Porque yo creo que es bueno que lo recordemos. El Tribunal Constitucional ha afirmado que la selección por el Servicio Andaluz de Salud, a través de la correspondiente convocatoria pública de los medicamentos a dispensar por

las oficinas de farmacia no establece diferencias en las condiciones de acceso a los medicamentos financiados por el Sistema Nacional de Salud ni en el catálogo ni en los precios. También el Tribunal Constitucional ha hecho especial hincapié en que los intereses particulares de los laboratorios y las empresas farmacéuticas no pueden prevalecer en modo alguno frente a los intereses generales de reducción del gasto farmacéutico. Y también ha afirmado el Tribunal Constitucional que el SAS realiza sus compras de medicamentos dentro del marco legalmente establecido. ¿Por qué recuerdo esto? Hombre, porque desde el Grupo Socialista claro que estamos de acuerdo en que exista un grupo de trabajo para mejorar lo que se pueda mejorar. Lo que dudamos es que algunos integrantes de ese grupo de trabajo su objetivo es mejorar lo que haya que mejorar. ¿Y por qué lo dudamos? Hombre, porque, como bien se ha recordado aquí, llevamos..., creo que en alguna comparecencia se calificó como *vía crucis* en contra de este proceso de selección pública de medicamentos, donde el Estado y el Partido Popular no han escatimado esfuerzos para cargarse esta medida que nadie duda que era de ahorro y de eficiencia energética.

Y, hombre, siempre hemos lamentado que el Estado, creo que eran 50 procedimientos judiciales entre contencioso-administrativos y Tribunal Constitucional, casi nada. ¿Para qué? Para acabar con esta medida. Por eso nosotros dudamos de las intenciones. Porque, claro, es que se ha recurrido a todo, es que con tal de desprestigiar el sistema se han creado alarmas innecesarias, le han dicho a la gente que los medicamentos que se le recetan no eran seguros. Se ha ligado, y ha hecho muy bien..., vamos, me ha encantado oír la puntualización de la portavoz de Izquierda Unida. Se ha ligado este proceso de selección de medicamentos al desabastecimiento de los medicamentos. Es que hasta la ministra, hasta la ministra ha llegado a decir, con total irresponsabilidad, que los ciudadanos andaluces éramos ciudadanos de segunda, cuando la Agencia del Medicamento depende del Estado. Es decir, se ha puesto todo encima de la mesa para acabar con esto.

Y me temo, y espero estar equivocada, pero me temo que ahora llega el siguiente paso. Una vez que el Tribunal Constitucional ha tumbado toda esa batería de falsedades que se habían puesto por encima para acabar con esta medida, ahora toca la contratación de los medicamentos. Y creo que usted ha sido bastante explícito en su explicación. Existe un modelo, que es la Ley de Farmacia de Andalucía, hay una colaboración entre las oficinas de farmacia y el SAS, y ya se analizan las mejoras. ¿Que el grupo de trabajo viene a introducir más mejoras? Bienvenido sea el grupo de trabajo. Pero, insisto, me temo en que dentro de ese grupo de trabajo habrá partidos políticos que no han hecho otra cosa en todo este tiempo que desprestigiar el sistema, porque para ellos hay una máxima bastante clara, y es que al igual que los intereses de los grandes laboratorios están por encima de los intereses de los andaluces, desde luego atacar al Gobierno andaluz y desprestigiar el Sistema Nacional de Salud está también por encima de cualquier medida que venga a mejorar esta contratación.

Gracias.

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señora Ferriz.

Señor consejero, la segunda intervención. Siete minutos.

El señor ALONSO MIRANDA, CONSEJERO DE SALUD

—Muchas gracias, señor presidente.

Señorías, en el sistema sanitario público de Andalucía los médicos eligen, de entre los medicamentos incluidos en la prestación farmacéutica del Sistema Nacional de Salud, los que consideran más adecuados para el tratamiento de sus pacientes. En cuanto a la forma de prescribir, y en su caso los enfermeros, pueden identificar los medicamentos de dos formas alternativas: bien expresando la marca o denominación comercial, o bien expresando exclusivamente la denominación oficial por principio activo que contiene y que es el que otorga sus propiedades farmacológicas al medicamento.

El andaluz fue el primer sistema sanitario público que implantó la prescripción por principio activo, que quiero recordarles que ahora está en una norma estatal y es de obligado cumplimiento para el conjunto del Sistema Nacional de Salud. Existe la posibilidad y se aconseja como tal, más que de obligado cumplimiento. Y cuyos precios máximos de facturación son acordes con los que se establecen en el conjunto del Sistema Nacional de Salud, como les comentaba antes. El alto porcentaje de seguimiento de la prescripción por principio activo en la sanidad andaluza ha alcanzado los objetivos planteados por la Organización Mundial de la Salud, y esa es otra cosa que frecuentemente no comentan y se les olvida. Es la Organización Mundial de la Salud la que plantea la prescripción por principio activo. Y una vez que se prescribe por principio activo, como usted bien plantea, están los precios de referencia. Y por tanto sabe que hay preparados diferentes y según a la farmacia que vaya tiene uno u otro, con lo cual, a los ciudadanos, salvo que vayan a la misma farmacia, y la farmacia no haya cambiado cuál es el fármaco que les da, con la prescripción por principio activo que existe en el conjunto del Estado pueden recibir el mismo o distinto preparado comercial. Esa es una realidad que creo que no es cuestionable ni para usted ni para nadie. Lo dice la normativa estatal, lo dice el Consejo General de Colegios de Médicos, que yo creo que a veces tampoco recuerdan el informe que sacó sobre la subasta de medicamentos, donde eran los profesionales sanitarios, los profesionales que prescribían... Cuando hablan ustedes de la representación de los colegios, de la representación de la profesión, algunas veces les interesa reconocerlo así y otras no. El informe del Consejo General lo conoce, y si no se lo hago llegar, es muy claro a favor de las subastas. Además, apuesta por una cosa que nosotros apostamos, y la representante de Izquierda Unida también lo planteaba aquí. Cuando me preguntan siempre cuál es el modelo que yo preferiría sobre la selección pública de medicamentos, o las llamadas subastas, siempre digo que es un modelo nacional. Fíjense si la selección pública es una garantía también de calidad que países como Alemania lo tienen incluido, y también parece que se les olvida, por muchas veces que lo planteo.

Después entramos siempre en situaciones en las que hablamos de desabastecimientos relacionados con la subasta y tal.

Voy a plantearles..., la Agencia Española del Medicamento es quien publica aquellos fármacos que están en desabastecimiento, lo publica porque es su competencia. No es la competencia de las farmacias, no es la competencia de nadie más de quien es el órgano regulador, que, por cierto, depende del Ministerio de Sanidad y Consumo, que, por cierto, gobierna creo que en el Estado el Partido Popular.

En febrero de 2017, de un listado de 216 fármacos que estaban en desabastecimiento, solo uno estaba..., pertenecía a la selección pública del medicamento. Puede comprobarlo en la página de la Agencia Español-

la del Medicamento. Eso es una realidad, esos son los datos oficiales. Y eso es lo que debemos plantear y lo que oficialmente reconoce su propio Gobierno a nivel estatal. Si no es así, pues tendrán que plantearse que no funciona el mecanismo o que no funciona la Agencia Española del Medicamento. Bueno, tendremos la oportunidad también de plantearle sus dudas en el próximo Consejo Interterritorial.

Por cierto, ojalá tenga la oportunidad en algún momento de decir algo en el Consejo Interterritorial, porque hace casi un año que no se convoca. Y nosotros..., las comunidades autónomas estamos pidiendo que se convoque, porque creemos que hay temas muy importantes en sanidad para tratar. Yo espero que me dé esa oportunidad, al igual que espero tener la oportunidad de hablar con la ministra de Sanidad, que en varias ocasiones planteó que nos podríamos ver y en todas las ocasiones le ha resultado imposible desde su toma de posesión. Cosa que, como comentamos en alguna ocasión, con el resto de ministerios no ha habido el mismo problema por parte de las consejerías de nuestra comunidad autónoma. Y es algo que, cuando yo me reúno con consejeros de otras comunidades, sucede lo mismo en otros ámbitos.

Por lo tanto, espero que se produzca ese Consejo Interterritorial. Espero poder tener la oportunidad de plantear en él aquellas cosas que comparto con usted. Creo que hay que establecerlas en el seno de ese Consejo Interterritorial.

Lo que sí está claro, es evidente y está publicado que el mayor..., la mayor falta de adherencia al tratamiento y, señora Albás, esa parte de vez en cuando también se le olvida a usted comentarla, tiene mucho que ver con el copago. Y lo dicen todos los informes de los colegios, desde el Consejo General de Colegios de Médicos, de las sociedades científicas, de las diferentes consultoras a nivel estatal, que el mayor problema que ha tenido la adherencia al tratamiento en personas crónicas tiene que ver con el establecimiento de los copagos, llegando en algunos casos al 20%, y eso no tiene nada que ver con la subasta.

Vuelvo a plantearles que en la subasta lo que garantiza es que durante dos años tiene que realizarse y darse los mismos fármacos. Eso no se corrige con los precios de referencia, usted bien lo decía. Desde que se han establecido los precios de referencia, el mecanismo es muy similar. La única diferencia, y se lo comentaba, es quién elige el fármaco que se da: o las farmacias o el Servicio Andaluz de Salud.

Por cierto, lo he dicho en muchas ocasiones, lo que se produce es un menor gasto, por lo tanto, como se produce un menor gasto, todo lo que deja de gastarse en farmacia, lo que se gasta es en el conjunto del sistema. Que se produce un menor gasto está ahí, señora Albás, está en el presupuesto de la Junta. Es perfectamente visible, y nosotros lo que le decimos es el menor gasto que se produce. Lo que no se gasta en un sitio se gasta en el conjunto del sistema sanitario, que, por cierto, como saben, siempre los recursos siempre son limitados, afortunadamente, en un sistema que, como ya les he dicho muchas veces, gracias a la evolución tecnológica, gracias a la puesta en marcha de determinados fármacos o la investigación que se realiza con esos fármacos, el gasto se incrementa de forma exponencial.

Por cierto, aprovecho para decir que cuando hablamos de uso racional del medicamento, sería también importante, y también lo comentaré en el próximo Consejo Interterritorial, que las comunidades autónomas tienen que participar más en el establecimiento de los precios de los medicamentos, que sí puede llegar un momento en que sean un problema importante para la adherencia a tratamientos. Puesto que si estamos hablando de fármacos que tienen un coste real de aproximadamente 600 euros y se cobran a 60.000, y las co-

munidades autónomas, que son las que pagan, intervienen muy poco o casi nada en la fijación de precios, ahí también tenemos un problema importante.

La no participación de los grandes laboratorios ya les dije que —y ustedes lo conocen— que había laboratorios grandes que estaban subidos en el Ave en dirección a Sevilla, y no se sabe por qué cogieron el teléfono y dieron la vuelta hacia Madrid ante una llamada telefónica. Yo, como no sé más y no puedo decir más, simplemente les digo su planteamiento.

El portavoz de Podemos, señor Gil, plantea algunas cosas, que ya le digo, la apariencia es algo por lo que llevamos luchando en el sistema desde hace mucho tiempo. No somos competentes en ese ámbito porque son los propios..., el propio Estado y con muchas dificultades, puesto que hay patentes que están protegidas y, en general, todos los envases están protegidos por patente. Tenemos que trabajar, y ahí sí puedo decirle que tanto las comunidades autónomas como el ministerio tienen una clara preocupación con la isoaparencia y, por lo tanto, trabajaremos en ese ámbito. Es un problema europeo, por no decir que es un problema mundial.

Con relación a los desabastecimientos, ya habíamos hablado... Comparto con usted el tema de la hipermedicalización y las campañas que se tienen que realizar para un uso adecuado de los medicamentos. Saben que el medicamento, lo he planteado muchas veces, no es inocuo. Por lo tanto, tomarlo cuando no se debe produce daños para la salud, y eso lo compartimos. En ese grupo de trabajo, evidentemente, los profesionales van a estar representados y los pacientes también, pero no se olviden, y les vuelvo a recordar, tenemos que cumplir la ley, y en la ley viene recogido todo lo que le comentábamos anteriormente.

Decirles simplemente que seguimos apostando por lo que dijimos ya anteriormente, por una subasta a nivel nacional como mejor solución.

Muchas gracias.

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Gracias, señor consejero.

Señor Gil, tiene tres minutos.

El señor GIL DE LOS SANTOS

—Gracias de nuevo, señor consejero, y al resto de los grupos, por sus aportaciones.

Quiero empezar aclarando que parece ser que antes de la subasta de medicamentos no había desabastecimiento, y todo el sistema era genial. Hay que aclarar que no era así. Entonces, hay que poner las cosas en su contexto.

Lo que estamos hablando es de mejorar el sistema de la subasta de medicamentos, igual que al principio, con la prescripción por principio activo, como bien ha dicho, hubo una gran oposición, y ahora se ha demostrado que es una herramienta fabulosa.

Entonces, queremos que se tenga a bien escuchar las recomendaciones de Podemos en esa mesa de trabajo, y que de esa forma la subasta de medicamentos será una herramienta igual que de buena que ha sido la prescripción por principio activo.

No me ha contestado si recoge el guante de presentar una ley en el Congreso a través del artículo 87.2 de la Constitución Española, espero que me lo aclare ahora en su réplica.

Necesitamos una mayor transparencia, en concreto en gasto farmacéutico. Aquí estamos hablando sobre impresiones subjetivas, y si ha empeorado, o no, en el sistema sanitario público andaluz la implantación de la subasta de medicamentos.

Entendemos que se debe crear un portal de transparencia de la sanidad pública andaluza, y así lo estableceremos como enmienda a la futura ley de sostenibilidad del sistema sanitario público andaluz. Ahí se tendrá que evaluar, a través de indicadores de salud, qué indicadores de salud se incluyen y cuáles no, y que nos sirvan de referencia para analizar diferentes políticas sanitarias que se pongan en marcha para ver si son buenas, si no son buenas, habrá que retirarlas o habrá que modificarlas.

Y a través de ese portal de transparencia, a mí me gustaría que se viera qué parte del ahorro se reinvierte en el sistema y dónde, porque es que se habla de que se reinvierte, pero, al no visibilizarse, pues queda la duda.

En esa mesa de trabajo habrá que estudiar, más allá de la subasta de medicamentos, otras cuestiones relacionadas con la producción, la investigación y el precio justo de los fármacos, fundamental.

Y quiero terminar mi intervención preguntándole si la Junta de Andalucía va a apoyar que la Agencia Europea del Medicamento se instale en Andalucía, porque entiendo que eso genera una serie de sinergias muy positivas para abrir el debate, incluso, motivar a nuestros investigadores y a la Administración, que continúe la investigación y la puesta en marcha de muchos fármacos que, al final, lo rentabilizan grandes laboratorios, y, por desgracia, terminamos pagando precios como el Sovaldi, de más de 60.000 euros el tratamiento.

Muchas gracias.

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señoría.

Señora García Carrasco, tiene tres minutos.

La señora GARCÍA CARRASCO

—Gracias, señor presidente.

Señor consejero, cuando usted habla de que la Agencia Española del Medicamento dice que, de los desabastecimientos a nivel nacional, solo uno correspondía a la subasta de medicamentos andaluces. Yo quiero recordarle que cuando la Agencia Española del Medicamento dice que hay desabastecimiento es porque ningún laboratorio, ninguno, puede suministrar ese medicamento, y aquí no estamos hablando de eso. O sea, que a nivel nacional uno de la subasta era el que no se podía suministrar. Eso es cuando la Agencia Española del Medicamento dice que hay desabastecimiento. Ese es el requisito que se tiene que cumplir, pero es que usted dice que esa no es la realidad.

Bueno, ahora usted me lo contesta. Como tiene la réplica, me lo contesta.

Mire, en diciembre del 2016, a nivel nacional, de los desabastecimientos que existían de 36 medicamentos, 23 pertenecían a la subasta de medicamentos de Andalucía, el 63,8%.

Mire, usted lo decía, existe un real decreto de precios menores y de precios de referencia, que es el 9/2011, que es el que continúan..., al que se acoge el resto de comunidades autónomas, y en esa mesa de trabajo yo creo que podemos llevar datos para decir qué se ahorra con la subasta de medicamentos y qué se ahorra en las comunidades que se acogen a ese real decreto, y lo podremos llevar; o sea, que ya existe un real decreto que establece, que establece, que establece esos ahorros, y yo le digo a la señora Férriz, le pregunto: cuando la Comunidad Autónoma de Andalucía interpone un recurso de inconstitucionalidad contra el Gobierno de España, porque cree que le invade competencias, ¿está desprestigiando al Gobierno de España? No, lo que está haciendo es intentar defender las competencias de la Comunidad Autónoma de Andalucía. Pues cuando el Gobierno de España interpone un recurso de inconstitucionalidad contra algo que cree que la comunidad autónoma está invadiendo competencias no quiere desprestigiar a la comunidad autónoma ni al sistema, quiere defender las competencias del Estado de España, que somos todos. ¿Vale? Entonces, no hay ningún desprestigio: es competencia. Hombre, porque ¿cuántos recursos de inconstitucionalidad ha puesto este Gobierno contra el Gobierno de España? ¿Los contamos? ¿Cuántos?

[Intervención no registrada.]

Pocos no, muchísimos. Qué pocos.

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Señorías, los debates los dejamos para [...], ¿eh?

La señora GARCÍA CARRASCO

—Entonces, nosotros lo que queremos, y es que lo tenemos muy claro y lo hemos dicho desde el principio, una solución.

Señor consejero, no me diga que el copago es lo que produce ahora la falta de adherencia tratamiento.

[Intervención no registrada.]

No es verdad, no es verdad. Un paciente polimedocado en Andalucía, mayor, como máximo al mes, como máximo al mes, que se toma todas las pastillas del mundo, paga 8,20 euros, y los parados no pagan nada, los parados no pagan nada.

El problema, el problema de adherencia al tratamiento, señor consejero, y lo dicen los médicos de familia, usted dirá que el Consejo Andaluz de Médicos dice que las subastas son maravillosas y preciosas, pero es que el médico de familia, y usted se reunirá con muchos y se lo dirán, como me lo dicen a mí, porque no creo que a mí me digan una cosa y a usted le digan otra, no lo creo, nos dirán a todos lo mismo, y nos dicen que tienen un problema, tienen un problema porque cada vez que van a la farmacia les tienen que dispensar un medicamento diferente.

Cuando viene el de la subasta, le darán el de la subasta; cuando el de la subasta ya no está, le tienen que dar otro. Esa es la realidad y eso es lo que queremos solucionar, eso es lo que queremos solucionar, y espero que en la mesa de trabajo lo podamos hacer. No tenemos otras intenciones, señora Ferriz: esa.

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señoría.

Señor consejero, para cierre tiene cinco minutos.

El señor ALONSO MIRANDA, CONSEJERO DE SALUD

—Muchas gracias.

Como tendremos la oportunidad de hablar a lo largo del tiempo, ya nos manifestaremos y tendremos la oportunidad de analizar su propuesta. Le digo, señor Gil, que no ha caído en saco roto y la hemos escuchado, y así podremos hablar y plantear y negociar cuál es el planteamiento.

Yo creo que hemos dicho una cantidad de cosas que, bueno, que se ajustan poco a la realidad, pero bueno, ya empieza desde el principio.

La comparecencia que pide el Partido Popular en la política de contratación de suministros de medicamentos del Servicio Andaluz de Salud, en todas las intervenciones la portavoz del Grupo Popular no ha hablado sobre eso, ha hablado sobre la selección pública de medicamentos, que no es ni una contratación de suministros de medicamentos ni nada que tenga que ver. La contratación de suministros de medicamentos es la que se realiza en los hospitales —y, por cierto, en toda España—.

Seguimos. Hablamos de desabastecimiento, y surge una nueva modalidad que no conoce ni la Agencia Española del Medicamento, que es que los desabastecimientos son por principio activo. No, señoría, son por medicamentos, y se produce el desabastecimiento siempre que un medicamento de una determinada casa comercial no esté disponible en España. Eso es lo que es el desabastecimiento.

Ha dicho que tiene que estar..., que no puede darse ese medicamento, sea la presentación que sea. No, el desabastecimiento es por presentaciones. Con lo cual, si una casa no tiene ese medicamento se declara en desabastecimiento. Eso es lo que la agencia establece; esa nueva modalidad no la conozco, ni la agencia, por cierto, la publica.

Por otro lado, plantearle de una forma muy clara y contundente que las sociedades médicas de atención primaria, como es Semergen, han hecho sus manifestaciones de forma clara a favor de la subasta.

Vuelvo a recordarle que, por cierto, y no lo dude usted, nosotros estamos acogidos al real decreto porque un real decreto es de obligado cumplimiento para todas las comunidades autónomas, y nosotros también estamos dentro del Real Decreto de Precios de Referencia, que, como decía, las comunidades autónomas que están acogidas, nosotros también, por si no lo sabe, con lo cual, los beneficios los tenemos, y lo que tenemos son beneficios por encima de, no los que aportan los precios de referencia.

Mírese también si ha sido primero la modificación de la Ley de Farmacia de Andalucía o el establecimiento de los precios de referencia. Creo que es importante verlo.

Por lo tanto, estamos siempre hablando, ¿no? Yo estoy de acuerdo con lo que usted plantea, el recurso de inconstitucionalidad al Tribunal Constitucional es algo que es una potestad del Estado, igual que de las comunidades autónomas; lo que sí es un intento de desprestigio son las manifestaciones que se hacen después de las sentencias del Tribunal Constitucional, haciendo dudar de lo que dice el Tribunal Constitucional, no leyendo todo lo que plantea el Tribunal Constitucional, poniendo en duda algunos de los planteamientos que dice el Tribunal Constitucional, con un intento único y exclusivo de criticar las subastas. Eso sí es ir contra el sistema sanitario. E, incluso, poner en duda algunas de las cosas que plantea en sus propias sentencias el Tribunal Constitucional. Es legítimo ir al Tribunal Constitucional, ya es un poco más dudoso que, cuando queramos interpretar lo que claramente plantea en sus sentencias el Tribunal Constitucional, eso sí entra ya en una situación que no es clara, y habla de que los andaluces tienen igualdad de acceso a los fármacos, y eso lo dice de forma taxativa, y ya se lo he leído en algunas ocasiones y se lo sigo planteando.

Comparto también la necesidad de ser transparentes en los datos, señor Gil, los datos que tienen que ver con la sanidad. Creo que todo el mundo tiene derecho a conocer cuáles son los resultados en salud, y trabajaremos en ese ámbito, sin lugar a dudas, puesto que creo que el tener información de cuáles son los resultados en función de las políticas de medicamento, pero también de las técnicas que se plantean, también de la apuesta por nuevas tecnologías, creo que es fundamental y además también nos servirá para tomar decisiones sobre qué técnicas son útiles o no son útiles para avanzar para avanzar en lo que todos pretendemos, que es mejorar los resultados de salud de la población. Por lo tanto, en ese camino siempre nos encontraremos, en el camino de mejorar la subasta de medicamentos o la selección pública de medicamentos también, garantizando siempre que hay que cumplir la normativa. Yo creo que ese debe ser el camino que debemos seguir todos.

Por lo tanto, simplemente decir que con la subasta de medicamentos o con la selección pública está garantizado el derecho en igualdad de condiciones de los andaluces al acceso de los fármacos, así lo dice el Tribunal Constitucional, así lo dice el Consejo General de Colegios de Médicos, así lo dicen las sociedades científicas de atención primaria, como la Semergen. Como bien decía el portavoz de Podemos, los desabastecimientos existían antes y, curiosamente, el mayor porcentaje de desabastecimientos corresponde a las grandes compañías multinacionales, ¿por qué? Pues o porque tienen más fármacos en el mercado y porque tienen, posiblemente, otros intereses comerciales, pero la realidad es así, puede comprobarlo, y cuando obtenga datos, yo me gustaría que los datos de desabastecimiento coincidiésemos todos en que deben cogerse de la Agencia Europea del Medicamento y no de las grandes empresas farmacéuticas.

[Intervención no registrada.]

¿Eh?

Ah, por cierto, sí, vamos a defender.

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Señoría...

El señor ALONSO MIRANDA, CONSEJERO DE SALUD

—Perdón, presidente, que se me había olvidado.

Sí, nosotros apoyamos a la Agencia Española del Medicamento. Quisiera recordarles que ayer, en el Congreso de los Diputados, hubo un planteamiento en el que, por parte del ministerio y de otros grupos políticos, se defendía más bien la instalación en otra comunidad autónoma del Estado. No sabemos la razón, hoy se va a tratar también a nivel del Congreso de los Diputados en la Comisión de Salud y veremos cuál es el planteamiento de los diferentes grupos, con lo cual podremos plantearlo aquí. La Junta tiene claro, ya lo ha pedido el ministerio y se lo ha planteado y lo hemos planteado muchas veces, nosotros apostamos por que tenemos las condiciones ideales para tener aquí la Agencia Española del Medicamento. Por lo tanto... La Agencia Europea. Por lo tanto, apostamos por ello y así lo plantearemos y seguiremos luchando en el consejo interterritorial y también a nivel del conjunto del Gobierno de la Junta de Andalucía.

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Gracias, señor consejero.

10-17/APC-000249. Comparecencia del consejero de Salud, a fin de informar sobre la situación de la Unidad de Cirugía Pediátrica del hospital Puerta del Mar, de Cádiz, y las demandas de los padres de pacientes de dicha especialidad

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Pasamos al segundo punto del orden del día, señorías.

Solicitud de comparecencia del señor consejero, realizada por el Grupo Parlamentario Popular Andaluz, a fin de informar sobre la situación de la unidad de Cirugía Pediátrica del hospital Puerta del Mar, de Cádiz, y las demandas de los padres de pacientes de dicha especialidad.

Señor consejero, tiene 15 minutos.

El señor ALONSO MIRANDA, CONSEJERO DE SALUD

—Muy bien. Gracias, señor presidente. Señorías.

El hospital universitario Puerta del Mar de Cádiz es un centro de referencia para la provincia en la especialidad de Cirugía Pediátrica. Esta unidad es una de las ocho que hay a nivel del conjunto del sistema sanitario público de Andalucía, en breve dispondremos de la nueve, pues ya está planificada en la ampliación de la cartera de servicios del hospital Juan Ramón Jiménez, de Huelva. Esto supondrá que todas las provincias andaluzas tendrán al menos una unidad de Cirugía Pediátrica.

En 2016 se han realizado 660 intervenciones quirúrgicas programadas en esta unidad, de las cuales 407 correspondían a procedimientos con plazo de garantía. Igualmente, la actividad de consulta de cirugía pediátrica en 2016 ha sido de 5.362, de las que 1.609 han sido primeras visitas procedentes de atención primaria, 775 interconsultas y 2.978 consultas de revisión.

Señorías, en España no hay disponibilidad de profesionales de esta especialidad, por ello esta unidad de gestión clínica pasa por una situación compleja desde hace tiempo. Prueba de esta falta de disponibilidad es la total ausencia de cirujanos pediátricos en la bolsa del Servicio Andaluz de Salud y la existencia de un desempleo del cero por ciento en el conjunto del Sistema Nacional de Salud. Esto lleva a que incluso estemos buscando especialistas en otros países de la Unión Europea, donde también el paro de estas especialidades es del cero por ciento. No obstante, estamos poniendo todos los medios para resolver estas carencias de especialistas y ofrecer a los niños y niñas de la provincia de Cádiz un servicio de cirugía pediátrica de alta calidad.

La unidad de gestión clínica estaba compuesta por un jefe de servicio, una jefa de sección y dos facultativos especialistas de área. Hace unas semanas se procedió a la evaluación del desempeño de la jefa de sección, ya que correspondía, según la normativa vigente, por un tribunal compuesto entre otros miembros por la presidenta de la Sociedad Española de Cirugía Pediátrica y jefa del servicio de la unidad del hospital universitario Reina Sofía y el vicepresidente de dicha sociedad y jefe del servicio de la unidad del hospital Gregorio Marañón de Madrid. El resultado fue desfavorable para su continuidad. El tribunal argumentó que el proyecto de evaluación presentado era insuficiente. En él la jefa de sección reconoció de forma expresa no haber

participado en las tareas de gestión y líneas de mejora de su unidad, y planteó un proyecto de futuro para la atención de la cirugía pediátrica que fue considerado deficiente por parte del tribunal. Al tener una plaza en otro centro y ser evaluada negativamente debía incorporarse a su hospital de origen.

El hospital Puerta del Mar no consideró procedente la comisión de servicios al no aportar valor a la unidad. El hospital contrató a una cirujana pediátrica experta en patología colorrectal, malformaciones anorrectales y enfermedad de Hirschsprung, muy bien considerada en este campo de la Sociedad Andaluza de Cirugía Pediátrica y por ser estas unas patologías de alta prevalencia en esta especialidad.

Con esta contratación la unidad de gestión clínica cuenta en la actualidad con un total de cuatro cirujanos pediátricos, uno de los cuales actualmente está en una situación de incapacidad temporal.

La previsión del centro es ampliar en los próximos meses en la plantilla de la unidad de gestión clínica de cirugía pediátrica para mejorar sus resultados. Para ello se está gestionando la contratación de tres cirujanos pediátricos más para completar una plantilla mínima de al menos seis profesionales. Hasta entonces, el hospital Puerta del Mar ha adoptado una medida transitoria gracias a un acuerdo de colaboración con el hospital Reina Sofía de Córdoba. Este acuerdo de colaboración permite que desde el pasado sábado 4 de marzo dos equipos de cirujanos pediátricos de dicho centro asisten al hospital Puerta del Mar para realizar intervenciones en horario de mañana y tarde. La previsión es intervenir a seis menores en cada turno.

A su vez, se está gestionando también la presencia de cirujanos procedentes del hospital universitario Virgen del Rocío de Sevilla para completar la actividad quirúrgica. Así, desde el 1 de marzo en la unidad de cirugía pediátrica del hospital Puerta del Mar está funcionando un quirófano diario, de lunes a viernes, y otro de tarde los lunes y miércoles. De esta forma, el centro gaditano aumenta en cuatro a la semana la actividad de los quirófanos para realizar intervenciones de cirugía pediátrica.

A su vez, hay consultas diarias de lunes a viernes y en las tardes de los martes y los jueves. No obstante esta actuación, fruto de la colaboración de los profesionales de otros centros sanitarios del sistema sanitario público de Andalucía, con el apoyo explícito de la Sociedad Andaluza de Cirugía Pediátrica, es una medida transitoria ya que, como he dicho, el hospital trabaja para contar con una plantilla de seis profesionales que dé respuesta a las necesidades del centro.

Además, existen de forma complementaria conciertos para atender a los niños y niñas de la provincia de Cádiz. Así, en 2016 un total de 190 niños fueron intervenidos en centros concertados, eso sí, para intervenciones de menor complejidad.

Señorías, por comentarles algunas de las actuaciones recientes en relación a esta cuestión, el día 23 de febrero se mantuvo una reunión con una representación de padres afectados por la situación de la unidad de cirugía pediátrica. Esta reunión finalizó en un tono cordial y otorgándole al nuevo director gerente un voto de confianza en su gestión. Entre las reivindicaciones de los padres está la necesidad de una nueva reorientación de la gestión de la unidad de cirugía pediátrica. Entre los compromisos adquiridos por la dirección del centro destacan la reconfiguración de la unidad con la ampliación de la plantilla hasta seis facultativos y un modelo organizativo moderno, basado en unidades multidisciplinares de patología colorrectal, urología y malformaciones vasculares.

Quiero aprovechar esta ocasión para agradecer el esfuerzo y la calidad de la asistencia que están prestando los profesionales de esta unidad, así como a los profesionales de otros centros sanitarios del conjun-

to del sistema sanitario público de Andalucía, fundamentalmente del ámbito de Córdoba y de Sevilla, que se desplazan al hospital y hacen una labor encomiable para garantizar la cirugía pediátrica de calidad en la provincia de Cádiz.

Muchas gracias, señorías.

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señor consejero.

Señora Mestre, tiene siete minutos para su intervención.

La señora MESTRE GARCÍA

—Sí. Muchas gracias, señor presidente. Señor consejero. Señorías.

Mire, señor consejero, la verdad es que esta comparecencia es fruto de la actualidad que se produce a lo largo de ya más de un año en la provincia de Cádiz en referencia a dicha unidad, la unidad de cirugía pediátrica del hospital universitario Puerta del Mar. Y estas reivindicaciones y esta actualidad la protagonizan las familias, los padres de menores que padecen anomalías anorrectales o bien la enfermedad de Hirschsprung. Por tanto, desde el Partido Popular, viendo cómo desde las familias, desde los padres, se está haciendo un arduo esfuerzo para defender los intereses y los derechos de sus hijos menores con estas enfermedades, vemos que es de obligado cumplimiento llevar a cabo esta comparecencia con todo tipo de rigor y de objetividad.

Usted en su intervención ha puesto en primer lugar de relieve las bondades de este servicio de cirugía pediátrica del hospital universitario Puerta del Mar, del buen hacer que llevan a cabo, que desde luego nosotros no lo vamos a poner en duda, pero nosotros sí nos centramos en esta comparecencia en la situación que padecen ahora mismo los padres de estos niños con estas enfermedades, puesto que son ellos quienes están reivindicando y luchando por este servicio. Y desde luego por no retroceder, que es lo que está sucediendo en este momento, a pesar de los datos que usted hoy aquí ha propiciado.

Parte de su intervención la ha centrado en la escasa..., bueno, escasa no, usted lo dice claramente, en la ausencia en la bolsa de cirujanos pediátricos y reconoce que no hay especialistas de cirugía pediátrica en nuestro país, que incluso están buscando especialistas fuera. Muy bien, si usted, que ha pasado de puntillas por el despido de la cirujana pediátrica que atendía a los hijos de estos padres que se movilizan, si de verdad no hay cirujanos especialistas, si hay tanto problema para que esta unidad se dote con los recursos humanos necesarios suficientes para atender a la población que atienden de menores con estas enfermedades, ¿cómo se permiten ustedes el lujo de despedir a una especialista en estos términos? Si no hay especialistas, ¿ustedes prefieren prescindir de una especialista que lleva en el servicio todos estos años, siete años, y dejar el servicio con una carencia aún mayor de especialistas, en detrimento de los intereses de los niños? Algo a mí se me escapa, señor consejero, y usted hoy no ha querido incidir en ello.

Y esta comparecencia es para que usted incida, con todos los respetos a las denuncias que hay en estos momentos por lo penal, con todo el respeto a los datos particulares de los profesionales, con todo el respeto a las familias y a los menores, pero aquí tenemos que hablar claro, porque para eso ha solicitado el Partido

Popular esa comparecencia. Porque usted, con los datos que ha aportado, no arroja ningún tipo de transparencia ni claridad sobre lo sucedido. No puede decir que no hay un solo cirujano pediátrico en España que pueda cubrir la necesidad del servicio de cirugía pediátrica en el hospital Puerta del Mar, y ustedes despidan a una especialista, que les digo y les recuerdo tiene carta de satisfacción de los padres —la tienen ustedes—. Tienen ustedes 25.000 firmas para que permanezca en el servicio la señora Muguerza, que es la peditra despedida. Tienen ustedes, además, la carta de satisfacción de la enfermería de planta. Tienen ustedes una memoria, del año 2009 y de 2016, donde se plantean los objetivos que se propusieron en el año 2009. Y se constata ahí la creación y el funcionamiento de la unidad digestiva quirúrgica pediátrica, con equipo multidisciplinar, la estructura organizativa, etcétera. ¿Cuál es el problema, señor consejero? ¿Cuál es el choque de intereses? Y si no es así, dígamelo usted, y deme además una respuesta convincente.

Desde el Partido Popular, vemos cómo, si somos conscientes del histórico de lo que viene sucediendo, hay una historia, quizás, de acoso, detrás de ello. ¿Hay una situación de incompetencia por parte, quizás, de otras personas que dirigen el servicio, como puede ser el jefe de servicio, como puede ser la directora médica...? No lo sé, señor consejero, pero hoy sí quiero yo salir de aquí con las cosas más claras.

Porque, en estos momentos, hay niños de la provincia de Cádiz que, debido a esa falta de recursos humanos que existe en este servicio de cirugía pediátrica, están en un hospital fuera de nuestra comunidad, por ejemplo. Porque hay profesionales allí —no muchos—, pero que están al día de estas enfermedades raras. Y, en estos momentos, hay un niño ingresado allí, que podía estar perfectamente en Cádiz, cercano a su casa, y sin crearle los perjuicios que se le está generando a su propia familia. Y en estos momentos están allí, llevan ya cuatro semanas, por ejemplo, señor consejero. Igual que este niño, han ido también, y han venido, desde hace muy pocos días, otros niños de la provincia de Cádiz, del hospital de La Paz, por ejemplo, en el hospital de La Paz.

Por eso, creo que teniendo una unidad, que tenía un buen prestigio en nuestra provincia, teniendo una unidad que tenía una unidad multidisciplinar, que estaba funcionando, que tenemos 25.000 firmas que atesoran el buen trabajo y el buen hacer de esta unidad multidisciplinar. ¿Cómo se prescindir de una especialista de esta índole? Que además ella sí que es experta en estas anomalías anorrectales. Ella sí que es experta y ella sí que estaba consiguiendo que estos niños tuvieran una situación bastante diferente, con mayor calidad de vida. Y, si ustedes me permiten, yo haría aquí una definición, y es: recobrándoles la dignidad a estos niños y a sus familias, porque son niños que, debido a la enfermedad que padecen, pues tienen un gran rechazo por parte de la sociedad. No es fácil tratar esas enfermedades, por eso no es fácil también encontrar especialistas. También se producen muchas información que se confrontan, ¿no?, que confrontan al final y nos dejan sin palabras en muchas ocasiones.

Cuando se produce esta situación, en los propios medios de comunicación, el propio hospital de Cádiz dice que no, que para tratar estas anomalías y la enfermedad de Hirschsprung no hace falta especialista en ella, no hace falta especialista. Así fue y así viene recogido en los medios de comunicación. Sin embargo, cuando se despide a esta cirujana pediátrica, al cabo de las horas, anuncia el propio hospital que se oferta una plaza de cirugía pediátrica para una persona especializada, y la que se contrata es muy especializada al respecto, como además usted aquí la ha definido: por un lado, sí, y, por otro lado, no. Hasta ustedes incluso, no sé si para lavar un poco la cara de la situación que estábamos todos viviendo en la provincia de Cádiz, del

hospital Puerta del Mar, pues vienen ustedes a sacar unas jornadas de formación —la primera vez— para profesionales en estas enfermedades.

Y, en definitiva, desde el propio Servicio Andaluz de Salud, en ningún momento se le ha dado la cara a la profesional, ¿no? Yo —y no me lo cuenta la profesional, me lo cuentan los padres— puedo decirles aquí a todos cómo fue despedida esta señora. Y yo creo que si la forma de ser despedida la cirujana pediátrica del hospital Puerta del Mar de Cádiz lo llega a hacer una empresa privada, señorías, estaríamos todos clamando contra esa empresa privada, hablando de los derechos laborales, hablando de los derechos de las personas y denunciando la actitud de la empresa privada. Porque esa doctora fue despedida a puerta abierta en su consulta, con familiares..., con familias, mejor dicho, con sus niños delante, esperando ser atendidos, porque tenían cita para ese día, y con las puertas abiertas, dos señores entraron y le dijeron: «Está usted despedida». «¿Desde qué momento?». «Desde este mismo instante». Y en ese momento se dejó de atender a las familias que estaban en la sala de espera a ser atendidos sus hijos por esta doctora.

Yo creo que usted debe conocer eso. Si no lo conoce, se lo estoy diciendo tal y como ha sido, señor consejero. Y usted tiene la oportunidad de, a partir de hoy, remangarse y saber, con conocimiento de causa, realmente lo que ha sucedido, independientemente de los informes que le puedan llegar. Porque usted también tiene un informe muy completo, por dos ocasiones ha sido remitido por parte de los afectados, y de la propia afectada, y yo creo que hay cuestiones que aunque el SAS es difícil de gestionar, obviamente —no hay que dar explicaciones de los motivos, porque dirige todo el sistema sanitario andaluz en nuestra tierra—...

El señor GARCÍA ANGUIA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Señoría...

La señora MESTRE GARCÍA

—Voy terminando.

... pero usted, como consejero, hay situaciones flagrantes que debe ser el primer concededor que, de manera objetiva, distinga las situaciones, y se tomen medidas sin necesidad quizás de intermediarios. Pero, desde luego, creo que en la segunda intervención haré una intervención a raíz de lo que usted aclare y de las cuestiones que le he planteado.

Muchas gracias.

El señor GARCÍA ANGUIA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señoría.

Señor consejero, para la segunda intervención.

El señor ALONSO MIRANDA, CONSEJERO DE SALUD

—Gracias, señor presidente.

Señoría, creo que en la primera intervención, si algo no he sido es que..., que me haya salido del tema, sino que he hablado claramente sobre él.

De todas formas, usted ha repetido una palabra que es mentira, es decir, la palabra «despedida», de una persona que tiene una plaza en propiedad y que estaba aquí desempeñando un puesto de cargo intermedio, evidentemente no está despedida. Y creo que nadie le haya dicho que estaba despedida, puesto que una persona que tiene plaza en el Sistema Nacional de Salud y está aquí en comisión de servicios, en ningún caso es despedida. Pero paso a repetirle la situación, y a mí no me gusta hablar de la gente, pero como es insistente, y en los profesionales...

Hace una semana se procedió a la evaluación, por un tribunal, tal y como viene recogido en la normativa vigente. Y el tribunal estaba formado, entre otros miembros, por la presidenta de la Sociedad Española de Cirugía Pediátrica, y jefa de servicio de la unidad del Hospital Universitario Reina Sofía, y por el vicepresidente de la sociedad, y jefe de servicio de la unidad del hospital Gregorio Marañón de Madrid. Creo que son dos profesionales de reconocido prestigio a nivel nacional, y no solo a nivel nacional sino a nivel internacional. Ellos han procedido a la evaluación del desempeño de esta persona, y no ha pasado la evaluación, ha sido una evaluación desfavorable. Por lo tanto, yo no..., como consejero, evidentemente, y pese a ser médico, no me siento capacitado para discutir el planteamiento de dos grandes jefes de servicio, reconocidos a nivel internacional, y sobre todo siendo presidente y vicepresidente de la sociedad española. Posiblemente usted sí, yo le reconozco que no soy capaz de discutir contra dos profesionales de este nivel nacional e internacional. Por lo tanto, ese fue el procedimiento y no otro.

Ella estaba aquí ocupando una jefatura de sección, una vez que el procedimiento de evaluación es desfavorable, pierde la jefatura de sección y tiene que volver a su plaza de origen, salvo que viniese en comisión de servicios, cosa que no se valoró, una vez que tenía el análisis de la situación.

Como usted bien conoce, nosotros procedimos, a continuación, a contratar a una cirujana pediátrica experta. Las razones por las que no llegó primero, prefiero no comentarlas porque no quiero ahondar en la situación personal de una persona que fue evaluada con todo el respeto, y nos merece todo el respeto, y no podemos entrar a hacer mayores consideraciones. Sí quiero decirle que existe también informe de la inspección de servicios del Servicio Andaluz de Salud, en el cual se evaluaron y se tomaron consideraciones, a raíz de las cuales se abrieron procedimientos reservados que, como usted plantea, están algunos en vía judicial, por lo tanto no podemos comentarlos en este ámbito hasta que no se resuelvan, pero cuando se resuelvan con mucho gusto podemos hablar del tema, y nuestro objetivo está claro, y por eso nos reunimos con los padres de los niños el nuevo gerente del hospital, con un objetivo claro, que es darle respuesta y la mejor respuesta asistencial a los niños de Cádiz, para poder prestar toda la atención pediátrica, y una atención pediátrica de cirugía pediátrica de calidad en Cádiz, y eso es lo que se está haciendo, con esta nueva profesional que es experta y creo que no es discutible su capacidad y su calidad de trabajo, y es especialista en patología colorrectal, malformaciones en los rectales, enfermedades de ictus, ya se lo he comentado anteriormente.

Le he comentado claramente las razones que sucedieron y cómo fue el procedimiento. Yo no sé cómo se le comunicó, pero, desde luego, en ningún caso se le pudo comunicar que estaba despedida, puesto que no se puede despedir a quien tiene un contrato fijo en la Administración, salvo que sea por un procedimiento sancionador, y si alguien lo hizo, evidentemente, no se ajustó a la verdad, y si no lo hizo, no se ajusta usted ahora a la verdad cuando lo dice, pero yo no tengo ninguna, ninguna razón para pensar ni lo uno ni lo otro. Solo puedo decirle cual fue el procedimiento, un procedimiento reglado, hecho por profesionales de prestigio, valorado, evaluado, y a partir de ahí se están tomando las medidas y se han tomado las medidas como le comenté, haciendo acuerdos, acuerdos refrendados por la Sociedad Andaluza de Cirugía Pediátrica. Por lo tanto, creo que son acuerdos que perfectamente cumplen garantía de atención a los padres.

Le vuelvo a repetir que, en la reunión que se mantuvo con los padres y con el gerente del hospital, se acordaron los procedimientos que se iban a seguir, y los padres, por lo que me manifiestan..., estuvieron, dieron un margen de confianza para que el gerente trabajase en ese ámbito.

Explicarle de una forma más clara que las razones no se las puedo explicar porque la evaluación ha sido pública. De hecho, podía acudir quien quisiese a ver la evaluación de los profesionales del centro, y está hecha por profesionales de prestigio, salvo que dudemos de que el presidente de la Sociedad de Cirugía Pediátrica y el vicepresidente no tengan capacidad o dudemos del prestigio que tienen en la decisión que se tomó en ese momento. Por lo tanto, seguiremos trabajando para dar respuesta, y en eso coincidimos.

Nuestro objetivo tiene que ser dar respuesta a los niños y niñas de Cádiz, para aquellas necesidades que tengan, y garantizar el mejor de su desarrollo, y en ello estamos trabajando, y le digo con total transparencia lo que ha sucedido, no tiene ninguna situación más.

Muchas gracias.

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señor consejero.

Señora Mestre, tiene tres minutos.

La señora MESTRE GARCÍA

—Sí, muchas gracias, señor consejero.

Mire, yo no he utilizado el cinismo en ningún momento y le pediría que no lo utilice.

Cuando se habla de despido, todos sabemos a lo que nos referimos. ¿Los ciudadanos entienden la diferencia entre cese y despido, señor consejero?

Mire, hasta los propios medios de comunicación valoran lo que ha sucedido con la señora [...] como despido, porque hablamos para que nos entienda todo el mundo ¿no, señor consejero? ¿O aquí vamos a hablar constantemente con los tecnicismos para confundir a la sociedad? Porque cese o despido, para un ciudadano, lo mismo es, independientemente a la categoría profesional, a la plaza que esta señora tenga en otro centro, en otra comunidad autónoma, independientemente a todo.

A esta señora se le ha despedido porque han prescindido de ella en el servicio de cirugía pediátrica del hospital universitario Puerta del Mar, señor consejero, eso es lo que ha sucedido. Todo lo demás vendrá a ensombrecer la realidad, que no es ni más ni menos que la intervención que usted ha tenido.

Mire, señor consejero, ¿usted sabe cada cuánto tiempo se hacen las evaluaciones? Según ustedes, las evaluaciones hay que hacerlas cada cuatro años, ¿verdad? La señora despedida llevaba siete años en el hospital, y le han hecho su primera evaluación después de siete años, señor consejero, solo quince días después de haber renunciado ella a abandonar su puesto de trabajo. Qué casualidad, señor consejero.

Mire, la evaluación, señor consejero, ha sido a una persona que no estaba presente, y la suspendieron. Pero esa señora no se presentó a la evaluación, y ustedes la suspendieron. Pero ella no se presentó, señor consejero, porque la memoria, señor consejero, estaba impugnada en un recurso de alzada. Ella no se presentó a la evaluación como profesional, y fue suspendida, no obstante, ¿verdad? Eso ha sido así.

Y mire, señor consejero, el propio hospital les decía a los sindicatos y a los padres que el que suspendiera en un hipotético caso esa evaluación no es motivo alguno, según el Servicio Andaluz de Salud, para ser despedida, porque no obstante se podía quedar como adjunta a la cirugía pediátrica.

Entonces, señor consejero, ¿qué es lo que ha pasado aquí?

Sí, una cosa muy extraña, consejero. Pero así de extraña y de injusta es la situación que está viviendo la jefa de servicio, la jefa de servicio, perdón, la doctora despedida, la cirujana pediátrica y los familiares, la jefa de sección, ¿de acuerdo?, y así de injusta es la situación que viven esos padres, pero también el servicio en sí, porque ese servicio viene desde hace ya, en torno a casi diez años, teniendo serios problemas, porque el anterior jefe de servicio ya denunciaba en los medios de comunicación y pedía recursos humanos y materiales. Tanto es así que cuando este señor se va y cambian ustedes al jefe de servicio, los propios medios dicen que cirugía pediátrica tiene nuevo jefe de servicio tras un año de situación crítica. ¿Situación crítica por qué, señor consejero? Porque tenía, por ejemplo, a 56.000 menores a cargo de cada uno de los cirujanos que había, cuando la media es en torno a 20.000 niños por cirujano.

Señor consejero, tenían una lista de espera de 480 pacientes, señor consejero. Y llegó un nuevo jefe de servicio y hoy estamos hablando de lo que estamos hablando, señor consejero, estamos hablando de cosas muy delicadas y de muchas otras que me callo, porque no puedo trasladarlas en esta comisión, pero que en privado estoy dispuesta, por supuesto.

Pero creo que el área de cirugía pediátrica, por el bien de los enfermos a los que atiende, debe ser en estos momentos objetivo prioritario para su consejería, al igual que también le pediría que la Consejería de Salud se actualice, porque, según ustedes, en Cádiz no existe área de cirugía pediátrica, y existe en el hospital Virgen del Rocío. Y usted ha empezado su comparecencia diciendo que hay cirugía pediátrica en al menos los ocho hospitales de referencia de toda Andalucía, y que ahora se instalará uno más en el Juan Ramón Jiménez. Eso ha dicho usted. Actualícelo.

Si eso es así, póngalo en la web, porque si no, flaco favor les estaremos haciendo a esas personas que requieren de estos servicios en todo el territorio de nuestra comunidad autónoma.

Y en la provincia de Cádiz, le pido por favor, le pido por favor que, después de los datos que le he dado en torno a la evaluación de esta señora y a la forma de haber sido despedida, es decir, cesada, pues sea usted el que de primera mano se informe, valore y estudie la situación, pero ya no por el despido de esa profesio-

nal, que es adulta y puede valerse por ella misma, aunque por supuesto la situación que viene padeciendo a lo largo de los últimos años en el hospital Puerta del Mar le genera graves perjuicios a ella y a su entorno familiar, por supuesto, y los están generando ustedes, si es que se constata que no han sido ustedes justos y que ha habido irregularidades. Si eso se constata, podremos constatar a la vez que hay un perjuicio gravísimo para ella y su familia, venido de la mano, por supuesto, del Servicio Andaluz de Salud. Pero bueno, eso se constatará, eso se constatará, para bueno o para malo, dará o quitará razones.

¿Pero y a las familias, qué hacemos mientras, señor consejero? ¿Dejamos que las familias sigan acudiendo a otros hospitales a muchísimos kilómetros de distancias de sus casas, en perjuicio de estos menores?

Creo que el objeto aquí no debemos perderlo de vista, que son los niños, la buena atención médica y la calidad y la dignidad de la vida de estos menores. Por ello creo que usted, en el día de hoy, está obligado a coger esta situación de primera mano y a liderarla, para darle una solución inmediata a estas familias.

Muchas gracias.

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Gracias, señoría.

Señor consejero, para cerrar el debate.

El señor ALONSO MIRANDA, CONSEJERO DE SALUD

—Gracias, señora Mestre.

No es que esté obligado a cogerla, es que ya la hemos cogido, y por eso le he planteado las soluciones que estamos haciendo y le he dicho que una profesional se ha ido y otra ha venido. Yo tampoco puedo entrar en esta comisión a decir por qué no vino antes. Entenderá que no voy a hacer ningún juicio de valor, pero simplemente voy a comentarle algunas cosas que se valoraban en la memoria.

Hablaban de mala organización, de una mala producción, de calidad asistencial... No voy a entrar a seguir valorando y haciendo juicios, ¿eh?, pero, como usted planteaba, se verá, se verá quién tenía o no tenía razón. Evidentemente, usted en lugar de plantear el hecho de considerar que lo que se decide por el tribunal de selección, por profesionales de prestigio, como le comentaba, usted cree que eso es injusto... Ya sabemos que la valoración en algunos casos que ustedes tienen sobre la presunción de inocencia o no, la presunción de que las cosas están bien hechas o no, varía según dónde, y no voy tampoco a entrar en ese tema.

Pero sí quiero plantearle otra cosa: creo que lo de despido sí es importante. Es importante, y no son tecnicismos. Si no pregúntele usted a los millones de parados que hay en España si es lo mismo estar despedido y quedarse sin trabajo que no. No sea usted tampoco demagógica a la hora de hablar de despido. Aquí está alguien que ha sido remozado, que por lo tanto no ha pasado..., era una jefe de sección y por eso era importante comentarlo, y como jefa de sección, que es en la calidad en la que vino al hospital de Cádiz, vino en calidad de jefe de sección, fue valorada como jefe de sección y no pasó la valoración como jefe de sección por iguales, en su misma especialidad, yo no dudo, del mismo prestigio, de la misma valía. Quiero decir que los tribunales eligen y lo plantean, y plantean su situación. Nosotros sí tenemos una obligación clara, y se lo

he dicho, para resolver la situación de Cádiz. Y hemos tomado medidas que usted no ha querido escuchar, o por lo menos a las que no ha hecho referencia, acordando con otros hospitales de la comunidad autónoma y con la Sociedad Andaluza para poder dar respuesta a los niños de Cádiz en Cádiz. Evidentemente son medidas que llevamos tomando de forma, de forma clara, y usted lo sabe. Usted sabe las situaciones que se han planteado. Usted quiere..., hablando siempre de demagogia para los demás, cuando usted hace una demagogia que es impresionante y terrible sobre estas situaciones. Pero, bueno, creo que al final hay una cosa en la que sí coincidimos, y espero, vamos, espero no, estoy seguro que en eso coincidimos: el objetivo que tenemos que dar es darle una respuesta adecuada a los niños y niñas de Cádiz que necesitan una cirugía. Y en ese camino estamos, y las decisiones que se han tomado se ajustan no solo a derecho, sino se ajustan también a la evaluación que se realiza entre pares. Y la evaluación entre pares, como usted sabe, es la evaluación que viene recogida en el conjunto del Sistema Nacional de Salud. Y por eso se eligió en este caso, y dadas las circunstancias que existían en el propio..., en el propio servicio, se eligieron a profesionales de reconocido prestigio nacional e internacional para hacer la evaluación y que no fuese una evaluación que estuviese condicionada por ninguna otra razón. Esa es la realidad.

Por tanto, seguiremos trabajando, seguiremos mejorando. Y mientras tanto encontramos profesionales que vengan al servicio, seguiremos con los acuerdos que tenemos entre las diferentes unidades de gestión clínica de la zona occidental de Andalucía, seguiremos trabajando para que los niños reciban el tratamiento en el propio hospital. Y ese debe ser nuestro compromiso, es nuestro compromiso y trabajaremos en él. Y ahí lo comparto con usted, es una obligación y una responsabilidad de la consejería que debemos establecer de forma clara.

Muchas gracias.

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señor consejero.

10-17/APC-000278. Comparecencia del consejero de Salud, a fin de informar sobre las políticas de salud en la infancia en Andalucía

El señor GARCÍA ANGUIA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Pasamos al siguiente punto del día, comparecencia solicitada por el Grupo Parlamentario Socialista, a fin de informar sobre las políticas de salud en la infancia en Andalucía.

Le pregunto a la señora proponente, la señora Maese, ¿quiere una o dos intervenciones? A efectos, señor consejero... Usted una intervención y el consejero otra.

Tiene quince minutos, señoría.

El señor ALONSO MIRANDA, CONSEJERO DE SALUD

—Gracias, señor presidente.

Señoría, la atención a la infancia es una prioridad del sistema sanitario público de Andalucía, y desde los primeros momentos de las transferencias sanitarias a nuestra comunidad desarrollamos programas específicos para este grupo de población.

El Programa de Atención a la Salud Infantil, puesto en marcha en 1985 e innovador en su momento, también conocido por todos como programa del niño sano, fue el primer instrumento de nuestro sistema sanitario para el desarrollo de un conjunto de actividades de promoción y prevención de la salud infantil, y desde entonces se ha ido adaptando a las nuevas necesidades de los distintos grupos de edad de la población infantil de nuestra comunidad, ampliando su cobertura hasta los niños y niñas de 14 años y manteniendo su continuidad en el tiempo.

Incluía actuaciones como el diagnóstico precoz de metabolopatías, el programa de vacunaciones y salud escolar, y fue uno de los primeros programas puestos en marcha con motivo de la reforma de la atención primaria en Andalucía.

El impacto del desarrollo de este programa fue determinante para detectar alteraciones estructurales, nutricionales, del crecimiento y del desarrollo psicomotor del menor. Desaparecieron causas de morbilidad susceptibles de vacunación, como la rubeola, la poliomielitis, la difteria y tétanos neonatal. Otras enfermedades como el sarampión y la parotiditis se redujeron a brotes localizados y se introdujeron nuevas vacunas en el calendario vacunal, como la hepatitis B, el *Haemophilus influenzae* tipo B. Se redujo también de forma notable la mortalidad ocasionada por accidentes infantiles en menores de 5 años.

De forma conjunta al desarrollo del programa del niño sano, en el ámbito de atención primaria se inició la implantación de espacios propios para la atención infantil en los centros de salud y en la red hospitalaria. La salud de la infancia en Andalucía mejoró de forma significativa con estas actuaciones y, por tanto, también, la supervivencia, equiparándose a los indicadores del conjunto de países de nuestro entorno.

Destacar en este sentido la disminución de la tasa de mortalidad en un 19% en la década de 1984 a 1992, el cambio de perfil de las principales causas de muerte del primer año de vida, disminuyendo la incidencia de

las enfermedades infecciosas y las afecciones perinatales y un descenso de la mortalidad por accidentes en el primer año de vida. Además, disminuyó la prevalencia de las enfermedades prevenibles por vacunación y las secuelas de las metabopatías congénitas.

En Andalucía la población infantil representa el 19,4% del total de la población, en concreto 1.627.935 menores de 18 años, según los últimos datos del Observatorio de la Infancia en Andalucía que datan de 2016.

Para la atención sanitaria integral a esta población desde el sistema sanitario público de Andalucía hemos desarrollado estrategias y recursos que dan respuesta a sus principales problemas de salud, y lo hacemos desde su nacimiento hasta la adolescencia, siguiendo el ciclo vital del menor y atendiendo sus necesidades sanitarias. Se trata de actuaciones y programas que mantienen un hilo conductor en cuanto que acompañan la vida del menor atendiendo sus problemas de salud. No son, por cierto, acciones aisladas, sino que responden a una concepción integral de la atención a los menores que se complementa con acciones que los distintos planes integrales contemplan para este sector de la población, como es el caso del plan de obesidad, del plan de diabetes, del de salud mental, o del de accidentabilidad.

Señorías, el desarrollo de las sociedades avanzadas ha generado cambios importantes en la epidemiología de la enfermedad infantil con la aparición de nuevos factores de riesgo y también nuevas vulnerabilidades. Algunos de estos problemas, como la obesidad, diabetes y los problemas de salud mental, plantean nuevos retos para los sistemas sanitarios y requieren respuestas integrales. A la vez se han producido cambios conceptuales en las relaciones de la ciudadanía con los sistemas sanitarios públicos en el sentido de la consideración de sujetos y titulares de derechos a los usuarios, como queda recogido en el IV Plan Andaluz de Salud, superando la concepción de meros beneficiarios de cuidados y prestaciones.

En esta nueva perspectiva se enmarca el Decreto 246/2005, con el que se regula en nuestra comunidad el ejercicio del derecho de las personas menores a recibir atención sanitaria en condiciones adaptadas a las necesidades propias de su edad y desarrollo.

Por otra parte, el II Plan Integral de Infancia de Andalucía 2016-2020 contempla cuatro líneas estratégicas de actuación: promover oportunidades para que los niños y niñas andaluces alcancen su mayor potencialidad de salud, desarrollo y bienestar; reducir la carga de enfermedad y mortalidad prevenibles; actuar sobre los determinantes sociales y las desigualdades de salud infantil; y fortalecer la capacidad del sistema sanitario público de Andalucía y las alianzas intersectoriales para favorecer la salud y el bienestar infantil.

Desde la Consejería de Salud actuamos para alcanzar estos objetivos siguiendo el ciclo vital del menor y atendiendo sus necesidades sanitarias, así en la etapa prenatal contemplamos un conjunto de actividades y programas que persiguen asegurar las mejores condiciones de salud materno-infantil. En este sentido, el diagnóstico genético preimplantatorio representa una de las primeras acciones que ponemos al servicio de la salud infantil. Saben sus señorías que nuestra comunidad fue la primera en incluir en su cartera de servicios esta prestación, que se ofrece cuando hay un elevado riesgo de transmitir a sus hijos o hijas una enfermedad genética hereditaria. Gracias a esta prestación han nacido ya en Andalucía más de sesenta bebés libres de enfermedad genética hereditaria. A fecha 20 de noviembre de 2016 eran ya 63, y se espera el nacimiento de 12 más.

Por otra parte, y durante el embarazo, se realiza el seguimiento de la embarazada por parte de los profesionales de atención primaria y hospitalaria, a fin de planificar las visitas en los trimestres de gestación, la educación maternal y la asistencia al parto, al puerperio, y la atención y cuidados del recién nacido.

El proyecto de humanización de la atención perinatal desarrolla aspectos tan importantes como el acompañamiento durante el parto, los vínculos afectivos con el bebé, los cuidados centrados en el desarrollo y también en la intimidad, así como la promoción de la lactancia materna. Desde el nacimiento se inicia un conjunto de actuaciones para comprobar el estado de salud del recién nacido y detectar posibles patologías.

Es el caso de la detección precoz de las metabolopatías y cribado de la fibrosis quística, lo que todo el mundo conoce por «prueba del talón». Con ella se realizan a todos los recién nacidos las determinaciones necesarias para el diagnóstico de las enfermedades incluidas en el cribado. Actualmente, en Andalucía son 30 esas enfermedades. Cada año se realizan en torno a 80.000 determinaciones y, desde 2010, se han diagnosticado 77 recién nacidos con patologías de aminoácidos, acidurias orgánicas y trastornos de la betaoxidación, 385 hipotiroidismos congénitos y transitorios, y 70 casos de fibrosis quística. Estos datos incluyen hasta enero de 2017.

Junto a estas pruebas, realizamos también la prevención de la hipoacusia en recién nacidos, que nos permite detectarlas antes de los seis meses. Desde el año 2012 hemos realizado esta prueba a 257.056 menores, y se les ha diagnosticado a 447 de ellos. A partir de ese diagnóstico, se establecen las orientaciones terapéuticas que requiera el niño o niña en función de cual sea la causa que ocasiona esta discapacidad.

Saben también sus señorías que en Andalucía se garantiza, desde agosto de 2008, a la población infantil menor de un año, el derecho a la prestación farmacéutica gratuita. Desde entonces y hasta julio de 2016, un total de 765.190 menores de un año han sido beneficiados de este derecho, y ello garantiza la equidad en el acceso a los medicamentos a las familias con hijos e hijas en este rango de edad. Se han dispensado, en total, 6.707.455.

Como les decía al principio de esta intervención, el Programa del Niño Sano se fue ampliando progresivamente para dar cobertura a un rango mayor de edad, hasta alcanzar los 14 años. Su actualización constituye el Programa de Salud Infantil y Adolescente en Andalucía, que es el eje vertebrador de las actuaciones y estrategias en relación a la salud de nuestros menores. Se incorporó en este programa una secuencia de visitas, un total de 12 desde el nacimiento hasta los 14 años de edad, en las que se realizan intervenciones de promoción y prevención, así como elaboración de indicadores que permitan reconocer anomalías y posibles riesgos de enfermedad.

Junto a ello, y dentro del Programa de Salud Infantil, el Proyecto Apego, que apoya a madres y padres para una crianza saludable de sus hijos, y la aplicación «Ventana abierta a la familia» que, con el apoyo de Salud Responde, ofrece a las familias la posibilidad de plantear todas sus dudas y preguntas para una mejor atención a sus hijos e hijas.

En la actualidad, están inscritos 18.293 usuarios, que son atendidos por especialistas en salud infantil. Se han realizado 607.615 consultas a este servicio por parte de los usuarios inscritos, y los vídeos que ofrece el programa Ventana abierta se han reproducido en más de dos millones de ocasiones.

En esta misma línea, en la prevención de las enfermedades en los menores, desarrollamos el Plan Estratégico de Vacunación en Andalucía. Como saben, en el año 2013 el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud acordó un calendario vacunal común, no siempre seguido de forma homogénea por todas las

comunidades. Este calendario fue revisado en 2016, con un acuerdo del Consejo Interterritorial, acuerdo que fue por unanimidad, de lo cual nos hemos congratulado ya en esta comisión.

El día 1 de enero de este año entró en vigor el nuevo calendario de vacunación infantil. La cobertura de vacunación en edad infantil en nuestra comunidad se mantiene por encima del 95%, cifra que se considera adecuada para la cobertura de una población, se considera óptima.

Por otra parte, nuestra comunidad reguló en 2001 la prestación dental a la población de 6 a 15 años, garantizando la asistencia dental básica y los tratamientos especiales por el sistema sanitario público de Andalucía. Las distintas cohortes se fueron incorporando desde 2001 hasta 2010, en que se incorporó la última. El objetivo del programa es que el menor adquiera una cultura de higiene bucal, adopte hábitos preventivos y reciba asistencia adecuada.

La asistencia incluye una revisión anual del estado de los dientes y boca del menor, informarle sobre normas higiénicas y consejos para evitar la aparición de caries. También incluye el sellado preventivo de las fisuras y fosas que se detecten, el tratamiento de las caries de dientes definitivos, la extracción de piezas cuando no sea posible su conservación y la atención urgente. Contempla los tratamientos especiales y los casos de maloclusión severa en pacientes intervenidos de fisura palatina, labio leporino y malformaciones esqueléticas. Cada paciente puede elegir un dentista de los profesionales públicos o privados incluidos en el programa. Desde el inicio del programa hasta diciembre de 2016 se han realizado 320.757 actuaciones y se han destinado a este fin más de 7,6 millones de euros.

Quiero ahora referirme, señorías, a una de las cuestiones que han centrado gran parte del debate parlamentario y del compromiso del Gobierno andaluz en relación a la atención a la infancia. Me refiero a la atención temprana. Mediante esta prestación, abordamos la prevención y la atención precoz, y con carácter interdisciplinar, de aquellos menores que presentan trastornos del desarrollo o riesgo de padecerlos, como todos ustedes conocen.

Es una cuestión, sin duda, que exige destinar todos los recursos y esfuerzos para atender a estos niños y niñas para que alcancen sus máximas capacidades, como ya hemos tenido oportunidad de comentar en muchas ocasiones. Contamos en nuestra comunidad con un instrumento, como es el Decreto 85/2016, por el que se regula la intervención integral de la atención infantil temprana en Andalucía, que garantiza los principios de universalidad, gratuidad y equidad en la prestación.

Se favorecen también la descentralización y la calidad, con unos servicios próximos al domicilio familiar, y organizándolos en relación a las necesidades de los menores y sus familias.

La red de atención infantil temprana atiende actualmente a más de 19.700 niños y niñas al año, siguiendo los procesos asistenciales integrados para cada caso. Y el presupuesto de este año es de más de 21 millones de euros, distribuido entre conciertos y convenios.

Muchas gracias, señoría.

La señora LÓPEZ MARTÍNEZ, VICEPRESIDENTA DE LA COMISIÓN

—Gracias, señor consejero.

Señora Maese, tiene usted diez minutos.

La señora MAESE VILLACAMPA

—Gracias, señora presidenta.

Señor consejero, para llevar a cabo todo este amplio conjunto de medidas dentro de las políticas de salud de la Junta de Andalucía, permítame decir que ha sido fundamental la fuerte implicación de los servicios profesionales, cada vez más interdisciplinares, personas comprometidas cuya dedicación ha redundado, durante todos estos años, en la mejora de la salud y el bienestar de nuestros niños y niñas y adolescentes.

Cuando hablamos de políticas de salud, de infancia y de adolescentes, son muchos los aspectos que hay que tener en cuenta, desde el enfoque de derechos de la infancia, las desigualdades sociales, o los contextos de socialización y desarrollo infantil, como son las familias, como son las escuelas, o como son otros entornos comunitarios.

En las últimas décadas, la supervivencia infantil, como usted ha dicho, ha mejorado en todos los países desarrollados y ha mejorado también en todos los grupos de edad. Pero también el dinamismo de las sociedades y la alta complejidad estructural han ido generando importantes cambios en la epidemiología de la enfermedad infantil, ha venido generando también profundas desigualdades y la aparición de nuevos factores de vulnerabilidad y riesgos para la salud.

Como usted se ha referido hace un momento, la obesidad, la diabetes, las secuelas de la prematuridad, el maltrato infantil, o los trastornos de salud mental plantean nuevos desafíos para los sistemas sanitarios, y establecen la necesidad de respuestas integrales y multidimensionales.

La infancia es especialmente vulnerable a los efectos de la pobreza y de la exclusión social. La intervención sobre los problemas de salud de los menores rebasa el marco del centro sanitario y exige ampliar la mirada hacia los espacios públicos, como decía, las escuelas, las actividades de ocio o las relaciones afectivas.

La política de salud infantil en Andalucía no solo se basa en la prevención, la educación y la promoción, sino que tienen en cuenta las nuevas necesidades de atención, la diversidad sociocultural y las expectativas de la ciudadanía de hoy en día.

Esta cuestión es muy importante, no solo porque los niños y niñas son el eslabón más débil de la sociedad, sobre los que inciden de forma más acentuada cualquier desequilibrio del entorno, sino porque además hay evidencias cada vez mayores de que la intervención precoz en los primeros años conduce a un crecimiento exponencial del nivel de salud en la vida adulta, lo que, además de proporcionar bienestar, es una inversión en salud, física y mental, para el futuro. Es en el sistema educativo y en el sistema sanitario, y más concretamente en la atención primaria, donde se dan mayores oportunidades de intervenir con niños, niñas, adolescentes y con sus familias.

Las consecuencias de no hacerlo a tiempo comportan, casi siempre, costes para el futuro. No olvidemos que la mayor riqueza económica de un país es su capital humano, y casi un 2% de la población andaluza es menor de 18 años.

Actualmente, desde la gestión sanitaria hay unanimidad al apuntar que el camino para continuar con la línea de crecimiento y avance en mejoras de salud pasa por dar prioridad a las actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, evitando así más medicalización, que no siempre conlleva mayores niveles de salud.

Es el momento de pasar de una atención básicamente asistencial a una atención basada en la promoción y en la educación sanitaria, promotora de salud.

La atención primaria, al ser el primer acceso al sistema sanitario, tiene un papel fundamental en la coordinación y en la continuidad de los cuidados. Este aumento del peso específico de la atención primaria está repercutiendo positivamente en otros niveles de la atención, como pueden ser altas precoces, consultas de acto único, etcétera.

En la actualidad, hay prestigiosos grupos y comités de expertos que desarrollan y evalúan las actividades preventivas que, desde la evidencia científica, se deben incluir en las políticas de salud infantil.

La realidad social ha cambiado, y, por tanto, la forma de vivir y de enfermar también lo han hecho; aparecen nuevos retos: patologías emergentes, problemas de salud mental, desgraciadamente, cada vez más frecuentes; trastornos alimentarios, patologías psicosociales, como por ejemplo adicciones a nuevas tecnologías; acoso escolar, embarazos no deseados, etcétera.

La realidad social también nos ha llevado al escenario derivado de la crisis económica, que impacta negativamente también en la salud. Por eso la asistencia preventiva debe tener en cuenta las creencias y las preferencias de los niños y niñas, de adolescentes y también de sus familias; tener en cuenta la diversidad cultural y de hábitos dietéticos, nuevos modelos parentales; promoción de la lactancia materna, consejos antitabaco; sexualidad en adolescentes, decisiones sobre su propia salud, etcétera.

Es importante establecer un marco compartido de responsabilidades con la ciudadanía, y obligan a incorporar las perspectivas de grupos de población como la infancia, que, tradicionalmente, eran menos tenidas en cuenta.

Hemos de poner nuestros ojos en la infancia, como ciudadanos de pleno derecho, y su salud un signo de prosperidad, porque la salud de los niños y niñas es un factor importante en la ecuación del progreso social.

Me gustaría terminar con una frase que se dijo en la Cumbre Mundial en Favor de la Infancia en 1990, y decía: «No hay causa que merezca más que la protección y desarrollo del niño de quien depende la supervivencia, la estabilidad y el progreso de todas las naciones, y, de hecho, de la civilización humana».

Muchas gracias.

La señora LÓPEZ MARTÍNEZ, VICEPRESIDENTA DE LA COMISIÓN

—Gracias, señora Maese.

Señor consejero.

El señor ALONSO MIRANDA, CONSEJERO DE SALUD

—Muchas gracias, señoría.

Buena frase para finalizar. Me ha gustado.

Señorías, como les indicaba al principio de esta intervención, el desarrollo de la sociedad ha propiciado un cambio en los factores desencadenantes de problemas de salud en el conjunto de la población, y también en

el colectivo infantil, por lo tanto hay que responder —y es una obligación del Gobierno andaluz y de la Consejería de Salud—..., responder a estos nuevos retos.

Uno de los problemas más relevantes es, sin duda —y usted lo planteaba—, la obesidad.

En nuestra comunidad contamos con el Plan Integral de Obesidad, conocido como Piobin, que incluye la atención, de forma sistemática, a los niños y niñas con obesidad, y a sus familiares, con intervenciones de promoción y prevención. En la encuesta Andaluza de Salud de 2015 se pone de manifiesto que, en los últimos años, se ha reducido la prevalencia de sobrepeso y obesidad entre la población infanto-juvenil, rompiéndose así la tendencia alcista de los últimos años.

Las actuaciones integradas en este plan se verán pronto respaldadas y ampliadas por la futura Ley de Promoción de la Actividad Física y la Alimentación Equilibrada, ya que aunque se ha reducido la prevalencia tanto de obesidad como sobrepeso estamos muy por encima de lo deseado.

También, estos últimos años, hemos trabajado en coordinación con otras consejerías del Gobierno andaluz, como Educación, Igualdad y Políticas Sociales, en la promoción de la salud en el entorno escolar, como son los programas Creciendo en Salud y Forma Joven.

En el curso escolar 2016-2017 se han inscrito en estos programas 2.613 centros educativos andaluces, y están participando 712.389 alumnos y alumnas. El primero de ellos, Creciendo en Salud, está dirigido a la Educación Infantil Primaria y Educación Especial; el programa Forma Joven se orienta a la Educación Secundaria.

En la prevención de la accidentabilidad en sus distintos factores de riesgo contamos con un plan específico; la accidentabilidad constituye en las sociedades desarrolladas la primera causa de muerte en edades jóvenes, y por ello requiere una atención especial y singularizada.

El plan contempla acciones preventivas asistenciales y también las actuaciones necesarias que garanticen la continuidad asistencial en el domicilio, en función de las secuelas producidas.

La atención a la salud mental infantil y juvenil es otra de las prioridades de la Consejería de Salud, ya que la aparición de diversos trastornos de conductas en este sector de población, ligado a factores de riesgo, requiere de una atención permanente.

La atención a estos problemas se presta tanto en las 78 unidades de salud mental comunitaria, como en las 14 unidades de salud mental infanto-juvenil.

En el año 2016, las unidades de salud mental comunitaria han atendido a 47.810 menores de 18 años, lo que representa el 17% del total de pacientes atendidos por estas unidades.

En las unidades de salud mental infantil se atendieron, en 2016, a 22.049 menores, y se han realizado 156.539 consultas, de las que 13.484 eran primeras consultas.

Pero si la atención a los problemas de salud de la infancia y adolescencia en todos aquellos aspectos de su ciclo vital en estos años es importante, no podemos olvidar que, también, a estos menores, en determinadas situaciones, hay que ofrecerles cuidados paliativos.

El Plan Andaluz de Cuidados Paliativos contempla la atención a los pacientes en situación terminal de comunidades autónomas oncológica, o no oncológica, y de cualquier edad. Uno de los objetivos específicos de este plan es abordar estos cuidados en niños y adolescentes, atendiendo a sus características diferenciales.

Según los últimos datos disponibles, unos 1.810 niños y jóvenes andaluces padecen una enfermedad limitante para su vida, y, de ellos, entre 900 y 1.400 requieren cuidados paliativos.

Señorías, me he referido al conjunto de las actuaciones y programas mediante los que atendemos, de forma específica, los problemas de salud de la infancia y la adolescencia en nuestra comunidad. Para la Consejería de Salud se trata de una prioridad, y vamos a seguir trabajando para mejorar la calidad de vida y los resultados de salud de nuestros menores, porque representan el mejor futuro de nuestra sociedad y nuestro objetivo es que crezcan sanos para que puedan ofrecernos sus mejores capacidades físicas y mentales para el desarrollo de Andalucía.

Señorías, he querido dejar, intencionadamente, para esta segunda intervención una cuestión que está de actualidad en estos días, debido a la campaña que grupos minoritarios están realizando, amparados en la libertad de expresión. Me refiero, como comprenderán, a las actitudes intolerantes frente al reconocimiento de los derechos de las personas transexuales.

Quiero aprovechar esta intervención para dejar claro, con toda contundencia, el compromiso de la Consejería de Salud con estas personas, y en especial con los menores, y garantizarles nuestro apoyo y la atención sanitaria basada en el principio de equidad y accesibilidad a los recursos sanitarios.

Como saben, en el pasado mes de enero se llevó al Consejo de Gobierno el proceso asistencial integrado sanitario a personas transexuales en la infancia y la adolescencia, y se encuentra ya en proceso de implantación, que han dirigido a los centros sanitarios públicos andaluces dos instrucciones para la organización asistencial de la atención a las personas transexuales en Andalucía, y una de ellas está diseñada específicamente para la atención a menores de 14 años, para informarles de cada una..., se trabaja también con todas las asociaciones, de forma clara y permanente, para informarles de cada una de nuestras acciones, para continuar avanzando en la atención adecuada y pertinente a este colectivo.

Muchas gracias, señoría.

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señor consejero.

10-17/APC-000282. Comparecencia del consejero de Salud, a fin de informar sobre la evolución de la historia única de salud en Andalucía

El señor GARCÍA ANGUIA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Pasamos a la siguiente comparecencia, también solicitada por el Grupo Parlamentario Socialista, a fin de informar sobre la evolución de la historia única de salud en Andalucía.

Señora proponente, ¿quiere una intervención o dos?

Señor consejero, al ser una intervención, pues tiene la palabra, señor consejero.

El señor ALONSO MIRANDA, CONSEJERO DE SALUD

—Muchas gracias, señor presidente.

Señorías, Andalucía ha desarrollado una estrategia digital de salud, que la sitúa como referente nacional e internacional en la aplicación de las tecnologías de apoyo a la práctica clínica.

Los profesionales del sistema sanitario público de Andalucía disponen de uno de los sistemas de información asistencial más avanzados de Europa. Dicha estrategia digital pivota sobre Diraya, que en árabe significa, como todos ustedes conocen, «conocimiento», cuyo eje central es la historia digital de salud.

Diraya nace en el año 2002, con la participación de más de quinientos profesionales del sistema sanitario público de Andalucía en su elaboración. Se trata de un sistema que permite integrar toda la información asistencial del paciente a través de una historia digital única, integrada, organizada y segura, lo que ha supuesto avances en muchas líneas que han incidido directamente en el servicio prestado a los ciudadanos.

Así, frente a los riesgos de pérdida o deterioro que existían en la historia en papel, ahora la información está disponible y compartida para los profesionales y usuarios en todo el territorio de la comunidad andaluza, lo que supone una garantía de seguridad, así como una optimización de los tiempos, evitando desplazamientos a los usuarios y duplicidades en las pruebas.

En su inicio se trataba de un conjunto de sistemas relacionados entre sí en el ámbito de la atención primaria, para que la información pudiera ser compartida entre profesionales de los centros de salud de Andalucía. Este diseño inicial de Diraya se basa en unos elementos comunes que soportan hasta la actualidad los siguiente módulos: uno de ellos, la columna vertebral, sin duda, de este sistema es la base de datos de usuarios, conocida como BDU, que tiene como función principal dotar a cada ciudadano de un número único de historia de salud de Andalucía al que se vincula toda la información sanitaria. La tarjeta sanitaria que contiene esta clave de identificación personal permite acceder a la historia desde hospitales y centros de salud, indistintamente, con garantías de seguridad. Esta base de datos incluye a residentes en Andalucía, así como aquellos que temporalmente han utilizado alguna vez nuestros servicios de asistencia sanitaria.

Otros módulos son el sistema para la gestión de profesionales y el módulo de estructura, que permite identificar cada centro de atención primaria, cada centro hospitalario y cada dispositivo de urgencias del sistema sanitario público de Andalucía.

Como herramientas adicionales se han desarrollado: un módulo de tratamiento y explotación de la información, el gestor de peticiones analíticas, que detallaré más adelante, y el módulo para la gestión de citas, que mejora la coordinación del flujo de pacientes y también permite al usuario concertar citas previas con su médico o enfermera, vía telefónica o por Internet, las 24 horas del día, los 365 días del año.

Un aspecto fundamental desarrollado, desde el diseño inicial de Diraya, es la receta electrónica, un modelo de prescripción y dispensación de medicamentos pionero en Europa. Hoy en día, su nivel de implantación alcanza el cien por cien de la población andaluza, al cien por cien de los centros sanitarios y al cien por cien de las oficinas de farmacia en Andalucía. Sus ventajas son muchas. En la línea de eficiencia, la receta electrónica ha facilitado una reducción de una de cada cuatro consultas en atención primaria y ha evitado que tengan que desplazarse simplemente para recoger sus recetas enfermos crónicos a los centros de salud, y su ahorro acumulado a lo largo, desde el 2000 hasta el 2016, de 11,1 millones de euros al evitar este tipo de recetas en papel, con lo cual también contribuye al medio ambiente.

Esto ha evitado, desde el año 2006, más de setenta millones de consultas y 47 millones de trámites sanitarios relacionados con el visado. Adicionalmente la receta electrónica ha permitido reducir, en más del 55%, las duplicidades innecesarias de fármacos en pacientes polimedcados, mejorando la seguridad de su tratamiento, el control de su enfermedad y la eficiencia del gasto. También ha reforzado el papel del profesional farmacéutico, permitiendo un trabajo colaborativo con el facultativo prescriptor que incrementa la seguridad del paciente. Igualmente supuso una ventaja frente a la imposición del Gobierno central del copago farmacéutico a los pensionistas, evitando que adelantaran, entre julio de 2012 y diciembre de 2016, 161,8 millones de euros y de tener que solicitar posteriormente su reintegro.

En el año 2003 se instala el módulo de urgencias y el de consultas externas en los centros hospitalarios del Servicio Andaluz de Salud. En el año 2008 comienza el proceso Diraya de atención, el proyecto Diraya de atención hospitalaria con el abordaje de los módulos de gestión vinculados al ámbito de la hospitalización, al hospital de día médico y al quirúrgico. En 2015 ya estaba desarrollado en todos los centros hospitalarios del SAS, lo que constituye un hito sin precedentes. Más de cuarenta mil profesionales trabajan diariamente en los módulos hospitalarios, con una actividad mensual de más de cuarenta y dos mil ingresos hospitalarios, 38.000 intervenciones quirúrgicas, o 47.000 sesiones de hospitales de día médico.

Tener toda esta información generada en los hospitales compartida y accesible para el resto de centros, tanto de atención primaria como hospitalaria, ha mejorado la continuidad asistencial de nuestro sistema sanitario público.

El último módulo en incorporarse a Diraya ha sido el ámbito de la movilidad, que permite registrar mediante *tablet* la información de los episodios extrahospitalarios que se producen en las ambulancias de transporte urgente.

Señorías, hoy en día la historia digital de salud da soporte al año a más de trescientos ochenta y tres millones de actos en los centros sanitarios públicos, incluyen 69,1 millones de prescripciones y 163,1 millones de dispensaciones de medicamentos, todas ellas electrónicas.

Entre los proyectos más relevantes de los últimos años ligados a la historia digital, podemos destacar el módulo de pruebas analíticas. Se trata de una plataforma desde la cual se hace la petición, el seguimiento, la trazabilidad y la consulta de los resultados, permitiendo que estén accesibles desde cualquier punto de acceso a Diraya. Anualmente, más de cinco millones de pruebas de laboratorio se piden a través de este módulo.

Otro proyecto relevante es el sistema de imagen médica digital, lo que se conoce como PAC corporativo, que permite incluir en la historia digital de salud las imágenes de pruebas de radiodiagnóstico y medicina nuclear que se hayan realizado en los centros sanitarios públicos de Andalucía. Un proyecto que ha sido recientemente galardonado con el Premio Nacional al Mejor Proyecto por la prestigiosa revista tecnológica *Computer World*. Cada año se procesan cerca de diez millones de imágenes disponibles de manera *on line*, lo que evita las duplicidades de pruebas y una mejora, también, medioambiental, al no ser reveladas en placas.

El ahorro económico que ha supuesto la digitalización completa, una vez descontados los costes propios del proyecto, es de más de 3,5 millones de euros anuales. En un futuro, la infraestructura podrá ser utilizada para la gestión de otro tipo de imágenes diagnósticas, como por ejemplo cateterismo cardíaco, retinografía, dermatología o endoscopia.

En el ámbito de la telemedicina, la Consejería de Salud está iniciando la extensión a todo el sistema sanitario público de la Telederma, un servicio de teleconsulta en la especialidad de dermatología para la detección precoz del cáncer de piel.

Telederma permite que un dermatólogo desde el hospital realice la valoración de una lesión en la piel de un paciente que ha acudido a su centro. El dermatólogo, una vez que ha estudiado el caso, puede citar al paciente directamente o establecer los procedimientos necesarios para la intervención quirúrgica del mismo. En el año 2016 se han realizado por este sistema 6.101 consultas de teledermatología.

Como comenté antes, la historia clínica digital de movilidad es otro de los proyectos novedosos del entorno Diraya, pensado para ayudar a los profesionales que atienden las emergencias y las urgencias sanitarias en el ámbito extrahospitalario en los 185 equipos de urgencias y emergencias sanitarias que hay distribuidos por Andalucía.

Este proyecto ha sido elegido por la Unión Europea, a través de la Dirección General de Fondos Comunitarios del Ministerio de Hacienda y Función Pública, como ganador a la mejor actuación cofinanciada a través de Fondos Europeos de Desarrollo Regional, los conocidos como fondos Feder. Funciona como una tableta y permite que los profesionales sanitarios puedan conocer, desde la ambulancia, los antecedentes e historial clínico del paciente que van a atender antes de llegar al lugar de asistencia. Además, informa al resto de profesionales implicados a través de los registros que se establecen en la historia digital de la asistencia que se está realizando a tiempo real. Esto nos permite alertar al hospital de la llegada de un paciente con una situación especial, como el código de infarto, código ictus, código trauma grave, entre otros, facilitando la preparación de la recepción del paciente con los equipos y especialistas adecuados.

La historia clínica de movilidad está implantada en el cien por cien de la comunidad andaluza y se están incorporando nuevas funcionalidades para dar respuesta a las necesidades de cuidados de enfermería en el domicilio. En la actualidad se han llevado a cabo más de setecientas mil historias clínicas en movilidad.

Otro aspecto reciente de Diraya es la base de datos poblacional de salud. Es un repositorio que posibilita tener codificada toda la información clínica y recursos sanitarios. Esto va a permitir realizar una gestión más eficiente de dichos recursos, como la redistribución de cupos en función de la carga de morbilidad y aportar información valiosa a los profesionales sobre sus pacientes. El enorme volumen de datos, su variabilidad y las posibilidades de incorporar información sociosanitaria hacen de esta base de datos poblacional un sistema idóneo para la aplicación de técnicas de *big data*, y nos sitúan en un punto de partida inmejorable para abor-

dar nuevos proyectos, como el desarrollo de modelos predictivos sobre el comportamiento futuro de la población en cuanto a su morbilidad, ingresos hospitalarios, consumo de farmacia o mortalidad.

En el ámbito de la relación de la ciudadanía se han puesto en marcha recientemente nuevos servicios para los cuidados, como la mensajería directa con su médico de familia a través de Clic Salud, y una nueva versión de la Oficina Virtual InterSAS, que permite también pedir cita a través de Internet con los profesionales de enfermería.

En el caso de Clic Salud, los ciudadanos pueden beneficiarse de una versión más visual y accesible, que, además de ser un instrumento de consulta de su historia clínica, servirá también como herramienta de comunicación entre los ciudadanos y los profesionales sanitarios, que pueden crear grupos de pacientes con una misma patología y a los que les interesa una información concreta.

La nueva versión de Clic Salud dispone también de una información más amplia sobre las citas pendientes, así como para pruebas diagnósticas o para pruebas de imagen, y no solo las citas para consultas médicas, como venía sucediendo en la actualidad.

Todo este proyecto requiere, como ustedes se pueden imaginar, unas instalaciones complejas y seguras para mantener el servicio en cualquier circunstancia. Permite, además, tenerlas por duplicado para garantizar la seguridad del paciente y para no perder dicha información.

Al Diraya, por tanto, en este momento, le dan soporte en la actualidad más de quinientos servidores.

Muchas gracias, señoría.

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señor consejero.

Señora vicepresidenta, tiene la palabra.

La señora LÓPEZ MARTÍNEZ

—Gracias, presidente.

Agradecerle, señor consejero, su comparecencia de un tema... la historia única de salud que ha supuesto, desde luego, un gran avance en nuestro sistema público de salud, no solo para los usuarios del mismo, sino también para los profesionales como proveedores de esta asistencia.

La historia digital única, desde luego, nace desde la voluntad política del Gobierno de la Junta de Andalucía por mejorar día tras día, implementando un sistema de información único, corporativo, centrado en las necesidades del ciudadano y con el objetivo de que exista una continuidad en todo el proceso asistencial, desde que empieza la evaluación del paciente, su seguimiento, hasta la reintegración a su vida normal.

Para ello, el Servicio Andaluz de Salud incorpora una herramienta corporativa para la gestión de cuidados, como es el llamado Diraya, del que usted, como bien ha detallado, en árabe significa «conocimiento». Dicha aplicación, precisamente, es de la que forma parte la historia de salud única digital que integra toda la información sanitaria de cada usuario: sus enfermedades crónicas, alergias, pruebas diagnósticas, de laboratorio, tratamientos, consultas, visitas, consultas externas de hospital y a urgencias, o medicamentos prescritos y dispensados.

Esta aplicación, desde luego, permite esa consulta, la anotación de datos de todos los dispositivos y niveles asistenciales, lo que es atención primaria especializada, urgencias y hospitalización. Una historia digital que, además, es utilizable y que sirve como punto de unión de las distintas partes.

La cultura, la forma de trabajar hoy en día de los profesionales ha cambiado bastante hacia un modelo asistencial coordinado con protocolos y procesos conjuntos, buscando un enfoque dirigido al paciente y trabajando siempre de forma colaborativa entre la atención primaria y la hospitalaria, buscando ese buen final siempre para el paciente. Y hoy en día, pues el uso de las telecomunicaciones permite precisamente que haya ese acceso a la historia única de un ciudadano desde cualquier punto de la red sanitaria pública andaluza.

Diríamos que la historia digital única es el corazón de Diraya, el cual, como sabemos, abarca también otros módulos relacionados con la información que usted muy bien lo ha detallado y que yo, en esta comparecencia, no voy ya a detallar.

Creo que todos más o menos nos acordamos también todavía de lo que era antes una historia clínica, un sistema de información fragmentario y no relacionado, puesto que una persona podía tener múltiples historias: la realizada por su médico de cabecera, la realizada en un hospital por unos especialistas que le hubiesen atendido en los servicios ambulatorios o los servicios de urgencias.

En los hospitales, la historia clínica pasó a ser una gran carpeta que incluía tantas subcarpetas como servicios hubiesen atendido al paciente. Los servicios más generalistas a lo mejor confeccionaban esas historias más completas; otros tan solo recogían datos muy específicos de un problema concreto.

También la limitación que había era la relacionada precisamente con el papel, letra ilegible, papeles extrañados, o con el propio sistema que cada servicio se fijaba más en lo suyo, no siempre era posible leerse todos los documentos por el gran volumen, falta de tiempo, etcétera.

Y, por supuesto, esa desconexión que a veces existía entre los diferentes estamentos del médico de atención primaria, que no disponía de esa carpeta hospitalaria, o con los resúmenes que le proporcionaba el propio paciente, lo que causaba una descoordinación o falta de datos, duplicidad de pruebas, etcétera.

La historia única de salud intenta..., desde luego, lo que ha hecho es suplir todas esas deficiencias que suponía el uso del papel, y cada paciente es una única historia. Sí recoge esas anotaciones realizadas por todos los profesionales, médicos, enfermeros, los hallazgos exploratorios, y todos los resultados de las distintas pruebas que se le van realizando con el paso de los años. Los datos se van organizando, de tal manera que sea fácil de localizar, de evaluar y se mantienen de forma permanente.

Con los controles de seguridad ahora mismo exigibles, estos datos están al alcance de todos los profesionales que atienden a una persona, lo que ha permitido también poner a disposición de los mismos, dentro y fuera del hospital, toda la información de datos clínicos, resultados analíticos, imagen radiológica, lo que, sin duda, aumenta esa calidad de decisiones clínicas y algo muy importante para la seguridad del paciente.

No debemos olvidar que la historia clínica es un instrumento para atender, para curar y para cuidar de las personas, que es fundamental. Pero también sabemos que con la implantación del Diraya se ha obtenido ese beneficio económico también de gran calado. Datos del 2010, por cada euro invertido en Diraya se revierten en 1,7 euros de beneficio para la sanidad pública andaluza.

Desde luego, que la sanidad pública hoy en día se ha convertido en un objeto de lucha política, de arma de desgaste de la oposición contra el Gobierno andaluz, pero no podemos obviar que nuestros avances tam-

bién han sido reconocidos públicamente por representantes de administraciones sanitarias de países que tienen también un gran desarrollo tecnológico.

Un estudio, precisamente, encargado por la Dirección General de la Sociedad de la Información y Medios de Comunicación de la Comisión Europea, consultoras como Empírica y Taryet pone precisamente de manifiesto sus beneficios, y el objetivo del mismo incluye como buenas prácticas tanto la prescripción electrónica, la receta XXI, como la historia clínica electrónica de Diraya, que sirve como apoyo a iniciativas en curso que se han puesto ya en marcha en otros países y regiones.

Desde luego, este grupo parlamentario, señor consejero, valora positivamente la evolución que ha ido teniendo la historia de salud digital que hoy en día llega al cien por cien de la población, independientemente de su lugar de residencia, completándose así la integración de todos los centros de atención primaria de la comunidad andaluza, para facilitar la movilidad de los pacientes, garantizarles las prestaciones, como ya usted lo ha comentado también, poder pedir cita previa de su médico de familia o pediatra, tanto a través del teléfono Salud Responde, Internet o el acceso a la receta electrónica.

Desde luego, que las nuevas tecnologías facilitan que pueda existir esa comunicación de las distintas partes, y que dicha información se recoja en un único soporte.

Hoy en día es imprescindible la historia clínica electrónica y única, y si no la hay, la verdad es que es muy difícil también prestar esa atención integral al paciente.

Estoy segura de que el Gobierno de la Junta de Andalucía seguirá trabajando por mejorar la efectividad y eficiencia de este sistema.

Muchas gracias.

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señoría.

Señor consejero, para cerrar el debate.

El señor ALONSO MIRANDA, CONSEJERO DE SALUD

—Gracias, señor presidente.

Señoría, le agradezco sus palabras sobre la historia clínica y, como usted bien comentaba, por cada euro invertido es verdad que revierte 1,7. Pero algo mucho más importante que representa la historia digital única de salud es que es una mayor seguridad para el paciente y, también, una mejora en la atención sanitaria que se le presta a la población, que creo que es un valor intangible, pero muy grande.

Diraya es un servicio en constante evolución, ampliación y crecimiento. Es un servicio vivo. La historia digital única de salud es el elemento indispensable para cohesionar todos los sistemas de gestión e información clínica del paciente cubriendo todos los ámbitos de atención sanitaria.

Dentro de las estrategias para la renovación de la atención primaria presentada por la presidenta de la Junta de Andalucía, en junio de 2016, se incluye un conjunto de iniciativas en el marco de las estrategias de

salud digital, dirigidas a mejorar las herramientas con las que cuentan los profesionales de atención primaria para atender al conjunto de la población andaluza.

En este ámbito se está realizando una renovación completa de la aplicación Diraya en atención primaria, con una vocación no solo a nivel asistencial, sino con orientación completa e integral al ciudadano. Una de las primeras medidas que se han puesto en marcha ha sido el Buzón del Profesional. Su objetivo es permitir tanto la recepción de alertas automatizadas del sistema como comunicarse con otros profesionales. Por ejemplo, los médicos de familia reciben en el buzón un aviso cuando un paciente de su cupo es ingresado en un hospital andaluz y cuando es dado de alta en el hospital.

En este sentido, estamos realizando un avance muy importante con la implementación de la clave de equipo, por el que se asigna una enfermera de referencia a cada paciente que, junto con su médico de familia conforman el equipo asistencial asignado a cada andaluz y andaluza. Para llevar este cambio a cabo, se están modificando todos los sistemas de información que hoy en día están referenciados únicamente al concepto de clave médica. Del mismo modo, el buzón del profesional puede enviar información con especial énfasis en la seguridad del paciente: alertas en el resultado de una analítica, anulación cautelar de una prescripción por parte del farmacéutico, o incidencias con los visados, o alertas en los procesos de incapacidad temporal, entre otras muchas. Además, el buzón cuenta con un sistema de delegación de mensajes, de forma que un profesional pueda indicar quién recibirá sus mensajes mientras que se va a ausentar por un periodo determinado. Esto ha permitido que se pueda hacer un seguimiento mucho más preciso a aquellos pacientes que el médico de Primaria identifica como más vulnerables o necesitados de un control más exhaustivo.

Por último, se está pilotando el uso de la videoconferencia entre profesionales de Atención Primaria y Atención Hospitalaria, para en una segunda fase poder utilizarlo con los pacientes y poder comenzar con las consultas virtuales. La Estrategia de Salud Digital de Andalucía constituye una de las iniciativas que mayor presencia e interés ha suscitado fuera de nuestras fronteras. Su dimensión internacional ha sido impulsada en todo su desarrollo. Se ha participado en numerosos foros, a nivel europeo e internacional, y se han recibido múltiples visitas de delegaciones extranjeras interesadas en la misma. Solo en el último año podemos destacar las visitas de estudio de la ciudad de Zagreb, en 2017; la Universidad de Tokio, Japón, en octubre de 2016; responsables del Servicio de Salud de Tucumán, en Argentina; Grupos Logísticos GS1, de Japón; Ministerio de Salud de Holanda; delegación de China, entre otros muchos. Un ejemplo de la importancia internacional de la Estrategia Andaluza ha sido la renovación en 2016 por segundo año consecutivo del reconocimiento realizado por la Comisión Europea a la Estrategia de Salud Digital de Andalucía, como área de referencia y de ejemplo para otras regiones europeas, con la máxima calificación.

Recordemos también que en 2009, por encargo de la Comisión Europea, dos consultoras europeas incluyeron Diraya, particularmente su módulo de prescripción electrónica, en el estudio IMPACT, para mejorar el conocimiento de los beneficios y evidencia empírica de los sistemas exitosos. El ámbito de las tecnologías sanitarias y telemedicina es el que mayor número de proyectos europeos e internacionales ha financiado en su conjunto. Cabe destacar el proyecto europeo PALANTE, liderado desde Andalucía, y cuyo objetivo ha sido el empoderamiento de los pacientes a través de soluciones digitales. El proyecto Commonwell, que ha conectado de forma telemática el Servicio de Teleasistencia con los centros coordinadores de urgencias y emergencias, EPES. Y el proyecto Independent, que permite una integración entre el Servicio de Teleasistencia

con Salud Responde. Además, Andalucía ha participado especialmente en la definición funcional de la prescripción electrónica en el proyecto epSOS. También se han establecido relaciones institucionales mediante la firma de memorandos de entendimiento. Los últimos, por ejemplo, se han hecho con Brasil, con la región de Lombardía, con el Ministerio de Salud Pública de Túnez, con el Gobierno de Aragón o con el Ministerio de Salud de Marruecos. Por tanto, simplemente decirles, señorías, que Diraya es un proyecto vivo, en continua progresión, que cada vez incluye nuevos servicios, tanto por y para los profesionales sanitarios, y en beneficio, sin lugar a dudas, de la asistencia sanitaria de los ciudadanos y ciudadanas andaluces.

Muchas gracias.

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señor consejero.

Señorías, levantamos la sesión durante cinco minutos.

[Receso.]

10-17/APC-000337. Comparecencia del consejero de Salud, a fin de informar sobre la gestión que realiza el Servicio Andaluz de Salud de las listas de espera

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Bien, señorías, retomamos el orden del día de la comisión, con el siguiente punto del orden del día: comparecencia del señor consejero, presentada por el Grupo Parlamentario Podemos Andalucía —les ruego silencio—, a fin de informar sobre la gestión que realiza el Servicio Andaluz de Salud de las listas de espera.

Tiene la palabra el señor consejero. Tiene quince minutos.

El señor ALONSO MIRANDA, CONSEJERO DE SALUD

—Muchas gracias, señor presidente.

Señorías, resulta complicado hablar sobre la gestión de las listas de espera en quince minutos. Tendríamos para toda una mañana.

La gestión de las listas de espera por parte del Servicio Andaluz de Salud se realiza a través de un conjunto de actuaciones y medidas basadas en la transparencia y la eficiencia. Andalucía inició en el año 2000 la publicación de los datos de demanda quirúrgica de los hospitales públicos. Los datos se obtenían del sistema de información de listas de espera, conocido como SILE. En el año 2001 se aprobó por el Gobierno andaluz el Decreto 209/2001, por el que se estableció la garantía de plazo de respuesta quirúrgica en el sistema sanitario público de Andalucía. En él se recogían más de 700 procedimientos quirúrgicos, para los que se establecían plazos máximos de respuesta de 180 días.

Nuestra comunidad fue la primera del Sistema Nacional de Salud que aprobaba una norma de estas características. El Decreto, en su artículo 7, recogía la creación del registro de demanda quirúrgica con carácter individualizado, y desde entonces constituye la base de datos del sistema de información de listas de espera quirúrgicas.

La primera publicación de datos en base a este registro se realizó en el año 2002, y de nuevo Andalucía fue la primera comunidad del Estado que hacía pública una información tan amplia y detallada sobre listas de espera quirúrgica. Incluye el mayor número de procedimientos quirúrgicos en relación a otras listas de espera de esta naturaleza y detalla la situación por centros sanitarios a nivel provincial y regional. El objetivo de este registro es conocer en cada momento, y de forma transparente, la situación en la lista de espera. La última publicación corresponde a junio de 2016.

El registro recoge los pacientes que tienen su garantía en vigor, así como aquellos que han perdido la misma por diferentes causas. En Andalucía también incluimos información de los pacientes que han rechazado la garantía y de los que se encuentran en situación transitoriamente no programable, quiere decir, aquellos pacientes que no pueden ser intervenidos por motivos clínicos que desaconsejan la intervención en ese momento o aquellos que lo han hecho a petición propia.

Estos pacientes nunca pierden el derecho a los plazos máximos de garantía que les corresponde, pero el Gobierno andaluz quiso dar un paso más en los derechos de los ciudadanos y, en 2004 aprobó el Decreto 96/2004, por el que se establecía la garantía de plazo de respuesta en procesos asistenciales, primera consultas de atención especializada y procedimientos diagnósticos.

Al igual que ocurrió con el decreto de garantía de respuesta quirúrgica, este decreto creaba también los registros para los derechos que garantizaba. Desde el año 2005 y con la incorporación de estos registros, nuestra comunidad publica los datos conjuntos sobre la situación de las listas de espera, tanto para intervenciones quirúrgicas como procesos, como consultas y como pruebas diagnósticas.

Los usuarios del sistema sanitario público de Andalucía pueden acceder a toda la información sobre las listas de espera en la página web del Servicio Andaluz de Salud, en el apartado de atención a la ciudadanía, derechos y garantías. Además de esta información de carácter general, si una persona desea consultar su situación concreta en las listas de espera quirúrgicas, puede hacerlo con una simple llamada telefónica a Salud Responde, donde le informarán desde cuándo está de alta en el registro quirúrgico y cuál es la media de espera del hospital en el que va a ser atendido.

También puede realizar esta misma consulta a través de la oficina virtual InterSAS. En este caso, lógicamente, por seguridad del paciente y por seguridad de los datos, es imprescindible disponer de firma electrónica a fin de garantizar la máxima confidencialidad en la gestión.

Y en el caso de las consultas con especialistas mediante llamadas a Salud Responde, o a través del correo electrónico de este servicio, se pueden conocer la fecha y hora de la citación con el especialista, así como anular o modificar la misma. Estos canales de información en el año 2016 han supuesto 7.167 consultas a través de InterSAS para las listas de espera quirúrgicas y 10.066 a través de Salud Responde, de las cuales, 7.322 lo fueron para información sobre el derecho de libre elección de hospital, 1.866 para cambio de hospital y 879 para demorar voluntariamente la intervención quirúrgica.

Para garantizar que el paciente pueda consultar su situación en las listas de espera lo más rápidamente posible, la puesta en marcha del sistema Diraya, Atención Hospitalaria, ha representado un instrumento fundamental al permitir disponer de toda la información en mucho menor tiempo, ya que los profesionales pueden actualizar los datos.

Así, por ejemplo, si un paciente es intervenido, desde el mismo momento en que se firma la hoja quirúrgica, el propio cirujano puede darle de baja en el registro. También se realizan seguimientos y revisiones periódicas de las listas de espera, con el fin de adoptar las medidas correctoras necesarias y mejorar la gestión de las colas para ofrecer una atención de calidad. Igualmente, de forma periódica, se celebran reuniones entre las direcciones de los hospitales, las direcciones médicas y los distintos servicios para analizar resultados y adoptar las medidas que, en cada caso, procedan para ofrecer una mejor respuesta a los ciudadanos.

Los principales elementos que se analizan son la mejora de la variabilidad en la práctica clínica, la gestión de colas de las listas de espera y la optimización de los recursos disponibles.

En lo que se refiere a la variabilidad clínica, se realizan en centros de similar complejidad las tasas de indicación quirúrgica, la capacidad de resolución en cirugía mayor ambulatoria y las estancias hospitalarias evitables. Se analiza el porcentaje de pacientes que han sido programados para intervención quirúrgica, a fin de que se cumpla..., con orden riguroso, en una programación, de la programación sobre las intervenciones se-

gún la antigüedad en las listas de espera, salvando siempre las prioridades asistenciales que se puedan presentar y que el médico aconseje.

Y, en cuanto a la optimización de los recursos, se valora el rendimiento de los quirófanos, la redistribución de las sesiones quirúrgicas y los márgenes de incremento de la cirugía mayor ambulatoria.

En relación a esta última cuestión, Andalucía ha ido incrementando progresivamente el número de intervenciones de cirugía mayor ambulatoria, lo que ha supuesto la resolución de muchos procesos asistenciales sin necesidad de estancias hospitalarias.

En los últimos datos publicados por el ministerio, correspondientes a 2014, son los últimos que ha publicado el ministerio, Andalucía sigue superando la media nacional en casi tres puntos: 45,54 frente 42,62. En 2016, Andalucía ha incrementado en un 13% el porcentaje de procesos de cirugía mayor ambulatoria respecto al 2015, alcanzando el 58,9%.

Señorías, con los mecanismos de gestión de las listas de espera que les he comentado, nuestra comunidad garantiza a la ciudadanía la transparencia en la información, la disponibilidad de los datos para que los ciudadanos puedan consultar su situación particular, realizar las gestiones que estimen convenientes, y al sistema sanitario público le permite establecer medidas correctoras y márgenes de mejora.

Con la finalidad de mejorar la gestión de las listas de espera, tanto quirúrgicas como de procesos y consultas y pruebas diagnósticas, fue aprobada a final de septiembre de 2016 por el Pleno de esta Cámara una proposición no de ley a propuesta del Grupo Ciudadanos para constituir una comisión de listas de espera. El objetivo prioritario de dicha comisión fue el análisis y mejora de las listas de espera. Fue creada a finales de noviembre de 2016 y está constituida por un grupo multidisciplinar de profesionales, participando también en las mismas las sociedades científicas, los colegios profesionales y expertos de reconocido prestigio y liderazgo clínico y de gestión. En concreto, son más de 30 profesionales de 17 áreas de conocimiento diferentes.

La comisión está trabajando en el análisis de los plazos de respuesta asistencial, las mejoras de la gestión y la variabilidad clínica, así como la mejora de la eficiencia y la potenciación de las buenas prácticas.

Por otra parte, se están analizando medidas de organización relativas a la revisión de los circuitos asistenciales, el seguimiento de la gestión de colas de las listas de espera.

Paralelamente a los trabajos de esta comisión, desde el Servicio Andaluz de Salud se está realizando un plan de actuación individualizado para todos aquellos centros en los que se pueden realizar mejoras, como pueden ser, entre otras, las siguientes:

El incremento de profesionales en áreas de enfermería o de cirugía o anestesia, así como las diferentes especialidades médicas en provincias como Huelva, Córdoba, Málaga, Sevilla o Granada.

La remodelación y ampliación de las áreas del bloque quirúrgico y reanimación y cuidados críticos en diferentes hospitales de Andalucía.

La puesta en marcha de nuevas áreas quirúrgicas.

Y en lo que se refiere al área de consultas de especialidades, también se están analizando diferentes indicadores, como son los siguientes: la distribución del número de pacientes de primeras visitas procedentes de atención primaria, el número de consultas totales, por especialidad y también de los centros del mismo grupo, a fin de alcanzar el máximo de eficiencia en las agendas. También se analizan los porcentajes de pacientes que no acuden a las citas, con el objetivo de programar las agendas de forma adecuada.

En relación a las pruebas diagnósticas, se mide y se analiza el número de estudios por equipos diagnósticos entre los centros de similar complejidad, para valorar la eficiencia de los mismos. Se analizan los criterios de inversión en nuevas tecnologías y los procedimientos terapéuticos y diagnósticos que puedan incidir en la mejora de los tiempos para las pruebas diagnósticas.

Saben también sus señorías que a los contratos firmados anualmente entre el Servicio Andaluz de Salud y los centros asistenciales se incorporan objetivos dirigidos a mejorar la gestión de las listas de espera. Estos objetivos están relacionados con el cumplimiento de los plazos de respuesta asistencial garantizados y con la gestión de las listas de espera para intervenciones quirúrgicas, consultas y pruebas diagnósticas.

Y, con la misma finalidad de mejorar la gestión de las listas de espera, realizamos un análisis permanente de las reclamaciones y sugerencias de los pacientes. Como consecuencia de las mismas, se realiza una petición de informe al centro directivo correspondiente, a fin de valorar la situación, motivo de la queja o reclamación, y poner en marcha las medidas que permitan resolver el problema.

Señorías, la gestión de las listas de espera en nuestra comunidad constituye uno de los instrumentos de mejora de nuestro sistema sanitario.

Desde las primeras publicaciones de las listas, hemos avanzado en la inclusión de nuevos indicadores en la disponibilidad en diversos medios de información y comunicación de las mismas para que los ciudadanos tengan la máxima accesibilidad y la mayor garantía de transparencia, y seguimos trabajando en la mejora de los tiempos de espera.

En los últimos cinco años, el sistema sanitario público de Andalucía ha incrementado su capacidad de respuesta, aumentando la actividad quirúrgica en un 10%. En 2016 el incremento ha sido del 3,2% respecto a 2015.

Anualmente son casi quinientas mil intervenciones las que se realizan en los 507 quirófanos con los que cuentan los hospitales públicos andaluces.

En base a los últimos datos disponibles en el Sistema Nacional de Salud, la tasa por 1.000 habitantes de pacientes andaluces que esperan una intervención para procesos con plazos de garantía de respuesta era de 7,03, mientras que en el conjunto del Estado dicha tasa era del 12,21 por cada 1.000 habitantes.

En cuanto a la espera media o tiempo medio de respuesta tanto para 180 días como 120 días, nos encontramos por debajo de la media nacional, pendiente de las nuevas publicaciones que realice el ministerio. Igualmente, en consultas externas nos situamos por debajo de la media nacional y en pruebas diagnósticas. No podemos..., en pruebas diagnósticas tenemos un problema, no podemos compararnos con el conjunto del Estado, ya que somos pocas las comunidades que publican estos datos.

El Gobierno andaluz sigue buscando márgenes de mejora para continuar cumpliendo los plazos establecidos y reducir los tiempos y dando mejor respuesta posible a los ciudadanos.

Evidentemente, es una preocupación para nosotros las listas de espera, forma parte indiscutible de las prioridades del Servicio Andaluz de Salud y de la Consejería de Salud, ya que queremos seguir mejorando el tiempo de respuesta que les damos a los ciudadanos y ciudadanas andaluces, ya que se plantea como siempre, en todas las encuestas a nivel nacional y también andaluz, como uno de los problemas y posibilidades de mejora. Por eso, trabajamos de forma continuada en ello.

Para ello seguiremos trabajando de la mano de los profesionales, quienes, sin lugar a dudas, hacen posible responder al compromiso de plazos máximos que contempla nuestro sistema sanitario.

Muchas gracias.

El señor GARCÍA ANGUIA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señor consejero.

Por el Grupo Parlamentario Podemos, señor Gil, tiene siete minutos.

El señor GIL DE LOS SANTOS

—Gracias, señor presidente.

Y muchísimas gracias, señor consejero.

En la gestión de listas de espera, hay que referirse tanto a la lista de espera quirúrgica, por supuesto, pero también a la lista de espera de primera consulta de especialistas y de procedimientos diagnósticos, siendo la gestión de estas últimas, si cabe, aún más opaca y más descuidada que las primeras, y le pongo un ejemplo.

Imaginemos que un técnico de radiodiagnóstico está de baja, y no se cubre esa baja. Las pruebas por evaluar se apilan y no llegan a los facultativos, ya que el otro técnico está desbordado y no puede realizar el oportuno informe.

Nadie pone remedio mientras tanto, pero lo que no se cuenta es que, a su vez, existe un paciente que ha sido ingresado en un hospital para, precisamente, agilizar dichas pruebas y que está ocupando una cama. La prueba no llega, y el paciente sigue ocupando la cama sin que nada avance, lo que genera una doble falla en el sistema, y esto que le cuento es un caso real.

¿Se busca quizás adrede por parte de la gerencia una ocupación de camas menos costosas, con personas que esperan pruebas, que no están intervenidas y demandan menos cuidados? Le dejo ahí la pregunta.

Señor consejero, las listas de espera son más que la incapacidad de un sistema para dar respuesta adecuada a las necesidades asistenciales reales, dependiendo de su volumen y de cómo se gestiona la lista de espera, serán o no un problema de asistencia sanitaria.

Y sin ser demagogos o alarmistas, cuando las listas de espera están mal gestionadas, los pacientes empeoran gravemente de sus dolencias y pueden terminar muriendo mientras esperan, literalmente, o cuando son intervenidos, su gravedad requiere una mayor intervención y un mayor sobrecoste del sistema.

Por esta razón hay que realizar una revisión a fondo de la gestión de lista de espera en dos apartados fundamentales: mayor transparencia y erradicación de maquillaje hijo de trileros y gestión de las listas de espera con criterios clínicos y no administrativos. Una vez cumplido el plazo de 180 días, todo se trata como un número de expediente y no a criterio clínico.

Entre las trampas o juegos de trileros caben los siguientes: primero, demorando la inscripción del paciente en la lista de espera en una falta de control absoluta, inscribiendo al paciente no en el momento que se le prescribe la intervención quirúrgica, sino a partir del estudio preanestésico o directamente hasta que se queje. Hay ocasiones y hay más ejemplos y realidades.

Otra trampa es que, por diversas cuestiones, se le dé de baja al paciente en la lista de espera, de forma temporal, conforme se acerca el tiempo límite para ser intervenido. Y otra forma de engañar es preparar consultas con un médico especialista generalista que solo preparan para la consulta de verdad, pero que sirven para saltarse los tiempos del decreto de garantías. También existe.

Un decreto de garantías, el de 2001, de respuesta quirúrgica, y el de 2004, de primeras consultas de especialistas y pruebas diagnósticas, que fue en su momento una buena idea, pero que ha perdido su validez como herramienta para atender a las personas que más urgentemente lo necesitan desde el punto de vista clínico. Primero, porque el decreto establecía que pasado un determinado tiempo de espera máximo, dependiendo de la intervención de 90 a 180 días, el paciente podía acudir a una clínica privada y ser operado en ella, en muchas ocasiones por un médico del SAS, por ejemplo, como apunte, siempre y cuando la clínica privada tuviera suscrito convenio con el SAS, pero en la práctica los precios que el SAS paga por esas intervenciones —precios publicados en *BOJA*— son tan bajos que ninguna clínica o casi ninguna suscribe sus convenios, lo que deja en la práctica sin respuesta al decreto. Aparte de que la ciudadanía ante una operación compleja prefiere contar con profesionales solventes y experimentados de la pública. Había que echarle un pensamiento y modificar ese decreto.

Y, en segundo lugar, porque si se desvirtúa el motivo clínico para operar antes, por mayor mortalidad principalmente, y la gestión de la lista de espera se convierten en meros números estadísticos se hacen todas las trampas del mundo por cumplir algo que es un medio y no un fin. Estamos por debajo de espera de la media nacional. ¿Y eso, qué significa? ¿Se muere la gente o no se muere la gente? Eso es lo importante.

En conclusión, señor consejero, entendemos que para que las listas de espera recuperen su validez y función original se han de realizar las siguientes modificaciones básicas: que dejen de presionar a las unidades de gestión clínica para que hagan ingeniería contable con los registros, que sean honestos, que sean honestos y pongan la realidad sobre la mesa, que dejen de hacer trampas por cumplir unas estadísticas que ya han dejado de servir para resolver el problema y, por último, que se gestionen con criterios clínicos y no administrativos las listas de espera.

Y ha dicho antes: «La lista de espera se atiende según antigüedad en la lista de espera, salvo contemplando ciertas prioridades clínicas». Pero ¿eso en qué se concreta? Porque si lo dejamos a libre albedrío, pues no me sirve, quiero que se desarrolle mucho más la norma.

Muchas gracias.

El señor GARCÍA ANGUIA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señor Gil.

Señor consejero, segunda intervención.

El señor ALONSO MIRANDA, CONSEJERO DE SALUD

—Muchas gracias, señor presidente.

Señoría, en mi primera intervención le detallaba las medidas del Servicio Andaluz de Salud que ha puesto en marcha para mejorar los tiempos de respuesta quirúrgica de consultas y pruebas diagnósticas. Creo que la preocupación que tenemos es la misma, dar una buena y una respuesta adecuada a los ciudadanos y ciudadanas andaluces.

Las medidas que se tienen que tomar son desde todos los aspectos y tienen una incidencia importante, tienen una incidencia importante en las listas de espera y, sobre todo, tienen que garantizar la seguridad del paciente.

Usted planteaba, la gestión de colas es una gestión importante en las listas de espera, evidentemente, a igualdad de patología, a igualdad de gravedad y a igualdad de prioridad, tendrá que operarse primero el que ha entrado primero en la lista de espera, y creo que eso no lo duda usted. Y, evidentemente, la prioridad para saltarse esta gestión de cola debe marcarla el clínico, debe marcarla el clínico en función de las condiciones del paciente.

Es muy difícil de regular, y usted lo planteaba en su intervención, solo que al final quiso dejar, ¿cómo se puede regular la decisión clínica? Y eso sabe que es evidentemente muy complicado, cuando un clínico considera, con la mayor evidencia científica, que hay que operar a un paciente, evidentemente, ese tiene prioridad absoluta.

Hacía una manifestación, que ya le he oído en multitud de ocasiones y que deja ahí como en el aire la situación de que tenemos menos lista de espera... Por eso no quise incidir hoy en el tema, para nada visto de comparaciones ni nada, sino de lo que es la gestión de las listas de espera, pero el riesgo de que haya gente que espera o la mortalidad en los pacientes... Como usted sabe perfectísimamente, y se lo vuelvo a plantear en este ámbito, la mayor parte de los pacientes que hay en lista de espera corresponden a patologías como son las prótesis de cadera, las prótesis de rodillas, que evidentemente sabe usted que no influyen en la mortalidad del paciente pero sí influyen en otra cosa que para nosotros y para el conjunto del sistema, para la Consejería de Salud, para la Junta de Andalucía, es prioritario, que es la calidad de vida de los ciudadanos andaluces y andaluzas que viven en este camino.

Por lo tanto, es una prioridad para nosotros resolver el problema, independientemente de que en estos casos no influye en la mortalidad. Yo estoy convencido y seguro de que las decisiones clínicas cuando existe un riesgo para eso están y para eso en ese momento huimos de la gestión de colas, que es que si un facultativo establece que es una prioridad absoluta operar a un paciente hay que hacerlo así. Por lo tanto, lo que persigue la gestión de colas es lo que se llama la equidad, ya sabe que hemos hablado muchas veces de que la equidad también consiste en tratar diferente a los diferentes, y cuando hay una prioridad clínica está por encima de lo que es el orden de entrada en las listas de espera, y creo que eso seguro, seguro, que lo compartimos todos los que estamos en esta sala.

Después ha hecho algunas manifestaciones que yo, como siempre, tengo que decirle que no se ajustan a la realidad y sobre todo que usted nunca aporta datos que tienen que ver con ello, evidentemente. La buena gestión de la lista de espera, claro, eso es lo que queremos absolutamente todos, lo quiere usted, lo quiere el Gobierno andaluz, lo quieren los profesionales del sistema y, sobre todo, lo quiere el conjunto de los pacientes. De ahí a plantear que un paciente se incluye en la lista de espera cuando se le indican las pruebas preanestésicas no creo que eso se ajuste a la realidad. Como sabe usted, las pruebas preanestésicas se piden a

los pacientes que están en lista de espera quirúrgica, con lo cual sería un poco difícil, pues entonces nunca los tendríamos en lista de espera, puesto que es requisito imprescindible para pedir una prueba de anestesia que esté. Evidentemente no, se incluye directamente en el momento en el que tiene la indicación quirúrgica. Eso sí, cuando tiene la indicación quirúrgica por parte de los profesionales, no como en algún momento se planteaba de que en el momento en que acude al médico de familia, no, se cuenta desde que tiene la indicación quirúrgica.

Por otro lado, hablaba usted del establecimiento de precios públicos. Los precios públicos, sabe que lo que regulan son los precios del mercado en relación con los conciertos que se establecen y demás. Hay otra cosa que tengo que plantearle, que lo que garantizan son temas de seguridad y garantizan a la Administración pública que por los servicios que presta o que se le prestan hay una determinada cantidad que se paga, creo que eso está en continua revisión en función de cuál es la situación de mercado y lo seguiremos haciendo para operativizar lo que usted planteaba.

Por otro lado, decirle y recordarle una vez más que está claramente prohibido por la ley de incompatibilidades que un médico del sistema sanitario público opere a un paciente que tiene asignado en el sistema sanitario público para su atención. Si conoce esas situaciones yo le pediría y le rogaría que, como bien sabe, cualquier persona que conozca un delito tiene la obligación de denunciarlo, espero que vaya usted corriendo y lo denuncie, y nosotros tomaremos medidas en ese sentido, al igual que estamos haciendo continuamente inspecciones a los diferentes centros sanitarios.

Planteaba otra cosa que sí es un dilema muy interesante, el cual lo comparto con usted, cuando habla de que no solo se puede hablar de listas de espera cuando hablamos de la parte quirúrgica, y por eso en mi intervención le había dedicado un tiempo importante a hablar de las listas de espera en el ámbito de consultas externas, la cual comparto con usted que tenemos capacidad de mejora, tenemos que ser capaces de reevaluar, y eso estamos haciendo, cuál es el porcentaje que se dedica a las primeras consultas. Evidentemente, aquellas consultas que no den respuesta son consultas que para nosotros no sirven y para el ciudadano menos, con lo cual también estamos evaluando, y se recuerda..., se lo comentaba en mi intervención, que aquellas cosas que evidentemente no tienen un reflejo en la respuesta asistencial no deben realizarse. Por lo tanto, establecer consultas intermedias que no tienen capacidad de resolución no sirve para nada y se revisará.

Y también nos preocupa de forma especial las listas de espera de pruebas diagnósticas, y por ello le comentaba, y hemos tenido la oportunidad de comentarlo tanto en el pleno como en esta comisión, que estamos trabajando de forma importante en la renovación tecnológica con un objetivo claro: no podemos dejar de hacer una prueba diagnóstica porque falte el operador que hace la prueba. Ese es un camino que la gerencia del SAS, que me acompaña aquí, tiene como un objetivo claro, establecido por la consejería y compartido con él, que donde hay aparatos tiene que haber técnicos que los manejen durante la jornada laboral, y ese es un objetivo en el que estamos avanzando, y comparto con usted que eso no debe pasar.

Después hay otra cosa que es una mala praxis y que no se debe producir, por lo tanto investigaremos a ver si se da, porque ingresar a un paciente para agilizar la prueba es una mala praxis y una situación que no se debe hacer, los pacientes deben estar en el hospital cuando necesitan estar en el hospital. Hemos tenido oportunidad de comentarlo muchas veces también en el seno de esta comisión, que estar en el hospital no

es la mejor opción para un ciudadano; de hecho, estar en el hospital, y usted lo sabe y lo hemos comentado en algunas ocasiones, genera también problemas de salud, y no digo nada con la población mayor, donde..., y todos creo que tenemos la experiencia por gente cercana a nosotros, cuando pasa un tiempo en el hospital corre el riesgo de incrementar su demencia si la tiene y demás. Por lo tanto, vigilaremos que eso no se produzca, en ningún caso se debe producir y en ningún caso eso está incentivado, todo lo contrario, que nosotros en las revisiones que se hacen, esas revisiones periódicas que le comentaba, analizamos esos ingresos innecesarios y que no obedecen a las buenas prácticas ni aportan nada según la evidencia científica a los pacientes que están en el hospital.

Por lo tanto, seguiremos trabajando en ese ámbito. Compartimos que tenemos que mejorar la gestión y por eso lo hacemos, que es una preocupación para nosotros trabajar pero niego algunas de las cosas que usted planteaba y le pido que si tiene conocimiento las denuncie. Y, evidentemente, nosotros en ningún caso ni presionamos ni presionaremos a los directores de las unidades de gestión, a los jefes de servicio, para que realicen...

El señor GARCÍA ANGUIA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Señor consejero...

El señor ALONSO MIRANDA, CONSEJERO DE SALUD

—... para que hagan prácticas que no se ajusten a la normativa.
Muchas gracias.

El señor GARCÍA ANGUIA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Gracias, señor consejero.
Señor Gil, tiene tres minutos.

El señor GIL DE LOS SANTOS

—Gracias, señor presidente. Y muchas gracias, señor consejero, por su réplica.

No pongo en duda el criterio clínico del profesional a la hora de priorizar la gestión de colas sino que lo que realmente planteo es si realmente disponen de las herramientas para hacerlo efectivo, es decir, si detecta que hay un criterio clínico para adelantar esa operación, si me puede explicar cuál es el protocolo que existe, si me lo puede detallar, para así entenderlo mucho mejor.

Tampoco digo que haya una irregularidad en que un médico del SAS que tiene asignado un paciente lo opere en la pública, sino lo que..., a lo mejor me he explicado muy mal, las clínicas privadas sí que se nutren de profesionales del SAS, ¿vale? A eso es a lo que me refería antes, que su estructura de médicos en muchas ocasiones son médicos formados y con experiencia en el SAS.

Quiero hacer..., aprovechar este tiempo tan breve que tengo para comentarle tres puntos.

Primero, transparencia y publicación de los datos anonimizados en agregado para su estudio epidemiológico y que desde el ámbito académico y desde la propia consejería se habilite ese portal de transparencia para estudiar la evolución de la epidemiología de la población, y si la gestión de la lista de espera está teniendo un impacto en salud en beneficio o en perjuicio sobre esa salud de la población.

En segundo lugar, qué indicadores de salud está implementando en la nueva gestión de la lista de espera, si esos indicadores de salud son meras estadísticas o son unos indicadores de salud que están abiertos al debate para que se pueda elegir los que realmente tengan el mayor impacto.

Y, por último, si dentro del seno de esa comisión de estudios de las listas de espera, se están contemplando muchas de las propuestas que hoy ha recogido en esta intervención. En el caso contrario, de que no se estén estudiando parte de estas propuestas que hoy le traslado, me gustaría, si tiene la oportunidad de trasladar a esa comisión de estudio lo que hoy hemos debatido en esta comparecencia.

Y nada, muchas gracias.

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señoría.

Señor consejero, para terminar el debate.

El señor ALONSO MIRANDA, CONSEJERO DE SALUD

—Gracias, señor presidente.

Señoría, en el seno de la comisión, yo le he planteado lo que le pedimos. Y, evidentemente, dejamos que la comisión trabaje con la máxima libertad, porque, de otra manera, estaríamos condicionando su resultado. Como son expertos clínicos en diferentes especialidades, los indicadores sobre resultados en salud, ellos los plantearán, y lo que le hemos pedido son indicadores de resultados, no indicadores de procesos. No nos interesa que se operen tantos pacientes, sino que se operen y que den estos resultados. Ya sabe que es un objetivo de esta consejería el planteamiento de los indicadores que miden resultados en salud. Evidentemente, si hacemos una cirugía de cadera, por ponerle un ejemplo, y, después de la cirugía, el paciente sigue con dolor y encamado, verdaderamente lo que hemos hecho sirve para poco. Por lo tanto, en unos casos son indicadores relacionados con movilidad, en otros, relacionados con calidad de vida, y en indicadores que tienen que ver con otro tipo de cirugía, incluso con temas de supervivencia y demás, pero están establecidos con criterios científicos, y los que están regulados en la literatura científica.

Yo, en cualquier caso... Lo que usted planteó hoy en la comisión, con mucho gusto se lo haré llegar a los grupos de trabajo, por si no lo están teniendo en cuenta, que tengan en cuenta todas las cosas. Evidentemente, cuanto mejor sean los resultados del grupo, mejor será la gestión de las listas de espera y mejores resultado les daremos a los ciudadanos y ciudadanas andaluzas. Por lo tanto, son bienvenidas todas las aportaciones.

Cuando hablan de transparencia y publicación de los datos anonimizados, lo que le estaba comentando antes, en la comparecencia anterior, sobre las capacidades que tiene Diraya, que ahora mismo nos permite tener la historia de salud de las personas desde su nacimiento hasta el periodo actual, nos va a permitir ir desarrollando, entre otras cosas, la información que usted plantea sobre listas de espera, y que, en el futuro, nos permitirá hacer estudios anonimizados. Y sabe que ahí hay un problema que a mí siempre me preocupa y que está en continuo debate, pero no solo en la consejería, sino en todos los ámbitos, que es quién puede y quién podrá utilizar la explotación de determinados datos. Saben que la explotación de los macrodatos, y salvo que, en muchas ocasiones, está rodeado de una gran controversia, sobre todo para que determinadas empresas o determinados ámbitos quieren los datos, por lo tanto, estamos también con las comisiones éticas viendo cuál será el mecanismo para garantizar, y estoy seguro que eso lo compartimos, que los datos sean utilizados no con fines comerciales, sino con fines científicos, de desarrollo. Por lo tanto, creo que ese debe ser el camino que debemos seguir y deberemos conseguir que la gestión de cola sea la adecuada.

Establecerle... Antes me preguntaba por el protocolo de actuación. Los protocolos de actuación son complejos, están recogidos, pero lo que se recoge de forma clara es que, cuando un paciente, existe una emergencia, un riesgo vital, si es necesario, se desprograma..., si no hay quirófanos libres, se desprograma una intervención que no tenga ese riesgo vital. Por eso decía que ahí se rompe la gestión de cola, y están establecidos los criterios de riesgo vital, pero son según la especialidad, según la actuación y según lo que la evidencia científica recoge. Por lo tanto, en función de cada patología son diferentes, pero el final es ese, que si existe un riesgo vital o un riesgo funcional que altera mucho la calidad de vida, tiene prioridad sobre los que están en la cola de las listas de espera.

Muchas gracias.

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señor consejero.

10-17/POC-000281. Pregunta oral relativa al mal estado del entorno de la Bola Azul, de Almería

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Terminado el debate de la comparecencia, pasamos al siguiente punto del orden del día, de las preguntas orales en comisión.

Señor consejero, vamos a hacer primero la tercera y la cuarta, por necesidades de los compañeros que tienen que intervenir en otras comisiones, primero la tercera y después la cuarta. Primera, del Partido Popular, relativa al mal estado del entorno de la Bola Azul, de Almería.

Y después haremos la cuarta, del Grupo de Ciudadanos, relativa a los niños del Hospital de La Línea, a Málaga y Cádiz.

Señora, tiene la palabra. Señoría.

La señora MARTÍN MOYA

—Gracias, señor presidente, y gracias a todos los diputados por el cambio.

Bueno, señor consejero, mire, hace escaso tiempo, los diputados del Partido Popular tuvimos oportunidad de visitar el entorno del complejo hospitalario de la Bola Azul, y comprobar *in situ* el lamentable estado en el que se encuentra una zona tan cercana, ni más ni menos, que a un ámbito sanitario.

Obviamente, yo misma, como usuaria, una ciudadana más de la provincia de Almería, de la ciudad de Almería, no era la primera vez que lo había visto, pero esta vez la visita fue motivada por el propio equipo de Gobierno municipal, preocupado por esta situación, y ante la falta de respuesta por parte de la Junta de Andalucía.

Calles sin asfaltar, agujeros, socavones, un pozo en un pequeño solar, sin ninguna protección, que no está vallado, aceras levantadas... Un lamentable estado. Y todo esto, dificultando no solo a los usuarios que, de alguna forma, no tenemos ningún problema, sino muy especialmente a las personas con movilidad reducida, con problemas de movilidad reducida.

Nos consta la petición por parte del ayuntamiento y algún principio de acuerdo y, por supuesto, nos constan dos acuerdos plenarios solicitando el arreglo de esta zona.

Es por ello que le preguntamos cuándo tiene previsto el Consejo de Gobierno emprender el arreglo y mantenimiento del entorno complejo hospitalario de la Bola Azul, si es que, por supuesto, tiene previsto hacerlo.

Gracias.

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Gracias, señoría.

Señor consejero.

El señor ALONSO MIRANDA, CONSEJERO DE SALUD

—Gracias, señoría.

Atendiendo a las demandas del Ayuntamiento de Almería y de diferentes colectivos vecinales y sociales, la Consejería de Salud inició ya la reforma y ampliación del care de Bola de Oro, cuyas obras finalizaron en julio de 2011, con una inversión de 7,3 millones de euros, y han supuesto una notable mejora del entorno que lo rodea.

A partir de ahí se han ido realizando diferentes actuaciones, en una segunda entrada específica al care para la unidad de rehabilitación y fisioterapia, lo que ha implicado una importante operación a nivel de urbanización en la parcela, con la construcción de un vial que circunvala todo el edificio sanitario, además de un acceso cómodo y adecuado para el uso de la unidad de fisioterapia en la parte trasera del edificio.

Se sigue avanzando, porque es verdad que queda una parte por finalizar, pero se han trabajado en las obras de los jardines, en la trasera. Y nos queda todavía una inversión por realizar, que realizaremos en el más corto espacio de tiempo posible.

Muchas gracias.

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señor consejero.

Señoría, tiene un minuto y medio.

La señora MARTÍN MOYA

—Muy rápidamente.

Señor consejero, en este jardín no ha trabajado usted, ni en muchos viales.

Mire, yo le voy a decir una cosa. Ustedes llegaron a un principio de acuerdo con el Ayuntamiento de Almería, en el que se comprometió el ayuntamiento al arreglo..., porque el ayuntamiento sí cumple, pero la consejería, la Junta de Andalucía, no. Se comprometieron a rehabilitar o, por lo menos, asfaltar los viales adyacentes, ese que usted se refiere y, desde luego, no se ha hecho. El ayuntamiento cumplió, de hecho, ustedes iban a ceder el espacio para la ciudad. El ayuntamiento cumplió y, sin embargo, no cumplió la Junta de Andalucía.

Mire, yo es que creo que está usted confundido, y lo que precisamente se ha arreglado, sí, la parte de atrás, se ha arreglado. Por cierto, donde se pone la unidad móvil esa para hacer las especialidades. Pero lo que no se ha arreglado es la parte precisamente que compete a la Junta de Andalucía. Y yo le enseño una foto en donde se ve precisamente el corte, que le digo más, el ayuntamiento ya ha advertido de que va a tener que poner ahí un cartel diciendo: «aquí empieza la zona que pertenece a la Junta de Andalucía». Porque está harto de recibir quejas vecinales, esas precisamente a las que usted se refiere, diciéndole al ayuntamiento que no pueden prácticamente ni circular. Una persona con movilidad reducida, una persona que vaya en silla de ruedas, tiene enorme trabajo y precisamente para acceder a este complejo hospitalario.

Termino, señor presidente, con una petición, de verdad, que le hago de parte del ayuntamiento. Y, mire, póngase de acuerdo con el ayuntamiento y, de verdad se lo digo, porque si a usted no le preocupa la situación, al equipo de Gobierno sí. Y si ustedes no son capaces de hacerlo, créame que el Ayuntamiento de Almería está dispuesto a hacerlo, porque se preocupa por sus vecinos.

Muchas gracias, señor presidente.

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Gracias, señoría.

Tiene un minuto y medio, señor consejero.

El señor ALONSO MIRANDA, CONSEJERO DE SALUD

—Muchas gracias.

Vamos, nos pondremos en contacto con el ayuntamiento, evidentemente, para ponernos de acuerdo en las actuaciones que quedan por hacer, que, como le decía, somos conscientes.

La consejería ha realizado una importante intervención en la zona verde. Como usted bien decía, son los jardines de la trasera del centro de alta resolución, no es un centro hospitalario, es un centro de alta resolución. Una zona que se encontraba degradada y falta de cuidados, en la que se realizaban las siguientes actuaciones: limpieza de la zona, eliminación de palmeras —todo eso en la parte de atrás—, reposición completa del encimado, consolidación de zonas, eliminación de algunas palmeras... Pero, bueno, no voy a decir lo que hemos hecho, sino que voy a entrar en lo que usted planteaba, que es lo que nos queda por hacer.

Queda pendiente la reparación del vial que conecta la calle Haza de Acosta con la carretera de Ronda, en la que los bordillos, aceras y la capa de rodadura de la calzada presentan deficiencias, cuyas obras de reparación tienen un coste estimado, y en el cual ya hemos trabajado, de 106.000 euros, que se ejecutarán a lo más breve posible. Y, evidentemente, de acuerdo a lo que usted planteaba, nos pondremos en contacto con el ayuntamiento para poder hablar y establecer un criterio de actuación. Pero eso nos queda por hacer, y tendremos que realizarlo en el menor tiempo posible. Vamos, compartimos esa necesidad y esa prioridad y hablaremos con el ayuntamiento, que sabemos que estará dispuesto a colaborar con nosotros.

Muchas gracias.

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Gracias, señor consejero.

10-17/POC-000359. Pregunta oral relativa a los traslados de niños del hospital de La Línea a Málaga y Cádiz

—Pasamos a la pregunta número 4, en este caso del Grupo Parlamentario de Ciudadanos, relativa a traslados de niños del hospital de La Línea a Málaga y Cádiz.

Señora Albás, tiene dos minutos y medio.

La señora ALBÁS VIVES

—Gracias, señor presidente.

Señor consejero, la situación de pediatría del hospital de La Línea a día de hoy es que existen solamente tres pediatras en plantilla, cuando según el catálogo de puestos del centro debería haber siete. Hasta hace unos meses había cinco, pero dos de ellos se han trasladado a otros hospitales. Como consecuencia de lo expuesto, ha habido niños a los que ha sido necesario trasladar a Cádiz y Málaga, a Cádiz y a Málaga, para la realización de pruebas diagnósticas. No es la primera vez que hablamos hoy en esta comisión sobre pediatras. Usted, pues, ha reconocido, de una forma muy honesta, lógicamente, que hay falta de pediatras. Y que van, incluso, a intentar buscar fuera de esta comunidad autónoma para intentar dotar de pediatras aquellos hospitales o centros que realmente lo requieran.

La realidad es que la situación es un poquito compleja, pero que no haya... Lo que tenemos que hacer es presentar soluciones concretas. El problema de La Línea no es exclusivo, y usted lo sabe. Hay mucha falta de pediatras en toda Andalucía, y los ciudadanos lo demandan. Entonces, aunque la pregunta va dirigida, lógicamente, al hospital de La Línea, en concreto, sí que me gustaría, si usted es tan amable, que me dijera unas medidas más concretas, un poquito más definidas, ¿vale?, para poder solucionar la situación de falta de pediatras en toda Andalucía.

Muchas gracias.

El señor GARCÍA ANGUIA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Gracias, señoría.

Señor consejero.

El señor ALONSO MIRANDA, CONSEJERO DE SALUD

—Solo por corregirle. Ya que... Muchas gracias, en primer lugar. Por corregirle, ya que usted siempre habla del conjunto de España, decirle que la falta de pediatras es en toda España, aunque estemos aquí... Ojalá fuese solo en Andalucía, porque la solución sería mucho más..., mucho más fácil.

Y en primer lugar quiero aclararle algunas afirmaciones recogidas en la exposición de motivos. Los traslados que usted plantea no se producen de forma generalizada a las provincias limítrofes, salvo para aquellas patologías especiales que sí lo requieren, de atención médica muy específica. El resto se realizan en el ám-

bito geográfico. Sí es verdad que no se pueden realizar con los criterios de seguridad, y nosotros primamos la seguridad del paciente en cualquier caso, en el hospital de La Línea, algunas de las actuaciones y las hacemos en los hospitales de la comarca.

Actualmente en el hospital de La Línea se realizan todas las pruebas diagnósticas de pediatría que están incluidas en su cartera de servicios. Solo se traslada a los niños a Cádiz y Málaga, como hospitales de referencia, para aquellas pruebas diagnósticas no incluidas en la cartera de servicios de los hospitales de La Línea. Pero sí es verdad que tenemos que trasladar, para garantizar la seguridad del paciente, niños a otros hospitales de la comarca, que después si quiere le aclaro...

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señor consejero.

Señoría, tiene un minuto.

La señora ALBÁS VIVES

—Sí.

No le discuto que no es generalizado el traslado, que no se traslada a todos los niños. Lo que pasa es que, si bien es cierto, y usted lo sabe, que hay una carencia de pediatras a nivel andaluz y a nivel nacional. Entonces, a través o bien del Consejo Interterritorial o de algún órgano competente, realmente que creo que tenemos que..., se tiene que plantear por parte de todas las comunidades autónomas la solución a este problema. Es así de sencillo. Entonces, simplemente es hacer una reflexión en alto e instarle a que por favor traslade esta necesidad y sea compartida con el resto de comunidades autónomas, para, pues ante un problema, presentar una solución en corto espacio de tiempo.

Muchas gracias.

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señoría.

Tiene minuto y medio, señor consejero.

El señor ALONSO MIRANDA, CONSEJERO DE SALUD

—Gracias.

Hay cosas..., compartimos, y no es una preocupación solo de este consejero, sino en este caso sí es un problema de los consejeros..., compartido con todos los consejeros de las diferentes comunidades autónomas, indistintamente del signo político que las gobiernen. Tenemos, en algunas especialidades, un problema que estamos tratando en el Consejo Interterritorial y también en la Comisión de Recursos Humanos del Consejo Interterritorial, que esa, como sí se reúne, va avanzando un poco más.

Como consecuencia de la falta de facultativos, en el caso específico del hospital de La Línea, ha puesto en marcha una serie de medidas que permiten seguir atendiendo a la población infantil que acude a este hospital. Entre ellas está que los ingresos de niños con patología pediátrica han sido derivados al hospital Punta Europa, la planta de pediatría está abierta con los ingresos de patologías quirúrgicas y traumatológicas a cargo de otros especialistas que las pueden realizar con garantías de seguridad. Desde el día 6 de marzo un pediatra de atención primaria está, y va acudiendo, y va a acudir, los martes y los jueves por la tarde al hospital para atender las consultas en el hospital de La Línea, para la cobertura de las guardias de pediatría del hospital. Además, de los pediatras de Punta Europa también se incorporarán de toda la provincia de Cádiz y puntualmente de Sevilla. La asistencia a los partos, recién nacidos y neonatos del centro está garantizada por el pediatra de guardia, por eso son tan prioritarias las guardias en el ámbito hospitalario. Somos conscientes de que esto ocasiona molestias al conjunto de la población, que se ve afectada, y por ello estamos trabajando de forma importante para cubrir las necesidades de plantilla a la mayor brevedad posible. Y como le comentaba antes, en el seno de la Comisión de Recursos Humanos del Consejo Interterritorial, para buscar una solución a medio y largo plazo de este problema de la pediatría del conjunto del sistema nacional.

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señor consejero.

10-17/POC-000268. Pregunta oral relativa a la carencia en asistencia ambulatoria en Íllora, Granada

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Volvemos a la pregunta ya número 1, en esta ocasión del Grupo Parlamentario Popular, relativa a carencia en asistencia ambulatoria en Íllora, provincia de Granada.

Don Rafael Vicente Valero tiene la palabra. Dos minutos y medio.

El señor VALERO RODRÍGUEZ

—Muchísimas gracias, señor presidente.

Señor consejero, ¿cómo valora el estado del servicio de urgencias que se presta en la bonita e histórica ciudad de Íllora?

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señor diputado.

Señor consejero.

El señor ALONSO MIRANDA, CONSEJERO DE SALUD

—Ya sé que la considera histórica y bonita, y por eso la ha visitado la semana pasada, preparando esta intervención. Ya nos conocemos de hace mucho tiempo.

El municipio de Íllora dispone de un centro de salud, tres consultorios locales y dos consultorios auxiliares. La asistencia a urgencias y emergencias de esta población, tanto las urgencias que acuden al centro como las que se producen fuera, se hacen de 8:00 a 15:00 horas por el personal del propio centro y de 15:00 a 20:00, sábados y domingos y festivos las 24 horas. Como sabe, existe un refuerzo los fines de semana y festivos para dar respuesta a la atención sanitaria y, de acuerdo al número de consultas que se realicen, el número de urgencias que hay en el centro, se atiende de forma adecuada, consideramos, a la población.

Muchas gracias.

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Gracias, señor consejero.

Señor Valero.

El señor VALERO RODRÍGUEZ

—Gracias, señor presidente.

Señor consejero, no comparto lo idílico de las urgencias que usted ha expresado, porque mucho me temo que es otra operación cosmética más de las que estamos acostumbrados, que es la de inaugurar a bombo y platillo estructuras e infraestructuras, y centros de salud y hospitales que luego tienen una gran carencia en materia de servicios.

Y quiero empezar felicitando a la consejería, también, y al pueblo de Íllora, porque efectivamente arquitectónicamente es un centro de salud para felicitar, ¿no? Es bonito, es funcional, está bien dotado, en ese sentido. Pero sabemos de las grandes preocupaciones que tiene Íllora, ya que como muchos pueblos de otras comarcas, los cuales, pues, se caracterizan por que sus núcleos están muy dispersos, de tal manera que tardan de 20 a 30 minutos, y no precisamente porque tengan unas carreteras aterciopeladas, sino que son muy mejorables.

Después de felicitarle por ello, sí es verdad que nos preocupa muchísimo lo que es el servicio de urgencias, en el cual hay una gran falta de recursos, de tal manera que hay vecinos que cuando llegan a las urgencias se encuentran la puerta cerrada porque, al solo haber un equipo, pues lógicamente, si están atendiendo otra emergencia, pues no van a poder ser atendidos. Y nos gustaría que valorara esa situación y cómo se puede, pues, solucionarla.

También es verdad que, además, a eso se suma el hecho de que no existe la zona de radiología, tampoco la de odontología, que estaba proyectada en el primer..., en el proyecto inicialmente, y otra promesa pues incumplida.

Por tanto, se pone de manifiesto, una vez más también, que la sanidad no es una prioridad para su Gobierno, solamente cuando aparece algún clamor popular que le pide un cambio de rumbo, y lo hacen a regañadientes, y no precisamente por convicción, sino que lo hacen precisamente por guardar la imagen de la presidenta.

Por tanto, señor consejero, le pedimos y le exigimos pues que a ver cómo va a solucionar esta desprotección de más de diez mil habitantes y de sus núcleos, los siete núcleos dispersos de población que tiene, para que puedan tener una digna atención sanitaria y de calidad como cualquier otro. Sabe que el alcalde está teatralizando y también está sobreactuando, pidiendo firmas en el municipio, el alcalde de su propio partido, pero yo creo que es mucho más fácil, que es que el Gobierno tiene que prestar atención a ese pueblo, y desde aquí, desde esta iniciativa pues le pedimos y le rogamos pues que atienda y dé solución a esas carencias que se encuentran en ese bonito pueblo.

Muchas gracias.

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Gracias, señoría.

Señor consejero.

El señor ALONSO MIRANDA, CONSEJERO DE SALUD

—Gracias, señoría.

Como comentaba antes, nos conocemos hace mucho tiempo y sabe que la afirmación que usted dice sobre que no es una preocupación para este Gobierno y para este consejero la sanidad pública de Andalucía sabe que no es así, y usted me conoce perfectamente, con lo cual no voy a seguir en ese..., comentando eso.

Por otro lado, decirle que ustedes siempre llegan tarde. Lo digo porque..., y hacen algunas afirmaciones que no se ajustan a la realidad. Evidentemente, la radiología estaba proyectada, no, está proyectada y está hecha la sala y hay un compromiso claro que ha ratificado, además, la gerente del distrito con el alcalde en una reunión que tuvieron el jueves 2 de marzo en la propia Íllora, en la que existe un compromiso claro de que a lo largo de 2017 existirá radiología, como estaba en el proyecto y está también en la ejecución de la obra. Seguro que no tuvo tiempo en la visita de bajar a visitarla, pero, vamos, yo con mucho gusto se la enseñaré, está plomada y está preparada para recibir el equipamiento, con lo cual lo recibirá. Evidentemente, estoy diciendo que a lo largo de 2017, ya lo sabe, y sabe que además me ajusto siempre a decir la realidad de lo que acontece.

Por otro lado, decirle también que en esa reunión que mantuvieron la gerente y el alcalde se tomaron y se adoptaron medidas de tipo organizativo con un objetivo claro, que es dar una respuesta y garantizar que en ningún momento se quede solo en la zona de atención a urgencias, para lo cual se acordó la utilización de la ambulancia de traslados urgentes para que los facultativos puedan acudir a los diferentes centros, con lo cual siempre alguien del equipo se quedaría en el centro. Y, por otro lado, se hizo otro acuerdo importante, que es la asignación de la población perteneciente a aquellos núcleos más distantes que usted conoce, de Brácana y Tocón, de Íllora, para que la prestación de la asistencia a domicilio... al servicio de urgencias se le asigne al centro de salud de Huétor-Tajar, con lo cual disminuimos también el tiempo de respuesta en las diferentes zonas de Íllora.

Como usted sabe, conozco muy bien la zona y, evidentemente, estamos trabajando para continuar mejorando, dando una respuesta integral y una respuesta adecuada a los ciudadanos de Íllora.

Y, como le decía, recordarle lo que le planteaba antes, que el equipo de rayos X está contemplado y a lo largo de este 2017 se pondrá. Evidentemente, hemos hecho un gran centro de salud para completar todos los servicios que hay dentro; si no, no tendría mucho sentido hacerlo.

Muchas gracias.

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señor consejero.

Pasamos a la siguiente pregunta, pero, antes, saludar al anterior alcalde de Íllora, fue durante ocho años alcalde, y está presente en la sala, y, por tanto, saludamos al anterior alcalde de Íllora, que durante ocho años fue alcalde de ese bonito pueblo. Por tanto, aprovechamos que está presente y forma parte de la consejería para saludarlo.

10-17/POC-000269. Pregunta oral relativa al proyecto piloto de dispensación de agujas

El señor GARCÍA ANGUIA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Pasamos a la siguiente pregunta, también del Grupo Parlamentario Popular Andaluz, en este caso relativa a proyecto piloto de dispensación de agujas.

Señora García, tiene la palabra, dos minutos y medio.

La señora GARCÍA CARRASCO

—Gracias, señor presidente.

Señor consejero, ¿cree que el proyecto piloto que se puso en marcha para solucionar el problema de las agujas de diabéticos, tanto en Málaga como en Sevilla, ha tenido los efectos que esperaban las personas diabéticas?

El señor GARCÍA ANGUIA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Gracias, señoría.

Señor consejero.

El señor ALONSO MIRANDA, CONSEJERO DE SALUD

—Señoría, como usted sabe y era nuestro compromiso, se ha iniciado una evaluación de la satisfacción de profesionales sanitarios y pacientes sobre el nuevo modelo de dispensación de agujas, tal y como habíamos quedado que se finalizaría ese proceso, y así lo habíamos hablado con los pacientes y con los profesionales, el 31 de marzo de 2017.

Una vez finalizado el análisis y si, como se espera, es positivo se podrá extender el modelo al resto de provincias andaluzas, comenzando por la provincia de Málaga, porque saben que ahora está totalmente instaurado en la provincia de Sevilla. El objetivo de este nuevo modelo es mejorar la accesibilidad de los pacientes a las agujas de insulina y permitir la elección directa y adaptada a las necesidades específicas de los usuarios sobre los dos modelos de agujas que se han establecido de acuerdo a un estudio contrastado y con una valoración clara por parte de todos, y así se les ha transmitido a las asociaciones.

Muchas gracias.

El señor GARCÍA ANGUIA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Gracias, señor consejero.

Señoría.

La señora GARCÍA CARRASCO

—Gracias, señor presidente.

Señor consejero, la realidad es que nos siguen llegando quejas de los diabéticos, de la Federación de Diabéticos en Andalucía. Venimos hablando de este tema, fíjese, desde noviembre del año 2016, donde usted ya anunciaba ahí la puesta en marcha y funcionamiento de ese programa piloto, el 1 de diciembre del 2016 volvimos a hablar en esta comisión, fue el señor Vargas el encargado de hablar de ese programa piloto. Decían en Málaga y en Sevilla, pero en realidad ha sido en Sevilla, y la verdad y la realidad es que la federación de diabéticos sigue diciendo que existen problemas, y yo creo que pueden ser solucionables.

Ellos dicen que tienen una cita pedida con la gerencia, que yo espero que se la den en breve pues para poder ajustar esos problemas. Existen ya recogidas en Málaga 3.200 firmas, somos conscientes de que ahí, como usted dice, no está funcionando el programa, con lo cual existe todavía el problema. Pero aquí en Sevilla yo creo que todavía es más ajustable, porque, si no, no existirían quejas de los diabéticos.

A mí es que me da igual que la aguja se llame por la marca, porque ellos hablan BD, Menarini, me da igual cómo se llamen las agujas, a mí me da igual. Lo que nosotros queremos y ellos quieren, y todos queremos, porque yo supongo que la consejería también lo quiere, es que cuando el diabético vaya a la farmacia le den la aguja de calidad, que no esté la aguja de mala calidad, que todavía está en Málaga, y que ellos quieren erradicar, y que si ellos no lo saben, se las están dando y cuando se dan cuenta que siguen teniendo los mismos problemas de hematomas y de dolor pues ya tienen que acabar esa caja porque no le pueden dar otra. Entonces, consejero, valen lo mismo porque lo hemos visto y valen lo mismo, es que valen lo mismo, vamos a eliminar la de mala calidad y que la empresa se encargue de hacerlas de buena calidad.

No sé si será tan sencillo como yo lo planteo, no lo sé si es tan sencillo como yo lo planteo, pero es que eso es lo que piden los diabéticos, que cuando ya vayan a la farmacia que no se la den. Si valen igual, que no se la den. Así de sencillo. Lo que no podemos es tener a un diabético hasta que acabe esa caja de cien agujas, con esas agujas de mala calidad, que además le produce esos problemas. No sé si es tan sencillo o tan complicado, usted me lo dice, pero lo que piden los diabéticos es que cuando vayan, ya que ese proyecto piloto le permite ir a la farmacia y recoger las agujas, que sean de buena calidad, que no esté la que ellos dicen que es de mala calidad, y que tienen un estudio que demuestra que es, no de mala calidad, que no tiene los mismos componentes que tiene la aguja que ellos reclaman.

Gracias.

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Gracias, señoría.

Señor consejero.

El señor ALONSO MIRANDA, CONSEJERO DE SALUD

—Señoría, ojalá fuese así de sencillo.

El cumplimiento de la Ley de Contratos del Estado, y además está en manos de su Gobierno a nivel central modificarlo si lo considera oportuno, y también estaría en manos, como es verdad que hace tiempo que estamos hablando de quitar del mercado aquellas agujas que no cumplan con los criterios y así no se podrían presentar a los concursos que se establecen ni podrían estar en ningún ámbito porque no se comercializarían, y acabaríamos radicalmente el problema.

Sabe que las leyes son de obligado cumplimiento para todos, por eso hemos hecho este pilotaje, y, evidentemente, nosotros no decidimos la aguja que se recoge cuando se va a las farmacias, está a disposición de los ciudadanos la posibilidad de elegir entre los dos tipos de agujas que, de acuerdo a los estudios técnicos y tal, cumplieran todas las condiciones. Hubo que buscar esta fórmula porque cualquier otra fórmula que nos llevase a la Ley de Contratos de la Administración Pública, como usted bien conoce, haría imposible poder elegir el tipo de agujas que se daban, que se prestaban desde el Servicio Andaluz de Salud.

Por lo tanto, sabe que mantenemos reuniones periódicas tanto con la federación, que, por cierto, nos dice que ha mejorado de forma sustancial. Y además son los profesionales, cuando van sin ninguna limitación, sin existir ningún proceso de selección, sino simplemente van y le piden al farmacéutico cualquiera de las dos que están en el mercado. Si está existiendo algún problema ahí, nosotros lo vigilarémos. Pero en nuestro..., en el acuerdo marco que tenemos con los farmacéuticos no se establece qué tipo de agujas tienen que darse de las dos que hay. Es una elección del ciudadano, ya digo que es la única forma de poder hacerlo.

Es verdad que hoy tienen el mismo precio. También es verdad que costó mucho trabajo, por cantidad de manifestaciones y expresiones que hubo en medios y en todos los ámbitos, que tuviesen el mismo precio las dos agujas. Yo no sé la razón, pero eso pasó, y eso complicó un poco también la puesta en marcha. Y se lo complicó para el Consejo Andaluz de Farmacéuticos, que siempre ha estado dispuesto a colaborar en este ámbito, pero que durante los primeros meses tuvieron..., con una de las cajas hubo una importante dificultad a la hora de conseguir que los precios fuesen los mismos. Eso se ha resuelto, a lo largo de este tiempo se ha ido incrementando de forma importante el número de ciudadanos que eligen... En las oficinas de farmacia no existe ninguna limitación. Como ya les dije el día 31, se acabará la valoración, y una vez que se vean aquellas cosas que son mejorables se mejorarán. No existe ninguna dificultad en la selección que se haga en el ámbito de la farmacia. Y, a continuación, empezaremos su extensión por el conjunto de Andalucía con una afirmación clara que ya he hecho aquí en otras ocasiones. La siguiente provincia donde se implantará es la provincia de Málaga.

Por lo tanto, era el periodo que habíamos comentado para la valoración de cualquier tipo de proyecto que hay. La sensación que yo tengo es buena. Y a nuestras gestoras de usuarios de los centros asistenciales no han llegado reclamaciones. Pero tenemos una reunión pendiente del nuevo gerente con la federación, y nos planteará si hay alguna dificultad, que se pueda corregir. Puesto que en este caso no existe ninguna decisión, por parte de la Administración, de qué aguja se debe dar. Por lo tanto, trabajaremos en ello, no creo que tenga ninguna dificultad.

Gracias.

DIARIO DE SESIONES DEL PARLAMENTO DE ANDALUCÍA

Núm. 325

X LEGISLATURA

9 de marzo de 2017

El señor GARCÍA ANGUIA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Gracias, señor consejero.

10-17/POC-000380. Pregunta oral relativa a los programas Relas (Red Local de Acción de Salud) en Andalucía

El señor GARCÍA ANGUIA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Pasamos al grupo de preguntas del Grupo Parlamentario Socialista. La número 6, señor consejero, en este caso relativa al programa Relas en Andalucía.

Señor Ferrera, tiene dos minutos y medio.

El señor FERRERA LIMÓN

—Muchas gracias, señor presidente.

Señor consejero, desde hace años la Consejería de Salud puso en marcha el programa de Red Local de Acción de Salud. Este es un programa que pretende colaborar con los ayuntamientos andaluces para la implantación de hábitos saludables en los municipios a través de convenios entre estas dos administraciones.

Por un lado, la Consejería de Salud acerca las políticas de salud mediante efectivos, objetivos y estrategias saludables en su entorno local a los ciudadanos de los distintos municipios andaluces que han suscrito convenios con esa consejería. Este es un programa que va dirigido a toda la población en general y donde los gobiernos locales juegan un destacado papel en la coordinación y en el diseño y ejecución de políticas saludables en su municipio. Este proyecto, además, incide en el conocimiento de nuevas prácticas y hábitos saludables, además de informar y conocer todo lo relacionado con la salud de su entorno más próximo.

Por todo ello, señor consejero, a este grupo parlamentario..., esto nos parece una magnífica iniciativa, son muchos los ayuntamientos que ya se han acogido a este convenio con su consejería, y esperamos que sigan aumentando de manera importante. Porque, sin lugar a dudas, trabajar en la educación, prevención y promoción de actividades saludables debe ser uno de nuestros principales objetivos. Por todo ello, señor consejero, desde este grupo parlamentario, creemos que es de vital importancia seguir impulsando este tipo de iniciativas en los municipios de Andalucía. Y, por ello, nos gustaría conocer cómo se están desarrollando los programas de Red de Acción Local de Salud en Andalucía y cuál es su incidencia en la población.

Muchas gracias.

El señor GARCÍA ANGUIA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señoría.

Señor consejero.

El señor ALONSO MIRANDA, CONSEJERO DE SALUD

—Muchas gracias, señor presidente.

Señoría, la Red Local de Acción en Salud, conocida como Relas, es un proyecto impulsado por la consejería para asesorar y apoyar a los ayuntamientos andaluces, en total 778, a fin de que elaboren sus propios planes locales de salud, en un marco de gobernanza local, dando prioridad a la participación ciudadana. Recordemos que es una obligación de las entidades locales, de los ayuntamientos andaluces, de acuerdo a la Ley de Salud de Andalucía, la realización de dichos planes locales de salud.

El plan local de salud es un instrumento básico que recoge la planificación, ordenación y coordinación de las actuaciones que se realizan, en materia de salud pública, en el ámbito de un ayuntamiento o de una mancomunidad de municipios. En la actualidad se han firmado ya 142 acuerdos con los mismos municipios de Andalucía, lo que representa el 18,42% de los consistorios andaluces. La población que cubren estos municipios es el 40,15% de la población andaluza. Se han incorporado hasta ahora 12 municipios de la provincia de Almería; 20 de Cádiz; 15 de Córdoba; 35 de Granada; 18 de Huelva; 18 en Jaén; 7 en Málaga, y 17 en Sevilla. Las últimas incorporaciones han sido dos capitales, Sevilla y Cádiz, y próximamente esperamos la incorporación de Huelva, Almería y Granada.

Estamos ultimando la puesta en marcha de una nueva web, que sería redlocalensalud.es, donde la ciudadanía podrá ver los recursos saludables existentes en su municipio y conocerá las actividades que se vayan realizando durante el desarrollo del plan local de salud.

Además, hemos desarrollado un plan de formación específico para adquirir habilidades en la metodología para la elaboración de estos planes, en el que han participado más de 700 profesionales de entidades locales y de la Administración andaluza.

Por otro lado, Relas ha dado impulso a muchos de los programas y estrategias de prevención y promoción de la salud en los ayuntamientos, como han sido: «Por un millón de pasos», Estrategia de Envejecimiento Activo, Prevención de accidentes de tráfico en jóvenes y Prevención de accidentes domésticos, Rutas saludables, Promoción de la actividad física y alimentación equilibrada, Promoción de espacios verdes, Forma Joven o Programa de Deshabitación Tabáquica.

Señorías, una prueba de la importancia del proyecto Relas es que ha merecido la consideración como una buena práctica en materia de salud por la Organización Panamericana de Salud, en la VIII Conferencia Mundial de Promoción de la Salud, que tuvo lugar en Helsinki en el año 2013.

Quiero aprovechar esta ocasión para hacer una llamada a las corporaciones locales que aún no se han incorporado para que elaboren sus planes locales de salud y ofrecerles la colaboración, por parte de la Consejería de Salud, para la realización de dichos planes.

Muchas gracias.

El señor GARCÍA ANGUIA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señor consejero.

10-17/POC-000382. Pregunta oral relativa a las citas con enfermería a través de Salud Responde

El señor GARCÍA ANGUIA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Pasamos a la siguiente pregunta del Grupo Parlamentario Socialista, relativa a citas con enfermería a través de Salud Responde.

Señor Vargas, tiene dos minutos y medio.

El señor VARGAS RAMOS

—Gracias, señor presidente.

Señor consejero, todos sabemos que Andalucía tiene un amplio recorrido en el ámbito de la incorporación tecnológica en el terreno sanitario. Y un claro ejemplo de esto es el servicio de Salud Responde, un servicio diseñado para satisfacer las necesidades de información, de gestión sanitaria y administrativa, que interesa a los ciudadanos, y que van desde consejos sanitarios hasta la gestión de citas por los centros de salud de nuestra comunidad autónoma.

Porque, en definitiva, uno de los objetivos del Gobierno andaluz es destinar todos los esfuerzos posibles a mejorar la vida de las personas, a hacer más sencillas sus gestiones y, por supuesto, dar respuesta a sus demandas y necesidades con la mejor optimización de los recursos públicos posibles y disponibles. Por este motivo, se puso en marcha este centro multicanal de Salud Responde, como centro de atención a la ciudadanía andaluza.

Y, señor consejero, este Grupo Popular Andaluz quiere felicitarlo a usted y a todos los profesionales que conforman este servicio de Salud Responde, por su funcionamiento, por sus resultados y por su valoración en cuanto a satisfacción de los usuarios que lo utilizan, demostrándose así la eficacia de esta nueva estrategia de conexión con la ciudadanía en materia de salud, que ha ido ampliando sus prestaciones año tras año. Y es por esto que con este sistema se ha mejorado el acceso de los usuarios para gestionar sus citas con enfermería, tal y como lo venían haciendo con el médico o con el pediatra.

Y también he de decir que en base a los resultados de este primer año de aplicación, ha sido un gran acierto la gestión de citas con enfermería de atención primaria. Porque recordemos, señorías, por un lado, que enfermería es una de las profesiones sanitarias mejor valoradas por los usuarios de nuestro sistema sanitario. Y también, por otro lado, que los profesionales de enfermería desarrollan en los servicios sanitarios una serie de tareas asistenciales, preventivas y de promoción de la salud de una enorme importancia.

Por eso nuestra pregunta, señor consejero, es qué información puede aportar el Consejo de Gobierno de la puesta en marcha de este servicio y de qué manera se han beneficiado los usuarios.

Muchas gracias.

El señor GARCÍA ANGUIA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señoría.

Señor consejero.

El señor ALONSO MIRANDA, CONSEJERO DE SALUD

—Gracias, señor presidente. Señorías.

Señor Vargas, como profesional de enfermería que es, sabe usted que una de las demandas que hacían los profesionales de enfermería era la posibilidad de que el ciudadano pudiese pedir directamente cita para el profesional de enfermería. También era una demanda que hacían los propios profesionales de enfermería. Por lo tanto, creo que esto ha sido un avance importante tanto para la ciudadanía como para la profesión enfermera.

Desde 2016 los ciudadanos pueden pedir cita con su enfermera de referencia a través del servicio Salud Responde, tal y como lo venían haciendo con el médico de atención primaria o el pediatra. Esta medida ha mejorado el acceso a este servicio, facilitando que las personas puedan solicitar, cambiar o anular citas con los profesionales de enfermería.

Según reflejan los datos de actividad registrados durante este primer año, la ciudadanía andaluza ha optado preferentemente por gestionar sus citas con enfermería a través de la aplicación móvil de Salud Responde, desde donde se ha realizado el 78% de las gestiones, en concreto 376.291, frente al 22% llevado a cabo por vía telefónica, 106.920.

Recordemos que la app gratuita de Salud Responde es utilizada ya por el 17,6% de la población andaluza, alcanzando cifras de casi un millón y medio de usuarios diferentes desde su puesta en marcha en 2013, en concreto 1.479.304 personas de Andalucía.

Del total de gestiones que se han realizado en relación a las citas de enfermería, el 61% estaban dirigidas a obtener información sobre la propia cita que tenían; el 29% ha sido para concertarlas, y el 10% anularlas, pudiendo así otras personas del sistema sanitario público disponer de estas citas que quedaban libres.

Esta medida se activa como consecuencia del cambio en las características de la población, cada vez más envejecida, con mayor prevalencia de enfermedades crónicas y con mayor necesidad de apoyo a las situaciones de dependencia y de cuidados personalizados para los diferentes ciudadanos.

En este sentido, para poder planificar las prioridades de atención, según sus características y necesidades de salud, en 2016 hemos implantado la asignación de población compartida entre el médico y la enfermera de familia, consiguiendo los siguientes objetivos.

Desde el punto de vista de la ciudadanía, se optimiza la accesibilidad a los servicios, de modo que los ciudadanos puedan tener dos puertas de entrada en el sistema sanitario en atención primaria, mejorando la calidad de la oferta y la satisfacción, pueden pedir cita para el médico o pueden pedir cita para la enfermera.

Desde el punto de vista de los profesionales, se favorece el trabajo en equipo, la gestión compartida, y se consolida la personalización del cuidado como indicador de excelencia. Por lo tanto, nuestra valoración es muy positiva.

Muchas gracias, señoría.

DIARIO DE SESIONES DEL PARLAMENTO DE ANDALUCÍA

Núm. 325

X LEGISLATURA

9 de marzo de 2017

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señor consejero.

10-17/POC-000384. Pregunta oral relativa al aumento en la plantilla de trabajadores del Servicio Andaluz de Salud

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Pasamos a la última pregunta, también del Grupo Socialista, relativa al aumento en la plantilla de trabajadores del Servicio Andaluz de Salud.

Señora Manzano, tiene dos minutos y medio.

La señora MANZANO PÉREZ

—Gracias, presidente.

Buenos días, señorías, o buenas tardes ya. Y buenas tardes, señor consejero.

A estas alturas no digo nada nuevo si digo que España, en un marco de contexto de crisis internacional, ha estado inmersa en su propia crisis, con origen en el año 2008. En 2011, el Partido Popular, Mariano Rajoy, ganaron las elecciones y vieron en esta crisis la mejor coartada para aplicar su ideología, adelgazando lo público, desmantelando servicios ligados a derechos que ya entendíamos que estaban conquistados o consolidados. Sobre todo se fajaron en lo que tenía que ver con el estado del bienestar, educación, dependencia, pensiones y también con la salud, ya conocen eso de que quien quiera los servicios que se los pague. Y argumentando que estas eran medidas de carácter puntual, que eran medidas de carácter temporal y que, por lo tanto, no nos preocupáramos, que se volverían a..., que se modificarían.

Y en su afán por desmantelar lo público, entre las primeras medidas que tomó el señor Mariano Rajoy al llegar a la presidencia estaba, no solamente obligar a las comunidades autónomas a aplicar la tasa de reposición cero, sino también la elevación de la jornada de los empleados públicos de 35 a 37 horas semanales. Esto yo recuerdo perfectamente que provocó la indignación de los sindicatos, pero también porque hubo una reunión con el secretario de Estado de las Administraciones Públicas, señor Beteta, y los sindicatos decían que les habían avisado solamente, les habían informado solamente en aquella reunión de lo que se iba a hacer con la tasa de reposición y también con la congelación de los salarios, pero nada les dijeron al respecto de la subida de estas dos horas y media semanales, y que de hecho se habían enterado por una rueda de prensa. Esto lo que supuso fue que empleados públicos cobrarían lo mismo por trabajar más tiempo, o que si renunciaban voluntariamente a esas dos horas y media a la semana más, lo harían aceptando una reducción de su sueldo, algo que, obviamente, también afectó al conjunto de los empleados públicos.

Pero el Parlamento andaluz, y no por unanimidad, aprobó hace unos meses el decreto ley que recuperaba para los funcionarios y funcionarias la semana laboral de 35 horas.

Por eso, señor consejero, le quería preguntar, ¿tiene el Consejo de Gobierno alguna estimación, a raíz de la aprobación de este decreto ley, sobre cuál va a ser el aumento de la plantilla en lo que respecta a los trabajadores del Servicio Andaluz de Salud?

El señor GARCÍA ANGUIA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Gracias, señoría.

Señor consejero.

El señor ALONSO MIRANDA, CONSEJERO DE SALUD

—Gracias, señor presidente.

Señoría, como usted bien decía, durante los años de dura crisis económica y con las restricciones presupuestarias impuestas por el Gobierno de España, les hemos tenido que pedir a nuestros profesionales, y ya lo he manifestado en muchas ocasiones, importantes esfuerzos.

Así, cuando el Gobierno central impuso la aplicación de las 37,5 horas, el Gobierno andaluz decidió evitar el despido de más de siete mil eventuales, pero eso tuvo consecuencias. Para ello se procedió a una reducción del 25% de la jornada laboral del personal eventual, con la consiguiente reducción retributiva. También se vio afectado un porcentaje de las retribuciones variables, una parte de las pagas extraordinarias, los días de libre disposición, la limitación de la tasa de reposición impuesta por el Gobierno de la nación y otras muchas. Todo ello, con un compromiso claro por parte del Gobierno andaluz, que era revertir la situación cuando las condiciones lo permitieran.

Cuando empezaron los primeros signos de recuperación económica, la Junta de Andalucía comenzó la recuperación de derechos de los empleados públicos. Concretamente con la aprobación del Decreto Ley 5/2016, de 11 de octubre, por el que se regula la jornada de trabajo del personal empleado público de la Junta de Andalucía, el personal sanitario, al igual que el resto de los profesionales de la Junta de Andalucía, recupera la jornada ordinaria de trabajo de 35 horas semanales de promedio en cómputo anual.

La vuelta a las 35 horas semanales se ha hecho efectiva en la sanidad pública andaluza a partir del día 16 de enero de 2017. Su aplicación supone, con carácter general, trabajar dos horas y media menos a la semana, que en el ámbito sanitario se traduce modificando los cómputos anuales. Ya saben que en el ámbito sanitario, se hace un cómputo de jornada con carácter anual de cada uno de los turnos, de modo que en el nocturno pasa de 1.450 horas anuales, el rotatorio pasa a ser de 1.483, y el diurno de 1.540.

En el caso de las organizaciones sanitarias, las jornadas se establecen en términos anuales, por lo que cualquier descuadre inicial que se produzca, porque ya estuviesen programadas actividades con la jornada de 37,5, se verá regularizada a lo largo del año.

Esta aplicación beneficia a los 95.600 trabajadores de la sanidad pública andaluza, siendo una medida generadora de empleo, ya que conllevará un incremento de los efectivos para la mejora de las prestaciones públicas.

Inicialmente, las previsiones que se hacen de contratación están en torno a unos tres mil quinientos profesionales en el conjunto del sistema sanitario público de Andalucía.

Muchas gracias, señoría.

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Gracias, señor consejero.

Con esta intervención, termina la presencia del consejero. Queremos agradecer su presencia, y hoy especialmente, que ha sido muy denso el orden del día. Y le prometemos que en la próxima Mesa se estudiará con más detenimiento la presencia...

Muchas gracias.

[Receso.]

10-17/PNLC-000044. Proposición no de ley relativa al centro de salud del Cerro del Águila, Sevilla

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Señorías, reiniciamos la sesión con la primera proposición no de ley, del Grupo Parlamentario Ciudadanos, relativa al centro de salud Cerro del Águila, de Sevilla.

Tiene la palabra, por siete minutos, su proponente.

La señora ESCRIVÁ TORRALVA

—Muchas gracias, señor presidente.

Los vecinos del Cerro del Águila de Sevilla tienen un centro de salud que no reúne unas condiciones mínimas para proporcionar una atención sanitaria digna. Este centro de salud, situado en la calle Águila Perdiceira, es de los años noventa, pero ya desde su diseño y construcción hay incorrecciones: se diseñó pensando a corto plazo, sin contar con el previsible aumento de población de la zona: este centro actualmente atiende a más de dieciséis mil cartillas.

Al verse desbordado para atender la demanda, hace años se utilizaron espacios de paso y de espera para consulta. Esto ha provocado que, tanto las zonas de acceso a las consultas como las habilitadas para la espera, sean insuficientes; problema que se agrava ya que la mayoría de usuarios son personas mayores. Por ejemplo, la zona de analítica y Sintrom es compartida, y tienen espacios solo para cinco sillas de espera, y la zona de pediatría no tiene espacio para los carritos de bebés, los pobres padres se tienen que venir con sus hijos en brazos porque no hay sitio.

La falta de espacio ha hecho que las zonas de almacenaje de basura compartan espacios con la zona de almacenaje de limpieza, lo cual incumple toda normativa. Tampoco hay espacio suficiente en la sala de usos múltiples, es solo una sala pequeña compartida, en la que se hacen todos los actos, como por ejemplo los cursos premamá, las charlas de salud; una sala que les invito a que la vean, que más que una sala parece un almacén, porque está casi la mitad ocupada por objetos.

Pero, aparte de estar hacinados y de no tener espacio suficiente para cada función, hay médicos que no tienen asignadas más citas porque no hay espacio físico para las consultas. O sea, se amplió, pero a pesar de la ampliación sigue siendo chico.

Además, el centro sufre falta de ventilación, ya que las ventanas que daban a las zonas de paso se han integrado en las nuevas consultas, las nueve consultas, la obra que se hizo integró zonas de paso, y, claro, se han quedado con la mitad de ventilación que tenían.

Pero aparte de todos estos problemas, por este diseño cortoplacista y los partes realizados, hay que añadir problemas constructivos.

La construcción no tuvo una adecuada cimentación, lo que dio lugar a problemas estructurales que están produciendo grietas en las paredes y desniveles en los suelos. Esto, pues, lógicamente puede provocar caídas tanto en los usuarios como en los trabajadores.

Estas grietas, junto con la falta de ventilación, están dando lugar a que la habitabilidad y salubridad del centro brillen por su ausencia, convirtiendo algunas zonas en inhabitables. Es que huele mal, hablando claro.

La cimentación, aunque con otros problemas, pues es el mayor de todos, pero es que, además, hay invasión de hormigas y termitas; todas las puertas tienen carcoma, todos..., no solamente las puertas sino el marco de las puertas, vamos. Les invito a que vayan, si no me creen.

La queja de los vecinos por el mal estado del centro de salud no son nuevas, esto no es que lo hayamos averiguado ahora, como ya he dicho, los problemas de cimentación vienen de hace tiempo; los problemas de espacio viene de hace tiempo, los problemas de ventilación vienen de hace tiempo. De hecho, en la encuesta de satisfacción del SAS de 2012-2013, pues se hicieron patentes todas estas carencias que les estamos comentando nosotros aquí. Vamos, las hemos visto nosotros, pero es que las ve cualquiera; cualquier usuario y cualquier trabajador.

Ante tanta deficiencia, los vecinos temen que los reubiquen en otros centros de salud; o sea, que pueda asumir esta consejería que ese centro de salud no está en condiciones, pero que la solución sea reubicarlos en otros centros de salud alejados y sin comunicación de transporte público, porque el problema, muchas veces, de cambiar de centro de salud es que, aunque pueda ser un kilómetro y medio, que para una persona joven lo puede hacer andando, ese kilómetro y medio para una persona mayor le supone un grave perjuicio, un grave perjuicio cuando, además, ya sabemos todos que los autobuses están conectados de forma radial —como ocurre con el Ave y con muchos elementos de movilidad—, y, claro, las personas mayores no tienen transporte público, y además este centro de salud está en una zona de, pues, de nivel económico medio y no se pueden permitir coger un taxi para ir al centro de salud estas personas.

Los vecinos del Cerro quieren un centro de salud en condiciones, no quieren que les trasladen a otros centros de salud que pueden estar en la periferia del barrio, o incluso en otros barrios; lo que quieren es un centro de salud en condiciones. Porque es que estamos hablando, lógicamente, de un centro de salud, no estamos hablando de un almacén; estamos hablando de un sitio que atiende a personas enfermas, a personas que están delicadas, a niños, y que, claro, tiene que reunir las condiciones pues mínimas que se exigen en las normativas.

Desde ciudadanos queremos que todo el proceso pues sea transparente, todo el proceso de solicitar, ya sea o una remodelación en condiciones o un nuevo centro, sea transparente y riguroso, porque entendemos que, bueno, todo el mundo queremos un nuevo centro de salud..., nuevo, eso lo podemos querer todo. ¿Por qué? Porque incluso los que están mucho mejor que este podrían estar, pues, nuevos. A todo el mundo nos gusta lo nuevo. Pero, claro, con el dinero público hay que ser muy rigurosos y hay que, pues, ver esta eficiencia del dinero público, porque, si no, detrás de estos vecinos nos pueden venir los vecinos de cualquier distrito a pedir: «Oye, yo quiero un centro de salud mejor que el que tengo». Entonces, bueno, antes de decidir si lo más prioritario es una remodelación o un centro nuevo, lo que quiere nuestro partido es tener datos objetivos, datos objetivos que justifiquen si se necesita una reforma o si la reforma no es suficiente, porque la cimentación no hay por donde arreglarla, porque ya sabemos que los problemas de cimentación son muy complejos. De hecho, muchas viviendas sociales de AVRA tienen problema de cimentación, como por ejemplo las de Alcalá de Guadaíra, como por ejemplo algunas que están en SE-30, y es que los problemas de cimentación son muy complejos de arreglar. Pero eso no lo tengo que decir yo como política, eso lo tienen que decir

unos informes técnicos. Y aquí eso es lo que pedimos, informes técnicos que nos digan, pues eso, la habitabilidad, la seguridad, la seguridad de la zona, y que avalen esa exigencia futura que podremos tener cuando tengamos esos informes técnicos en nuestra mano, con lo que yo creo que aquí se pide una cosa muy sensata, ambiciosa a largo plazo, pero que este es el primer paso que hay que dar.

El primer paso que hay que dar para llegar a un futuro, y ahora le digo al Grupo Parlamentario Popular que no vamos a aceptaros vuestra enmienda, ¿por qué?, porque nosotros pensamos que con el dinero público hay que ser muy responsable. Y, entonces, lo primero es conocer con datos técnicos, no con opiniones de los vecinos, en qué situación está el centro, y que solución es más viable.

Muchas gracias.

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señoría.

Iniciamos la intervención del resto de grupos.

Izquierda Unida, señora Nieto, tiene cinco minutos.

La señora NIETO CASTRO

—Gracias, presidente.

Con brevedad. Anunciar el voto favorable de nuestro grupo a una iniciativa que, en nuestra opinión, se queda un poco corta, y que de hecho, algunas de las propuestas que traslada han sido respondidas en su intervención por la propia proponente del Grupo Parlamentario Ciudadanos.

Porque es un hecho cierto y objetivo que la situación de este centro de salud, ni de lejos, cubre la demanda asistencial adecuada para la población que lo tiene como centro de referencia, por la falta de espacio, por todo lo que ya se ha dicho aquí, que si hay que ponerlo en un informe, que yo estoy convencida de que el Servicio Andaluz de Salud ya lo tiene, pues si hay que ponerlo en un informe, hágase.

Pero no es cuestión menor la opinión de los usuarios y usuarias y de las personas que trabajan en el centro, a la hora de discernir cuáles son las prioridades. Es cierto que con recursos escasos hay que ser muy cuidadosos y muy sobrios en cuáles son las prioridades que se atienden, pero no cabe duda también, que este centro se ha quedado pequeño, que admite..., tiene poco margen de reforma precisamente por los problemas de estructura, y luego ya la biodiversidad de la que nos ha hablado la proponente, efectivamente, entiendo yo, para lo que alcance es para la clausura.

Entonces, se habla de un plazo de tres meses. Nos parece bien. Ya digo que, desde nuestro grupo parlamentario, nos parece una iniciativa tímida, *prudentona*, porque se dan elementos objetivos como para pedir a la consejería que un nuevo equipamiento que sustituya al existente en esta zona se vaya proyectando y se vaya consignado para ejercicios futuros, pero que esos pasos ya debieran estar dándose. Es más, yo quiero pensar que ya se estarán dando.

En cualquier caso, si para tranquilidad de Ciudadanos, después de lo que nos ha relatado, confirmado por los trabajadores y por los usuarios y por cualquier persona que gire visita allí, como han hecho también mis

compañeros del grupo municipal y mi compañero Bustamante, diputado en el Congreso, si entienden que hace falta ese informe pormenorizado, que en un plazo de un trimestre lo tengamos aquí para ya ver si solicitamos lo que, volviendo a la casilla de salida, ya sabemos que es necesario, que es un centro nuevo allí, pues hágase, no será obstáculo desde luego el voto de Izquierda Unida para ello.

Muchas gracias.

El señor GARCÍA ANGUIA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señoría.

Señor Gil, tiene cinco minutos.

El señor GIL DE LOS SANTOS

—Gracias, señor presidente.

En primer lugar, mostrar nuestro reconocimiento al trabajo de activismo que están desarrollando los vecinos y vecinas del Cerro del Águila en defensa del derecho a su salud, y a disponer, por tanto, de una asistencia sanitaria pública de calidad.

Pues, esta proposición no de ley que hoy debatimos en la Comisión de Salud del Parlamento de Andalucía no es de un partido político en particular, sino fruto de la movilización de un barrio al completo y el trabajo organizado. Por todo ello, [...] atrás.

Desde aquí, mando un afectuoso saludo a la plataforma, y que sepan que nuestro grupo luchará y presionará codo con codo junto con los vecinos, para que, si sale aprobada la iniciativa, se lleve a término lo que es de justicia. Pues, siendo la puerta de entrada a nuestro sistema sanitario público la atención primaria, hemos de cuidarla al máximo para que la sanidad pública andaluza sea más eficiente. Son, además, los barrios y la atención a la comunidad el principal nivel para recoger y evaluar de forma adecuada las demandas reales y sobre las que se ha de asentarse el diseño de futuro centro sanitario.

Si nos la saltamos, si solo enfocamos nuestros esfuerzos en construir hospitales, erraremos de lleno en la buena planificación y gobernanza de la atención sanitaria pública. He aquí nuestro apoyo a los vecinos y vecinas del Cerro del Águila, no solo en esta comisión, sino durante todo el camino que haga falta. Y ahí estoy de acuerdo con la compañera de Izquierda Unida, que quizás habría que ser más ambicioso. Y, por eso, Podemos acompañará en el camino a los vecinos y vecinas hasta que tengan un centro de salud de primera para la atención primaria, que es la que se merecen.

Muchas gracias.

El señor GARCÍA ANGUIA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señoría.

Señora Del Pozo, tiene cinco minutos.

La señora DEL POZO FERNÁNDEZ

—Sí, gracias, señor presidente.

Mire usted, señora Escrivá, al igual que mis compañeros, yo comparto su intervención al 100%, lo que es su intervención al 100%. Es que el centro de salud está exactamente como usted lo ha descrito. Lo que no entiendo es por qué han presentado esta iniciativa, es que nada tiene que ver con lo que usted ha dicho.

Sin ni siquiera..., le falta un punto cuarto. Sin ni siquiera emplazar a la Junta de Andalucía a que si los informes son negativos, que evidentemente proceda a la ampliación o al arreglo o a la construcción de un nuevo centro de salud, que es lo que hace falta. Es que no lo entiendo.

Como tampoco entiendo que, aprovechando que yo le he presentado una enmienda en ese sentido, usted me la podía haber transaccionado. «Señora Del Pozo, en caso de que los informes resulten negativos, se construirá a la mayor brevedad posible un centro de salud» Es que ni siquiera lo ha intentado, por tanto, yo no puedo coincidir..., o sea, sus palabras nada tienen que ver con lo que usted ha presentado.

Efectivamente, recibimos esta iniciativa al igual que el resto de los compañeros del resto de grupos, pues con una tímida alegría, una tímida alegría, porque si bien es cierto que todo lo que se le eche a este centro de salud cae bien, cae bien, porque realmente es que lo necesita, pero también es cierto, que ustedes, como le han dicho, es que han cogido el rábano por las hojas, es que han cogido el rábano por las hojas, es que este centro está muy mal, señora Escrivá. Y creo que usted lo habrá visitado, igual que lo he visitado yo, por la descripción que ha hecho tan exhaustiva, ¿no?

Yo tengo que decirle, señora Escrivá, que hubiera sido mejor que hubieran rescatado nuestra iniciativa, la que decayó justamente después del debate de sanidad, que llevaba mucho tiempo presentada. Esa que decayó y haberla calcado, por lo menos en lo que es en el *petitum*. ¿Y por qué se lo digo?, porque es exactamente lo que necesita. Y lo que pide la plataforma, lo que pide la plataforma «Por un nuevo centro de salud en Cerro del Águila». Lo que pide la plataforma, que además usted sabe que aglutina a todas las asociaciones prácticamente y a todas las asociaciones de vecinos y entidades sociales.

Este centro de salud, en esta situación, evidentemente, ya fue objeto también, por parte del Grupo Popular, de una enmienda en los presupuestos de la Junta hace tres meses. Ustedes votaron en contra. Y pedíamos una partida presupuestaria para que empezaran las obras de este centro de salud, porque además, usted, que conoce la zona igual que yo, hay un terreno justamente a mano derecha y otro a la espalda, perdón, delante del centro, que permite la ampliación, y que casualmente uno es de titularidad municipal y el otro es de AVRA, de titularidad autonómica, o sea, que no tenemos tampoco problema de espacio.

Y, es curioso, bueno es curioso..., es coherente, después de esta enmienda a los presupuestos, nuestro grupo municipal presentó una iniciativa en el Ayuntamiento de Sevilla apoyando esta enmienda nuestra en los presupuestos. Ustedes votaron que no junto con el Partido Socialista, y lo que es curioso es que previamente habían votado favorablemente a este centro de salud nuevo en la Junta de Distrito.

Es que yo ya no sé qué es lo que pensar. Entre lo que usted ha dicho, lo que pone la iniciativa, lo que votan aquí, lo que votan en la Junta de Distrito... Es que yo no sé cuál es su criterio.

De verdad, señora Escrivá. Y quiero decirle que comparto al 100% la descripción que usted ha hecho, porque es literal, o sea, literal.

Y le voy a decir una cosa. Esta mañana a las nueve en punto, no pensaba decirlo, se lo he comentado a Mariola. Esta mañana a las nueve en punto, antes de venir aquí, he pasado por el centro de salud. Digo, váyase que la Junta de Andalucía en este intervalo haya hecho alguna reforma o algo, oye, hay que decirlo, hay que decirlo. Si lo han arreglado, hay que decirlo, y bueno, pues no ha sido así, por tanto, sigo pensando que hay que construir el centro de salud.

Que vengan los inspectores sanitarios y tal. Por supuesto que lo vamos a apoyar. Todo lo que sea bueno, lo vamos a apoyar, pero hombre, señora Escrivá, luego ¿qué?, porque usted lo ha dicho aquí, pero no lo ha puesto por escrito, no lo vamos a votar. Es que no está ni siquiera por escrito.

En definitiva, por supuesto vamos a apoyarla. Ya se lo he dicho, ya se lo he dicho, faltaría más. Cinco barrios, 25.000 usuarios, problemas de falta de espacio, falta de ventilación, la pavimentación y la cimentación... Vamos, usted de eso entiende bastante más que yo. La cimentación, la pavimentación... ¿Ha visto las goteras que hay entrando justo en la primera claraboya que tenemos encima? No hay ventanas de acceso exterior para los usuarios... O sea, que es exactamente así.

Vamos a votar que sí pero, hombre, con la tristeza de que podíamos haber ido un poquito más allá, un poquito más allá, y nosotros seguiremos insistiendo.

Muchísimas gracias, señor presidente.

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Gracias, señoría.

Señora Pachón, por el Grupo Socialista.

La señora PACHÓN MARTÍN

—Sí, muchas gracias, señor presidente, y buenas tardes, señorías.

Efectivamente, estamos hablando de un centro de salud en uno de los barrios más populares que tiene Sevilla, como es el barrio Cerro-Amate, y es un centro de salud que, ciertamente, cuenta ya con unos años y es un centro de salud que, ciertamente, necesita mejoras. Pero también es un centro de salud que se ha ido adaptando en todos estos años, gracias también a la Consejería de Salud, a todas esas necesidades que se han ido presentando, tanto desde incremento de población e incremento de las cartillas que teníamos que atender, de población, así como también con la nueva cartera de servicios que poco a poco se ha ido implementando dentro del centro de salud y que se ha tenido que ir acondicionando.

Pero también es cierto que, si el centro de salud ahora mismo estuviera en esas condiciones que se han pintado, tercermundistas, señoría... Por suerte, en Andalucía no tenemos la sanidad que ustedes pintan. Por suerte, no es así. Es un centro de salud que necesita mejoras, pero si la mínima energía, solamente un 10% de la energía que usted ha gastado en, de esa manera tan enérgica, decir que tenemos que hacer un nuevo centro de salud, se hubiera gastado solamente un 10% en defender nuestra sanidad pública como verdaderamente merece, otro gallo cantaría, señora Del Pozo.

Porque le digo algo, le voy a decir algo muy claro y muy radical. Mire, nosotros, aquí en Andalucía, a pesar de la infrafinanciación a la que está sometida nuestra tierra, a pesar de los recortes en sanidad que hemos tenido que soportar por parte del Partido Popular, a pesar de todos estos años de crisis donde a lo que nos hemos tenido que dedicar por parte del Gobierno andaluz ha sido a blindar nuestra sanidad pública, a blindar la atención sanitaria a todos los andaluces y andaluzas, a pesar de todo eso, se han atendido todas aquellas mejoras y necesidades que se han planteado a nivel sanitario para garantizar una calidad en la atención sanitaria a nuestros vecinos y vecinas.

No como ustedes, señora Del Pozo, que no creen en la sanidad pública, que no creen en los hospitales públicos, en los centros de atención primaria. ¿O le tengo que recordar lo que pasó en Madrid la semana pasada, cuando se les caen a cachos los hospitales públicos en Madrid, como el hospital de La Paz, señora Del Pozo? Se lo voy a recordar, ya que usted hoy aquí se rasga las vestiduras defendiendo que se haga ese nuevo centro.

Mire, en todo momento la delegada territorial de Salud y de Políticas Sociales, por tanto, la Consejería de Salud y el Gobierno andaluz son concededores de la situación del centro de salud Cerro del Águila, en todo momento. Hasta el punto, señoría, que la propia delegada se reúne con los representantes de la asociación de vecinos, y nos comprometemos, se compromete a presentar, a hacer un informe por parte de los arquitectos, un informe técnico para ver la viabilidad y las posibilidades que tiene ese edificio, ese centro de salud para, en la medida de lo posible, mejorar la estructura del mismo.

Se va a informar debidamente, por supuesto, como no puede ser de otra forma, a los representantes vecinales. Hay un contacto directo, como les digo, porque siempre estamos yendo de la mano, porque vamos por delante, señorías, vamos por delante en la situación. Y se informará a los vecinos y vecinas de la situación de ese informe, y se va a optar por la mejor medida, por la mejor medida, por la más viable y por la que dé más calidad y más seguridad en la asistencia sanitaria de los vecinos y vecinas del Cerro del Águila. Del Cerro-Amate, mejor dicho, de ese barrio de Cerro-Amate.

Con lo cual, señorías, nosotros, por supuesto, vamos a apoyar esta proposición no de ley que presenta el Grupo Ciudadanos. Por supuesto, vamos a ir de la mano de los vecinos y vecinas para mejorar esa situación en la que se encuentra ese centro de salud, porque el Gobierno andaluz sí cree en una sanidad pública y en esa atención sanitaria. No hubieran votado que no, señora Del Pozo, a los presupuestos del Gobierno andaluz, donde, en lo que llevamos de legislatura, ya mejoramos 22 nuevas infraestructuras. En lo que llevamos de legislatura, en cuanto hemos tenido un poquito de aliento económico, ya llevamos 22 nuevas infraestructuras abiertas sanitarias en Andalucía. Eso es creer en nuestra sanidad pública, y no hubieran votado que no a esos presupuestos, como le digo, que mejoraban esas 22 nuevas infraestructuras que llevamos de legislatura. No hubieran votado que no a esos más de 9.300 millones de euros en sanidad que va a invertir el Gobierno andaluz en este año 2017 en nuestra tierra, y no hubieran votado que no a ese incremento de más de 550 millones de euros en los presupuestos para la sanidad pública en Andalucía. Sean coherentes, sean serios, no pidan hoy un nuevo centro sanitario cuando, por un lado, levantan esa mano votando no a esos presupuestos de la Junta de Andalucía, que mejoran la situación de nuestra sanidad en nuestra tierra. Sean coherentes, señora Del Pozo.

Como le he dicho con anterioridad, si solamente ese 10% de esa energía que gastan en rasgarse las vestiduras para criticar al Gobierno andaluz y defender la sanidad privada lo hicieran para defender nuestra sanidad pública, otro gallo nos cantarían.

Muchísimas gracias.

El señor GARCÍA ANGUIA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señoría.

Para cerrar el debate, señora Escrivá, tiene cinco minutos y le rogaría, aunque ya lo ha dicho usted, le rogaría que fije su posición en la enmienda del Grupo Parlamentario Popular. Aunque ya la ha adelantado, pero se hace en el cierre.

La señora ESCRIVÁ TORRALVA

—Bueno, pues, recalco que no la aceptamos. Porque es que nosotros comprendemos que no hace falta que esté en esta PNL para que este nuevo centro o la nueva reforma, lo que se defina al final, esté en presupuesto. Por ejemplo, tenemos el caso de Pino Montano. Pino Montano, gracias al acuerdo a que llegamos con el Partido Socialista, se incluyó en los presupuestos de este año. Y va a ser una realidad. Hay muchas maneras de conseguir esto y esta no es... Eso, a la de Izquierda Unida.

Decirle al de Podemos que tiene razón, que esta no es una demanda de Ciudadanos. Él muy bien ha dicho, esta es una demanda del barrio, esta es una demanda de la plataforma, y ahí estamos de acuerdo. Ellos, como él bien ha dicho, demandan un centro nuevo, y eso ya se definirá dentro de cuatro meses, si tendrán un centro nuevo. Lo que está claro es que tienen que tener un centro de calidad, un centro de primera, y ahí estamos todos.

A la del Partido Popular le digo, mire, es que a nosotros no nos gusta hacer brindis al sol, no nos gusta hacer brindis al sol. Porque, claro, como ustedes presentan muchas PNL pero después no tienen el compromiso de apoyar los presupuestos, pueden hacer millones de brindis al sol. Nosotros, a lo que nos comprometemos, lo cumplimos.

¿Y qué digo con esto?, si después de estos tres meses que tengamos los informes, una vez haya..., sea la comparecencia, a raíz de la comparecencia, nosotros llegaremos a la conclusión de hacer la enmienda necesaria en los presupuestos para que haya un centro de calidad, ya sea reformado, si es que es viable, y, si la reforma no es viable, pues, un centro nuevo, porque, como ya se ha dicho aquí, hay posibilidades de un centro nuevo. Pero no..., la decisión no la va a tomar Ciudadanos hoy, la tomará en la comparecencia de dentro de cuatro meses, que está, ese punto es el punto de la comparecencia que es cuando Ciudadanos toma las decisiones porque, como ya les he dicho, señora del PP, nosotros puede ser que no hagamos tantas promesas, pero las promesas que hacemos, las cumplimos. ¿Por qué? Porque tenemos capacidad de consenso, hacemos política útil, política que tiene resultados, como por ejemplo ya he dicho aquí, el ambulatorio de Pino Montano A, la ampliación, que va a ser una realidad este año. Y decirle eso, es que no hace falta ponerlo como punto 4. Nosotros nos comprometemos, a tenor del informe, a incluirlo en los presupuestos de este año, en el acuerdo con el Partido Socialista, como ya hemos hecho con Pino Montano.

Porque es que, gracias a esos acuerdos de presupuesto, se puede hacer política útil, se puede aumentar el presupuesto de sanidad en más del 10% en dos años. Pero con la política del no con el no, pues, ya sabemos que mucha PNL pero, después, pocas realidades.

Entonces, por eso le digo, señora del PP, cambie de política y nosotros estaremos encantados de aceptar sus enmiendas.

Y a la de...

[Intervención no registrada.]

Perdón. A la portavoz del PSOE le digo que nos extraña que diga usted que van siempre por delante de todo. Pero, vamos a ver, si esto de aquí lleva años, que no es nuevo. ¿Cómo dicen ustedes que van por delante? Si ya en la encuesta de hace cinco años hay quejas de los vecinos y han aceptado que no tienen todos los informes que aquí nosotros solicitamos. ¿Cómo pueden decir que van por delante?

No van por delante, por lo menos en este caso no, por lo menos en este caso no. Pero, bueno, agradecer a todos los grupos aquí presentes y a Izquierda Unida, aunque la pobre no ha podido estar, su apoyo a esta iniciativa, su apoyo, que les aseguro que se va a materializar en los presupuestos del año que viene.

Muchas gracias.

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señoría.

10-17/PNLC-000051. Proposición no de ley relativa al Servicio de Urgencias en Churriana, Málaga

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Pasamos a la siguiente proposición no de ley, en este caso, del Grupo Parlamentario Popular, relativa al Servicio de urgencias en Churriana, provincia de Málaga.

Tiene la palabra, señor Valero, don Rafael, siete minutos.

El señor VALERO RODRÍGUEZ

—Muchas gracias, señor presidente.

Solamente por hacer seguidismo, son muchas cosas las que Ciudadanos se ha comprometido y no se han cumplido. De hecho, las muchísimas enmiendas del presupuesto pasado, pues no se ha cumplido casi ninguna. Y no voy a deletrearlo porque no viene aquí a colación de este asunto.

Estoy aquí para defender, en nombre del Grupo Parlamentario Popular, una proposición de ley en la que defendemos el derecho de más de 20.000 vecinos de la barriada malagueña de Churriana, de la cual me enorgullezco, ¿no?, porque yo nací, me crié y fui feliz en el pueblo de Churriana, de la Vega de Granada, pues me enorgullezco de poder defender esto, aunque sea de otra provincia.

Por tanto, el derecho que tiene a contar con un servicio de urgencias, que ya se comprometió el propio Gobierno socialista de la Junta de Andalucía, y también defender una atención sanitaria digna y de calidad.

Estoy seguro y no tengo dudas de que el resto de grupos parlamentarios van a apoyar sin ningún tipo de excusas, de dudas, ni de paños calientes, porque no podemos negar a miles de malagueños el acceso a un servicio de urgencias de 24 horas que necesitan de manera urgente, y que, sin duda, merecen porque hace más de diez años que han sido olvidados, y así se comprometió el Gobierno socialista.

Hablamos, por tanto, de unas urgencias por las que, sorprendentemente, existe el edificio, pero existe cerrado a cal y canto, y está, por supuesto, carente de personal. Y no tengo más que decir que de nuevo otra maniobra, otra treta de cosmética electoral, ya habitual en el Gobierno socialista, que es la de inaugurar infraestructuras, edificios, pero que al final no ofrecen el servicio. Lo anuncian a bombo y platillo y, por tanto, es otro de los muchos incumplimientos que estamos acostumbrados del propio Grupo Socialista.

Señorías, resulta inconcebible que un servicio público de tal sensibilidad, en Churriana, Málaga, pues cierre a las 3 de la tarde —eso en verano— y los fines de semana del resto del año pues no exista ningún tipo de cobertura sanitaria para sus vecinos. Dicho de otra forma, en Churriana no se puede enfermar a estas horas y no se puede enfermar porque no existe atención pública sanitaria.

Estos vecinos tienen que desplazarse a Alhaurín de la Torre, y allí son derivados al centro de salud de Puerta Blanca, con una nula información de cuál es el protocolo para una emergencia en esos periodos de desatención por parte del servicio andaluz. Por tanto, dejan en una gran desprotección, en la más absoluta, a los vecinos de Churriana, que tienen el derecho de disfrutar de una sanidad pública, gratuita, de calidad,

como siempre se les llena a la izquierda de defender. Que, por cierto, no fueron ustedes quienes instauraron aquí, no fue la izquierda en España quien instauró la sanidad pública gratuita y universal.

Como es verdad que el hambre hace breve al hombre, pues voy a ser breve y no voy a continuar. Por tanto, pedimos, pedimos en esta comisión y al resto de los grupos sumarse a la voluntad y a la petición desesperada de estos más de 20.000 vecinos del bonito pueblo de Churriana, de contar, al menos, en no más de seis meses, con el servicio de urgencias en el edificio construido a tal efecto y con el personal necesario para una atención de calidad.

Exigimos, por tanto, el compromiso de la Consejería de Salud porque creemos que es de justicia darle una fecha, lo más breve posible, y una hora de apertura, porque deben una explicación a los vecinos de Churriana.

Muchísimas gracias.

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señoría.

Iniciamos la intervención del resto de grupos.

Izquierda Unida, señora Nieto, cinco minutos.

La señora NIETO CASTRO

—Gracias, presidente.

Anticipamos el voto afirmativo a la iniciativa que nos traslada el Grupo Parlamentario Popular, que ha empezado haciendo amigos al proponente, pero vamos a separar la consideración de la demanda justa que hacen los vecinos de lo desafortunada de su intervención, y para otro día que tengamos tiempo hablamos de lo que ha hecho la izquierda y de lo que ha hecho la derecha en este país. Yo sé que usted es médico y yo soy politóloga, y seguro que vamos a tener una conversación interesantísima.

Pero a lo concreto, este fue uno de los temas que abordamos en el debate general de sanidad. De hecho, una de las resoluciones que planteó a la consideración del Pleno nuestro grupo parlamentario y que resultó aprobada tenía que ver, precisamente, con esa disfunción que se genera entre los municipios que cuentan con servicios de urgencias 24 horas y los que no, y cómo el personal médico que atiende esos centros de salud se desplaza a los que sí cuentan con ellos. Con lo cual, al problema que se ha referido, hay que añadir el de su tiempo de libranza, que ha de ser cubierto por el resto del personal. Y ahí se incorporaba una demanda que nosotros entendemos que, desde la Consejería de Salud, se va a atender y se va a planificar una reordenación de los puntos de urgencia que están a disposición de la ciudadanía y, también, la dotación como personal estructural de esos servicios de urgencias, o bien el refuerzo de esos centros de salud que, con su propio personal, cubren los puntos de urgencia dentro de su zona básica de salud en las localidades en las que sí tiene el servicio.

Este es un ejemplo de esa problemática. Nos parece que, efectivamente, es un punto en el que hay que intervenir, como hay otros en la comunidad autónoma, ya algunos también hemos abordado en alguna pro-

posición no de ley anterior a esta nuestro voto favorable. Y sí que lo esperamos inserto en una planificación que actualice a la situación actual del mapa sanitario andaluz las necesidades que se han ido generando y se concreten con una reordenación del personal que las atiende.

Muchas gracias.

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señoría.

Señora Albás, tiene cinco minutos.

La señora ALBÁS VIVES

—Gracias, presidente.

Señor portavoz del Grupo Popular, que sabe que le tengo en gran estima, ¿a qué se compromete el Grupo Popular, a faltar a su palabra cuando se llega a determinados acuerdos, como el que llegamos en el Gobierno central? ¿A qué se compromete, a negar una comisión de investigación para realmente saber cuánto nos ha costado a los españoles rescatar las cajas de ahorros?

Por favor, Ciudadanos ha conseguido mayor dotación para educación, para sanidad, que se igualen los derechos de los profesores de la concertada. Vamos a ver, vamos a ser un poquito serios.

Y ahora ya entrando en el tema, anticipar, desde el minuto cero, el voto favorable. Creemos que es una proposición no de ley que, lógicamente, pues demanda lo que quieren los ciudadanos de Churriana.

Otra cosa que no entendemos, por parte del Grupo Socialista, es que realmente se haga una zona que se construya de urgencias, pero luego no se dote de personal. O sea, nos gastamos un dinero y llegamos a mitad de camino, pero luego no se dota de personal. Hay que ser más responsable con el dinero de todos los ciudadanos de Andalucía. Esas urgencias del centro de salud la han pagado todos los andaluces con sus impuestos. Entonces, por eso, siempre nosotros, cuando intervenimos, exigimos, por favor, la calendarización de lo que se puede hacer, no brindis al sol, claro, concreto y conciso, y fechas.

Y si también hay dotación presupuestaria para poder dotarla de personal, eso es así, que sabemos que todo no se puede hacer en un mes ni en un año. Lo sabemos, pero vamos a analizar en qué situación se encuentra toda Andalucía. Y creo que vamos a tener que priorizar para, realmente, saber qué vamos a hacer y qué no vamos a hacer. No puede ser que se lleven a cabo obras que cuestan muchos millones de euros y, luego, no se utilicen. Eso no lo entendemos, francamente, no lo entendemos y nos duele en el corazón, porque sabemos que el presupuesto es limitado. Entonces, creemos que hay que ser responsables en el gasto.

Ya digo que sí, que vamos a votar a favor.

Entendemos también que la solución más sensata es dotar de personal al módulo de urgencias anexo, médico, enfermero, técnico de transporte sanitario, de 20:00 horas a 08:00 horas de la mañana los días laborables, en turno de jornada laboral de 12 horas, y cubrir las 48 horas de los fines de semana con turnos de urgencias dependientes de la zona de salud de Málaga capital. Y, por supuesto, disponer de ambulancia para los traslados.

Entendemos que la mayor inversión, el grueso de la inversión ya está realizada. Tenemos una zona para que realmente se habiliten unas urgencias y dotarlas de personal. Con lo cual, votaremos a favor de esta proposición no de ley, porque vemos que es de justicia y que es necesaria para la población de la zona.

Muchas gracias.

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señoría.

Por el Grupo Parlamentario Podemos Andalucía, señor Gil, tiene la palabra.

El señor GIL DE LOS SANTOS

—Gracias, señor presidente.

Señorías, en el barrio de Churriana, Málaga, se encuentran empadronadas más de 20.000 personas, habiéndose producido un crecimiento muy importante en los años noventa. Así mismo, a estos 20.000 habitantes hay que sumarles la población flotante y zonas dormitorio colindantes. Es por ello, dado el volumen poblacional, que estamos, como no podía ser de otra forma, del lado de los vecinos y vecinas de Churriana, en una reivindicación histórica, y que es una promesa incumplida, como es que exista atención sanitaria 24 horas al día en casos de urgencias y que esta cubra, obviamente, fines de semana.

En este sentido, se construyó un módulo de urgencias anexo al centro de salud, que, ya terminado, lleva años sin ponerse en marcha, y no por falta de personal, ya que los mismos sanitarios que están asignados al centro de salud hacen turnos los fines de semana en otros centros. Bueno, obviamente, habría que reforzar en cierta forma el personal.

Es por ello que apoyamos la puesta en marcha del módulo de urgencias, previo estudio que evalúe las necesidades reales, para que la prestación sanitaria sea la mejor posible y que absorba de forma adecuada las demandas poblacionales. Es decir, la puesta en marcha del módulo de urgencias y que este actúe absorbiendo la demanda real.

En cuanto a la cuestión de dotar al centro de salud de una ambulancia durante el tiempo que se tarda en asumir la apertura del módulo de urgencias, pensamos que puede y debe ser un elemento más de seguridad para los ciudadanos de Churriana, así como un elemento esencial para el acceso rápido y urgente de esta población a los servicios de urgencias y especializados ya existentes en la ciudad, ya que, al tratarse de un transporte sanitario especializado, indudablemente se acortan los tiempos de respuesta, que puede suponer en ocasiones la diferencia entre la vida y la muerte. Ahora bien, esta ambulancia podría ser perfectamente un dispositivo DECU, de apoyo, que podría encajar perfectamente dada la absorción de la demanda real previo a ese estudio que hemos comentado.

En definitiva, con las cuestiones de salud de los andaluces y las andaluzas no se juega. Entendemos claramente que la sanidad pública es, junto con la educación y los servicios sociales, los servicios del bienestar de esta comunidad..., los pilares del bienestar de esta comunidad, así como el elemento que más puede y debe igualar a todos los andaluces y las andaluzas. Citando a Rosa Luxemburgo, «hemos de aspirar a ser

socialmente iguales, humanamente diferentes y totalmente libres». Por ello es fundamental acercar y mejorar la atención primaria en nuestros distritos y barrios, dotándolos de los recursos sanitarios que requieran, en este caso, la apertura del módulo de urgencias en Churriana.

Muchas gracias.

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señoría.

Por el Grupo Parlamentario Socialista, señor Vargas.

El señor VARGAS RAMOS

—Muchas gracias, señor presidente.

Señorías, efectivamente, nos encontramos ante una petición del servicio de urgencias 24 horas en Churriana, una barriada —barriada— de Málaga capital, y que, como bien dice la exposición de motivos de esta proposición no de ley, por el interés del Gobierno andaluz se construyó y se dotó en este distrito de Málaga de unas magníficas instalaciones sanitarias en el año 2008. Por tanto, el compromiso de la Junta de Andalucía con Churriana siempre ha existido, primero dotándolo de un gran y amplio centro de salud, e incluso como se ha dicho, señora Albás, se ha dicho que se construyó un módulo de urgencias en previsión de un posible crecimiento poblacional, y por lo tanto de la demanda asistencial. Y que, como bien dice usted, es verdad que a todo hay que darle sus prioridades, los presupuestos son limitados, y por tanto la demanda pues no ha sido tal, sobre todo porque en 2010 contaba este centro sanitario con 15.580 tarjetas individuales sanitarias, frente a las 16.136 personas registradas actualmente en la BDU de dicho centro. Poco más de 500 cartillas sanitarias de aumento en siete años, ¿de acuerdo? Por tanto, una previsión de unas instalaciones, poco, por decir todo lo contrario, si no tuviéramos esa previsión, de que no se había previsto esa posible demanda vecinal.

En cuanto a la atención de la población de Churriana, yo creo que hay que ser un poquito más explícito y conocer bien los detalles. Que aquí se ha dicho que van al centro de salud de Alhaurín de la Torre, los trasladan a Puerta Blanca, cuando no es así. Van al centro de Alhaurín de la Torre, que está a poco más de seis kilómetros, como cualquier distancia dentro de la ciudad de Málaga, a unos trece minutos, donde los..., donde asisten, pues, a una media de seis personas de Churriana en días laborables y a una media de catorce personas en fines de semana. Son datos actualizados de la asistencia y demanda asistencial de la población de Churriana.

En cuanto a otra de las peticiones, como es la de la ambulancia permanente, he de decirles que los datos que también se tienen del centro coordinador de urgencias y emergencias, las activaciones de ambulancias, tanto de Puerta Blanca como del centro de salud de Alhaurín de la Torre, son de dos desplazamientos de media al día, dos desplazamientos al día. Por tanto, yo creo que aquí no cabe duda de que todos los habitantes de Churriana, y ya se ha trasladado, y seguro que todos los parlamentarios que estamos aquí lo que deseamos es que se abra un servicio de urgencias en Churriana, y otro en Campanillas, y otro en Miraflores, y en Carranque, y en muchos otros centros de salud, no solo de la provincia de Málaga sino también de cualquier

parte de Andalucía. Yo creo que ahí estaremos todo el mundo de acuerdo. Pero hay que ser conscientes de que todo es mejorable, pero también hay que hacerlo con coherencia, con rigor y con responsabilidad. Y lo que no se puede pedir es la luna, como lo que hace permanentemente aquí el Partido Popular, pedir y pedir la puesta en marcha de infraestructuras, de centros de salud, de servicios, mientras el Partido Popular en el Gobierno central maltrata a esta comunidad autónoma. Con una mano nos quitan y con la otra nos piden, señor Valero. Es evidente que lo que no se puede hacer..., las dos cosas a la vez, señorías del Partido Popular. No se puede soplar y sorber a la misma vez, como pretende hacer el Partido Popular en Andalucía. Y especialmente con nuestra sanidad pública. Señorías del Partido Popular, como ustedes son unos expertos, y ya lo ha comentado algo mi compañera la señora Pachón, como sois unos expertos en pedir nuevas infraestructuras sanitarias, y en reclamar mejoras en nuestros centros sanitarios, más vale que le den algunos consejos a la señora Cifuentes para que no se le caigan los techos de los hospitales encima de los pacientes. Debían darle algunos consejos para que no descuide la sanidad madrileña, como está ocurriendo.

En cambio, la Junta de Andalucía está demostrando un claro compromiso en resolver los problemas que pueda haber. Y tiene especial interés en que los centros de salud estén en las mejores y más dignas condiciones posibles para los profesionales y también para los usuarios y los ciudadanos. Por cierto, hace muy poco tiempo se ha abierto un amplio y espacioso aparcamiento para los usuarios de este centro de salud también, en Campanilla. Y por tanto, señorías, los políticos estamos para solucionar los problemas. Debemos no engañar a los ciudadanos, y lo podemos solucionar si hacemos bien el análisis de la situación, no tirando balones fuera y no diciendo la realidad. La realidad de la demanda actual, la que hay, que es la que puede haber en otro centro de salud de la capital, de Málaga. Por eso, como somos conscientes tanto de la voluntad de la consejería en mejorar la asistencia urgente en este centros de salud de Churriana, como también somos conscientes, o deberemos ser conscientes, de los datos reales de la demanda, el Grupo Socialista propone una enmienda *in voce* que dijera que «en un plazo máximo de seis meses se podría dotar la atención a urgencias en Churriana con un equipo de 12 horas los fines de semana y festivos». Con el deseo de que sea aceptada por el grupo proponente y el resto de grupos parlamentarios, de poder llegar a un acuerdo factible y realizable, y que a la vez también no haya..., o no ponga en agravios comparativos a otros centros de salud. Pero, sobre todo, que la ciudadanía vea que podemos llegar a acuerdos y consensos a pesar de las dificultades que pueda haber.

Nada más y muchas gracias.

El señor GARCÍA ANGUIA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señoría. Le ruego haga llegar a la Mesa la enmienda *in voce*. Señor Valero, para terminar, tiene cinco minutos.

El señor VALERO RODRÍGUEZ

—Muchas gracias, señor presidente.

Señor Vargas, desde el 2008 ya han pasado casi diez años. Seguro que ese pueblo, demográficamente, ha crecido. Pero no venga la utilización demagógica y la palabrería permanente, el pretexto de que fue una previsión. Fue un compromiso, sin duda, y además bien hecho, y no pasa nada. Pero que pasen diez años y que esos ciudadanos no puedan tener el derecho esencial en el pilar medular que es..., del bienestar, como es la salud... Y no saque usted pecho encima. Encima saca pecho, en vez de ser humilde y pedir disculpas, que es lo que tenían que hacer. Porque el modelo sanitario socialista hoy es el peor modelo sanitario de la izquierda y de España, por todos los ratios, por todos los datos que no voy a empezar ahora, precisamente, a enumerar.

Y además se ha demostrado con creces en el mapa sanitario de Granada, que han cedido a regañadientes, y no han cedido por convicción, ni por mejorar la situación sanitaria, sino han cedido por guardar y cuidar la imagen de la presidenta, Susana Díaz. Si es verdad lo que ha dicho, esa imprevisión es una auténtica negligencia. Otro dato más que pone de manifiesto la nefasta gestión sanitaria que se ha llevado a la mayor decadencia de la historia en la sanidad, aquí, en Andalucía: en ratios de médicos somos los últimos, en hospitales, por cada 100.000 habitantes, somos los últimos; en enfermeras somos los últimos; en gasto sanitario somos los últimos; en listas de espera, cada vez interminable, y cada vez son mucho mayores. Y ya lo más preocupante precisamente es el maltrato, hasta el límite de la vejación al personal, la desmotivación del personal sanitario, con esos contratos tan precarios y contratos basura, que eso sí es verdad que resulta preocupante.

Pero, si bien es criticable el hecho de que haya una nula política de inversiones en infraestructuras sanitarias, es mucho más criticable que se hayan construido y que estén totalmente vacías. Eso sí es verdad que es otro ejemplo. Y no eche mano siempre, la sanidad de Madrid le da mil vueltas a la Andalucía [*rumores*], precisamente en datos de todo tipo...

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Señorías..., señorías, por favor.

El señor VALERO RODRÍGUEZ

—Les ruego respeten...

... precisamente hoy mismo hay un dato que el hospital de La Paz precisamente ha sido elegido modelo y referencia en trasplantes en toda Europa. Y como eso, pues muchísimas más.

Quiero agradecer al resto de grupos parlamentarios el apoyo de esta iniciativa, de la necesidad de que se instaure ya, de una vez, las urgencias, dotándolas de personal en ese edificio que está cerrado a cal y canto.

Y también, cómo no, quiero agradecer al Grupo Socialista, que reconoce, y de hecho ha hecho una propuesta —hace unas enmiendas—, de que los fines de semana, los días de fiesta..., y los fines de semana, ¿verdad?, 12 horas se abra. La consideramos totalmente insuficiente. Un vehículo no puede andar con tres ruedas, ni dos ruedas, tiene..., o es completo o no es completo. Qué trabajo cuesta dar ese paso más, precisamente en un núcleo poblacional que está en crecimiento. Y, por cierto, un pueblo que lo fue, fue pueblo en 1920, que luego pasó a ser barriada por otras cuestiones, y que, precisamente, su nombre viene del ára-

be, que quiere decir «tierra de bienestar y tierra de placer». Y lo sé porque después de haber sido alcalde 27 años en Churriana de la Vega, de Granada, pues lo conozco.

No hable, señor Vargas, de rigor y de responsabilidad, que usted mismo se retrata y usted mismo se desacredita cuando dice que eso se ha construido porque creíamos que iba a crecer el municipio o la barriada. Luego por tanto, está totalmente deslegitimado.

Nuestro rechazo, por tanto, a la enmienda de 12 horas, cuando tiene que ser completo. No puede estar prohibido enfermar precisamente a determinadas horas en ese municipio, y así pues lo entendemos.

Muchas gracias, señor presidente.

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Gracias, señoría.

Pero, aunque ya el proponente ha respondido, por eso tengo que preguntar a los grupos: ¿Hay algún grupo que se oponga a que se tramite la enmienda *in voce* presentada por el PSOE? Entonces se tramita, pero ya adelanta el proponente que no la acepta, ¿eh?

Pues, entonces, pasamos a las votaciones.

En primer lugar, a la primera proposición no de ley, presentada por el Grupo Ciudadanos, relativa al centro de salud Cerro del Águila, de Sevilla.

Se inicia la votación.

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

Pasamos a votar la segunda proposición no de ley, en este caso del Grupo Parlamentario Popular, relativa al servicio de urgencias en Churriana, Málaga.

Se inicia la votación.

El resultado de la votación es el siguiente: ha sido aprobada, al haber obtenido 10 votos a favor, ningún voto en contra, 7 abstenciones.

Muchas gracias por el trabajo y el esfuerzo.

Y se levanta la sesión.

