

DIARIO DE SESIONES D S P A

DIARIO DE SESIONES



PARLAMENTO DE ANDALUCÍA

COMISIONES

Núm. 357

X LEGISLATURA

18 de mayo de 2017

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

Sesión celebrada el jueves, 18 de mayo de 2017

ORDEN DEL DÍA

COMPARECENCIAS

10-17/APC-000580. Comparecencia del Excmo. Sr. Consejero de Salud, a fin de informar sobre el Plan de Verano 2017 en Andalucía, presentada por el G.P. Popular Andaluz.

10-17/APC-000595. Comparecencia del Excmo. Sr. Consejero de Salud, a fin de valorar la situación de la inspección y de las bajas por incapacidad transitoria en la provincia de Cádiz, presentada por el G.P. Izquierda Unida Los Verdes-Convocatoria por Andalucía.

10-17/APC-000607. Comparecencia del Excmo. Sr. Consejero de Salud, a fin de informar sobre la situación de la prestación de asistencia sanitaria complementaria a personas usuarias del Servicio Andaluz de Salud en centros hospitalarios homologados de la provincia de Málaga, presentada por el G.P. Podemos Andalucía.

10-17/APC-000613. Comparecencia del Excmo. Sr. Consejero de Salud, a fin de informar sobre la investigación biomédica, presentada por los Ilmos. Sres. D. Mario Jesús Jiménez Díaz, D. José Muñoz Sánchez, D. Juan María Cornejo López, D. Francisco José Vargas Ramos, D. Diego Ferrera Limón y Dña. María de los Ángeles Ferriz Gómez, del G.P. Socialista.

Debate agrupado de las siguientes iniciativas:

- 10-17/APC-000340. Comparecencia del Excmo. Sr. Consejero de Salud, a fin de informar sobre las medidas adoptadas para abordar las patologías retinianas y de baja visión en Andalucía, presentada por el G.P. Podemos Andalucía.
- 10-17/APC-000389. Comparecencia del Excmo. Sr. Consejero de Salud, a fin de informar acerca de las medidas adoptadas para abordar las patologías retinianas y de baja visión en Andalucía, presentada por el G.P. Ciudadanos.
- 10-17/APC-000574. Comparecencia del Excmo. Sr. Consejero de Salud, a fin de informar sobre las medidas adoptadas para el abordaje de las patologías retinianas y de la baja visión, presentada por el G.P. Popular Andaluz.

PREGUNTAS ORALES

10-17/POC-000570. Pregunta oral relativa a incidencias en el sistema informático de los hospitales andaluces, formulada por la Ilma. Sra. Dña. Amelia Palacios Pérez, del G.P. Popular Andaluz.

10-17/POC-000602. Pregunta oral relativa a nuevo chare en Morón de la Frontera, Sevilla, formulada por las Ilmas. Sras. Dña. Marta Escrivá Torralva y Dña. María Isabel Albás Vives, del G.P. Ciudadanos.

10-17/POC-000604. Pregunta oral relativa a contrataciones en el Centro Regional de Transfusiones Sanguíneas, formulada por la Ilma. Sra. Dña. María Isabel Albás Vives, del G.P. Ciudadanos.

10-17/POC-000651. Pregunta oral relativa a listas de espera en el hospital de Los Morales, formulada por la Ilma. Sra. Dña. María Isabel Albás Vives, del G.P. Ciudadanos.

10-17/POC-000735. Pregunta oral relativa a asistencia sanitaria de urgencias en Antequera y comarca, formulada por la Ilma. Sra. Dña. Patricia Navarro Pérez, del G.P. Popular Andaluz.

10-17/POC-000738. Pregunta oral relativa a recursos sanitarios en el municipio de Huércal-Overa y el Levante Almeriense, formulada por la Ilma. Sra. Dña. Rosalía Ángeles Espinosa López, del G.P. Popular Andaluz.

10-17/POC-000783. Pregunta oral relativa a falta de atención pediátrica en Valdezorras, Sevilla, formulada por la Ilma. Sra. Dña. Inmaculada Nieto Castro, del G.P. Izquierda Unida Los Verdes-Convocatoria por Andalucía.

10-17/POC-000799. Pregunta oral relativa a recursos para prevenir y combatir las infecciones de transmisión sexual (ITS) en Andalucía, formulada por el Ilmo. Sr. D. Juan Antonio Gil de los Santos, del G.P. Podemos Andalucía.

10-17/POC-000813. Pregunta oral relativa a nuevo centro de salud del Bulevar, Jaén, formulada por los Ilmos. Sres. D. Francisco José Vargas Ramos y D. Julio Millán Muñoz, del G.P. Socialista.

10-17/POC-000814. Pregunta oral relativa a petición de cita previa con la enfermera de referencia, formulada por los Ilmos. Sres. D. Francisco José Vargas Ramos y Dña. Caridad López Martínez, del G.P. Socialista.

10-17/POC-000816. Pregunta oral relativa a consecuencias para Andalucía del Proyecto de Ley de Presupuestos Generales del Estado para 2017, formulada por los Ilmos. Sres. D. Francisco José Vargas Ramos y Dña. Araceli Maese Villacampa, del G.P. Socialista.

10-17/POC-000817. Pregunta oral relativa a acuerdo marco de colaboración entre la Junta de Andalucía y la Fundación Luzón para la mejora de la atención a los afectados por la esclerosis lateral amiotrófica (ELA), 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-000138. Proposición no de ley relativa a servicios sanitarios en Peñaflo, Sevilla, presentada por el G.P. Popular Andaluz.

10-17/PNLC-000175. Proposición no de ley relativa a apoyo a las empresas alimentarias de Andalucía para mejorar el cumplimiento y aplicación de la normativa sobre el control sanitario oficial de alimentos, presentada por el G.P. Socialista.

SUMARIO

Se abre la sesión a las diez horas, cinco minutos del día dieciocho de mayo de dos mil diecisiete.

COMPARECENCIAS

10-17/APC-000580. Comparecencia del consejero de Salud, a fin de informar sobre el Plan de Verano 2017 en Andalucía (pág. 9).

Intervienen:

D. Aquilino Alonso Miranda, consejero de Salud.

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

10-17/APC-000595. Comparecencia del consejero de Salud, a fin de valorar la situación de la inspección y de las bajas por incapacidad transitoria en la provincia de Cádiz (pág. 19).

Intervienen:

D. Aquilino Alonso Miranda, consejero de Salud.

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

10-17/APC-000607. Comparecencia del consejero de Salud, a fin de informar sobre la situación de la prestación de asistencia sanitaria complementaria a personas usuarias del Servicio Andaluz de Salud en centros hospitalarios homologados de la provincia de Málaga (pág. 27).

Intervienen:

D. Aquilino Alonso Miranda, consejero de Salud.

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

10-17/APC-000613. Comparecencia del consejero de Salud, a fin de informar sobre la investigación biomédica (pág. 36).

Intervienen:

D. Aquilino Alonso Miranda, consejero de Salud.

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

10-17/APC-000340, 10-17/APC-000389 y 10-17/APC-000574. Comparecencia del consejero de Salud, a fin de informar sobre las medidas adoptadas para abordar las patologías retinianas y de baja visión en Andalucía (pág. 45).

Intervienen:

D. Aquilino Alonso Miranda, consejero de Salud.

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

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

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

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

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

PREGUNTAS ORALES

10-17/POC-000738. Pregunta oral relativa a recursos sanitarios en el municipio de Huércal-Overa y el Levante Almeriense (pág. 57).

Intervienen:

Dña. Rosalía Ángeles Espinosa López, del G.P. Popular Andaluz.

D. Aquilino Alonso Miranda, consejero de Salud.

10-17/POC-000813. Pregunta oral relativa a nuevo centro de salud del Bulevar, Jaén (pág. 61).

Intervienen:

D. Julio Millán Muñoz, del G.P. Socialista.

D. Aquilino Alonso Miranda, consejero de Salud.

10-17/POC-000783. Pregunta oral relativa a falta de atención pediátrica en Valdezorras, Sevilla (pág. 64).

Intervienen:

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

D. Aquilino Alonso Miranda, consejero de Salud.

10-17/POC-000570. Pregunta oral relativa a incidencias en el sistema informático de los hospitales andaluces (pág. 67).

Intervienen:

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

D. Aquilino Alonso Miranda, consejero de Salud.

10-17/POC-000602. Pregunta oral relativa a nuevo chare en Morón de la Frontera, Sevilla (pág. 70).

Intervienen:

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

D. Aquilino Alonso Miranda, consejero de Salud.

10-17/POC-000604. Pregunta oral relativa a contrataciones en el Centro Regional de Transfusiones Sanguíneas (pág. 73).

Intervienen:

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

D. Aquilino Alonso Miranda, consejero de Salud.

10-17/POC-000651. Pregunta oral relativa a listas de espera en el hospital de Los Morales (pág. 75).

Intervienen:

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

D. Aquilino Alonso Miranda, consejero de Salud.

10-17/POC-000735. Pregunta oral relativa a asistencia sanitaria de urgencias en Antequera y comarca (pág. 78).

Intervienen:

Dña. María Francisca Carazo Villalonga, del G.P. Popular Andaluz.

D. Aquilino Alonso Miranda, consejero de Salud.

10-17/POC-000799. Pregunta oral relativa a recursos para prevenir y combatir las infecciones de transmisión sexual (ITS) en Andalucía (pág. 81).

Intervienen:

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

D. Aquilino Alonso Miranda, consejero de Salud.

10-17/POC-000814. Pregunta oral relativa a petición de cita previa con la enfermera de referencia (pág. 84).

Intervienen:

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

D. Aquilino Alonso Miranda, consejero de Salud.

10-17/POC-000816. Pregunta oral relativa a consecuencias para Andalucía del Proyecto de Ley de Presupuestos Generales del Estado para 2017 (pág. 86).

Intervienen:

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

D. Aquilino Alonso Miranda, consejero de Salud.

10-17/POC-000817. Pregunta oral relativa a acuerdo marco de colaboración entre la Junta de Andalucía y la Fundación Luzón para la mejora de la atención a los afectados por la esclerosis lateral amiotrófica (ELA) (pág. 89).

Intervienen:

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

D. Aquilino Alonso Miranda, consejero de Salud.

PROPOSICIONES NO DE LEY

10-17/PNLC-000138. Proposición no de ley relativa a servicios sanitarios en Peñaflo, Sevilla (pág. 92).

Intervienen:

Dña. Patricia del Pozo Fernández, 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. Libertad Benítez Gálvez, del G.P. Podemos Andalucía.

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

Votación de los puntos 1, 2 y 4: aprobados por 9 votos a favor, ningún voto en contra, 7 abstenciones.

Votación del punto 3: aprobado por 7 votos a favor, 7 votos en contra, 2 abstenciones, voto ponderado.

10-17/PNLC-000175. Proposición no de ley relativa a apoyo a las empresas alimentarias de Andalucía para mejorar el cumplimiento y aplicación de la normativa sobre el control sanitario oficial de alimentos (pág. 103).

Intervienen:

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

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

Votación: aprobada por unanimidad.

Se levanta la sesión a las quince horas, trece minutos del día dieciocho de mayo de dos mil diecisiete.

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Señorías, buenos días.

Vamos a dar comienzo a la sesión ordinaria de la Comisión de Salud. Y antes de dar la palabra para la primera comparecencia quiero saludar a la nueva letrada, doña Carmen Noguerol, que como saben ustedes por jubilación del anterior letrado ella a partir de hoy será la letrada de esta comisión. Le agradecemos su presencia y el trabajo a esta comisión tan importante como es la Comisión de Salud. Creo que hablo en nombre de toda la comisión al darle la bienvenida.

10-17/APC-000580. Comparecencia del consejero de Salud, a fin de informar sobre el Plan de Verano 2017 en Andalucía

El señor GARCÍA ANGUIA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Y pasamos al primer punto del orden del día, primera comparecencia no agrupada, presentada por el Grupo Parlamentario Popular Andaluz, a fin de informar sobre el Plan de Verano 2017.

Señor consejero, tiene quince minutos.

El señor ALONSO MIRANDA, CONSEJERO DE SALUD

—Muchas gracias, señor presidente. Señorías.

Cada año, a petición de uno o varios grupos parlamentarios, doy cuenta en este Parlamento de las previsiones para el Plan de Atención Sanitaria en Verano en nuestra comunidad.

Como saben, el Plan de Verano se desarrolla en el periodo comprendido entre el 15 de junio y el 30 de septiembre de cada año. Hoy es 18 de mayo y estamos, por tanto, prácticamente a un mes de que se inicie.

En estos momentos estamos trabajando en la planificación del mismo y perfilando los distintos aspectos que contiene el plan, estamos para finalizarlo, en el que se recogen sustituciones, contrataciones, búsqueda de profesionales, operación Paso del Estrecho, actividades relacionadas con las altas temperaturas.

El pasado lunes día 15 de mayo se reunió la mesa sectorial de sanidad para tratar sobre la planificación de refuerzos y sustituciones y concretar en todos sus elementos el contenido del Plan de Verano de este año. Estamos, por tanto, en estas fechas cerrando el plan, que estará ultimado a finales de mes.

El Plan de Verano tiene como objetivo prioritario planificar los recursos del sistema sanitario público de Andalucía en estos meses para dar respuesta a la actividad asistencial, de forma que garantice la asistencia sanitaria a toda la población. La experiencia de años anteriores nos facilita realizar esta planificación en base a la actividad realizada y a la demanda producida. En el caso de la Atención Primaria, la organización de los recursos tiene como objeto asegurar una atención sanitaria de calidad y eficiente, tanto para la población andaluza como para las personas que visitan nuestra comunidad durante el periodo estival. Para ello, en cada centro de salud se organizan estos recursos, ajustándolos a la demanda asistencial que se pueda registrar, basándonos fundamentalmente en los datos de años anteriores y prestando una atención especial a los movimientos poblacionales que se producen en el periodo de junio a septiembre en el interior de nuestra comunidad.

Teniendo en cuenta los datos de años anteriores, en 2017 se reorganizará la actividad en los centros de salud para adaptarla a los cambios de la demanda asistencial que se producen durante el verano debido a las altas temperaturas. Además, está previsto reforzar con más profesionales aquellos centros de Atención Primaria que se encuentran en puntos de especial atracción turística, sobre todo en las zonas costeras de Andalucía. Para ello, los centros sanitarios recurren al sistema de bolsa única del Servicio Andaluz de Salud, a

fin de solicitar profesionales para aquellas categorías que sean necesarias. De hecho, ya se ha empezado con algunas categorías por el poco volumen que hay en bolsa.

El objetivo principal es garantizar en los meses de verano la asistencia sanitaria a la población mediante una adecuación de los recursos humanos y materiales, sustituyendo al personal que sea necesario en los centros de salud y hospitales con motivo de las vacaciones reglamentarias de los profesionales de cada uno de los centros.

En este verano seguirán funcionando los 1.518 centros de salud existentes en la comunidad, es decir, el ciento por ciento, así como los 371 puntos fijos de urgencias de Atención Primaria y los 132 equipos móviles de urgencias. También procederemos al refuerzo de profesionales de aquellos centros de Atención Primaria de localidades en las que se incrementa la demanda. En el año 2016 se reforzaron 45 centros con 246 profesionales. En este año, fruto del análisis del año anterior, será superior este nivel de refuerzo, y estamos en este sentido pendientes del cierre de los acuerdos y negociaciones finales con la mesa sectorial y con las juntas de personal en los diferentes centros. Vamos a reforzar los servicios de urgencias con unidades móviles y ambulancias específicas para dar mejor cobertura, entre otros sitios, la unidad móvil de la costa de Chiclana, la de Zahara-Barbate, la de costa de Huelva, poniente y costa norte de Almería, entre otros, como comentaba anteriormente.

Por parte de la Empresa Pública de Emergencias Sanitarias EPES se ha activado también el helicóptero de la costa de Cádiz con base en Jerez de la Frontera, como bien saben todos ustedes.

En las zonas de tránsito desde Andalucía al continente africano —Algeciras, Málaga, Almería, Motril— se desarrollará, como otros años, la operación Paso del Estrecho, que contará con 12 profesionales durante tres meses.

En lo que se refiere a la programación hospitalaria durante los meses de verano, como ya les he comentado en años anteriores, tenemos en cuenta la ocupación hospitalaria y la programación quirúrgica y de consultas previstas en cada uno de los centros. Estas previsiones están basadas en los datos de demanda asistencial en los periodos estivales más recientes. Y no les quepa duda de que se incrementarán los recursos en caso de que supere la demanda asistencial esperada.

Este verano está previsto realizar en Atención Primaria cerca de 9,5 millones de consultas, lo que supone más de doscientas veinte mil consultas de media diaria y cerca de un millón doscientas mil urgencias. En actividad hospitalaria, 2,5 millones de consultas externas, cerca de setenta mil intervenciones quirúrgicas y 2,25 millones de pruebas diagnósticas, sujetas al decreto de garantías de respuesta asistencial.

Para este año 2017 hemos previsto incrementar la actividad de los hospitales, garantizando y priorizando, como siempre, los procesos urgentes y oncológicos, realizando una planificación adecuada de los periodos vacacionales de los profesionales de los bloques quirúrgicos y de las unidades de pruebas funcionales diagnósticas y radiológicas, garantizando, como no puede ser de otra manera, también las consultas externas.

Les recuerdo también a sus señorías que este verano contamos con nuevos dispositivos de urgencia hospitalaria, que se pusieron en marcha a finales del año pasado. Los del hospital Bahía de Guadalhorce y el hospital de San Fernando, que potenciarán e incrementarán la cobertura de las urgencias en las costas de Málaga y Cádiz.

Dentro del Plan de Verano se incluyen también las actuaciones que se llevan a cabo dentro del Plan Andaluz de Prevención de los Efectos de las Altas Temperaturas sobre la Salud. Se trata con ello de minimizar las consecuencias que el calor pueda tener sobre los colectivos más vulnerables, como son las personas mayores, pacientes crónicos, personas con trastornos mentales graves, menores de cuatro años, especialmente lactantes, y personas que trabajan al sol. Este plan incorpora la vigilancia y el seguimiento de la población de riesgo, identificando a las personas en situación vulnerable a las altas temperaturas, y estableciendo una coordinación efectiva entre las diversas instituciones y organismos implicados: servicios sociales, centros sanitarios, residencias, organizaciones de voluntariado, 112, entre otros.

Desde los servicios de Atención Primaria se ofrece información a la población en general y se identifican los pacientes que requieran seguimiento telefónico desde Salud Responde. Se intensifican las visitas domiciliarias para monitorizar los signos y síntomas relacionados con el calor y se proporcionan consejos para controlar y minimizar sus efectos. Se tiene especial atención con las personas que tienen unas condiciones de habitabilidad en sus viviendas inadecuadas para protegerse de los efectos del calor.

Señorías, el Plan de Atención Sanitaria que pondremos en marcha los meses de junio a septiembre nos permite dar respuesta a las necesidades de los andaluces y andaluzas, así como de las personas que pasan sus vacaciones en nuestra comunidad, y también incrementar la actividad con relación al año pasado en los diferentes hospitales.

Gracias a la experiencia que vamos acumulando perfilamos la planificación y mejoramos la realizada en el año anterior, basándonos en el análisis de los datos obtenidos del balance del Plan de Verano del año anterior. Los andaluces y andaluzas pueden tener la seguridad y la tranquilidad de que también en verano tienen garantizada la asistencia sanitaria, tanto en Atención Primaria como en los hospitales andaluces, con los profesionales y los recursos necesarios para poder hacerlo.

Muchas gracias.

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señor consejero.

Señora García, por el Grupo Parlamentario Popular, tiene siete minutos.

La señora GARCÍA CARRASCO

—Gracias, señor presidente. Y buenos días, señor consejero.

La comparecencia está clara, lo que queremos saber y lo que queremos tener es un avance de lo que va a pasar en el verano de este año, porque no queremos encontrarnos con sorpresas, como en años anteriores, y ya el año 2016 yo creo que fue lo que pasó todas las expectativas de todos, incluso de los propios profesionales. Y le vuelvo a escuchar las palabras de todos los años, señor consejero, en su primera comparecencia, yo vuelvo a escuchar las mismas palabras. Yo quiero recordarle, poner encima de la mesa lo que ha pasado en los últimos años. Y, mire, en el año 2014 hablaban los sindicatos —Sindicato Médico, Comisiones Obreras, UGT— de las rebajas de verano del SAS. Y hablaban así no por frivolidad sino porque los contratos que

en aquel momento, en el año 2014, el Servicio Andaluz de Salud puso encima de la mesa eran eso, eran contratos de rebajas. Y había contratos que eran de un mes al 25% más guardias, existieron contratos de una hora al mes, existieron contratos para cubrir urgencias en Sevilla días alternos, un contrato de pediatría en el distrito sanitario Bahía de Cádiz-La Janda, al 50%, con dos cupos. En el año 2015, la oferta que realizaba el SAS, y me acuerdo que eso lo hablamos aquí en comisión, en la zona de San José de Níjar, en Almería, ofrecían un contrato del 1 de julio al 15 de septiembre, trabajando todas las tardes de lunes a viernes, y los festivos y sábados y domingos, 11 horas. Con lo cual, el profesional que cogía este contrato no descansaba desde el 1 de julio al 15 de septiembre. Y salió en los medios de comunicación cómo aquel profesional se llevaba el colchón al centro de salud en los fines de semana para poder llevar a cabo el horario que tenía. Ese contrato se repitió en 2014, en 2013... Y en 2015, a primera hora, se quedó al descubierto y tuvieron que cubrirlo los profesionales de alrededor.

En Córdoba, en el año 2015 hablaban de que solo el, los sindicatos, 3,4% de médicos, veterinarios y farmacéuticos eran lo que iba a cubrir el SAS y que de nuevo se echaba mano de la mano de obra barata de los MIR.

Ustedes decían, sí, ustedes decían que iban a abrir el 65% de los centros de salud, pero lo que pasó ese año es que se abrieron, en realidad se cerraron el 87% en la capital, y en el área norte se cerraron el 100% por las tardes.

Todos coinciden, señor consejero, todos han coincidido aquí para atrás en que la planificación de verano no era una planificación de verano sino que era un recorte en toda regla. Y en el verano pasado los profesionales, los propios profesionales, fueron los que se manifestaron diciendo, y ya no hablamos de los sindicatos sino de los profesionales, los que se manifestaron diciendo que no podían más. No podían más con el acúmulo, con estar sustituyendo a los compañeros y acumular dos cupos, sustituir bajas, sustituir permisos. Se plantaron y dijeron que los cuidados que ellos prestaban no lo hacían con seguridad y con la calidad que se debería, que debería de pasar.

Usted decía que, cuando llega el verano, nosotros decimos que se cierran camas y usted dice que no se llevan las camas al sótano y que después se sacan cuando pasa el verano. Es verdad que están ahí. Sí, eso son palabras suyas. Bueno, al sótano o donde se lleven, bueno, el tema es, consejero, que usted dice que están en reserva.

[Intervención no registrada.]

«No nos llevamos las camas al sótano y, cuando pasa el verano, las volvemos a sacar». Suyas, textuales, se las leo. Entonces, señor consejero, usted dice que se reservan las camas y nosotros decimos que no hay una reserva de camas, hay camas que no van a estar en funcionamiento en todo el verano por una simple y llana razón. Usted dice que «cuando hagan falta funcionarán». No, porque cuando el verano está funcionando es imposible que esas camas funcionen porque no habrá profesionales que puedan atender a los pacientes para ocupar esas camas. Y ustedes lo saben.

Cuando hablan ustedes de que en el verano hay una menor demanda, hombre, esa misma menor demanda la establece también la consejería, por una razón, porque ustedes cierran quirófanos, cierran consultas externas, cierran centros de especialidades enteros y consultas. Entonces, claro, hay una menor demanda, por supuesto, pero generada por la propia consejería, generada por la propia consejería.

Así que nosotros lo que queremos saber es si en este verano el sistema sanitario público andaluz ustedes lo van a colocar otra vez en situación de vacaciones, cerrando quirófanos, cerrando consultas de especialidades, cerrando centros de especialidades y cerrando centros de salud por las tardes.

Usted habla de que el plan de verano empieza el 15 de junio, al 15 de septiembre, y eso sí que lo respetan porque, cuando llega el 1 de julio, ya están plantas cerradas, ya están distribuidos los enfermos, ya hay quirófanos cerrados. Y hoy me he encontrado con otro de sus eslóganes, y lo ha dicho usted aquí: «La planificación —dice— se hace de acuerdo a la experiencia acumulada de otros años». Y, claro, yo le pregunto, la experiencia acumulada de otros años ha sido un desastre, señor consejero. ¿En esa experiencia se basan? Nosotros esperamos que se basen en otra experiencia, no en la acumulada de otros años. O, si se basan en la experiencia acumulada de otros años, que sea para mejorarla, entonces estaremos de acuerdo con usted: nos basamos en la experiencia acumulada de otros años para mejorarla, para mejorarla.

El plan de verano de este año, de 2017, nace con la promesa del señor gerente, don Mariano Patón, que nos acompaña, de cubrir al 100% las zonas de playa, de que los quirófanos funcionen, lo dicen los sindicatos, que usted se ha comprometido a eso. Si no es así, pues, el consejero hoy nos lo va a aclarar aquí. Que en las zonas de playa va a funcionar todo al 100%, este es el compromiso. Si no, pues, usted nos lo aclara aquí hoy, consejero, y nosotros lo escuchamos. Pero ya hay un anuncio de los sindicatos de que esto parece que no se va a cumplir y existen concentraciones programadas. Yo le pido que hoy nos aclare aquí con datos qué va a pasar este verano, señor consejero.

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señoría.

Señor consejero, tiene siete minutos para la segunda intervención.

El señor ALONSO MIRANDA, CONSEJERO DE SALUD

—El señor gerente del SAS, Mariano Marín, tiene la capacidad para hacer los acuerdos y comprometerse a lo que considere oportuno. Y, lógicamente, se cumplirá todo lo que él ha pactado con los sindicatos y así se hará.

Por otro lado, señorías, parece un *déjà vu*, todos los años en los que tenemos este debate el Partido Popular de forma clara mantiene un discurso único y repetitivo ajeno a los datos que ofrecemos del plan de verano, se olvida de algunas de las manifestaciones de los profesionales sobre situaciones que salieron el año pasado donde los propios profesionales decían claramente que eran decisiones clínicas y por usted y otras personas del Partido Popular se planteaba que no, que eran decisiones que obedecían a otros criterios. Consúltelo, también está en la prensa. Hay que intentar leerlo todo.

Como les he comentado en mi primera intervención, señorías, cada año evaluamos el plan del año anterior con un objetivo claro, que es mejorar aquellas situaciones que así lo requieren. Si uno no se basa en lo que pasó en años anteriores a la hora de la evaluación, tiene un problema, que es que no tiene punto de referencia. Creo que lo he dicho, creo que usted no ha escuchado, vamos, no ha escuchado, ha escucha-

do pero solo se ha quedado con una parte de lo que yo había planteado cuando hablamos de evaluación de años anteriores. Siempre se evalúa para mejorar, por lo menos ese es el criterio de este Gobierno, no sé si el de los demás.

Este debate se ha convertido para el Partido Popular en una ocasión para tratar de transmitir a los ciudadanos y ciudadanas de Andalucía la idea falsa de que el sistema sanitario público andaluz está de vacaciones en los meses de verano. Creo que antes ya les he dado datos claros de cuál es la actividad que se hace, que está muy lejos —como usted sabe—, dentro del plantear que está de vacaciones. No sé lo que pensarán los profesionales, los miles de profesionales, los casi 100.000 profesionales que durante el verano trabajan, si ustedes les dicen que su actividad es como estar de vacaciones o estar cerrado, usted se lo explicará.

El número de asistencias en Atención Primaria de consultas externas en hospitales, de intervenciones quirúrgicas y de pruebas diagnósticas que realizamos cada año en estos meses de verano son la mejor prueba de que el sistema sanitario, evidentemente, no está de vacaciones, sigue trabajando para ofrecer a los usuarios una atención sanitaria de calidad.

En el verano de 2016 se realizaron en Atención Primaria cerca de 9.500.000 consultas, lo que supone 220.000 consultas de media diaria y cerca de 1,2 millones de urgencias. En actividad hospitalaria, 2,5 millones de consultas externas, cerca de 700.000 intervenciones quirúrgicas y 2,25 millones de pruebas diagnósticas, sujetas a este decreto de garantía de respuesta asistencial.

Cada verano planificamos los recursos que hay que incrementar y dónde es más necesario incrementarlos, y cuando hacemos el balance evaluamos si las previsiones realizadas han sido efectivas y han dado respuesta a las necesidades de los ciudadanos y, si no es así, señorías, planteamos medidas de mejora.

Las camas de nuestros centros hospitalarios están disponibles en todo momento para atender todas las necesidades que se presentan, esa es la realidad. Y, por tanto, todos los ciudadanos que requieran ingreso para cualquier causa lo tienen garantizado. No vamos a cerrar ninguna cama.

En los meses de verano aprovechamos la disminución de la demanda asistencial —y eso lo repito todos los años—. Es una realidad que disminuye la demanda, pero porque hay menos patología, independientemente de todo lo que usted plantea. Y esa es una realidad que puede comprobar en cualquier libro, y usted conoce perfectamente. Y se hace para realizar obras de mejora y mantenimiento en nuestros centros, afectando lo menos posible a la actividad asistencial y minimizando las molestias a los usuarios y profesionales.

Pero no solo mantenemos una actividad muy significativa en consultas, intervenciones y pruebas diagnósticas, sino que también mantenemos la actividad de alta complejidad en verano, como es el caso de los trasplantes, una actividad que requiere, como usted bien conoce, una amplia coordinación de unidades y servicios y, por tanto, una amplia disponibilidad de profesionales en estos meses.

Por tanto, señorías, nuestro sistema sanitario público tiene la capacidad de mantener la asistencia sanitaria, y a eso nos hemos comprometido. Y a eso se ha comprometido el gerente del SAS, a pesar de los intentos del Partido Popular de querer desprestigiar, en todas las ocasiones que puede, nuestro sistema sanitario público de Andalucía, pese a pesar de decir que lo defiende.

Por otro lado, decirle de forma clara que nuestro objetivo, y así está y así se ha establecido, y así existe un compromiso en el plan que llamamos, que el gerente del SAS y los sindicatos han llamado, Plan Costa, que ya le he dicho que ha habido una reunión de la mesa sectorial, nos hemos adelantado unos días, pero yo me com-

prometo a..., cuando se cierren las reuniones porque no podemos estar continuamente hablando en este ámbito, o diciendo que hay que hablar con profesionales, que hay que hablar y pactar con ellos, y saben que estamos teniendo reuniones todavía con la mesa sectorial, que se va a presentar la próxima semana. Se va a ir a Málaga para hablar del Plan Costa con los sindicatos, y ya está establecida dicha reunión. Lo que sí, ya le he comentado, hemos empezado a realizar contrataciones con criterios claros de mantener los contratos lo más amplios posibles, teniendo en cuenta una cosa: que tenemos que respetar el derecho de los profesionales a sus vacaciones e intentar garantizar, en la medida de lo posible, la conciliación de la vida familiar de los propios profesionales. Las sustituciones son para eso, para sustituir a los profesionales que se van de vacaciones. Nuestro objetivo es hacer los contratos lo más amplios posibles e intentar que ese periodo vacacional se alargue de tres a cuatro meses, y ese es el trabajo que estamos intentando realizar y que estamos pactando y hablando con los sindicatos.

Usted conoce, porque después de la reunión del otro día de la mesa sectorial se dijeron cuáles iban a ser los criterios en los cuales se estaba trabajando y cerrando dicho plan. Y en breve le podemos dar todos los datos y los daremos a conocer a la opinión pública, los datos de este verano, que en cualquier caso garantizarán la asistencia sanitaria a toda la población.

Y se lo vuelvo a repetir: no está, nunca ha estado de vacaciones el Servicio Andaluz de Salud en verano, y los datos que le he dado anteriormente, si quiere después se los repito, así lo demuestran.

Muchas gracias.

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señor consejero.

Señora García, segunda intervención, tres minutos.

La señora GARCÍA CARRASCO

—Gracias, señor presidente.

Señor consejero, a mí lo que me encantaría, y al Grupo Parlamentario Popular le encantaría, poder decir que el plan de verano de los años anteriores ha sido magnífico. Nos encantaría poder decirlo, porque yo soy andaluza, soy usuaria del Sistema Andaluz de Salud. Y me gustaría decirlo, pero esa no es la realidad. Y la misión del Grupo Parlamentario Popular es venir a esta comisión para pedirle a usted que el Plan de Verano del año 2017 sea mucho mejor que los anteriores, por el bien de los andaluces y por el bien de los profesionales. Y es nuestra misión, y eso es lo que venimos a hacer aquí.

Y, hombre, decir que el sistema sanitario andaluz no se va de vacaciones, pues estos años atrás se ha ido de vacaciones, señor consejero, porque cerrar quirófanos, cerrar consultas especializadas, que lo han hecho, y si ahí están los datos, señor consejero, los centros de salud que se han cerrado por la tardes, obligando a cerrar los programas de prevención y promoción, los datos están ahí. El Sistema Andaluz de Salud, el Servicio Andaluz de Salud se ha ido de vacaciones. Lo que nosotros le pedimos es que no se vaya, que hay listas de espera, y que funcionen los quirófanos, que funcionen las consultas especializadas y que funcionen los centros de salud en los programas de promoción y atención.

Hay un compromiso de ustedes. Hay una moción aprobada del Partido Popular con un punto que decía: «No se volverán a paralizar los programas de promoción, prevención y atención en ninguna época del año», ¿se acuerda? Pues, eso se aprobó en sede parlamentaria.

Pues, eso es lo que venimos nosotros a pedir aquí, que el Servicio Andaluz de Salud funcione en verano, que no nos encontremos con situaciones como las que se vivieron el año pasado, que se vivieron, señor consejero, que los contratos que yo he dicho aquí fueron realidades, yo no me las he inventado. Fueron realidades de contratos ofertados por el Servicio Andaluz de Salud, señor consejero.

¿Hoy existe escepticismo en los sindicatos? Por supuesto que existe, señor consejero, ¿cómo no va a existir? Tiene que existir por la experiencia acumulada de años anteriores. Esa experiencia a la que usted alude, pues existe, existe esa incertidumbre y el no confiar. No confían en lo que le han dicho y quieren pruebas. Como no confían, han dicho que se van a concentrar. El día 10, nosotros, en Mesa de Salud, pedimos esta comparecencia, y ya se precipitaron ustedes para el día 15 en la mesa sectorial meter el programa de verano, pero yo he hablado con los sindicatos. Y ellos dicen que salieron de esa mesa sectorial con la misma información con la que entraron, es decir, ninguna.

La delegada de Salud de Málaga se comprometió con los sindicatos a que antes del 15 de mayo iban a tener encima de la mesa los datos, ¿los tienen? No, no los tienen. Con lo cual ¿pueden sentir incertidumbre? Por supuesto, por la experiencia de años pasados y por lo que está pasando este año.

Señor consejero, nosotros, a fecha de hoy, 17 de mayo, le estamos pidiendo los datos, sencillos: ¿qué centros de salud van a cerrar por las tardes?; los que se queden abiertos ¿qué cobertura van a tener?; ¿qué ratio enfermero y médico por paciente va a existir? Es sencillo, no me diga dos mil intervenciones, dos mil consultas. No, no, dígame la cobertura real que va a tener el Servicio Andaluz de Salud en el verano de 2017. Es lo que esperamos todos, y si usted nos lo dice, nosotros podremos decirlo también. Y si lo hacen bien, también lo diremos, cuando lo hagan bien.

Gracias.

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Gracias, señoría.

Para cerrar, el señor consejero tiene cinco minutos.

El señor ALONSO MIRANDA, CONSEJERO DE SALUD

—Es llamativo, es llamativo. Habla usted de contratos de 2016, y los ejemplos que dio antes, la mayor parte eran de 2014 y 2015.

Pero, bueno, siempre en la demagogia, siempre es algo que utilizan de forma clara, decir que un servicio está de vacaciones cuando hace 9,5 millones de consultas, entonces no hay ningún servicio de salud en el conjunto de España que no esté de vacaciones, incluso los gobernados por el Partido Popular.

Quisiera y quiero recordarle las noticias de prensa que salían el año pasado en la Comunidad de Madrid, por ejemplo, y digo porque, bueno, porque esos son los ejemplos de cuáles son las actuaciones del Partido

Popular. O los datos que han salido recientemente en el ámbito de Valencia con relación a cuáles son los resultados de las privatizaciones que se realizaron en aquel ámbito, y cuáles son los resultados de las sustituciones y de los planes de verano en esos centros. Eso significa cuáles son sus criterios sobre lo que es un servicio de salud que va de vacaciones.

Vuelvo ahora a decirle, una vez más, 9,5 millones de consultas. Evidentemente son poquitas consultas, ¿no? Estamos hablando de alguien que está de vacaciones y hace 9,5 millones, 220.000 consultas de media diarias en el Servicio Andaluz de Salud. Ese que usted dice que está de vacaciones. Evidentemente no está de vacaciones. También 1,2 millones de urgencias, evidentemente es un servicio que trabaja, son profesionales que trabajan. No diga que el servicio está de vacaciones, porque al final lo que está diciendo es que los profesionales no están trabajando. Y no sé..., se lo dije ya en muchas ocasiones, no le voy a permitir que haga manifestaciones contra el trabajo de los profesionales, que el año pasado sí hicieron en muchas ocasiones, y salieron los profesionales a desmentirlo.

Y quisiera recordarle algunos casos con relación a la hematología en Málaga, que fueron desgraciadamente manipulados en declaraciones por su partido. En la actividad hospitalaria hablamos de 2,5 millones de consultas externas, cerca de setenta mil intervenciones quirúrgicas y 2,25 millones de pruebas diagnósticas. Evidentemente, en ese ámbito no se está de vacaciones.

Le he dicho los criterios que habíamos planteado. Evidentemente, como usted puede comprender, el calendario de reuniones de la mesa sectorial no depende para nada de las actividades que realice el Partido Popular. Ni en prensa, ni en esos ámbitos estaba previsto. Los sindicatos lo sabían. Posiblemente ustedes presenten la comparecencia a raíz de que supieron que esa convocatoria iba a estar. Eso es más posible porque es algo frecuente que aparezcan noticias en prensa, y a partir de ahí ustedes presenten actuaciones, o que ustedes mismos generen la noticia para, después, venir a presentar la pregunta parlamentaria, la anuncian a través de la prensa. Nosotros la convocatoria a los sindicatos se la hacemos a los sindicatos. Y saben ellos que lo tienen y que el martes de la semana que viene hay una reunión en Málaga para seguir lo que se denominó Plan Costa, donde se presentarán todos los datos. Y, cuando se cierren, daremos absolutamente todos los datos, no solo a esta Comisión de Salud, sino al conjunto de la opinión pública, de cómo van a ser los criterios. Pero, ya se lo dije, el objetivo es incrementar la actividad de nuestros centros este verano, con una limitación clara en algunas especialidades que usted conoce, y de la cual el Gobierno de la Nación —y lo he planteado en una ocasión— tiene también responsabilidad. Hay especialidades como anestesia, donde no hay personas en paro, como dermatología, y ahí tendremos que organizarlo bien para poder dar respuesta a todos los planteamientos que queremos, que es incrementar el número de actividades que se realizan durante el verano. Lo he dicho, y lo hemos dicho, que íbamos a incrementar también el número de sustituciones —no sé si no me ha oído—, e incluso los refuerzos que se realizaban y también el número de ambulancias casi dotadas como una UVI móvil; ambulancias asistidas en los diferentes puntos donde se incrementa la actividad asistencial. Eso lo hemos planteado de forma clara. Estamos hablando de este año, y, evidentemente, para poder mejorar, siempre hay que hacer un análisis de lo que sucedió el año anterior; si no, estaríamos planificando en el vacío. Y planificar en el vacío, eso sí que es lógicamente algo que llevaría al más completo de los fracasos.

Por lo tanto, señoría, la confianza para los andaluces de que el sistema sanitario público de Andalucía les dará respuesta, así como la confianza a los profesionales de que estamos velando también por garantizar

que puedan coordinar sus vacaciones de forma efectiva y conciliar su vida familiar y laboral; volver a repetírselo. Volver a repetirle que, en Atención Primaria —y lo sabe, porque también lo hemos planteado en muchas ocasiones—, las actividades de promoción y prevención son básicas para nosotros. Y nuestra única limitación en ese ámbito vendrá dada por la asistencia o no de profesionales en las bolsas de paro. Y habrá que compaginar que puedan disfrutar las vacaciones con la actividad que hay que realizar en los centros. Y, evidentemente, nosotros no abandonaremos las actividades de promoción, en los diferentes centros de salud, ni de prevención, puesto que ese es un criterio básico, en el cual si apostamos —y así lo hemos presentado— por que la Atención Primaria sea la base y el eje vertebrador de la asistencia sanitaria, hay que fortalecerla y darle capacidad de respuesta y capacidad de resolución. Y en eso estamos trabajando y seguiremos trabajando. Pero ya les digo que ustedes seguirán en ese ámbito.

Yo, ojalá, el planteamiento que usted planteaba de que están aquí para pedirnos que lo hagamos bien, lógicamente, y que planifiquemos las cosas para dar asistencia sanitaria, eso lo comparto con usted. Pero, algunas veces, ustedes se olvidan de eso y están aquí para convertir situaciones anecdóticas en situaciones que parece que son del conjunto del sistema. Y la verdad es que la respuesta que el sistema sanitario da a los ciudadanos es una buena respuesta mejorable. Pues, evidentemente. Por eso le he comentado las cosas en lo que lo vamos a mejorar, y las seguiremos mejorando.

Nuestra responsabilidad es dar esa respuesta, y eso haremos, delo por hecho.

Gracias.

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Gracias, señor consejero.

10-17/APC-000595. Comparecencia del consejero de Salud, a fin de valorar la situación de la inspección y de las bajas por incapacidad transitoria en la provincia de Cádiz

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Terminada esta comparecencia, pasamos a la segunda, presentada por el Grupo Parlamentario de Izquierda Unida, a fin de valorar la situación de la inspección y de las bajas por incapacidad transitoria en la provincia de Cádiz.

Señor consejero, cuando pueda, tiene quince minutos para su intervención.

El señor ALONSO MIRANDA, CONSEJERO DE SALUD

—Muchas gracias, presidente.

Señorías, como saben, la Inspección de Servicios Sanitarios de la Junta de Andalucía tiene, entre sus competencias, el control de la prevalencia y la incidencia médica y acumulada de la incapacidad temporal, debida a enfermedades comunes y también profesionales.

Desde la Consejería de Salud venimos desarrollando una nueva orientación estratégica, recogida en el Acuerdo de Consejo de Gobierno de 1 de febrero de 2017, que consiste en potenciar la consideración de la baja laboral como una decisión médica, que tiene como objeto la recuperación y rehabilitación de los trabajadores y trabajadoras afectados por una enfermedad.

Desde estas perspectivas, se han dado instrucciones a todas las provincias para que, progresivamente, la tarea de control de la baja laboral se encuadre en la correcta toma de decisión clínica, aplicando un modelo de gestión compartida entre el médico de familia y la inspección de servicio sanitario.

Se va a realizar una valoración semestral sobre el seguimiento de estas instrucciones y la calidad de las actuaciones inspectoras. Este nuevo enfoque nos ha llevado a un replanteamiento de los procedimientos de actuación de las unidades médicas de valoración de incapacidades —las conocidas como UVMI— en relación con las mutuas, así como de su gestión de las altas, haciendo compatible las obligaciones normativas de la Seguridad Social con los criterios fundamentales del sistema sanitario público de Andalucía.

Estamos, por tanto, en estos momentos, en un proceso de transición, que se orienta a que la inspección de servicios sanitarios dedique su mayor tiempo y esfuerzo a colaborar con los profesionales médicos de Atención Primaria, para que la recuperación del trabajador afectado por una baja y su incorporación a su puesto de trabajo se produzcan en las mejores condiciones posibles.

Junto con este objetivo se persigue la transparencia en la comunicación de las decisiones que se tomen por las unidades médicas de valoración de incapacidades, para que cada interesado conozca su situación personal. Con ello, se mejorarán los mecanismos de comunicación, coordinación y colaboración entre las distintas entidades que intervienen en la gestión de la incapacidad temporal, así como facilitar los trámites que existen en la actualidad.

Está previsto poner a disposición de los interesados afectados, a través de medios electrónicos, informaciones individuales propias de los procedimientos clínicos y administrativos, para garantizar que el procedimiento que se establezca sea lo más ágil posible. También los médicos de familia y los interesados, mediante clave personal, podrán consultar la situación de los procesos de incapacidad transitoria. Con este objetivo podrán, entre otras cosas, ver la fecha de baja y alta, el diagnóstico y sus citaciones pasadas o pendientes en las unidades médicas de valoración de incapacidad. También se podrán conocer los resultados de la acción inspectora y las propuestas realizadas, como es el caso de la invalidez permanente, entre otras.

Hemos elaborado, para el trienio 2017-2019, un marco director con unas nuevas líneas estratégicas, entre las que se incluye la valoración funcional de la persona en relación a su vida laboral.

La incapacidad temporal es una decisión exclusivamente médica, siendo por tanto el médico de familia el que debe dar respuesta y debe ser el responsable de su atención, teniendo en cuenta que debe formar parte de un tratamiento integral que favorezca la recuperación o rehabilitación del proceso de la enfermedad. Por ello, las nuevas líneas de actuación pretenden una transversalidad por parte de la Inspección de Servicios Sanitarios, velando por el buen control de la prestación y analizando la puesta en marcha de medidas correctoras en la prevención de riesgos y en la búsqueda activa de enfermedades profesionales.

Todos estos planteamientos son de aplicación al conjunto de la comunidad y, por tanto, igualmente válidos para la provincia de Cádiz.

Desde la subdirección de la Inspección de la Consejería de Salud y la Delegación Territorial, hemos establecido un diálogo abierto con las organizaciones sindicales de la provincia de Cádiz para abordar los diferentes planteamientos que han realizado con respecto a la situación de la inspección en dicha provincia.

En este sentido, el pasado 10 de mayo se celebró una reunión en Cádiz, en la que se plantearon medidas para desarrollar en los próximos meses, en relación con la estrategia que le hemos comentado anteriormente.

Asistieron a dicha reunión los sindicatos UGT, Comisiones, USO, CSIF, USAE, SATSE, Sindicato Médico Andaluz, USTEA y USB. Las medidas se dirigen a establecer una gestión compartida de la incapacidad temporal, en base a la transversalidad, la seguridad del paciente y la transparencia del proceso. De manera general, se actuará en las siguientes líneas: planes de formación, para fomentar la responsabilidad de un buen uso de la gestión de la incapacidad temporal; procesos de gestión compartida con médicos de familia, para garantizar que cuente con todos los elementos posibles para una toma de decisión correcta en el uso de la IT; procesos de coordinación con las mutuas, regulando la comunicación entre ellas y la inspección médica; protocolizar las discrepancias, para lo que se procederá a una revisión integral por parte de la inspección médica; control de la incidencia y prevalencia mediante el análisis de las desviaciones estadísticas en la gestión de estos procesos; coordinación con las unidades de valoración del INSS, mediante el establecimiento de acuerdos entre ambas administraciones con el objeto de garantizar la prestación adecuada a cada paciente, evitando situaciones de incertidumbre al trabajador y la duplicidad de citaciones para reconocimientos médicos. Y, por último, dentro de estas medidas de carácter general, la realización de procedimientos específicos mediante la elaboración de protocolos para reclamaciones, discrepancias, altas por incomparecencia, cambios de contingencia.

Junto a estas medidas de carácter general, se van a implantar también otras específicas en los centros sanitarios de la provincia de Cádiz. Entre ellas, destacarle, señoría, entre otras las reuniones con los directo-

res de unidades de gestión clínica de los distritos sanitarios a fin de explicar los cambios en la gestión de IT y en el control de la misma. Creación de una comisión conjunta de incapacidad temporal en el hospital y distrito, que facilite a la Inspección de Servicios la toma de decisiones; esta comisión analizará las incapacidades temporales por categoría profesional, establecerá medidas de prevención y establecerá las líneas prioritarias de actuación en la organización y gestión de los recursos, con el fin de dar la mejor respuesta al trabajador, encaminada a lo que comentábamos antes, a vigilar y a poder recuperar su situación de salud previa al desarrollo de la enfermedad.

Señorías, desde la Consejería de Salud estamos desarrollando los instrumentos y medidas que mejoren en su conjunto la gestión de la incapacidad temporal y la capacidad de control de la Inspección Sanitaria. Estamos con ello facilitando la transparencia y la coordinación entre las distintas instituciones y manteniendo diálogo permanente con los agentes sociales, a fin de analizar las situaciones que se puedan plantear y la búsqueda de soluciones de manera inmediata. En ese camino no cejaremos y seguiremos trabajando en los próximos meses.

Muchas gracias, señorías.

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señor consejero.

Señora Nieto, tiene en su primera intervención siete minutos.

La señora NIETO CASTRO

—Gracias, presidente. Buenos días.

Gracias, consejero, por las explicaciones que nos ha trasladado en general sobre la nueva estrategia para este asunto, y en lo concreto sobre la provincia de Cádiz, que era el objeto de nuestra comparecencia, efectivamente, y sin valorar con ello de ninguna manera lo que sucede en otras provincias. Así que, efectivamente, los representantes de los trabajadores y las trabajadoras nos habían pedido que mantuviéramos este diálogo con usted en la Comisión de Salud para abordar un problema que, al menos en la provincia de Cádiz, reviste una gravedad importante.

Desde Izquierda Unida saludamos la estrategia para implementar hasta 2019 con relación a la inspección, creo que fue en marzo cuando pasó por Consejo de Gobierno, y esperamos con mucho interés su aplicación. Pero yo le voy a trasladar, consejero, las cuestiones que nos preocupan y que en realidad han agravado sobremanera la situación de los trabajadores y las trabajadoras que están enfermos y de baja en la provincia de Cádiz y que difícilmente se pueden arreglar con una estrategia, salvo que cambien ustedes profundamente la táctica, que podría empezar, por ejemplo, por cumplir la ley. Yo le voy a decir lo que pasa en la provincia de Cádiz, que también puede ser que en el global de la información que usted maneja y todos los temas que atiende no haya recibido esa información así de sucintamente como yo se la voy a trasladar.

El Real Decreto 625/2014, de 18 de julio, por el que se regulan determinados aspectos de la gestión y el control de los procesos por incapacidad temporal en los primeros 365 días, establece con claridad una serie de protocolos que deben seguirse cuando, efectivamente, el trabajador esté de baja y hay que cursar su alta. Al

menos el artículo 5.1 y el artículo 6 se incumplen constantemente en la provincia de Cádiz. Cuando usted hablaba de modificar las relaciones entre las mutuas y la Inspección, en realidad las relaciones entre las mutuas y la Inspección van estupendamente en la provincia de Cádiz, tanto es así que, a pesar de que en el artículo 6 del real decreto que le citaba es obligado que el médico de familia emita un informe previo a que la Inspección dé el alta sugerida por la mutua, eso, de hecho, en la provincia de Cádiz no se hace. La mutua informa el alta y la Inspección por lo militar la concede y al médico de familia se le comunica, porque de lo que de manera creciente se han quejado los sindicatos por la incidencia negativa que ha tenido en los procesos de restablecimiento de las personas trabajadoras enfermas es que este proceso se ha burocratizado extraordinariamente, colocando a los trabajadores y a las trabajadoras bajo sospecha. Parece que el trabajador o la trabajadora está de baja y tiene ese menoscabo en su salario y esas limitaciones en su vida cotidiana como el que va a la feria, y no es así. De hecho, incluso en la memoria de la consejería se equiparan estos procesos de los trabajadores y trabajadoras con situaciones de absentismo, y el absentismo está definido por la Real Academia con una connotación negativa, y ese trabajador o esa trabajadora no se ausenta del trabajo por gusto, no va al trabajo porque no está bien y así lo ha dicho su médico de familia, que, por cierto, es la figura —y lo comparto absolutamente con usted— en torno a la cual debiera fijarse la preferencia del criterio para certificar el restablecimiento de esa persona y el alta o la continuidad de su estado de baja porque aún no se encuentra bien.

Pero eso no ocurre ahora. Pero no ocurre ahora no porque no se haya empezado a aplicar esta estrategia o porque haya que modificar ciertos protocolos, que bienvenidas sean sus modificaciones si atienden las demandas que les han trasladado las centrales sindicales en la provincia de Cádiz. No se cumplen porque no se cumple la ley, que me gustaría, consejero, que en su segunda intervención me hablase en concreto sobre ello, qué responsabilidades asumen quienes incumplen la ley de manera reiterada en este proceso.

Hay otro tema que nos preocupa, las altas por patología previa, a las que también le agradecería que hiciera alguna referencia, porque hay ya profusa jurisprudencia del Tribunal Supremo diciendo que para equiparar la situación de enfermedad previa del trabajador a un posible fraude o abuso hay que probarlo, no se puede dar el alta por lo militar. Esto también sucede en la provincia de Cádiz, consejero.

Por eso le digo que hay un cúmulo de circunstancias, que además recientemente se han agravado y han tenido un muy lamentable suceso detonante del incremento de la percepción pública de que hay un problema en la Inspección en la provincia y que hay que arreglarlo, que requieren de su atención y de medidas que quizás son concretas y adicionales a aquellas que con carácter general tiene usted previsto adoptar en desarrollo de la estrategia que aprobó hace unos meses en Consejo de Gobierno.

Por tanto, consejero, en su segunda intervención, aparte de que le agradecería que se refiriera a estos temas que le traslado, también, dado que nos centrábamos en la provincia de Cádiz, quería saber su parecer sobre la descentralización, que aparece en la estrategia, y que en lo concreto los sindicatos están pidiendo en la provincia de Cádiz, tanto para Jerez y su área de influencia como para el Campo de Gibraltar, sobre esa segunda opinión médica, o como usted lo ve, o si no lo ve necesario, teniendo en cuenta que parece que todo va a pivotar en torno al médico de familia, que nos parecería una opción muy oportuna. Y qué protocolos de los que tiene vigentes, en el caso de que se cumplan conforme a la ley, cree usted que requieren de una modificación para mejorar la situación que hay en la provincia de Cádiz.

Muchas gracias.

El señor GARCÍA ANGUIA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señoría.

Señor consejero, siete minutos.

El señor ALONSO MIRANDA, CONSEJERO DE SALUD

—Gracias, señor presidente.

Señoría, le he comentado los criterios generales puesto que afectan mucho a la situación de Cádiz en concreto, puesto que la apuesta clara de esos criterios va a que la incapacidad temporal es una decisión exclusivamente médica, lo comentaba anteriormente. Y por lo tanto quien tiene que dar respuesta y quien tiene que decir cuál es la situación que tiene prevalecer es el médico de familia, que es el responsable de la atención sanitaria de cualquier paciente. Además, le he comentado de forma clara que el objetivo de la incapacidad temporal es poder recuperar al paciente de su enfermedad para que vuelva a su situación de normalidad y recupere su salud, es un objetivo que está claro.

Por eso, teniendo en cuenta los planteamientos que usted decía, y yo se lo he comentado, ha habido la reunión específica en la provincia de Cádiz y va a haber ese seguimiento por parte de la Inspección, tanto de la Inspección de Servicios Sanitarios de la consejería, en colaboración con la Inspección de Servicios Sanitarios de la delegación, con criterios claros de revisar todo lo que pasa.

A mí no me consta en ningún caso que se incumpla la ley porque, usted lo planteaba, si se incumpliese la ley hay que actuar para evitar que eso se produzca, y yo no tengo constancia en ese sentido. Pero, vamos, me comprometo a que en esas reuniones que hay se valore por parte de la Inspección de Servicios Sanitarios de la Consejería de Salud, pero a mí y en la consejería no consta esa situación.

Por otro lado, decirle que ya le comentaba en mi primera intervención que conocemos los planteamientos realizados por los sindicatos, porque, como le comentaba, hemos tenido la reunión con ellos con relación a la gestión de la incapacidad transitoria en la provincia de Cádiz.

De hecho, en la última reunión, en la que le comentaba anteriormente, mantenida el día 10 de mayo con los sindicatos y convocada y presidida por el delegado territorial de Cádiz, y a la que asistieron responsables de la subdirección de Inspección de servicios de la consejería y de la Dirección Provincial de la Inspección de la Delegación Territorial de Cádiz, conocimos directamente sus reivindicaciones y planteamos el conjunto de medidas que vamos a desarrollar en los próximos meses para dar respuesta a sus demandas.

Vamos a poner en marcha un conjunto amplio de medidas que afecten a todos los aspectos relacionados con la gestión de la IT, potenciando la participación de los agentes sociales y favoreciendo la transparencia en los procesos, que era una de las cosas en las que se quejaban, de forma clara, los representantes sindicales.

Para ello se requiere que todos los equipos provinciales se vayan adaptando a la nueva estrategia. La nueva estrategia cambia el paradigma de la atención. Con lo cual, muchos de los problemas que los sindicatos planteaban se corregirían y, especialmente, en lo que se refiere a las tareas de los profesionales que son, verdaderamente, los artífices de este cambio de las competencias y funciones de la Inspección de Servicios Sanitarios de la Junta de Andalucía.

Vamos a seguir trabajando en ese camino, corregir esas situaciones, analizar, como le comentaba, con carácter semestral, e inicialmente en Cádiz, con una mayor frecuencia. Y así volverá a haber otra reunión con los sindicatos de la provincia para explicarles las medidas que se han puesto en marcha para garantizar lo que le he planteado a lo largo de la reunión.

Le comentaba... Había una cosa que me preguntó, que no me acuerdo cuál era, pero, bueno, tendré la oportunidad en la última parte de comentárselo. En cualquier caso, decirle que nosotros apostamos por que sean los médicos los que tengan la prevalencia en este ámbito.

Sobre la descentralización, se está analizando y estudiando, porque la propuesta no afectaba solo a la Inspección de la Junta de Andalucía, sino que afectaba, y de forma incidente y llamativa, a la SEVI, que sabe que dependen de la Administración del Estado, y que tenemos que tener reuniones con ellos para ver cuál es la situación. Porque el planteamiento era que se pudiese dar respuesta a todo el Campo de Gibraltar.

Evidentemente, eso, solo una pequeña parte nos corresponde a nosotros, puesto que la gestión de la IT, como le comentaba anteriormente, para nosotros es una gestión de la enfermedad de los pacientes, y esa está descentralizada porque se hace desde Atención Primaria. El otro tiene que convertirse en una situación esporádica y justa.

Cuando yo comentaba del cambio de relación entre las mutuas y la inspección, creo que usted planteaba las necesidades de cambio de relación entre ambos, y eso es lo que nosotros queremos plantear para darle la preponderancia clara a quien conoce la salud de los pacientes y de los ciudadanos, que es su médico de familia. Y esa será nuestra apuesta de forma clara.

El señor GARCÍA ANGUIA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señor consejero.

Señora Nieto, tiene tres minutos.

La señora NIETO CASTRO

—Gracias, presidente.

No sé cómo situar lo que me ha trasladado usted en su segunda intervención con respecto a lo que me dice que no le consta, porque algunas de las cosas, si a usted no le constan, cuando termine la comisión debería usted cesar fulminantemente a quien a usted le tiene que informar de estas cosas.

Porque esto no lo he averiguado yo con un proceso de investigación concienzudo, esto es un procedimiento que le puede contar cualquier persona que haya tenido una incapacidad transitoria. Que yo le digo que si yo enfermo y mi médico de familia me adjudica el estándar, que le llaman ustedes «tiempo óptimo personalizado», que lleva para la media de restablecimiento de mi dolencia, cuando ese tiempo termina, el médico para poder renovarme la baja, si ve que yo no me he restablecido o se ha desencadenado otro proceso, emite un informe que manda a Cádiz. Y en Cádiz las más de las veces sin verme —estoy hablando de terceros—, sin ver a la persona o viéndolo no siempre un médico, le dan el alta. Si discrepa el médico de familia, emite un informe, del que si no recibe respuesta en diez días, que dé por hecho que es que el alta está bien tramitada.

Y eso que se hace hoy día no es que yo le diga que es necesario que se cambie aplicando la nueva estrategia, que le reitero que saludamos, lo que le digo es que eso se hace en incumplimiento de la legislación vigente, desde el año 2014. Por tanto, usted debiera estar al hilo de que ese es el procedimiento que se hace, que es lo cotidiano, y que hay un número de altas muy importante que se gestionan, como usted decía, se gestionan de manera absolutamente burocrática. Que el médico recibe una carta tipo, por parte de la inspección, en la que se le informa de que ese trabajador ya está de alta y a correr. Un proceso completamente deshumanizado, que pone bajo sospecha al trabajador o trabajadora enferma, que ningunea el criterio de quien conoce el padecimiento de esa persona y los condicionantes de su entorno, y que le da preferencia, si usted me permite, mercantil, a la opinión de la inspección. Y le digo lo de «mercantil», porque no me vale que ahí haya médicos si al final no ejercen como médicos para tomar la decisión de que esa persona debe estar de alta. Y eso está ocurriendo y es ilegal a día de hoy, con o sin aplicación de estrategia nueva.

Yo le pido, consejero, aparte de que celebro que vaya usted a tener esa comunicación fluida con los sindicatos, vaya usted a tratar de abordar en lo concreto los requerimientos que le han hecho para mejorar la inspección en la provincia, le pido que coja usted a las personas responsables de estos procesos y de cumplir la ley y de hacerla cumplir en la provincia de Cádiz, y adopte usted las medidas ejemplares que hay que aplicarle a las personas que, trabajando para la Administración, se saltan la ley a la torera.

Y ya le digo, si no le consta, cuando salga de aquí, cese usted a alguien.

Muchas gracias.

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Gracias, señoría.

Para cerrar, señor consejero, tiene cinco minutos.

El señor ALONSO MIRANDA, CONSEJERO DE SALUD

—Gracias, señoría.

Le agradezco los consejos, pero ni me consta a mí, ni en algunas sentencias judiciales existe ese planteamiento. Pero, en cualquier caso, como nuestra obligación es preservar y garantizar que eso se cumple, no se preocupe que, con la inspección, lo revisaremos de forma clara. Pero hasta ahora no tenemos ninguna constancia, ni ha existido ningún planteamiento judicial en ese ámbito.

Pero, en cualquier caso, yo recojo sus palabras. Y revisaremos que, como yo le planteaba, no me consta, no le consta al equipo de la inspección. Y estamos convencidos de que la ley se cumple, pero lo revisaremos de forma clara. Estoy..., ya le digo que no existe ningún pronunciamiento en estos años, lo cual resulta en principio muy raro.

Pero sí comparto con usted una cosa importante, que por eso he hablado muchas veces de la nueva estrategia a lo largo de la comparecencia. Creo que hay que desburocratizar, personalizar y dar transparencia a todo lo que tiene que ver con la gestión de las IT. En eso estamos totalmente de acuerdo en la prevalencia del criterio médico sobre cualquier otro criterio. Es lo que hemos planteado desde el principio, y así tiene que

ser y así va a ser en la provincia de Cádiz, igual que en el resto de las provincias de Andalucía, el que el ciudadano conozca en cada momento cuál es la situación de su proceso de incapacidad temporal y, también, el médico de familia conozca cuál es la situación de los asegurados que tiene en su cupo médico de incapacidad temporal es básico en esta nueva estrategia. Es un cambio para seguir profundizando en ese trabajo de humanización y personalización en el cual estamos empeñados. Y seguiremos trabajando en ese camino.

Por tanto, seguiremos manteniendo la situación de seguimiento en la provincia de Cádiz, por los planteamientos que han planteado los sindicatos, pero yo creo que lo básico es eso: dar transparencia para que el ciudadano conozca, dar la prevalencia a las decisiones clínicas y médicas del médico de familia y trabajar en este sentido.

Por otro lado, decirle que las duraciones medias de los periodos de IT los pone, lógicamente, la comunidad autónoma, porque saben que eso es competencia estatal. Nosotros por lo que debemos velar es por el cumplimiento de que los trabajadores que viven en Andalucía y necesitan estar en incapacidad temporal lo estén. Y cuando hayan recuperado esa capacidad se les comunique, lo conozcan y tengan la capacidad y la posibilidad de reclamar cuando lo consideren oportuno. Pero la reclamación sería el último objetivo al que se debe llegar. Nuestro objetivo es, como le comentaba, que las decisiones clínicas prevalezcan, y además esto es una propuesta de la subdirección del equipo de inspección, la estrategia es suya y el equipo de la subdirección de la inspección de la consejería se encargará de que eso se implante en todos los centros, empezando por aquellos, en todas las provincias, por aquellos en los que existen problemas.

Por lo tanto, compartimos que no debe ser un proceso burocrático, sino un proceso clínico que lleva burocracia aparejada, alguna de la cual no podemos modificar nosotros porque no es competencia nuestra, pero tiene que prevalecer el proceso clínico sobre el proceso burocrático, y esta es nuestra responsabilidad, y así lo haremos.

Muchas gracias.

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señor consejero.

10-17/APC-000607. Comparecencia del consejero de Salud, a fin de informar sobre la situación de la prestación de asistencia sanitaria complementaria a personas usuarias del Servicio Andaluz de Salud en centros hospitalarios homologados de la provincia de Málaga

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Terminada esta comparecencia, pasamos a la siguiente, presentada en esta ocasión por el Grupo Parlamentario Podemos Andalucía, a fin de informar sobre la situación de la prestación de asistencia sanitaria complementaria a personas usuarias del Servicio Andaluz de Salud en centros hospitalarios homologados de la provincia de Málaga.

Señor consejero, tiene quince minutos.

El señor ALONSO MIRANDA, CONSEJERO DE SALUD

—Muchas gracias, señor presidente.

Señoría, la Consejería de Salud, de conformidad con la normativa de aplicación y con el objeto de atender las necesidades de salud de los usuarios, realiza contratos de gestión de servicios públicos bajo la modalidad de conciertos, como usted bien conoce y planteaba en su pregunta, con diversas empresas sanitarias ubicadas en Málaga, y así complementar los recursos disponibles para la correcta atención sanitaria de la ciudadanía.

Estos conciertos de prestación de servicios sanitarios se realizan bajo los principios de complementariedad, optimización de recursos sanitarios propios, necesidades de atención en cada momento, así como la adecuada coordinación en la utilización de los recursos públicos.

Los contratos existentes en la provincia de Málaga para esta prestación complementaria con centros hospitalarios homologados se pueden dividir en dos grupos según el tipo de atención sanitaria que se realiza: por un lado, conciertos provinciales para estancias hospitalarias de enfermos pluripatológicos y paliativos, intervenciones quirúrgicas y para procedimientos diagnósticos realizados mediante expedientes de contratación por la plataforma logística provincial de Málaga. En un segundo lugar, concierto para la atención de enfermos de salud mental de toda la comunidad autónoma, enfermos que en general tienen trastornos mentales graves con escasa adherencia al tratamiento y con especiales circunstancias como la falta de cobertura social o familiar.

En relación a los primeros, los contratos provinciales actuales se realizaron mediante resolución de la Dirección General de Gestión Económica y Servicios del Servicio Andaluz de Salud, de 4 de agosto de 2015, con un presupuesto de ejecución para el año 2016 de 11,2 millones de euros.

La adjudicación del expediente se realizó para los dos años, el inicio de la prestación del servicio fue a partir del 1 de noviembre de 2015. Los hospitales adjudicatarios son todos de Málaga capital. La primera clínica adjudicataria de las prestaciones solicitadas en la licitación lo ha sido por un importe en 2016 de 7,9 millones de euros, el 70% de todos los lotes licitados. A la segunda clínica se le adjudicaron las prestacio-

nes licitadas correspondientes a intervenciones quirúrgicas y pruebas diagnósticas por un importe en 2016 de 1,3 millones de euros, el 30% de estos lotes. Y el centro asistencial San Juan de Dios resultó adjudicatario de las licitaciones correspondientes a las estancias hospitalarias de enfermos pluripatológicos con un importe en 2016 de 1,9 millones de euros, el 30% de estos lotes licitados, de los lotes licitados de pluripatológicos, como le comentaba.

Las estancias en hospitalización de estos centros concertados en Málaga en 2016 corresponden fundamentalmente a pacientes pluripatológicos, como usted planteaba bien en su pregunta.

El 74% de las intervenciones quirúrgicas realizadas en estos hospitales concertados han sido procedimientos incluidos en el anexo del Decreto de 2001, que establece la garantía de plazos de respuesta para procedimientos quirúrgicos en nuestra comunidad autónoma.

Dentro de este concierto, durante 2016 se realizaron 18.173 pruebas diagnósticas, lo que representaba el 1,8% del total de las realizadas en los hospitales públicos de la provincia de Málaga.

La distribución por grupos de las pruebas realizadas en el concierto son las siguientes: 6.616 endoscopias, 9.897 ecografías y 1.073 electromiografías, entre otras.

Además de los contratos provinciales, el 1 de mayo de 2015 fue suscrito un concierto con el centro asistencial San Juan de Dios de Málaga para la atención a enfermos de salud mental de toda la comunidad con las características que anteriormente le he comentado. El importe anual de contratación es de 2,3 millones de euros, por lo tanto en 2016, según el sistema de información de asistencia concertada, han estado ingresados en este hospital de San Juan de Dios por problemas de salud mental 82 pacientes, de ellos 31 fueron ingresos nuevos durante este año. A través de este concierto, la Consejería de Salud atiende a pacientes con diagnóstico de esquizofrenia hebefrénica y desorganizada de alta dependencia y, como usted bien conoce, de una gran complejidad y sin apoyo familiar. Para la atención de este tipo de pacientes el centro de Málaga tiene 50 camas repartidas en dos unidades.

Esa es la situación a día de hoy de los conciertos con los hospitales homologados en la provincia de Málaga. Muchas gracias, señoría.

El señor GARCÍA ANGUIA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Gracias, señor consejero.

Señor Gil, tiene siete minutos.

El señor GIL DE LOS SANTOS

—Gracias, señor presidente.

Y gracias, señor consejero, por la amplia explicación, que yo voy a concretar porque por el límite de tiempo me voy a centrar en los conciertos de la provincia de Málaga para pacientes frágiles y pluripatológicos.

Nuestro grupo parlamentario, recogiendo las preocupaciones de los distintos agentes del sistema público de salud —personal sanitario, pacientes, familiares y ciudadanos, como dueños que son de nuestro sistema de salud— le manifiestan su interés en que se cree una atmósfera de transparencia y confianza

respecto al buen hacer de los dispositivos asistenciales que tratan y cuidan a nuestros conciudadanos más frágiles, es decir, los pacientes pluripatológicos y paliativos.

Como marco conceptual, me permito citarles los procesos asistenciales integrados de la Consejería de Salud como guía y garante de la calidad en la asistencia a estos pacientes. El PAI, Plan de Actuación Integral o Proceso Asistencial Integrado, de Cuidados Paliativos, en su definición global establece lo siguiente:

Designación del proceso, proceso de atención al paciente en situación de enfermedad terminal y sus familias.

Definición funcional, conjunto de actuaciones dirigidas a dar un respuesta integral a las necesidades físicas, psicoemocionales, sociales y espirituales del paciente en situación terminal y su familia, las cuales serán valoradas y atendidas por recursos coordinados según su grado de complejidad con el fin de garantizar una adecuada continuidad en las asistencias desde la identificación de la situación terminal hasta que se produzca la muerte del paciente, incluyendo apoyo en el duelo durante un periodo limitado.

Límite de entrada, pacientes en situación terminal de enfermedad oncológica o no oncológica, se define la situación terminal como la presencia de una enfermedad avanzada, incurable y progresiva sin posibilidades razonables de respuesta al tratamiento específico y con un pronóstico de vida limitado. Concurren síntomas multifactoriales, intensos y cambiantes, gran impacto emocional en pacientes y familiares y demanda de atención. La enfermedad terminal no oncológica vendrá definida, además, por la presencia de fracaso orgánico y deterioro progresivo irreversible.

En cuanto al apartado de profesionales, actividades y características de calidad, se debe prestar especial énfasis al cuidado emocional para facilitar la expresión, manejo de las emociones y proporcionarles un tiempo y un espacio seguro donde ventilar sus sentimientos. Se debe estar atento a las necesidades que manifiestan las familias, puesto que son múltiples y cambiantes, precisando de una monitorización continuada. También cuidados complejos de enfermería, como bien ha remarcado, entre otras cuestiones.

Esto se desarrolla aún en más detalle en el PAI andaluz de pacientes pluripatológicos, que se lo muestro aquí, que bien lo conoce, donde en la página 43, y siguientes, hay una serie de diagramas con los procesos y las unidades que tienen que estar en coordinación dentro del sistema sanitario público de Andalucía, pero obviamente esto pongo yo en duda que se pueda realizar con la máxima garantía con los conciertos privados, o no sé si eso hay alguna herramienta de control que lo coordine.

Obviamente, esta relación de requisitos y recomendaciones, como bien he dicho, que son documentos de especial peso asistencial para los pacientes del sistema sanitario público de Andalucía, se deberán implementar por parte de los equipos asistenciales de estos pacientes, y tenemos sospechas de que estas actuaciones no se estén llevando a cabo en los actuales conciertos privados de la provincia de Málaga, negociados a la baja, solamente hay que ver el precio unitario por paciente y día. O, en el mejor de los casos, no existen las herramientas de control para valorarlos y desplegar todo aquello que se establece en el PAI. La última licitación de concierto en la provincia de Málaga asciende a casi 24 millones de euros para atención a pacientes frágiles en fase no aguda, de los que siete corresponden a pacientes en fase terminal. Una atención que a la vista del PAI debería presentarse dentro del sistema sanitario público de Andalucía y no externalizarse.

No queremos suponer, ya que ello repugna a la razón, que a estos pacientes que se derivan a centros hospitalarios homologados se les retira *de facto* la condición de pacientes sujetos al beneficio de los procesos asistenciales integrados de la Consejería de Salud. Al mismo, nos resulta sorprendente y deberíamos felici-

tar a los gestores de estos centros, que con la cantidad de 143 euros pueden ofrecer una asistencia sanitaria de calidad a pacientes que exigen una gran complejidad de cuidados y cumplir a su vez el PAI, porque se está cumpliendo el PAI, ¿no, señor consejero?

Y, para terminar, desearíamos preguntar por el caso concreto del centro asistencial de San Juan de Dios que ha mencionado, que, según nos informan, ha quedado fuera del concierto que le había sido adjudicado. Nos consta que dicho centro reúne unos estándares de calidad que, como mínimo, no desmerecen de los demás centros concertados. Quisiéramos saber si es cierto este hecho y, en tal caso, cómo se van a cubrir las necesidades que en teoría se quedarían descubiertas por esta merma de recursos que estamos seguros se ofertan de forma adecuada a un minucioso estudio de necesidades perentorias del sistema público de salud de nuestra comunidad. No seré yo quien defienda un concierto privado por otro concierto privado, pero no quiero malpensar tampoco que este movimiento se aviene a completar un pacto en diferido de cierta clínica con mucho peso en Cádiz, y que viene poniendo en jaque a la Junta durante 25 años, y que ya ha sacado las condiciones que de forma legítima, ante la negligencia de la Junta de no contar con recursos propios, y en su posición de poder, mayor que, según parece y a los hechos me remito, de la propia Consejería de Salud, ha ejercido. Pero que el modelo de Cádiz no se extienda a Málaga y su desayuno informativo con el hospital CHIP, el próximo 26 en Málaga, patrocinado por el diario *Sur*, nada tenga que ver al respecto.

Muchas gracias.

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señor Gil.

Señor consejero, tiene siete minutos.

El señor ALONSO MIRANDA, CONSEJERO DE SALUD

—Muchas gracias.

En primer lugar, yo he sido invitado por el diario *Sur*, yo no hago un desayuno informativo como otros muchos, y es el diario *Sur* quien nos ha invitado y, lógicamente, nuestra obligación es que la ciudadanía tenga la posibilidad de escuchar cuáles son los planteamientos del Servicio Andaluz de Salud. No sea usted tan retorcido, puesto que a veces lo que uno llega a pensar es qué pasa por su cabeza y si usted estuviera en mi situación lo que haría, porque, evidentemente, a mí ni se me ocurre pensar en lo que usted ha planteado. Por otro lado, le agradezco de una forma importante que haya hecho un resumen sobre el Plan integral de atención a pacientes crónicos de Andalucía, se lo agradezco de forma sincera porque además así ha tenido la oportunidad de conocerlo y creo que de valorarlo bien, por lo tanto, de valorar bien el trabajo que han hecho nuestros profesionales que son los que han realizado dicho plan, como usted bien conoce.

Decirle, por otro lado, que Andalucía es una de las comunidades con uno de los porcentajes más bajos de actividad concertada en el conjunto de España, creo que ya en todas las publicaciones que surgen, tanto públicas como privadas, en los últimos años lo plantean de una forma clara, que está en torno al 4% de su presupuesto, muy por debajo de la media a nivel nacional.

Decirle, por otro lado, que la sanidad pública andaluza es universal, como usted bien conoce, con más de 1.500 centros de salud y con más de 49 hospitales públicos. Pero, señoría, como le dije antes, en todos los casos y, por supuesto, en la provincia de Málaga, la suscripción de los conciertos de prestación de servicios sanitarios se realiza bajo los principios de complementariedad, optimización de recursos sanitarios propios, necesidades de atención en cada momento, así como con la adecuada coordinación en la utilización de los recursos públicos. Y con un objetivo claro, que es garantizar la atención de la asistencia sanitaria a los pacientes allí donde en un momento determinado no puede llegar la prestación pública, evidentemente para cumplir no solo el plan de atención a pacientes crónicos sino todas las obligaciones del sistema sanitario público de Andalucía. Los gastos por conciertos con los centros hospitalarios homologados en la provincia de Málaga han ido disminuyendo su importe en los últimos años, pasando de 19,5 en 2010 a 13,6, digo anuales, porque lo que usted planteaba de la ejecución son bianuales, como usted bien comentaba. Decirle que los criterios de adjudicación para la prestación de estos conciertos se realiza en base a criterios no solo económicos, evidentemente, sino clínicos y con un compromiso de adecuación de las actuaciones para la consecución de los objetivos de calidad en todos los servicios que se licitan. De hecho, si no se cumplen determinadas características, no pueden participar en el proceso, como no podría ser de otra manera. Entre lo que se valora está la detallada información sobre los horarios en jornada de quirófanos, sobre las intervenciones quirúrgicas con ingreso, sobre la cirugía mayor y menor ambulatoria, sobre el número de camas de hospitalización, relación de los equipos diagnósticos puestos a disposición y número de sesiones semanales que se ofertan, programas de acogida y recepción de enfermos, modelos de consentimientos informados, cumplimiento de todos los criterios que establece el Servicio Andaluz de Salud para sus centros.

Señorías, para la Consejería de Salud es una prioridad el abordaje de los pacientes pluripatológicos, y usted lo planteaba también en su intervención, y también en otras personas con enfermedades crónicas avanzadas o de especial complejidad. Se trata de personas que requieren de la realización de una valoración multidimensional y también pluridisciplinar que permita centrar la atención sanitaria y social en la persona y no en la enfermedad, acercando la atención dentro de lo posible al domicilio donde vive el paciente. Creo que eso lo hemos compartido ya en más de una ocasión en esta comisión.

Por ello, en esta legislatura hemos actualizado el Plan andaluz de atención integrada a pacientes con enfermedades crónicas, y en la actualidad estamos trabajando en la elaboración de más de 19.000 planes personalizados de atención para pacientes con enfermedades crónicas complejas, como usted sabe, dentro del ámbito fundamentalmente del plan de renovación de la Atención Primaria.

Un plan de acción personalizado es un proceso de colaboración entre pacientes o personas cuidadoras y profesionales sanitarios, utilizado para la mejora de las condiciones crónicas de salud de los pacientes. En este sentido, el punto de partida que se realiza es la valoración integral exhaustiva de cada uno de los pacientes, a lo que se suma la valoración clínica, funcional, mental, afectiva y social y se incorpora la evaluación pronóstica y farmacológica y una planificación anticipada de las decisiones, así como la valoración de la capacidad de autogestión de la persona en el manejo de su enfermedad. Como ve, se hace lo que está planteado en el plan y también lo que está planteado en la actualización del plan, sobre todo en aquellos enfermos más frágiles o con mayor complejidad. De hecho, más de dos mil profesionales recibirán este año una

vez más formación específica en esta área a través del Observatorio de prácticas innovadoras del manejo de enfermos crónicos complejos.

Por otra parte, señoría, en esta legislatura la Consejería de Salud viene realizando un esfuerzo inversor importante en equipamientos de alta tecnología para la realización de pruebas diagnósticas. Como sabe, tenemos un objetivo claro en lo que queda de legislatura de potenciar la Atención Primaria y lo que son todas las actividades de promoción y prevención, como ya hemos tenido oportunidad de comunicar muchas veces. Decirle que, con relación a los planteamientos que usted hacía de los conciertos, ya le he comentado quién tiene cada concierto, y el lote que tiene San Juan de Dios se lo he comentado, no se lo hemos quitado; por cierto, la empresa que usted plantea en la actualidad no tiene ningún concierto en la provincia de Málaga, como usted bien sabe.

Decirle, por otro lado, que el máximo que se permite en la licitación es por unidad de producto concertado, que no es lo mismo que paciente, sabe que hay equivalencias en función de la complejidad del paciente y de la atención que se le tiene que prestar, por eso no es del todo exacto hablar de 147 euros por paciente sino de 147 euros por unidad de producto concertado, pero es ese límite y no podemos superarlo, si no estaríamos incumpliendo las normas de concertación establecidas. Por lo tanto, creo que ese es un criterio claro que usted debe, que usted debe conocer. Y, por lo tanto, no estamos yendo a la baja sino que la licitación sale con la cantidad máxima que se puede plantear.

Y, por cierto, la valoración..., dentro de la valoración de los criterios económicos, el tope para la valoración es una reducción del 10%. Por ahí, por encima de la reducción de la licitación, no se valora, con un objetivo claro, que es no disminuir la calidad de la asistencia sanitaria que se presta a estos pacientes crónicos. Por lo tanto, son los criterios clínicos los que siempre deben prevalecer, y la garantía de la atención sanitaria que se les presta a los pacientes.

Y comparto con usted que la atención que prestan en San Juan de Dios es la adecuada, pero nuestro objetivo y nuestro planteamiento siempre es que tengan un carácter complementario. Los pacientes crónicos deben ser atendidos, siempre que se pueda, en el domicilio; siempre que podamos...

El señor GARCÍA ANGUIA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Señor consejero.

El señor ALONSO MIRANDA, CONSEJERO DE SALUD

—... en nuestro ámbito de hospitales, y solo en situaciones especiales y complementarias en hospitales concertados, como el de San Juan de Dios.

El señor GARCÍA ANGUIA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Gracias, señor consejero.

Señor Gil, segunda intervención. Tres minutos.

El señor GIL DE LOS SANTOS

—Gracias, señor presidente.

Comentaba la charla desayuno, como anécdota, por lo curioso de las fechas, la coincidencia en este caso. No sé si en esa charla desayuno..., de qué va a hablar exactamente, si de las bondades del chip, que habrá que diferenciar el complejo hospitalario, los dos hospitales que tiene, uno más moderno, y otro ya con 30 años de antigüedad. Y habrá que reflexionar sobre la calidad asistencial que en él se presta, sobre todo para estos pacientes frágiles. No sé si también va a aprovechar para hablar sobre un plan de cómo revertir esos conciertos, esas externalizaciones, para disminuir en la medida de lo posible los conciertos privados de la provincia de Málaga, que son de la provincia donde mayor presencia de la clínica privada existe en Andalucía, y eso habrá que darle un pensamiento.

Quiero aprovechar esta segunda intervención para hacerle preguntas concretas. Este tipo de asistencia, ¿cree la consejería que debería prestarse con medios propios, a través del sistema sanitario público andaluz, donde se vertebraría con mucha mayor facilidad y sin necesidad de órganos externos de control, para aplicar ese Plan de Asistencia Integral? Sobre ese 4,7%, hablando en general, en global, sobre la presencia de conciertos privados en la provincia de Málaga, sobre el gasto sanitario total de la provincia, será ese porcentaje mucho más alto, teniendo en cuenta que el Hospital Civil contaba con 130 camas para desplegar esta asistencia, y ahora mismo cuenta con apenas una treintena, es decir, se han perdido..., o se han externalizado 100 camas de pacientes con especial sensibilidad, que son pluripatológicos, en fase terminal, frágiles, que requieren mucha coordinación y muchos cuidados de enfermería.

Sobre las condiciones del pliego de condiciones para licitar y concertar, me llama especialmente la atención uno de los criterios, que son la presencia de quirófanos. Teniendo en cuenta que estos pacientes..., la asistencia sanitaria es en fase no aguda. Entonces, no sé por qué el que una clínica privada tenga un quirófano, no sé en qué medida se le puntúa de más, frente a otras, ¿vale? No sé si eso, para licitar esta asistencia sanitaria, tiene que ver. Me gustaría que me explicara la ratio de enfermería y de auxiliares de enfermería. Me dice que el precio de 147 euros corresponde a unidad de producto concertado. ¿Eso realmente qué comprende? Para saber si realmente los gestores de estos centros privados lo están haciendo mejor que dentro del sistema sanitario público andaluz e implementar lo que buenamente estén haciendo.

El señor GARCÍA ANGUIA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Señoría, por favor.

El señor GIL DE LOS SANTOS

—Usted me ratifica que no se le va a retirar el concierto a la clínica San Juan de Dios en beneficio de otros centros sanitarios. Me gustaría que si eso ocurriera, revirtiera, como tiene que ser, dentro del sistema sanitario público de Andalucía.

Gracias.

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Gracias, señoría.

Para cerrar el debate, señor consejero, cinco minutos.

El señor ALONSO MIRANDA, CONSEJERO DE SALUD

—Gracias, señor presidente.

Señoría, siempre me llaman mucho la atención sus planteamientos. Yo, evidentemente, voy a hablar de las bondades del sistema sanitario público de Andalucía. A todos los sitios donde voy, hablo de eso. Nunca me habrá oído hablar de otras cosas. Usted le está haciendo siempre mucha más propaganda a los centros privados que yo, que hablo siempre de las bondades de nuestros centros. Nunca me habrá oído hablar de los centros hospitalarios en ningún ámbito, sino de nuestros centros de salud y nuestros hospitales, y de la sostenibilidad del sistema sanitario público, no solo del andaluz sino también del nacional.

Por otro lado, decirle claramente que se leyó el Plan Integral, pero después llega un momento en el que se olvida que básicamente lo que leyó del Plan Integral solo se queda con una parte pequeña, la atención a los pacientes crónicos y pluripatológicos básicamente, y lo he comentado, se hace en el domicilio y por el médico de familia. Estamos hablando solo de una parte pequeña de los pacientes crónicos, que me imagino que era lo que quería plantear, [...] aquellos frágiles, sin apoyo familiar, que tienen que estar ubicados en los hospitales. Creo que ese debe ser el planteamiento, pero que sepa que la mayor parte de los pacientes crónicos —usted lo defiende, yo también—, deben ser seguidos por Atención Primaria y en el domicilio.

Hablaba de otra situación del Hospital Civil. No sé si hablaba usted de hace veinte, de hace treinta o de hace cuarenta años. Yo le digo que hace doce años había 98 camas en el Hospital Civil, y ahora hay 90. Y desde hace doce años hay las mismas camas dedicadas a pacientes pluripatológicos y cuidados paliativos, que son treinta. No se han modificado. No sé, no sé de cuándo me habla usted de ese número de camas de lo que planteaba. Pero yo le hablo de hace doce años, y evidentemente lo que hay es que adaptar los recursos a las necesidades y a la evolución, y evitar habitaciones masificadas y tal. Sabe que ese es nuestro planteamiento, y seguiremos dando respuesta a los planteamientos de la sanidad pública. Ya le dije que ese es nuestro objetivo, y utilizamos simplemente como de forma complementaria los conciertos con hospitales, garantizando la seguridad. Y ese seguirá siendo nuestro planteamiento.

Por otro lado, me dice que por qué valoramos los quirófanos. Creo que, una vez más, se ha olvidado de escuchar mi primera intervención, que le he dicho en qué consistía el concierto. El concierto al que usted se refiere no es solo para pacientes pluripatológicos. Hablábamos también de que coge intervenciones quirúrgicas, y también pide alta complejidad tecnológica porque también incluye dentro de ese dinero la realización de pruebas diagnósticas. Evidentemente, para hacer cirugía mayor ambulatoria, tenemos que pedir que tenga quirófanos. ¿No le parece a usted? Evidentemente, para el tratamiento..., el lote que corresponde a los pacientes pluripatológicos no requiere de esas instalaciones, pero el lote que corresponde a la cirugía mayor ambulatoria y a la cirugía mayor con estancia, tiene que tener un requisito importante, que tenga quirófanos

y quirófanos adecuados a la situación actual. Por tanto, compartimos que tenemos que seguir trabajando por el enfermo pluripatológico. Así lo seguiremos haciendo.

El papel importante de la Atención Primaria y de la coordinación de la Atención Primaria con el hospital y con los médicos de medicina interna y el resto de los especialistas de hospital, el objetivo claro de que, independientemente en el sitio en el que esté hospitalizado un paciente cuando es frágil y no puede estar en su ámbito social, es nuestra responsabilidad darle una respuesta adecuada y cumplir todo lo que está recogido en el Plan Integral de Atención a Pacientes Crónicos. En eso trabajaremos y seguiremos trabajando para que la respuesta, como le he comentado, ha ido disminuyendo de forma importante en lo concertado en estos últimos cinco años, seguir en ese camino. Y seguiremos avanzando en la respuesta desde lo público, pero sin renunciar a que si hay actividad complementaria que hay que realizar para garantizar la atención —y creo que eso lo compartimos— se hará, pero simplemente como actividad complementaria.

Muchas gracias, señoría.

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Gracias, señor consejero.

10-17/APC-000613. Comparecencia del consejero de Salud, a fin de informar sobre la investigación biomédica

El señor GARCÍA ANGUIA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Terminada, pasamos a la cuarta comparecencia, en esta ocasión solicitada por el Grupo Parlamentario Socialista, a fin de informar sobre la investigación biomédica.

Señora vicepresidenta, ¿quiere una intervención o dos? ¿Una? ¿Señor consejero, una intervención, dos? Tiene la palabra. Quince minutos.

El señor ALONSO MIRANDA, CONSEJERO DE SALUD

—Gracias, señor presidente.

Señoría, en anteriores intervenciones les he tratado de trasladar la visión como una línea de producción de la investigación médica en el sistema sanitario público de Andalucía. La I+D+i en salud necesariamente debe tener como fin último la mejora de los resultados en salud, pero la investigación biomédica genera otros efectos en el sistema sanitario público que van más allá de la importancia de ser capaces de descubrir nuevos conocimientos y, eventualmente, tener resultados en publicaciones y patentes.

La investigación nos permite que nuestros profesionales estén a la vanguardia en sus áreas de conocimiento y de especialización e incorporen las últimas novedades y técnicas en su labor asistencial. Por tanto, la rentabilidad para el sistema de salud va más allá de lo que otro tipo de entidades académicas o puramente investigadoras pueden esperar. Nosotros nos dedicamos a la investigación biomédica y nuestro objetivo es trasladar a los pacientes lo que se está investigando, y eso hace que la I+D+i sea una de las líneas básicas de producción de todo el sistema sanitario en Cádiz, de calidad. Por ello, Andalucía ha identificado la investigación y la innovación como una línea más de producción de nuestro sistema sanitario público.

Considerar la investigación una línea de producción implica también, traslada los resultados de investigación a la práctica clínica. Con esta finalidad se crean en esta legislatura la Secretaría General de Investigación, Desarrollo de la Innovación, y con el fin de poder avanzar y seguir gestionando tanto el conocimiento como la investigación en el ámbito de la consejería y poder dar un paso adelante en esta labor tan importante que es introducir las innovaciones en el sistema sanitario público como algo básico para garantizar la sostenibilidad del sistema.

Para conseguir estos objetivos, el presupuesto total de 2017 destinado a investigación biomédica ha experimentado un incremento de un 17%, hasta alcanzar los 88,1 millones de euros gracias a la mayor captación de fondos a través de ensayos clínicos o convocatorias competitivas.

Hay que señalar que, en estos dos años, el volumen de recursos dedicados a la investigación biomédica en Andalucía ha crecido más de un 30%. Desde el Gobierno andaluz insistimos en que la inversión en investigación es la mejor manera de contribuir a la sostenibilidad de la sanidad pública y al crecimiento económico basado en el crecimiento y la innovación.

En efecto, en Andalucía, la I+D+i en salud está siendo motor de desarrollo integral, facilitando la competitividad del tejido industrial y la creación de empleo mediante la generación de nuevos productos, tecnologías y servicios de alto valor añadido.

Algunos ejemplos de que el esfuerzo realizado se ha traducido en transferencia de resultados y en un incremento de la producción científica son, entre otros, que el sistema sanitario público de Andalucía es la primera entidad española en patentes en el sector salud, que hemos realizado 827 registros de propiedad intelectual, además de 34 expedientes de [...]. Se cuenta con 355 acuerdos de colaboración, que han supuesto unos ingresos a los grupos del sistema sanitario público de Andalucía de 22,4 millones de euros y una inversión total en desarrollo de tecnologías cercana a los cien millones.

Se han creado 22 empresas de base tecnológica a partir de la tecnología desarrollada en el seno de las entidades que conforman el sistema sanitario público de Andalucía y que han generado 33 empleos de alta cualificación.

Se han firmado un total de 122 acuerdos de licencia. Estos han supuesto, entre otras cosas, unos ingresos por ventas de las tecnologías licenciadas de 14,27 millones de euros, obtenidos por los 27 productos en comercialización actuales. La creación de empleo, la inversión por parte de la industria de casi 13,5 millones de euros, de los que más de 12,5 han sido para el desarrollo y 870.000 euros para la puesta en el mercado de los productos tecnológicos y/o los servicios licenciados por profesionales del sistema sanitario público de Andalucía.

Esto nos anima a seguir trabajando por una investigación de excelencia, donde los proyectos sean evaluados para verificar su factibilidad, su calidad y la adecuación a las prioridades en salud. Por ello, todas nuestras convocatorias son competitivas y se evalúan no solo en la fase de selección, sino también en la fase [...]; es decir, una vez finalizado el proyecto, se evalúa lo que realmente ha aportado al conjunto del sistema sanitario público andaluz.

También entendemos que todos los grupos de investigación, así como los centros e institutos, deben trabajar bajo el principio de excelencia; de hecho, los institutos han sido acreditados, cuatro de ellos, y en el acuerdo de gestión con las unidades de gestión clínica existen objetivos evaluables de investigación para todas ellas. Desde la necesidad de aprovechar en los distintos recursos dedicados a la investigación para conseguir los mejores resultados posibles, la investigación biomédica es cada vez una investigación más en red, para poder aprovechar mejor los recursos. Desde la consejería queremos fomentar estas redes tanto con grupos de fuera de la comunidad autónoma como con grupos diferentes de nuestra comunidad autónoma y otras organizaciones como la Universidad, participando en proyectos conjuntos. De hecho, nuestros grupos colaboran habitualmente en redes nacionales e internacionales. El efecto multiplicador de la investigación cooperativa nos permite estar a la vanguardia del conocimiento, ya que, como les indicaba, es tan importante lo que descubrimos como el saber lo que otros están descubriendo, dado que nuestra misión es mejorar la práctica clínica.

Prueba de esta apuesta por la colaboración y cooperación es el sistema sanitario público de Andalucía, que cuenta con más de 200 grupos de investigación, de los que aproximadamente el 50% han sido incluidos en redes de calidad como RETICS o CIBER, y esta legislatura hemos creado la red de fundaciones gestoras, que permite la gestión de todos estos recursos, trabajando en red para poder aprovecharlos mejor.

Además, en la convocatoria general de subvenciones para la investigación biomédica de 2017, enviada a *BOJA* esta misma semana, con 6 millones de euros para proyectos de investigación biomédica, innovación, recursos humanos, hemos dedicado 1,5 millones a proyectos de investigación colaborativos, en los que dos o más grupos colaboren, especialmente si son de diferentes especialidades y niveles asistenciales.

Me gustaría destacar un área de la investigación importante para el sistema sanitario público de Andalucía, y del que hablé ya en otras ocasiones. Es la denominada investigación secundaria, es decir, la que se basa en otras investigaciones y permite extraer y sintetizar de forma sistemática el conocimiento y las mejoras evidencias disponibles, para saber qué prácticas, procedimientos o tecnologías sanitarias debemos incorporar a la práctica clínica habitual.

Esta investigación secundaria es la base de la evaluación de las tecnologías sanitarias y también del desarrollo de las guías de práctica clínica y de los procesos asistenciales integrados, herramienta clave de nuestra estrategia de calidad. Como no podía ser de otra forma, también en esta faceta de la investigación secundaria estamos trabajando en red. Así, la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía es miembro desde 2012 de la red de agencias de evaluación de tecnologías sanitarias y prestaciones del Sistema Nacional de Salud, junto con las otras siete agencias que existen a nivel de las comunidades autónomas.

Es miembro de la red internacional de detección temprana de tecnologías emergentes y de redes europeas de las agencias públicas de evaluación, que actualmente están desarrollando la tercera acción conjunta sobre valuación de tecnologías sanitarias en el espacio europeo.

Igualmente, desde 2015, es una agencia asesora del Ministerio de Sanidad. Así mismo, estamos configurando en el marco del sistema sanitario público Andalucía una red de evaluación de tecnologías sanitarias entre las distintas comisiones provinciales, evaluación de nuevos productos y tecnologías sanitarias que hará el trabajo de todos ellos más eficiente, armonizado y de mayor calidad, por tanto. En este sentido, continuaremos trabajando en esta línea de gestión del conocimiento, a fin de facilitar el acceso de los profesionales del sistema sanitario público de Andalucía a toda esta información general de una forma ordenada y respondiendo a sus necesidades a tiempo para la toma de decisiones sobre la práctica clínica del día a día.

Hay que destacar también la importancia creciente de la investigación clínica en Andalucía. Recientemente se ha nombrado al coordinador del programa de investigación clínica. La idea de este programa es avanzar en este tipo de investigación, y, más concretamente, en la investigación en red.

En este programa se pretende aumentar la participación en ensayos clínicos, para lo que, además de la colaboración entre centros en cumplimiento de la proposición no de ley del parlamento, contaremos en Andalucía con un registro de voluntarios para participar en dichos ensayos clínicos.

Señorías, estamos mejorando la capacidad del sistema sanitario público de Andalucía, como espacio de investigación clínica. Prueba de ello son los cerca de cuatro mil ensayos clínicos activos. Hay que destacar la apuesta por contar con una infraestructura para ensayos clínicos en fase 1 y en fase 2, que son los de mayor dificultad y valor añadido, de forma de cerca del 20% de los ensayos clínicos, ya en Andalucía, a día de hoy, son fase 1 y fase 2.

Toda esta tarea la tenemos que hacer con atención a la ética de la investigación. Por ello, a lo largo de 2017, revisaremos la normativa de los comités de ética de la investigación, para adecuarlos a los cambios eu-

ropeos y nacionales en evaluación de ensayos clínicos y a la necesidad de tener que asumir la evaluación de los proyectos que implica el Big Data.

Quiero también informarles de que, en 2017, hemos finalizado la evaluación intermedia de la Estrategia de I+i 2014-2018.

Básicamente, paso a destacarles los principales resultados y conclusiones, estando próxima la publicación de dicho informe.

La producción científica ha aumentado en un 20% aproximadamente desde el comienzo de la estrategia, ha aumentado un 25% el número de grupos en redes de investigación de excelencia. Los proyectos internacionales han pasado de 20 a 37. Se ha mejorado la orientación de la investigación hacia problemas de salud prioritarios. Se ha incrementado el número de ensayos clínicos activos hasta alcanzar 3.718 en 2016, con un 20% de ensayos independientes. Ha aumentado el grado de cumplimiento de los objetivos de investigación del contrato programa. Se ha incrementado sustancialmente el número de investigadores de carrera y de personal técnico en las entidades comunes de apoyo a la investigación. Disponemos actualmente de 250 investigadores y 141 intensificaciones.

Señorías, la investigación precisa de espacios de colaboración y de infraestructuras físicas y de recursos humanos. En Andalucía somos conscientes de esto y continuamos con el fortalecimiento a la infraestructura de apoyo a la investigación.

Como saben, Andalucía cuenta con una importante red de centros, institutos y plataformas especializadas de apoyo a la investigación, que en esta legislatura se han continuado mejorando y desarrollando. Los hitos más importantes en los últimos años son los siguientes. En 2016 se finalizó la reacreditación de IMIBIC, que es uno de los cuatro institutos de investigación que tenemos acreditados por el Instituto Carlos III y que posibilita el acceso de los grupos de investigación a fondos y convocatorias competitivas de este organismo. De esta forma, los cuatro institutos cuentan con el mayor nivel de reconocimiento. Estos institutos han supuesto un espacio de intensificación de la colaboración entre la universidad y el sistema público de salud de Andalucía, así como con otras entidades, como es el CSIC.

También en 2016 se ha creado un nuevo instituto de investigación en Cádiz, el INiBICA.

A lo largo de 2017 se convocarán ayudas de proyectos de investigación en el contexto de la Iniciativa Territorial Integrada de Cádiz, lo que permitirá que se incorporen recursos humanos que fortalezcan la investigación biomédica e incrementen la capacidad del recién creado instituto gaditano, el INiBICA. Estas ayudas ya han sido presentadas en la comisión ITI de Cádiz, con aproximadamente diez millones de euros de inversión en los próximos cuatro años.

Se están renovando también los convenios de los centros de investigación específicos. En estos centros participan entidades privadas y públicas. Estos centros son Genyo, Cabimer o Bionand.

Estamos también completando el desarrollo previsto para el biobanco de Andalucía, que por una parte se configura como un biobanco en red y por otra impulsa su actividad con la creación del registro de donantes, lo que permite incrementar las posibilidades de colaboración de la ciudadanía en la investigación.

Se ha aprobado el decreto de la red transfusional del biobanco. Y a lo largo de 2017 se registrará también el decreto de la red de investigación de biobanco.

En 2017 también se va a definir la configuración del Centro de Investigación y Salud Pública, que dará soporte a esta importante área de conocimiento, ya que tan importante como tener nuevas herramientas de diagnóstico y tratamiento es saber cómo evitar que se produzcan estas enfermedades.

En cuanto a los recursos humanos, es fundamental la colaboración de grupos de investigación básica e investigación clínica, como les comentaba anteriormente, y son importantes en el ámbito de los recursos humanos las becas que se dan de Nicolás Monardes, cuyo objetivo es poner la investigación en los centros del sistema sanitario y no solo en los centros de investigación. De esta forma, mantenemos las líneas de intensificación e investigación de carrera, lo que hace que cada año se incrementen en el sistema sanitario público de Andalucía los recursos humanos dedicados a la investigación.

Muchas gracias.

El señor GARCÍA ANGUIA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señor consejero.

Señora vicepresidenta, tiene la palabra.

La señora LÓPEZ MARTÍNEZ

—Gracias, presidente.

Muchas gracias, señor consejero, desde luego, por esta comparecencia, en la que claramente se demuestra la importancia de la investigación biomédica para la salud de las personas y por supuesto para mejorar la calidad de vida de muchos de nosotros. Y desde luego es una pieza que es fundamental, sabemos que es fundamental y prioritaria para el Gobierno andaluz, con cabida también en la nueva Ley de Garantía y Sostenibilidad del Sistema Público de Andalucía, en trámite hasta ahora. Y por ello también cabe destacar el papel activo que podemos tener la ciudadanía en general en esta generación de conocimiento, y por supuesto la aportación que podamos hacer en todas las fases de esta investigación. Y usted lo ha comentado ya, esa rentabilidad que supone la investigación, que ya lo ha expresado, ese incremento que hemos tenido del 17% en el presupuesto, etcétera.

Como sabemos, a principios del siglo XX la media de edad estaba en 40 años, o sea, un siglo después ese promedio de vida en las personas está alrededor de unos ochenta y dos años. La razón más grande para este salto que ha habido en un siglo de esta longevidad ha sido, precisamente, esa capacidad de curar enfermedades. Las vacunas y antibióticos avanzan y la tecnología médica, desde luego, ha hecho que cambie el juego. Y ahí están enfermedades que en su día eran mortales y que hoy en día son curadas por la ciencia moderna.

En nuestro país y, por supuesto, en Andalucía, la salud desde luego constituye en nuestra sociedad actual uno de los temas que despierta un gran interés en la población. La importancia de los temas sanitarios, esa conciencia social que hay sobre ella, hace que el ciudadano quiera estar mejor también y más informado sobre ello. El fácil acceso a veces que tenemos a Internet y a los medios de comunicación da lugar a riesgos de utilizar portales médicos de dudoso rigor para poder informarse. Por eso las instituciones vuelcan esfuerzos en hacer llegar a la ciudadanía novedades y avances. Precisamente en esta línea

está trabajando nuestra consejería, donde las personas constituyen el centro del sistema sanitario público, porque son protagonistas de las políticas que la Junta de Andalucía, el Gobierno de Susana Díaz, está llevando a cabo, tanto en la prestación de servicios, en la relación de esos avances en la investigación biomédica de nuestra comunidad autónoma, que tendrá a la postre una repercusión bastante directa en las personas y en la calidad de vida.

Pero seguimos haciendo en Andalucía, puesto que la mitad de la inversión que se hace en investigación corresponde al campo de la salud y al farmacéutico, y se ha estado creando un tejido científico, técnico y tecnológico, un modelo de crecimiento económico sostenible, precisamente basado en esa investigación e innovación, como usted también decía. Y la apuesta de Andalucía por infraestructuras al servicio de la investigación ha sido clara, y usted lo ha manifestado, numerosos laboratorios e institutos que tenemos en nuestra tierra. También puedo citar algunos, como el Centro de Biología Molecular, que inició su andadura en 2006; el Centro de Genómica e Investigación Oncológica, Genyo; Bionand. Acuerdos con instituciones de prestigio, el Instituto Nacional de Salud de Estados Unidos. Acuerdos con universidades europeas, agencias de investigación para el perfeccionamiento de nuestros investigadores.

Del mismo modo también, Andalucía ha sido pionera en el desarrollo de herramientas para facilitar, precisamente, la investigación, como el Banco Andaluz de Células Madre, que se creó en 2003, o la Red de Tumores de Andalucía, puesta en marcha en 2004. Y, por supuesto, seña de identidad de nuestra comunidad, que es el haber creado un marco normativo para la investigación también con células madre embrionarias, o haber tomado esa delantera en el diagnóstico genético preimplantatorio, que permitió el nacimiento de un hermano para salvar a otro. Y a finales de 2016 se creaba ese quinto Instituto Andaluz de Ciencias Biomédicas, un modelo de colaboración que une a la universidad, en este caso a la Universidad de Cádiz, Sanidad y empresas, para trasladar lo más rápido posible lo que es la investigación y la innovación a la ciudadanía.

¿Quién no conoce a un familiar, a un conocido, con cáncer, con lupus, con distrofia muscular, párkinson, enfermedades raras, etcétera? En definitiva, patologías o enfermedades que aún no tienen una cura definitiva, que están en fase de investigación, con tratamientos demasiado agresivos, e independiente, por supuesto, también del dramático impacto que supone para los familiares.

Quiero destacar ese papel tan importante de asociaciones de pacientes, federaciones diversas, que tanto se implican en esa coordinación eficaz con la Administración autonómica para la puesta en marcha de acciones que están contribuyendo de alguna manera a satisfacer necesidades que están demandadas por los pacientes y por familiares.

Por otra parte, existe una demanda cada vez mayor de la sociedad en general, que quiere participar activamente precisamente en estos procesos de prevención y de tratamiento de las dolencias para, de alguna forma, favorecer la investigación biomédica. El involucrar al paciente en la investigación desde sus primeras fases hasta la aprobación de un medicamento, según muchos científicos, agiliza y hace más transparente ese proceso de desarrollo de nuevos tratamientos, al mismo tiempo que también permite que se resuelvan necesidades que no están cubiertas, o que a veces sin el paciente serían muy difíciles de identificar.

Sin duda alguna, ese rol del paciente como centro de la investigación ha hecho también que nuestra Administración trabaje en regular el mismo, no solo con los pacientes sino también con la ciudadanía, facilitando esa estrecha participación y un entorno que proteja también los derechos de las personas donantes. Y usted

lo ha comentado, nace el Registro de Donantes de Muestras para la Investigación Biomédica, que es una iniciativa de la Consejería de Salud para, precisamente, fomentar la misma.

En este sentido, es la mejor manera de satisfacer esta demanda, de establecer una base de datos que incluya esa información suficiente que permita activar las donaciones cuando estas sean necesarias y de manera concreta.

Se trata, por tanto, de una manera sencilla de dar entrada a grupos sociales que están preocupados por colaborar, por mantenerse informados de los posibles avances que se están haciendo, gracias, desde luego, a la participación de los mismos. Este registro de donantes es único ahora mismo en su naturaleza.

La mayoría de los proyectos de investigación biomédica que están realizado en el sistema público de Andalucía necesitan de muestras biológicas. El Biobanco de Andalucía, que se creó por esta consejería, como ya usted también lo ha comentado, se encarga precisamente de la obtención, el procesado, el almacenamiento y la cesión de estas muestras a los investigadores.

Pero, a pesar de que el Biobanco cuenta con esa dotación excelente de muestras, aproximadamente un tercio también de los proyectos de investigación que se solicita al Biobanco, no pueden ser atendidos porque no se dispone de las muestras con características solicitadas para las particularidades de una patología, del estado de salud que se requiera, por el estado de la enfermedad, etcétera. De ahí la importancia, desde luego, de la participación de la ciudadanía en proporcionar también la educación para la salud y la formación, sobre todo en esta investigación biomédica, incidiendo también en las oportunidades y en los beneficios que pueda aportar en esa implicación de los pacientes.

Formar parte de este registro permite que las personas que están afectadas por una determinada patología puedan colaborar y mantenerse informadas de esos avances que se vayan consiguiendo y, también, gracias a la participación de proyectos de investigación sobre su propia enfermedad.

Los ensayos clínicos, sabemos que es una oportunidad para todos y para todas, y se debe contar para ello, por supuesto, con la Administración, con los comités éticos, con los profesionales, con asociaciones de pacientes y pacientes también a nivel individual.

El importante desarrollo que ahora mismo se ha alcanzado ya en Andalucía por nuestro sistema sanitario en estos últimos años, desde luego, no ha sido ajeno al desarrollo de la investigación en ciencias de la salud, aunque, desde luego, es necesario seguir avanzando, y ello también ha dado lugar a que la comunidad científica se encuentra a veces también con situaciones éticas, ¿no?, con cuestiones éticas.

Pero, bueno, simplemente destacar que, bueno, que Andalucía tiene ese comité autonómico de ensayos clínicos, que está adscrito a la Secretaría General de Calidad y Modernización de la Consejería de Salud, y cuyo ámbito de actuación, por supuesto, es nuestra comunidad autónoma. Ella será, bueno, pues la encargada precisamente de coordinar todos esos ensayos clínicos, etcétera.

Simplemente, por terminar, pues animar también a la ciudadanía, en general, a la inscripción en este registro de donantes, bien como donantes potenciales, firmando ese consentimiento, que, bueno, creo que en la página de nuestra consejería está, firmando un consentimiento pueden utilizarse los datos registrados por el Biobanco.

Una vez que se soliciten determinadas muestras se revisará qué muestras coinciden con las características demandadas y los datos de los donantes voluntarios. En caso de que existan muestras disponibles con sus criterios, pues se organizaría una donación de las mismas en los centros que son designados para ello.

Desde luego, es de vital importancia que, entre todas y todos, pues trabajemos en esa divulgación del papel que la Administración nos otorga también para fomentar las donaciones voluntarias de muestras biológicas y poder seguir avanzando en lo que es la investigación biomédica.

Muchas gracias.

El señor GARCÍA ANGUIA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señoría.

Señor consejero, para terminar el debate.

El señor ALONSO MIRANDA, CONSEJERO DE SALUD

—Gracias, señor presidente.

Señora vicepresidenta, gracias por su intervención y por el reconocimiento del trabajo que realizan los investigadores en el sistema sanitario público de Andalucía, así como por la participación creciente de los ciudadanos y de las asociaciones en este trabajo de investigación, que hace unos años prácticamente estaba aislado de lo que era la opinión pública, los pacientes y los ciudadanos. Y también por el reconocimiento del trabajo que viene realizando el Gobierno andaluz para el impulso de dicha investigación.

Por otro lado, quería manifestarle que he dejado para esta segunda intervención algo que para mí era importante, pero quería destacar, porque tenemos ahí una asignatura pendiente en la que tenemos que seguir trabajando de forma importante. Y me refiero a la investigación en Atención Primaria, que cuenta para su desarrollo con una convocatoria abierta y permanente de proyectos de investigación, que es específica para la Atención Primaria y exclusiva para profesionales que trabajen en este ámbito. A ellas se han presentado 121 solicitudes desde que se puso en marcha en 2015. La investigación y la innovación en Atención Primaria es fundamental para la sanidad pública de Andalucía, dado que este nivel asistencial resuelve algo más del 90% de los problemas de salud de la ciudadanía, y cualquier avance tiene un importante efecto en la salud de los ciudadanos y ciudadanas.

Por eso, desde 2015, la Consejería de Salud ha destinado más de 375.000 euros a impulsar la investigación en Atención Primaria para la finalización de 17 proyectos.

También quiero informarles que se está trabajando en una estrategia de compra pública innovadora en el sistema sanitario público de Andalucía, y que nos permita afrontar la modernización de nuestro sistema con soluciones específicas a los retos de futuro que se nos plantean, como la medicina personalizada, la gestión masiva de los datos que generamos, o el funcionamiento en red de todos los centros.

Señorías, no quiero terminar esta comparecencia sin citar algunos de los logros andaluces, que son una muestra más de que la sanidad pública impulsa la investigación para la búsqueda de terapias y técnicas que ayuden a dar respuesta a los problemas de salud más cotidianos, y siempre bajo el principio de la equidad, puesto que cualquier paciente puede tener acceso a este tipo de tratamientos innovadores, como algunos de los ejemplos que voy a indicarles ahora mismo.

El primer trasplante de piel humana autóloga, fabricada por ingeniería de tejidos, en un gran quemado en Andalucía. En el ámbito de la oncología, el mapeo cortical del lenguaje musical, realizado en el Hospital Regional de Málaga a un paciente con un tumor cerebral, que todos recordarán en octubre de 2015.

También se implantó en Granada la primera córnea artificial a un paciente con patología grave del ojo. Con ello, se inició un ensayo clínico para la evaluación de este tipo de córneas. Se trata de uno de los primeros medicamentos en terapias avanzadas en Andalucía y en el mundo.

Además, Andalucía participa desde 2012, junto con California, en un estudio con células madre, modificadas genéticamente, para tratar la piel del diabético.

En la misma línea, el Hospital Virgen del Rocío de Sevilla lidera un estudio de investigación internacional para la impresión de modelos de corazones 3D a tamaño real para la planificación de cirugías cardíacas complejas en pacientes pediátricos.

Cada vez más, iremos viendo estos modelos de simulación en patologías complejas, que permiten hacer lo que en el argot cirujano se llama «hacer manos», para garantizar que cuando estemos ante una cirugía real se haga con las mejores características técnicas.

La innovación andaluza, aplicada a salud, también está permitiendo mejorar los resultados en trasplantes, gracias a la introducción y uso de técnicas que sitúan a Andalucía como referente nacional en este ámbito.

Así, el trasplante birrenal o el trasplante renal de donante vivo, el trasplante renal cruzado, los trasplantes hepáticos en dominó de donante vivo en *split* y en *split in situ* están abriendo nuevas posibilidades a las personas que necesitan un riñón o un hígado.

Señorías, la aplicación de la investigación a casos específicos ha servido para mejorar la práctica clínica quirúrgica en operaciones frecuentes, así como disminuir los efectos secundarios en el abordaje quirúrgico de las grandes cirugías, lo que mejora la salud de un gran número de andaluces.

Cuando estamos hablando en muchas ocasiones de estas cirugías espectaculares, de estas grandes cirugías, pensamos solo en el beneficio que representa a la persona o personas a las que se aplican estas técnicas. Pero no es así, estas grandes cirugías permiten desarrollar técnicas novedosas tanto en el tratamiento, como es la innovación de diferentes técnicas de actuación a nivel quirúrgico que después son de aplicación a la mayor parte de los pacientes que pasan por nuestros centros sanitarios.

Por lo tanto, cuando estamos innovando, cuando estamos haciendo cirugía de alto nivel, estos sitios de los que hemos hablado, estamos trabajando por y para el conjunto de la ciudadanía, puesto que las técnicas que se desarrollan se aplican a la cirugía habitual de nuestro sistema sanitario público de Andalucía.

Muchas gracias.

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señor consejero.

Señorías, a petición del consejero, que tiene que intervenir, cinco minutos de descanso.

[Receso.]

10-17/APC-000340, 10-17/APC-000389 y 10-17/APC-000574. Comparecencia del consejero de Salud, a fin de informar sobre las medidas adoptadas para abordar las patologías retinianas y de baja visión en Andalucía

La señora LÓPEZ MARTÍNEZ, VICEPRESIDENTA DE LA COMISIÓN

—Señorías, reanudamos la comisión.

Y pasamos al punto 1.5, el debate agrupado de la comparecencia para informar sobre las medidas adoptadas para abordar las patologías retinianas y de baja visión en Andalucía.

Señor consejero, tiene 15 minutos.

El señor ALONSO MIRANDA, CONSEJERO DE SALUD

—Gracias, señora presidenta.

Señorías, las principales causas de baja visión están asociadas fundamentalmente a la edad: degeneración macular asociada a la edad, complicaciones de la diabetes y la retinopatía diabética y determinadas enfermedades con diferentes prevalencias, siendo frecuente en el glaucoma y mucho menos frecuente en la retinitis pigmentaria y otras.

La baja visión se define como aquella que presenta una agudeza visual entre 0,3 y 0,1, y la ceguera legal la que está por debajo de 0,1. Según datos de la encuesta de discapacidad de autonomía personal y situaciones de dependencia de 2008, la prevalencia de baja visión en Andalucía es de 2,74%, y según la ONCE la prevalencia de ceguera legal es de 1,82 por mil. Esto significa que en Andalucía existen alrededor de doscientas treinta mil personas con problemas de visión por cualquier causa. De ellas, 14.500 con degeneración macular asociada a la edad, según los datos del INE, y alrededor de quince mil personas con ceguera legal.

La principal causa de baja visión es el glaucoma; y de la ceguera legal, la degeneración macular asociada a la edad. Por tanto, es un problema frecuente, que se asocia al envejecimiento de la población y a la presencia de enfermedades crónicas, bien como complicación, que es el caso de la diabetes, o como propia enfermedad, que es el caso del glaucoma.

Desde la Consejería de Salud se viene realizando una serie de actuaciones para abordar las patologías retinianas y de baja visión en Andalucía, entre las que destacan las siguientes. De forma paulatina se ha ido incorporando en el equipamiento de los hospitales el tomógrafo de coherencia óptica, y en la actualidad está disponible en más del 80% de los hospitales, incluyendo hospitales comarcales y hospitales de alta resolución. Con esta alta disponibilidad de la cobertura se alcanza al ciento por ciento de la población que requiere esta prueba.

En la cartera de procedimientos del sistema sanitario público para la especialidad de oftalmología, publicada en septiembre de 2015, se incluyeron en todos los hospitales con disponibilidad de tomografía de coherencia óptica las inyecciones intravítreas. Se ha realizado una revisión bibliográfica sobre el manejo de inyecciones intravítreas, y tras las mismas se planteó a la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias

de Andalucía que propusiera para 2016 el estudio de evaluación «Inyecciones intravítreas, recomendaciones sobre el lugar de procedimiento: quirófano, consulta, sala de prueba, salas limpias», en el marco del plan anual de trabajo de la Red Española de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Prestaciones del Sistema Nacional de Salud. Este estudio fue realizado durante 2016 y publicado recientemente con el título de «Inyecciones intravítreas: efectividad y seguridad en función del lugar de procedimiento».

Las conclusiones de los estudios de evaluación de tecnologías son de gran interés, porque ayudan a tomar las mejores decisiones en cuanto a efectividad y seguridad para los pacientes. En este estudio los resultados sugieren que las inyecciones intravítreas pueden realizarse tanto en el quirófano como en consulta o en sala limpia, siempre y cuando se cumplan una serie de medidas de asepsia, como indican las fichas técnicas de los diferentes fármacos.

En el año 2016 también se realizó una consulta en 41 hospitales del sistema sanitario público de Andalucía que nos permitiera mejorar el conocimiento sobre la aplicación de la inyección intravítrea a los hospitales públicos. De este análisis se han extraído las siguientes conclusiones.

Las inyecciones intravítreas se vienen realizando en los ámbitos de quirófano, consulta y hospital de día médico, si bien se observa la tendencia a la utilización cada vez mayor de la consulta y de las salas limpias. Los hospitales se organizan en función de los recursos disponibles en cada centro y teniendo en cuenta la propia organización interna de cada una de ellas, pero siempre garantizando que el proceso de atención al paciente se realiza en condiciones de asepsia y calidad. Los protocolos de tratamiento se basan en el seguimiento regular del paciente y su retratamiento precoz, buscando evitar pérdidas de visión no reversibles que puedan producirse en la recurrencia de las enfermedades.

Por otra parte, se considera necesario mejorar el conocimiento de las características de los pacientes con patologías que pueden provocar baja visión. Por ello se ha iniciado este año un primer análisis que tiene como fuente de información la base de datos poblacional del sistema sanitario público de Andalucía. Este trabajo permitirá obtener información de numerosas variables y aproximarnos a la prevalencia e incidencia de estas enfermedades.

Hasta este momento, de la extracción de datos de la base de datos poblacional, podemos describir algunas características de estos pacientes. Se observan 99.232 pacientes con al menos un diagnóstico de riesgo de baja visión. La edad media de estos pacientes se sitúa en 67,1 años, siendo de 64,9 años para los hombres y de 69,2 años para las mujeres.

También es importante resaltar el programa de detección precoz de retinopatía diabética. La población diana identificada con diabetes es de 479.879 habitantes en Andalucía. El programa recomienda un cribado cada dos años. La cobertura hasta abril de 2017 es del 85% y se han realizado un total de 756.230 pruebas. Se han detectado durante estas pruebas 42.245 personas con retinopatía diabética, el 6,3%, siendo graves el 5,10% de ellas, y unas 23.587 personas, con otros problemas oculares no relacionados con la diabetes.

Desde el año 2014, se mantiene relación con la Asociación Mácula Retina, siendo una de sus peticiones establecer un cribado de degeneración macular asociado a la edad de base poblacional en Atención Primaria. Se realizó una revisión del tema con el apoyo de la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, en la reunión de la comisión autonómica de cribados poblacionales y actividades preventivas de detección precoz, el día 28 de enero de 2015, con la conclusión de que no está indicado este tipo de cribados. Las razones

por las que no está indicado, según dicha comisión, un cribado de base poblacional son las siguientes: no se conoce bien la historia natural de la enfermedad, lo cual es una base importante para establecer un cribado.

Los factores de riesgo con mayor nivel de evidencia son la edad, los factores genéticos y el tabaquismo. Los dos primeros no son modificables. Y, en cuanto al tabaco, los programas deshabituación contribuyen a la prevención primaria de esta patología ocular.

La presentación clínica puede ser en forma de degeneración macular asociada a la edad seca o degeneración macular asociada a la edad húmeda. Antes de los 50 años, esta enfermedad se consideraba rara, y la retinografía es una prueba sensible y específica para el diagnóstico. Un cribado poblacional produciría un sobrediagnóstico de un número importante de casos. La degeneración macular húmeda asociada a la edad suele presentar una duración clínica muy rápida, en la que un cribado no evitaría los diagnósticos de intervalo. Podría causar la demora del diagnóstico con una falsa seguridad tras una revisión normal o una situación próxima para el estudio.

La degeneración macular seca asociada a la edad no tiene tratamiento en fases iniciales, y en fases tardías son tratamientos inespecíficos con suplementos vitamínicos y nutricionales. La húmeda se trata con inyecciones intravítreas de fármacos antiangiogénicos, y no es un tratamiento curativo sino que pretende ralentizar su evolución. No está exento de efectos adversos, y se desconocen los efectos a largo plazo de dichos tratamientos intravítreos. Sin embargo, sí hay evidencia positiva sobre la detección precoz en consulta de Atención Primaria en población vulnerable, como son las personas mayores de 65 años.

Como de la información extraída de la base de datos poblacional de salud se deduce que la baja visión se da en el rango de edades de mayores de 65 años, es por lo que en el nuevo diseño del examen de salud para mayores de 65 años se ha incluido el despistaje de la baja visión y, en especial, de la degeneración macular asociada a la edad entre las actividades a realizar en dicho programa.

Muchas gracias, señoría.

La señora LÓPEZ MARTÍNEZ, VICEPRESIDENTA DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señor consejero.

Pasamos a la intervención de los grupos proponentes, en este caso de Ciudadanos, señora Albás.

Sí, siete minutos.

La señora ALBÁS VIVES

—Gracias, presidenta.

Señor consejero, bueno, decir que voy a realizar única y exclusivamente una intervención, porque aquí, lo que hemos trasladado o intentamos trasladar, por lo menos mi grupo parlamentario, es que se lleven a cabo todos los puntos de la proposición no de ley que presentamos conjuntamente todos los grupos que formamos parte de este Parlamento.

Una de las preocupaciones que tiene la Asociación Mácula de Retina, dicho por la ONCE, es que han aumentado el número de afiliación a la ONCE, pero no por herencia ni por enfermedades, otro tipo de caracte-

rísticas, sino por temas que podían haber sido tratados y prevenidos. Realmente la prevención, y con usted, señor consejero, lo hablamos muy a menudo en esta comisión, la prevención es fundamental para que esas personas que padecen enfermedades de baja visión no acaben con una ceguera parcial o total. Es importante, que también se lo he comentado y lo hemos comentado en esta comisión, que se agilicen los tiempos a la hora de llegar al especialista. Que cuando una persona tiene alguna patología de baja visión no tenga que esperar tanto tiempo a la hora de acceder, fundamentalmente porque habrá que ponerle..., si realmente se le cogiera a tiempo, las inyecciones intravítreas que debían ponerle serían mucho menores que si se coge en el tiempo que se está..., vamos, el tiempo que se está utilizando ahora, que es una de las demandas.

Y trasladar que entendemos que la proposición no de ley es voluntad, es voluntad. Y es voluntad política, y aparte..., y más cuando trata del tema de la salud. La Asociación Mácula de Retina pide lo siguiente, yo se lo voy a leer literalmente, porque aquí son ellos quienes tienen que decir. Quieren una reunión de todos los jefes de servicios de oftalmología, para que los hospitales donde funcionan bien las salas limpias, expliquen a los demás los casos de éxito y haya equidad en el tratamiento a los pacientes, independientemente de su lugar de residencia. Me parece bastante sensato. Donde funcionan, vamos a copiarlo, para que todo el mundo pueda tener acceso a ese tratamiento.

Y también que la consejería y el SAS se incorporen en la Red de Alerta Temprana y al Observatorio de Patologías Oculares, que ha creado conjuntamente con la Sociedad Andaluza de Oftalmología y el Colegio de Ópticos Optometristas, de manera que se puedan seguir impulsando los contenidos de la proposición no de ley y llevarlo a cabo.

Señor consejero, esta comparecencia la hemos solicitado para dar un toque de atención, para que se trabaje de una forma más concienzuda con el tema que nos ocupa de las enfermedades de baja visión. Y simplemente esperamos que realmente lo lleve a cabo.

Muchas gracias.

La señora LÓPEZ MARTÍNEZ, VICEPRESIDENTA DE LA COMISIÓN

—Gracias, señora Albás.

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

El señor GIL DE LOS SANTOS

—Gracias, señora presidenta.

Y, muchas gracias, señor consejero, por la explicación.

Fue el 27 de junio del año pasado, hace casi un año ya, que se constituyó la mesa de trabajo entre la Consejería de Salud y las asociaciones para el seguimiento de la proposición no de ley aprobada por unanimidad de baja visión.

Desde entonces, esta mesa ha tenido anecdótica actividad. De hecho, hasta este 10 de mayo no se aprobó el acta de dicha primera convocatoria, pues hasta esta fecha no se volvieron a reunir sus participantes. No voy a describir de nuevo en detalle, pues se ha hecho extensamente tanto por comparecencia de la Asocia-

ción Mácula Retina en esta comisión, como las ocasiones que hemos tenido la oportunidad de debatir, lo más justificado y de imperiosa necesidad de un trabajo para la detección precoz de patologías que pueden conllevar la pérdida de visión o la baja visión y que, lo más importante de todo, que son evitables.

Creo que no hace falta ser un experto en gestión sanitaria para saber que es coste-efectivo, realizar una tarea de prevención para no tener en un futuro cercano una presión asistencial sociosanitaria de costes muy elevados, por la dependencia que ocasionan estas patologías. Por no hablar del dilema moral que ocasiona tener los medios tecnológicos disponibles, pero no recursos para ponerlos en marcha, porque no se quiere y porque se le sigue dando vueltas. Recursos que, luego, se van a consumir con creces por no haber evitado lo evitable.

Espero que, después de esta comparecencia, los compromisos adquiridos, respaldados por expertos y evidencias científicas, se pongan por fin en marcha, y que luego se evalúen para conocer su efectividad, pero que se pongan en marcha. Que no entremos en una dinámica de estudiar hasta el infinito lo que ya tiene fundamento, para eternizar la puesta en funcionamiento, ¿vale? Porque nos vamos a la teoría y, después, la práctica hasta..., que no lleva a la práctica y a la subpoblación diana, que es la adecuada para que se haga efectivo por los estudios que se hagan, pues no vamos a poder determinar si esas políticas sanitarias son efectivas o no. Más ocurrencia y que implicaba más recursos que lo que se propone aquí, se han puesto en marcha sin tanto reflexionar y discutir sobre el sexo de los ángeles.

Quiero arrancarle dos puntos que la asociación y nuestro grupo consideran prioritarios. Y quiero arrancarle con fecha, y que usted luego nos explique, dentro de un periodo razonable, por ejemplo, en el próximo periodo de sesiones, qué se ha puesto en marcha y con qué resultados.

Como no voy a repetir lo que mi compañera ha dicho, la reunión con los jefes de servicios de oftalmología, y que la consejería y el SAS se incorporen a la Red de Alerta Temprana y el Observatorio de Patologías Oculares, de manera que se puedan seguir impulsando los contenidos de la proposición no de ley.

En referencia a la primera, es decir, que, en lugar de realizarse estas inyecciones intravítreas en quirófano, a estas ha hecho una evaluación, como bien ha explicado, de si daba igual con la debida asepsia oportuna, si realizar esto en quirófano, en consulta, en sala limpia, yo podría añadir la sala de mando de una nave espacial, es decir... Vamos a ver, si no hace falta hacerlo en quirófano, pues se puede hacer en una sala limpia que conlleva menos compromiso, ¿y en esa evaluación se ha tenido en cuenta el grado de accesibilidad a esos dispositivos? Porque aquí lo que tenemos que tener en cuenta es el coste. ¿Sabe lo del coste? ¿Tiene el mismo coste sala limpia que quirófano? Y, sobre todo, la administración a tiempo de la inyección intravítrea. Te va a salir estadísticamente no significativo, si yo voy administrando esa inyección intravítrea a destiempo; es decir, si yo tengo una sala limpia que va a tener un menor coste, no voy a tener que hacer una lista de espera y programar esa intervención en un quirófano. Yo creo que eso debería haberlo tenido en cuenta. No sé si el informe va por ahí o solamente se ha limitado a lo que era de cajón.

La efectividad y la evidencia científicas van a depender de la población diana; es decir, si yo cojo una población diana de toda la población, y no voy hacia aquellas personas que tienen mayor probabilidad de padecer eso, como son las personas mayores de 65 años, digo: bueno, es que en el entretanto vamos a hacer un estudio global y, después, ya vamos afinando. Yo creo que eso se podría haber afinado desde mucho antes.

Para finalizar, voy a explicar un poco sobre la red de alerta temprana, ¿vale?, porque para administrar a tiempo hace falta hacer una detección precoz, sobre todo, como ha dicho, de la degeneración macular asociada a la edad del DMAE.

La colaboración entre profesionales sanitarios es de gran utilidad, a la hora de garantizar el diagnóstico precoz, de una enfermedad cuyo tratamiento está hoy día bastante protocolizado, como bien ha dicho, pero siempre está muy condicionado por la precocidad con que éste se inicie, y eso va a estar condicionado a la efectividad también.

El objetivo de red de alerta temprana es establecer unos protocolos de actuación para evitar retraso evitable en el comienzo del tratamiento. El objetivo de este protocolo es que desde que aparezcan los primeros síntomas y sospecha diagnóstica, hasta que se establece el diagnóstico de DMAE y se comienza su tratamiento, transcurra el menor tiempo posible.

La primera sintomatología y sospecha diagnóstica, muchas veces, la tiene el óptico optometrista, por ser el profesional más accesible para el paciente. Entiendo, si ha tenido a bien hacer un convenio con la asociación de empresarios andaluces, también podría dar un pensamiento si estos profesionales podrían tener un convenio para colaborar en esta red de alerta temprana.

No basta con decirle al paciente que tiene que consultar con un oftalmólogo, con la lista de espera que ya sabemos en atención especializada, sino indicarle cómo puede llegar lo antes posible al oftalmólogo que lo va a tratar y convencerlo de que es importante que esto lo consiga rápidamente.

Valga, por tanto, como un ejemplo sobre lo que tiene que llevarse en la práctica. El optometrista es de los profesionales que están más accesibles para este tipo de pacientes, y habría que valerse de esta red, igual que hay que valerse de la oficina de farmacia y de los farmacéuticos, para apoyarse en atención primaria, prevención y promoción, y ver si hay malas indicaciones y hay que revisar a pacientes pluripatológicos.

En este sentido también, en la red de alerta temprana, me parece bastante razonable que se estudie un posible convenio con estos profesionales.

Y, para finalizar, espero que de una vez por todas esta consejería se comprometa con la prevención y detección de las patologías que dejan ciegos a miles de andaluces y andaluzas, y que, actuando con planificación, podemos evitarlo haciéndolo, además, sostenible socialmente.

Muchas gracias.

La señora LÓPEZ MARTÍNEZ, VICEPRESIDENTA DE LA COMISIÓN

—Gracias, señor Gil.

Pasamos al Grupo Parlamentario Popular. Señora Mestre, tiene siete minutos.

La señora MESTRE GARCÍA

—Sí, buenas tarde, presidenta.

Consejero.

Mire, nosotros hacemos esta comparecencia con el fin de saber cuáles son esas medidas que se han abordado a raíz del apoyo de todos los grupos políticos y de la aprobación, por tanto, de la proposición no de ley que a finales del año 2015 entre todos propusimos, y queríamos que desde la propia consejería se abundara al respecto, se coordinara con la Asociación de Mácula Retina y, por tanto, con las personas que han sido afectadas y tratadas con diferentes programas que esta entidad está llevando a cabo con otras entidades a su vez.

Nosotros sí queremos destacar cómo, a raíz de esa aprobación de la proposición no de ley, que todos coincidíamos en la necesidad de abundar al respecto, debe tener o debemos tener en la Consejería de Salud, pues es una consejería más diligente y más eficaz a la hora de poner en marcha estas medidas que se acordaron entre todos los grupos.

Aquí ya se ha resaltado algo al respecto. La primera reunión fue el 27 de junio del año 2016, cuando esta proposición no de ley se aprobó, si no me equivoco, en noviembre del año 2015; pero es que la segunda se ha celebrado el 10 de mayo del 2017, aprobándose de esta manera el acta de la sesión del 27 de junio del año 2016. Yo creo que eso no tiene nada que ver con la diligencia, desde luego, y que echamos en falta pues el que haya una mayor coordinación y mayores reuniones para que esta proposición no de ley vea la luz, de una vez por todas, a favor de estos pacientes, que, como usted bien ha manifestado, es un número importante en Andalucía, al que tenemos que seguir ofreciendo medidas de prevención, incluso también actividades que vayan a mejorar la discapacidad visual de personas en las que se puede evitar.

Mire, la propia Organización Mundial de la Salud contempla este asunto como una prioridad, de ahí que haya puesto en marcha un plan, con un horizonte hacia el año 2019, concretamente 2014/2019, y además pretende que se reduzca la discapacidad visual evitable, ya que se puede desde la prevención acabar con, quizás, o reducir un 25% la discapacidad visual.

De ahí que nosotros, desde el Partido Popular, creamos que la Administración pública y la Consejería de Salud tienen en sus manos, poniendo en marcha la prevención adecuada con los organismos adecuados, dar y dotar de mayor calidad de vida a los andaluces y a las andaluzas. Creemos que, igual que la ONCE refrenda que en el año 2016 han aumentado los casos de ceguera evitable, creemos que desde la propia consejería tienen que plantearse quizás los cribados, o tienen que implementar sus medidas, con complicidades tanto con la Asociación de Mácula de Retina y los propios programas que ya están puesto en marcha, como puedan ser los que aquí se han hablado, el de alerta temprana o bien también el programa que tienen con el observatorio de patologías oculares.

Consideramos que no debe haber mucho inconveniente en que la consejería participe de estas iniciativas que ya son una realidad, que están dando buenos frutos y, desde luego, creemos importante que aquello que funciona se extrapole a la propia acción de la consejería.

La propia entidad nos hace llegar y destaca positivamente la labor que se hace en el hospital Virgen de Valme o en el Juan Ramón Jiménez, pues, en las salas limpias, y que sea extrapolable al resto. Y también nosotros quisiéramos preguntarle, no se si tendrá en estos momentos esos datos o no, pero quisiéramos también preguntarle sobre cuántas inyecciones intravítreas se han puesto a lo largo del año 2016 y, además, a cuántos pacientes. Ya le digo que entendería si no tiene esos datos en estos momentos; si no, le haremos la pregunta por escrito, para que así nos conste, pero creemos que la consejería, en este momento, tiene la

labor importante para, en primer lugar, para ser diligente y poder evitar posibles discapacidades visuales, y, desde luego, consideramos que tiene que ir de la mano de las personas que llevan años trabajando también al respecto junto a los profesionales, lógicamente, de la propia consejería. Pero creo que igual que la ONCE se planteado un horizonte y con una capacidad posible de reducción de discapacidad visual, pues también la propia consejería ponga en marcha, con un horizonte cercano, todas las medidas que se aprobaban en esa proposición no de ley, que muchas de ellas eran similares a ese plan que pone en marcha la Organización Mundial de la Salud 2014-2019, y que nosotros, pues, llevamos ya dos años con esta proposición no de ley aprobada, y que aún, por parte de la consejería que usted dirige, queda mucho por hacer. Pero ya le digo que entendemos que debe ser una prioridad para ustedes, entendemos que ustedes están trabajando, como así lo han manifestado, pero también creemos que hay que dotar de mayor celeridad a todas esas acciones que la consejería y que la Asociación Mácula Retina, junto a otros organismos, están ya poniendo en marcha y que quieren que la consejería lidere junto a ello.

Estamos hablando de algo muy serio y, además, en algunos casos, en algunos casos, no pocos, evitable. Muchas gracias

La señora LÓPEZ MARTÍNEZ, VICEPRESIDENTA DE LA COMISIÓN

—Gracias, señora Mestre.

Pasamos a la intervención de los grupos no proponentes.

Por Izquierda Unida, señora Nieto, tres minutos.

La señora NIETO CASTRO

—Gracias, presidenta.

No voy a reiterar algunos de los elementos que ya mencionaban los portavoces que me precedían, solo trasladarle, consejero, que aunque quienes nos sentamos en las comisiones sabemos el recorrido que suelen tener las proposiciones no de ley y contenemos nuestro entusiasmo cuando se aprueban, la verdad es que las personas que nos las solicitan reciben con mucha alegría que se llegue a esos acuerdos parlamentarios, son de impulso de la labor del Ejecutivo y les da optimismo pensar en su cumplimiento, especialmente a las que salen por unanimidad y firmadas por todos los grupos, porque eso quiere decir que, con independencia de que sean grupos que valoran y sostienen la labor del Ejecutivo, o que se encuentran encuadrados en la oposición, comparten una voluntad de hacerles llegar unas directrices concretas.

Y, claro, que eso no se cumpla o que se demore en el tiempo su cumplimiento genera una frustración en esos colectivos que entendemos, consejero, que compartirá con el Grupo de Izquierda Unida que está fuera de lugar. Es decir, si no hay voluntad de hacer lo que nos requieren es preferible que esas iniciativas no prosperen a que finalmente lo hagan y no se vea, con el paso del tiempo, su cumplimiento.

No reitero lo que se ha dicho con relación al número de personas afectadas por la ceguera que podrían no haberlo estado con una adecuada política de prevención. No reitero que parece que hay un problema especialmente agudo en la provincia de Jaén. No reitero lo que le trasladaban el resto de portavoces, pero sí le

agradecería en su segunda intervención que en lo concreto sobre los puntos de la proposición no de ley que fueron las prioridades marcadas por la asociación, una asociación por lo demás muy colaboradora, muy propositiva, y que se dirige siempre a todos los grupos con un ánimo tremendamente constructivo, le agradecería, si fuese posible, y no lo digo por una curiosidad marciana de Izquierda Unida, sino por trasladarles a ellos una explicación razonable de por qué a estas alturas aún los puntos recogidos en esa iniciativa avalada por todos los grupos no se han puesto en marcha. Con las dificultades concretas que ustedes hayan encontrado, que estamos hablando de una gente muy razonable, y que además seguro van a poder poner sobre la mesa elementos que a lo mejor les ayuden a ustedes a solventar esos problemas que a priori hayan impedido desarrollar el cumplimiento de la iniciativa.

Y, sí que también se lo ha dicho algún compañero, un calendario cierto que trasladarles a ellos de cumplimiento de los puntos, porque, ya le digo, si no aquí lo que hacemos es liturgia parlamentaria de escaso valor para la ciudadanía, y eso, eso ya no solo frustra a la ciudadanía, también frustra a quienes nos sentamos aquí, y le pedimos que impulse cuestiones concretas.

Muchas gracias.

La señora LÓPEZ MARTÍNEZ, VICEPRESIDENTA DE LA COMISIÓN

—Gracias, señora Nieto.

Por el Grupo Socialista, señor Vargas, tiene tres minutos.

El señor VARGAS RAMOS

—Muchas gracias, señora presidenta.

Gracias, señor consejero, por toda la información que nos ha aportado y que nos ha facilitado usted en esta comparecencia.

Una comparecencia que ha sido solicitada, como bien se ha dicho, por algunos grupos políticos con el objetivo de ver qué medidas de abordaje de las patologías retinianas y de la baja visión se han implantado en Andalucía. En definitiva, pues es una iniciativa de control y de fiscalización a otra iniciativa anterior como la proposición no de ley que se ha mencionado.

Y después de su exposición, señor consejero, tenemos que reconocer que se han hecho muchas cosas y también que hay muchas cosas que se están poniendo en marcha. Porque preparándome esta iniciativa, y hojeando el *Diario de Sesiones* del día que se debatió esa PNL sobre patología retiniana, ya se planteaba por parte de alguna portavoz de esta comisión, concretamente por la señora Nieto, que teníamos un largo camino para recorrer y una serie de lagunas legales, algunas de ellas que excedían del ámbito de la comunidad autónoma. Y, efectivamente, se están poniendo medidas en marcha, medidas muy positivas por parte de la consejería como hemos podido oír, medidas muy positivas, claramente en favor de esas personas afectadas por la patología retiniana y de la baja visión. Y como ejemplo de esas medidas, que la ha comentado usted, señor consejero, que ese nuevo diseño del examen de salud para los mayores de 65 años, que además es una demanda muy solicitada, que se incluya ese despistaje de la baja visión y en concreto pues de esa pato-

logía, de la generación macular asociada a edad, y que se haga dentro de esas actividades que se hacen a estas personas mayores de 65 años.

Y, sin lugar a dudas, esta medida pues nos va a dar unos resultados pues tan importantes como los que se están obteniendo actualmente con otro programa, el programa de detección precoz de la retinopatía diabética, que están dándonos unos resultados de cobertura y de prevención que públicamente las sociedades científicas lo dicen, incluso la Sociedad Andaluza de Oftalmología lo ha dicho en más de una ocasión, que están muy satisfechos por esos buenos resultados que ha aportado este programa de prevención ocular incluido en el Plan Andaluz de Diabetes.

Y también es indudable, y se ha mencionado aquí, pues el avance que se está haciendo y se ha producido en el manejo de las inyecciones intravítreas, se ha hablado y nos ha relatado usted, señor consejero, que se ha analizado, que se ha mejorado esa aplicación de este tratamiento en nuestros hospitales públicos andaluces, sobre todo con ese objetivo claro que es evitar pérdida de visión irreversible.

Y yo creo que debemos de dejar de trabajar a los profesionales y a los expertos y no decir aquí barbaridades como la que se ha dicho de que se puede hacer en una sala de mando, yo creo que no es de recibo poner ese tipo de ejemplos. Creo que no porque estamos dejando pues el trabajo de los profesionales no a gran altura.

Y para terminar —quiero ser breve—, señor consejero, quiero agradecerle a usted y a la consejería todo ese trabajo que se está haciendo, que hemos hablado aquí que es un trabajo largo de recorrer, y además también todas esas reuniones de trabajo, que se han mencionado aquí, que se están haciendo con las asociaciones de baja visión, tal como se ha dicho, y también agradecerle ese compromiso político de trabajar en la prevención de estas patologías de baja visión tan invalidantes.

Muchas gracias.

La señora LÓPEZ MARTÍNEZ, VICEPRESIDENTA DE LA COMISIÓN

—Gracias, señor Vargas.

Señor consejero, el segundo turno de intervención, siete minutos.

El señor ALONSO MIRANDA, CONSEJERO DE SALUD

—Gracias, señora presidenta.

Señorías, como ustedes bien manifestaban, a finales de 2015 el Parlamento de Andalucía aprobó por unanimidad una proposición no de ley para la atención a las patologías retinianas. En esta proposición se instaba al Consejo de Gobierno a crear una mesa de trabajo entre la Consejería de Salud y las asociaciones para el seguimiento de esta PNL. Independientemente de la mesa de trabajo, se han mantenido, como estoy seguro que ustedes conocen, múltiples reuniones con representantes de la Asociación Mácula Retina y con diferentes miembros de la Consejería de Salud para tratar desde ámbitos de la investigación hasta ámbitos de la asistencia sanitaria, o desde la prevención y la promoción, a la cual me he referido anteriormente porque no se pueden generar falsas expectativas ni manifestaciones que no se ajustan a la realidad sobre la posibi-

lidad de prevención de determinadas patologías retinianas, porque eso genera en la gente incertidumbres y expectativas a las cuales hoy no se puede dar respuesta. Por eso es tan importante el desarrollo de la investigación, y así lo manifiesta tanto la Organización Mundial de la Salud como la propia Asociación Mácula Retina. Creo que debemos ser muy claros en ese tema, algunos de ustedes lo han sido, otros han dicho algunas manifestaciones a las cuales después me podré referir por su inexactitud.

Dentro de lo que se acordó en la última reunión, el 27 de junio de 2016, se acordó un análisis de los datos aportados por parte de la asociación, la inclusión de la evidencia científica y la pertinencia o no de un cribado de baja visión, a lo cual ya les comenté antes cuál es la evidencia científica, no solo evaluada por la AESA, sino por la Organización Mundial de la Salud también, en qué ámbito tendría sentido, y la única evidencia científica es en los mayores de 65 años, y les he dicho que ya les hemos incluido en la nueva revisión para los mayores de 65 años que se realiza en Atención Primaria.

La creación de un grupo de trabajo para el diagnóstico precoz, ya les he explicado la diferencia que había entre la seca y la húmeda, que es importante que también se conozca y se comente, porque en un caso las inyecciones intravítreas están indicadas para retrasar no para curar, desafortunadamente, y por eso tenemos que trabajar en el ámbito de la investigación. Después hablaré de los factores de riesgo, que creo que hable antes pero el portavoz del Grupo Parlamentario de Podemos no me debió escuchar, como sucede de vez en cuando. Y también las necesidades sociosanitarias de pacientes con patologías retinianas y de baja visión.

Yo comparto con ustedes la necesidad de trabajar, de trabajar de la mano de las sociedades científicas, y así lo estamos haciendo con las sociedades científicas de oftalmología. Evidentemente, compartimos, y así lo hacemos, la reunión con los diferentes hospitales y lo planteé anteriormente, para extender las buenas prácticas. Les he comentado también que ya el 80% de nuestros hospitales disponen de la tecnología para poder aplicar, y están empezando ya a aplicar, las inyecciones intravítreas.

Me hacía una pregunta a la cual puedo contestarle a la mitad, la portavoz del grupo parlamentario del Partido Popular. En 2016 se pusieron 6.282 inyecciones retrobulbares, con agentes terapéuticos para las inyecciones intravítreas. No le puedo decir ahora mismo a cuántos pacientes, pero, vamos, con gusto se lo mandamos en una pregunta, o sin falta de pregunta parlamentaria.

Como ya les dije, para lo que sí existe una evidencia positiva sobre la detección precoz en consultas de Atención Primaria, en población vulnerable, como son los mayores de 65 años, me remito a mi primera intervención, por qué no procede un cribado global poblacional de la baja visión. Y eso sí está, han intervenido, dentro del grupo, han intervenido los expertos en oftalmología y las agencias de evaluación de tecnología sanitaria, que como usted conoce, y si no le invito a, ya que habla de transparencia, como está colgado el informe le invito a que lo lea, señor Gil. Y comprobará que sí tienen en cuenta todas las valoraciones, no solo económicas sino de eficacia, y sobre todo una muy importante, en la cual me pararé después, que es la seguridad del paciente. Por eso hay que adaptar la situación e implementar las buenas prácticas en el conjunto del sistema y adaptar la situación a la realidad de cada uno de los hospitales. Evidentemente, eso es lo que hacemos y lo que estamos desarrollando, porque para nosotros es importante, y lo planteaba en la primera intervención, dar respuesta. Y hemos dado respuesta, de forma importante, a la mayor parte de los puntos. Y entre ellos estaba el cribado de baja visión poblacional, y les hemos explicado por qué hemos optado por la segunda parte, porque es la que tiene evidencia científica a nivel nacional e internacional. Como ya les dije

en mi primera intervención, la baja visión se da en el rango de mayores de 65 años, y por ello en el examen de salud para mayores de 65 años se ha incluido.

Sobre la posibilidad o idoneidad de las salas limpias para el procedimiento de inyecciones intravítreas, acuérdense ustedes que lo hemos discutido aquí muchas veces cuál era el mejor sitio. Evidentemente, lo que la Agencia Andaluza, pero el conjunto de las agencias de evaluación plantean, es que se puede hacer en diferentes sitios garantizando los niveles de asepsia. Y también, después, no me escucha, y al final, digo el portavoz de Podemos. Y tenemos el problema de siempre. Las inyecciones intravítreas, efectividad y seguridad en función del lugar de procedimiento. Está publicado y le invito a que lo vea, porque es un informe realizado por el estudio Avalia, de la Unidad de Asesoramiento Científico y Técnico del Ministerio de Sanidad, y publicado recientemente. Y ahí le da las claves de lo que yo le estoy hablando.

Quiero recordar, en relación al cribado de retinopatía diabética que ahí sí es importante para la prevención, porque sí conseguimos limitar todas las actuaciones que la cobertura es mayor del 85%. Y ahí sí es importante porque podemos prevenir todo tipo de, o podemos retrasar las complicaciones relacionadas con la diabetes. Decirle que en la creación del Grupo de Trabajo de Necesidades Sociosanitarias también se pactó y también se está trabajando en ese ámbito. La revisión de la situación de los procedimientos de las inyecciones intravítreas en los diferentes hospitales de Andalucía se acordó y se va a hacer en colaboración con la Sociedad Científica de Oftalmología, por lo tanto estamos también en el ámbito de lo que todos ustedes planteaban. Y se ha solicitado el posicionamiento oficial sobre las salas limpias a la Sociedad Andaluza de Oftalmología, porque así se pidió en la reunión establecida.

Sin más, comentarles que seguimos avanzando también en lo relacionado con la investigación, en lo relacionado con el planteamiento que se hacía de intervenir en los grupos de Cabimer, y del resto de los cuatro centros que están trabajando en ensayos clínicos relacionados con la baja visión.

Muchas gracias, señorías.

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Gracias, señor consejero.

Terminado el debate, según acuerdo de la Mesa, solamente había una intervención.

10-17/POC-000738. Pregunta oral relativa a recursos sanitarios en el municipio de Huércal-Overa y el Levante Almeriense

El señor GARCÍA ANGUIA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Pasamos al siguiente punto del orden del día, las preguntas. Pero quiero decirles a sus señorías que hay tres peticiones de tres compañeras, que tienen prisa por intervenir en otras comisiones, por tanto vamos a adelantar, señor consejero, las preguntas. Les voy a decir los números para que el consejero coja los expedientes. La primera va a ser la pregunta número 6, relativa a Huércal-Overa. Dejamos que el consejero coja los expedientes. Que es del Grupo Parlamentario Popular. La segunda será la número 9, del Partido Socialista, del señor Millán, relativa al centro de salud del Bulevar, en Jaén capital, en mi pueblo. Y la tercera será del Grupo de Izquierda Unida, la número 7, relativa a atención pediátrica en Valdezorras, Sevilla. Y ya, cuando esté preparado, señor consejero.

Señora Espinosa, tiene dos minutos y medio.

La señora ESPINOSA LÓPEZ

—Sí. Gracias, señor presidente.

Señor consejero, los ciento, o los más de 150.000 habitantes de las comarcas del Levante y Norte, Almanzora, de la provincia de Almería, no tienen, y es un hecho, no tienen el mismo derecho a la salud que tienen otros ciudadanos de Andalucía. Simplemente porque en la práctica no tienen derecho, o no tienen acceso, a los mismos recursos y adelantos sanitarios que los andaluces que viven en otras zonas de Andalucía. Esto es un hecho, y le podría dar muchos ejemplos. En esto hay 44 municipios, 44 municipios que sufren escasez de recursos. Y sufren esta sed de recursos en ámbitos tan importantes como, por ejemplo, el de la Pediatría. Tres pediatras para atender, tres pediatras especialistas en Pediatría para 44 municipios. Esto es algo aberrante. Es cierto que las plazas son 17 plazas de pediatra, pero ni aun así es suficiente. Son miles los niños de esa zona de Almería a los que nunca los ha examinado un pediatra en su centro de salud, simplemente porque no hay especialistas en Pediatría en esa zona de Almería.

Las ambulancias. Escasez de ambulancias. Tampoco contamos con base del 061. Sabe usted que eso ha dado lugar a denuncias en medios de comunicación y ante juzgados. Sabe usted que se ha denunciado el caso de un vecino de Sierro, de un municipio que se llama Sierro, que no le llegó la ambulancia ante un accidente cardiovascular que al final le costó la vida. Sabe usted que en Huércal-Overa una anciana estuvo durante más de una hora tendida en una acera esperando que llegara la ambulancia. Esa es la situación de esos municipios. Y puedo seguir poniéndole ejemplos. Por ejemplo, otro dato muy importante, en el año 2006 el señor Chaves anunció una inversión de más de 55 millones de euros en centros de salud en la provincia de Almería, centros de salud que tendrían que estar funcionando en 2102. ¿Sabe usted cuántos se han construido? Pues muy pocos. En esa zona ni tres. ¿Y sabe usted lo que está ocurriendo? Que los alcaldes de estos municipios, de municipios como Macael, como Olula del Río, como Arbolea, han tenido que poner dinero

para la construcción de estos centros de salud, y aun así no se han terminado. Pero es que además, como la Junta de Andalucía va como va, ya está aportando dinero para que termine esa construcción hasta la Diputación de Almería. Y eso es lo que hay que hacer en Almería si queremos que nuestros vecinos vayan a unos centros de salud modernos, unos centros de salud en donde no tengan que estar, por ejemplo, mezclados los pacientes pediátricos y los pacientes adultos.

Y el hospital de Huércal-Overa...

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Señoría. Gracias, señoría.

La señora ESPINOSA LÓPEZ

—Termino.

...el hospital de Huércal-Overa, señor consejero, también se ha llevado lo suyo. Y esto es una pena, porque es el hospital que da servicio a esta comarca.

Ya no hay dermatología, ya no hay neurología. No tienen neurología. Reumatología tampoco. Y neurología se merece una mención especial. Son muchos más los problemas que tiene el hospital. ¿Cómo es posible que no tengamos esta especialidad en un hospital que tiene más de 3.300 pacientes...

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Señoría. Muchas gracias.

La señora ESPINOSA LÓPEZ

—... de neurología?

Muchas gracias.

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Señor consejero.

El señor ALONSO MIRANDA, CONSEJERO DE SALUD

—Señoría, evidentemente, con afirmaciones claras como muy pocos o muy muchos es difícil contestar.

Los vecinos del municipio de Huércal-Overa y del Levante Almeriense sí cuentan con las infraestructuras y recursos necesarios para recibir una atención de calidad. Voy a darle algunos datos.

Evidentemente, son 17 las plazas de pediatría, usted lo ha dicho bien en la segunda intervención. Me parece kafkiano que plantee que solo existen tres cuando sabe que están las 17, no hay especialistas porque no hay especialistas formados, pregúntele a la ministra de Sanidad por qué no se crean más plazas de pediatría. Aparte de que nosotros seguiremos trabajando para encontrar pediatras allí donde los podamos encontrar y que vayan a trabajar en ese ámbito, pero son médicos de familia que están formados para poder atender a los niños. Espero que no dude de su profesionalidad y que lo manifieste aquí de forma clara, que son gente, profesionales que están preparados. A veces hablamos bien de los profesionales y acto seguido ponemos en duda su labor, y eso a mí me duele y no se lo voy a permitir. Estoy seguro, o por lo menos se lo voy a recriminar, en el sentido de que los profesionales sanitarios que atienden a los niños están formados para hacerlo, y así y todo seguiremos trabajando en el camino de encontrar especialistas para poder atender.

El área sanitaria norte de Almería dispone para prestar asistencia sanitaria a su población de un total de 73 centros sanitarios, un centro hospitalario, 72 centros de Atención Primaria, 19 puntos de urgencias y, por cierto, 19 ambulancias medicalizadas para el transporte sanitario de los pacientes urgentes.

En lo que respecta a los recursos humanos, en los últimos años la evolución del número de profesionales es ascendente, con un incremento de un 4% entre 2015 y 2016, pasando de 1.252 a 1.303 profesionales.

Como ya le he comentado, sobre algunas de estas infraestructuras que estábamos planteando se están acometiendo obras para su mejora en algunos centros, como es el centro de Garrucha, de Olula del Río, y en los consultorios locales de Arboleas y Antas, en algunos de ellos en colaboración con los ayuntamientos. Estoy seguro de que al igual que yo no pongo dinero los alcaldes tampoco, son los ayuntamientos y, por tanto, los vecinos los que colaboran y saben que ese planteamiento se modificó en la ley que se había aprobado en el Parlamento con la mayoría absoluta del PP y permite la colaboración entre las entidades locales y la Administración sanitaria para la realización de mejoras en las infraestructuras para la atención sanitaria.

Mientras que en el hospital se están acondicionando también nuevos espacios para ampliar la dotación...

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Señor consejero.

El señor ALONSO MIRANDA, CONSEJERO DE SALUD

—... del hospital de día y de las salas de extracciones.

En ese sentido, comentarle que estamos trabajando de forma importante para aquellos especialistas que en los últimos tiempos han renunciado en el hospital de Huércal-Overa poder sustituirlos por otros. Y esperamos en la próxima semana no solo recuperar los que se han ido sino en las especialidades...

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Gracias, señor consejero.

El señor ALONSO MIRANDA, CONSEJERO DE SALUD

—...de oftalmología y...

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias por su respuesta.

Señorías, yo comprendo que nos puede llevar a error que en el Pleno son tres minutos las preguntas, pero aquí en las comisiones hay un acuerdo de los cinco grupos políticos de que son dos minutos y medio. Por eso le digo, tanto a los que preguntan como al señor consejero, que preparen las intervenciones en dos minutos y medio, porque ocurre todos los meses, tanto por parte del consejero como de sus señorías, y son dos minutos y medio, que es el acuerdo que hay para las comisiones, no en el Pleno. Lleva a error que son tres en el Pleno, pero aquí son dos y medio. Por tanto, yo tengo que avisar y cortar el micrófono, multiplicado por 12 preguntas al final es mucho tiempo.

10-17/POC-000813. Pregunta oral relativa a nuevo centro de salud del Bulevar, Jaén

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Pasamos a la pregunta siguiente, que sería la del PSOE, del señor Millán, relativa al nuevo centro de salud del Bulevar, en Jaén.

Tiene dos minutos y medio, señor Millán.

El señor MILLÁN MUÑOZ

—Gracias, señor presidente.

Consejero, le pregunto nuevamente sobre el centro de salud del Bulevar, en Jaén, un centro de salud destinado o dirigido a 25.000 personas, con más de siete mil metros cuadrados, y que ha sido muy esperado por la ciudad de Jaén.

Un centro de salud que cuenta con su licencia de obra desde el año 2010, pero que ya hemos visto en esta comisión cómo en el año 2015, tras trasladarle la consejería la necesidad de que los colectores se conectaran al edificio, seguían sin conectarse. Y que las obras de urbanización del edificio tampoco estaban hechas. Les traigo unas fotos para que sus señorías puedan divisar cómo se ha hecho, puedan conocer cómo se ha hecho la obra, se ha hecho la mudanza en este edificio. Tengo dos minutos y medio, espero que el presidente sea benevolente.

El camión que ha tenido que hacer la mudanza ha tenido que hacerla en esas condiciones, no ha podido entrar donde correspondía. La subida del material, estaban haciendo el equipamiento por la rampa de acceso de las personas, ahí tienen ustedes la foto. Ese es el estado en el que se encuentra la calle de la urbanización del entorno del edificio, que ha impedido que se haga en las condiciones idóneas. Aquí pueden ver cómo está el vehículo del distrito sanitario y en qué condiciones se ha hecho la mudanza y las dificultades que han tenido para hacerla. Bueno, y esta es la visión desde arriba. Aquí está el camión, como tampoco ha podido, yo creo que incluso el consejero ha podido desconocerlo y por eso quería trasladárselo.

En definitiva, supone una grave deslealtad institucional del Ayuntamiento de Jaén, una grave falta de cooperación, se ha visto, una grave manipulación de la opinión pública, porque llegaron a presentar una moción en el Ayuntamiento de Jaén pidiendo que la Junta de Andalucía abriera este centro de salud, cuando ellos no habían hecho su trabajo. Y, en definitiva, ha sido un grave desprecio a la ciudadanía por parte del Partido Popular. Demuestra cómo la incompetencia municipal hace muy difícil desarrollar cualquier iniciativa, ya sea pública o privada, en la ciudad de Jaén. Y le tengo que decir, consejero, y que lo sepa también el señor presidente, que esta es la escuela que el señor Fernández de Moya nos ha dejado en la provincia de Jaén durante su etapa como secretario provincial.

Y sé que ha habido un proceso meticuloso, difícil, de coordinación con los profesionales, señor consejero, para llevar a cabo esta apertura, y también que se ha informado a los colectivos vecinales y a los distintos usuarios.

Por ello le preguntamos, y le felicito, ya digo, por este proceso, pero le preguntamos también qué plazo tienen previsto para definitivamente la apertura del centro de salud.

Gracias.

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Gracias, señoría.

Señor consejero.

El señor ALONSO MIRANDA, CONSEJERO DE SALUD

—Gracias, señor presidente. Señoría.

El edificio donde se ubica el centro de salud del Bulevar y donde está la sede administrativa del distrito sanitario fue recepcionado en diciembre de 2016. La inversión fue de 8,6 millones de euros.

Ya se han realizado todos los trámites administrativos con las empresas suministradoras de agua, luz, telefonía, datos, ascensores, etcétera. Están instalados el mobiliario clínico y las instalaciones sanitarias, así como los equipos informáticos en cada consulta. Está colocada la cartelería interior y exterior y el servicio de limpieza y mantenimiento ya está funcionando plenamente. Desde hace un mes y medio los profesionales ya tienen programados sus horarios para cuando se trasladen a estas instalaciones, y están preparados para iniciar su actividad en las próximas semanas.

La población ya se encuentra adscrita a los cupos médico-enfermera, estando pendientes de dar la fecha de apertura para su comunicación a los usuarios y proceder al cambio de su centro actual al nuevo centro de salud.

Igualmente, desde el 17 de abril, en que fueron completadas las tareas de traslado de la sede al distrito sanitario, sus profesionales están desarrollando su actividad en la segunda planta del edificio bulevar.

No obstante, señorías, el Ayuntamiento de Jaén no ha completado, como usted bien decía, la urbanización de la calle Cataluña, que es la vía principal de acceso al centro de salud. A día de hoy, todavía se encuentran con las catas arqueológicas sin tapar. Esta situación ha dificultado la mudanza, ya que la puerta principal del centro de salud, proyectada para la recepción de mercancías, no ha podido ser utilizada, lo que ha enlentecido la recepción y el consiguiente retraso del montaje.

Pese a esta situación, está representando una incomodidad para los trabajadores y también la puede representar para los ciudadanos de esa zona, con lo que, como le comenté a principio de mi intervención, la pretensión es abrir en las próximas semanas el centro de salud, habilitando la entrada por la situación que garantice la mayor seguridad, la seguridad para los pacientes, que es uno de nuestros principales requisitos para la apertura de un centro.

Por otro lado, nosotros esperamos desde la consejería que las obras de urbanización de la calle Cataluña se finalicen lo antes posible, para evitar estas dificultades de acceso a los pacientes que van a acudir a dicho centro de salud.

Muchas gracias.

El señor GARCÍA ANGUIA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Gracias, señor consejero.

Permítame, señora Nieto, antes de pasar a su pregunta que explique a los miembros de la comisión que los medios audiovisuales están a disposición de todos los grupos. El Partido Socialista hizo una petición expresa y por escrito la semana pasada ante el presidente de la comisión, que aceptó que hoy se pudiera utilizar, y lo puede hacer cualquier grupo, no creo que sea necesario que yo les informe, porque cada grupo tiene que estar preparado y saber sus derechos. Pero como he visto comentarios lo explico. Está a disposición de cualquier grupo político. Únicamente con tiempo suficiente para que el presidente lo ordene, se haga un escrito dirigido al presidente de la comisión, que autoriza y da la orden en el servicio correspondiente para que se preparen. Por tanto, si el PSOE lo pidió la semana pasada, el miércoles pasado, lo autoricé y está aquí, ha tenido su derecho y por tanto lo puede hacer cualquier grupo.

10-17/POC-000783. Pregunta oral relativa a falta de atención pediátrica en Valdezorras, Sevilla

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Pasamos a la siguiente pregunta.

Señora Nieto, tiene dos minutos y medio.

La señora NIETO CASTRO

—Gracias, presidente.

La verdad es que es verdad que lo tenemos a nuestra disposición, no habíamos hecho uso de ello. Esto abre un formidable mundo de posibilidades, que a buen seguro exploraremos todos los grupos.

Con relación a la pregunta, consejero, como usted ha visto en la exposición de motivos, hace unas cuantas semanas tuve ocasión de visitar Valdezorras y pasar un rato con los vecinos y las vecinas, y me trasladaban que desde hace ya mucho tiempo venían reclamando que el pediatra, el servicio de pediatría del que disponen durante el año, no se interrumpiera en los periodos de vacaciones, en verano y en Navidades, porque en ese tiempo pues no lo tienen, allí no hay una comunicación de transporte público y esto pues les ocasiona unas dificultades que sería bueno, en la medida de lo posible, paliar, que era lo que nos trasladaban los vecinos que le pidiéramos, la posibilidad de dar continuidad al servicio durante todo el año, y, si era posible, qué fecha baraja usted para poder hacer.

Gracias.

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Gracias, señora Nieto.

Señor consejero.

El señor ALONSO MIRANDA, CONSEJERO DE SALUD

—Gracias, señoría. Señor presidente.

Señora Nieto, la atención pediátrica en el consultorio de Valdezorras se habilitó en su día durante el periodo escolar, dado que la demanda asistencial de la población infantil es mayor en la zona durante dicho periodo, disminuyendo en épocas vacacionales. Es una realidad que constatamos día a día.

Esta población ha disminuido paulatinamente en los últimos años, pasando de 505 niños, como planteaba en su exposición de motivos, en el 2009, a los actuales 406 niños que están adscritos al cupo y asignados al consultorio.

El cupo en Andalucía para pediatría, pactado con las sociedades científicas, es de 1.200 niños; por lo tanto, está muy por debajo del que tienen recogido en el resto de Andalucía. Y esta es la situación que se produce.

El consultorio local de Valdezorras realizó el año pasado 2.794 consultas de pediatría, la media diaria para que se haga una idea durante el periodo no vacacional es de 13,8 en niños, muy por debajo de la media andaluza. Se trata de niños con edades comprendidas entre 0 y 13 años, a los que se les da cobertura sanitaria en el centro durante todo el año, que son atendidos, cuando no está el pediatra, son atendidos por el médico de familia del consultorio o pueden desplazarse a la consulta del centro de salud de Mercedes Navarro, en Alcosa.

Dadas las dificultades que comentábamos para la cobertura de pediatras y el número de niños que existen y la posibilidad de que el médico de familia los pueda atender, esa es la razón por lo que en los periodos vacacionales no existe el servicio de pediatría como tal, pero sí los médicos de familia que están en el centro lo atienden.

Por otro lado, corregir alguna de las cosas que usted planteaba, porque existe una conexión de transporte público realizada por el circular de Macarena Norte C6 —yo tampoco lo sabía—, que es El Gordillo, Valdezorras, Alcosa, Pino Montano, con parada en la puerta del centro de salud del Parque Alcosa.

Este hecho, en cualquier caso, no exime de que sigamos analizando la situación y, cuando se pueda, corregir, pero tenemos que garantizar la existencia en el propio centro de salud de médico de familia, tenida en cuenta la disminución de la demanda asistencial, en este caso, y que puede ser cubierta por los médicos de familia.

Muchas gracias.

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Gracias, señor consejero.

Señora Nieto.

La señora NIETO CASTRO

—Gracias, presidente.

Gracias, consejero, por la explicación. Lo que pasa es que me quedo muy preocupada, porque con lo que usted me ha dicho parece que tiene más ganas de quitar el pediatra que tienen en el tiempo escolar que en reforzarlo para todo el año. Me ha dicho usted que está todo muy por debajo y que parece un disparate.

Yo no dudo de los datos que le han facilitado a usted, pero tampoco puedo dudar de lo que me han facilitado los vecinos que viven allí y me dicen que en el periodo vacacional no hay menos niños. Ya le digo que estoy convencida de que la fuente suya es certera, pero entiendo que también será certera la de las personas, las familias que viven en Valdezorras, que lo que pedían era una continuidad del servicio que tienen, de su disposición durante todo el tiempo.

Nunca ha habido en la barriada un número de niños o de cartillas semejante a la media que usted hablaba como ratio estándar para toda la población. Sin embargo, en su día tomó la decisión de que tuvieran este servicio, y lo tienen, y lo quieren todo el año, porque niños hay allí todo el año, todo el año en una proporción, al parecer, menor de la ratio. Pero, ya le digo, la percepción que tienen los vecinos y las vecinas y lo

que me trasladaban, y seguro que si usted va o alguien de la delegación se lo van a decir como me lo dijeron a mí, es que en verano también están allí los niños y las niñas y que quisieran disponer del pediatra durante todo el año.

Por tanto, yo les voy a tranquilizar y les voy a decir que no, que no les van a quitar el pediatra el resto del año aunque esté por debajo de eso.

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Señoría.

La señora NIETO CASTRO

—Y, luego, pues a ver si se puede estirar usted un poquito con ese tema.

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias.

Señor consejero.

El señor ALONSO MIRANDA, CONSEJERO DE SALUD

—Simplemente era, como saben que acostumbro siempre a hacer una descripción de la situación de la zona, evidentemente, no se nos ha planteado la situación que usted plantea. Pero lo que sí decía es que tenemos que garantizar la atención pediátrica en el centro de salud, la disponibilidad. Y lo que yo le planteo, no hablo de los números de niños que hay, sino de la petición de asistencia sanitaria en verano, y eso le puedo asegurar que es la que disponemos y la que le he comentado, disminuye mucho la petición de asistencia sanitaria y teniendo un pediatra cerca y los médicos de familia que puedan atenderlos, si en algún momento podemos, porque exista disponibilidad de profesionales en paro, pero en esta situación, en la que tenemos que cubrir aquellos sitios donde hay una mayor población y garantizar que ellos, a dos kilómetros y con transporte público, tienen atención pediátrica.

Pero no lo dejamos en el olvido y lo recogemos de forma clara.

Gracias.

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señor consejero.

10-17/POC-000570. Pregunta oral relativa a incidencias en el sistema informático de los hospitales andaluces

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Y volvemos a la primera pregunta ya, en el orden establecido, por el Grupo Popular Andaluz, relativa a incidencias en el sistema informático de los hospitales andaluces.

Señora García, tiene dos minutos y medio.

La señora GARCÍA CARRASCO

—Gracias, señor presidente.

Señor consejero, nos gustaría que nos explicara qué medidas está adoptando la consejería para solucionar los problemas que se han puesto encima de la mesa por el nuevo sistema informático.

A mí me interesan, principalmente, los problemas de conectividad y problemas de alertas, que parece que también hay algunos.

Gracias.

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Gracias, señoría.

Señor consejero.

El señor ALONSO MIRANDA, CONSEJERO DE SALUD

—Gracias, señor presidente.

Señoría, el Servicio Andaluz de Salud cuenta, como usted bien conoce, con una historia clínica única digital, Diraya, que completa, e integrada que garantiza la equidad de la recogida de información y ayuda a homogeneizar la praxis clínica, lo que se ha traducido en importantes beneficios para los ciudadanos.

A este sistema se puede acceder desde todos los centros del sistema sanitario público de Andalucía, por eso no entendía muy bien su pregunta.

Anualmente, en Diraya se registran más de 388 millones de actos sanitarios, 163 millones de recetas. Bueno, puedo seguir dándoles datos de información de lo que se recoge en Diraya, pero el uso de los módulos hospitalarios, puesto que hablaba de primaria, se traduce más de 40.000 profesionales que trabajan diariamente con esta aplicación y 42.000 ingresos mensuales y 38.000 intervenciones quirúrgicas.

En 2016, por decirle un ejemplo, el tiempo de disponibilidad de los sistemas informáticos hospitalarios ha sido del 99,96%, por encima de las métricas estándar de cualquier sistema de información *on line*, y, como cualquier sistema de información, Diraya está en constante evolución, estamos revisando algunas

de las propuestas que nos han hecho los profesionales para incluirlas y periódicamente se realizan actuaciones tanto a nivel tecnológico como funcionales, incorporando nuevas herramientas o mejorando los actuales módulos.

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señor consejero.

Señora García, tiene dos minutos y diez.

La señora GARCÍA CARRASCO

—Gracias, señor presidente.

Señor consejero, yo me refiero a los problemas que son los mismos profesionales los que los ponen encima de la mesa de conectividad. Usted habla de la historia única digital, única y digital se supone que se podría consultar desde todos sitios, pero el problema que existe y que dicen que existe es que Atención Primaria no puede consultar la historia a nivel de hospital, que los chares se han quedado también fuera, en los centros de alta resolución no existe conectividad con el resto de hospitales, ni siquiera entre ellos mismos. Que si un paciente en un chare se hace unas pruebas, esas pruebas no son visibles en el hospital de referencia y tampoco en Atención Primaria.

Me refiero a esa conectividad y a esos problemas, que los profesionales dicen que existen y a los que yo creo que se les debería dar solución.

Y otro de los problemas a los que me refiero son las alertas a fármacos que sí que estaban funcionando muy bien, pero que en algunos de los cambios o en algunas de las renovaciones del sistema informático parece ser, parece ser que ahora hay algún problema y dan algún problema en esas alertas farmacológicas.

Y en introducir algunas nuevas, como, por ejemplo, y algunos profesionales también lo dicen, que el sistema pudiera alertar de incompatibilidades farmacológicas en enfermos polimedicados y pluripatológicos. Por ejemplo, sería algo muy bueno, se ahorraría mucho tiempo a los profesionales y seguridad a la hora de los tratamientos.

Entonces, estos problemas que ponen encima de la mesa los profesionales son problemas que ahorran tiempo a la hora del diagnóstico, que hacen que los pacientes no vayan al chare y luego les tengan que repetir las mismas pruebas en el hospital, o que les hayan hecho pruebas en Atención Primaria y que se las tengan que volver a repetir en el hospital. Es lo que dicen los profesionales: que no existe una unificación real.

Y eso supone también, por supuesto, un ahorro para el sistema.

Así que, señor consejero, me gustaría que nos aclarara exactamente esos errores en la conectividad entre Atención Primaria, hospitales y centros de alta resolución, y el problema, que parece ser que hay, con las alertas farmacológicas y si se pueden introducir nuevas alertas.

Gracias.

El señor GARCÍA ANGUIA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señoría.

Señor consejero.

El señor ALONSO MIRANDA, CONSEJERO DE SALUD

—Gracias, señor presidente.

Señoría, le recuerdo que tanto los hospitales del SAS como los de las agencias sanitarias y los centros de salud pueden compartir la información de los siguientes módulos que le voy a comentar: prescripción farmacéutica, diagnóstico por la imagen, historia clínica digital y movilidad del 061, tratamiento anticoagulante oral y pacientes pluripatológicos.

Los centros de salud de Atención Primaria tienen acceso a las historias del hospital. De hecho, como ya les comenté en alguna ocasión, ahora se ha desarrollado incluso un aviso, cuando un paciente ingresa en el hospital lo pueden ver desde Atención Primaria.

Lo que sí comenta, y estamos en fase de mejorar la interoperabilidad entre los centros de las empresas públicas empresariales sanitarias y lo que es la historia única digital, ahí estamos trabajando en la interoperabilidad, es la única parte que queda por desarrollar. Y me imagino que se referiría a eso, pero los módulos que ya le he comentado están en marcha y seguiremos desarrollándolos para que todas las empresas públicas que sí tienen acceso a Diraya, pero que el resto de los centros puedan tener acceso a toda su historia.

En ese camino sí estamos trabajando.

Lo que comentaba de las alertas. Todo el mundo que hace la prescripción electrónica en los centros, tanto hospitalarios como de primaria, las alertas saltan y están recogidas si se han puesto. Es verdad que, si no se hace la prescripción electrónica, hay que ir a la historia a mirarlo. Pero lo que nosotros pretendemos de forma clara y lo que hay que hacer es realizar la prescripción electrónica. En cualquier caso, atendiendo a lo que usted comentaba, estamos buscando fórmulas que hagan más evidentes todo tipo de alertas. Y, evidentemente, lo que plantea, y nos han planteado también los profesionales, de seguir incrementando el número de alertas en los nuevos módulos se va a recoger, puesto que todo lo que redunde en beneficio de la seguridad del paciente comparto con usted que debemos avanzar. Pero que las alertas, en el caso de la medicación todo lo que está prescrito electrónicamente, y todo debe prescribirse electrónicamente, existe alerta de que existe, cuando existe cualquier tipo de alergia a ese fármaco, es necesaria la prescripción electrónica evidentemente.

Gracias.

El señor GARCÍA ANGUIA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señor consejero.

10-17/POC-000602. Pregunta oral relativa a nuevo chare en Morón de la Frontera, Sevilla

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Pasamos al grupo de tres preguntas presentadas por el Grupo Parlamentario Ciudadanos, la primera de ellas relativa al nuevo chare en Morón de la Frontera, Sevilla.

Señora Escrivá, tiene dos minutos y medio.

La señora ESCRIVÁ TORRALVA

—Muchas gracias, señor presidente.

Morón es una de las poblaciones sevillanas más alejadas de la capital. En los últimos años esta localidad ha experimentado un gran crecimiento infantil, de manera que la pirámide de población de Morón tiene dos picos: uno, las personas mayores; y otro, los menores de 14 años. Esta población de más de 28.000 habitantes tiene que ir a urgencias al hospital de Valme, situado a más de sesenta kilómetros.

Desde hace años esta consejería es consciente de que se necesita mejorar el servicio de Atención Primaria, en especial el pediátrico, y un servicio de urgencias también mejor.

Ya en el 2009 la consejería prometió un nuevo chare al quedar el actual pequeño para poder realizar la necesaria ampliación de personal. La construcción de un nuevo chare descongestionaría las urgencias de Valme, daría un mejor servicio a Morón y otras poblaciones vecinas y, sobre todo, atendería de forma adecuada a la población infantil.

Pero es que además, señor consejero, el actual chare comparte instalaciones con una residencia de mayores, que también se ha quedado pequeña. Con lo que, aparte de los beneficios sanitarios, construir un nuevo chare permitiría ampliar la oferta de la residencia.

Ante todo esto le pregunto: ¿tiene previsto esta consejería hacer un nuevo chare en esta legislatura, como usted se comprometió ya hace un año, evitando así desplazamientos innecesarios?

Muchas gracias.

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Gracias, señoría.

Señor consejero.

El señor ALONSO MIRANDA, CONSEJERO DE SALUD

—Señoría, la construcción de un nuevo centro hospitalario en Morón de la Frontera está entre las previsiones y compromisos de la Consejería de Salud, y así se recoge en el protocolo firmado con el Ayuntamiento de Morón en 2016, y ahí puede escuchar mis declaraciones en ese ámbito y ajustarse a la realidad.

El ayuntamiento se comprometió a ceder unos terrenos para la construcción de un centro hospitalario, esta cesión estaba condicionada a la aprobación definitiva del Plan General de Ordenación Urbana —como usted preguntaba también si teníamos la parcela adecuada—. Este plan fue aprobado provisionalmente con fecha 13 de agosto de 2009 y en el contenido del mismo se recogía un terreno identificado para uso sanitario.

Los servicios técnicos del Servicio Andaluz de Salud en el pasado mes de marzo realizaron una primera visita de inspección a los terrenos propuestos por el ayuntamiento, se comprobó que las características topográficas, físicas y de accesibilidad a los mismos son adecuadas, aunque es necesario un estudio más exhaustivo sobre otras cuestiones, como las características geotécnicas, servidumbres, propiedad de los terrenos, etcétera.

Las redes de infraestructuras se encuentran a poca distancia del terreno y, por tanto, los suministros estarían también resueltos. Como hacemos siempre que se ofertan unos terrenos para uso sanitario, es necesario hacer un estudio muy preciso de las actividades industriales que se realizan en el entorno para comprobar que las mismas no suponen algún tipo de riesgo en lo que se refiere a seguridad o contaminación.

Por otro lado, decirle que los ciudadanos de Morón, afortunadamente, cuando necesitan una urgencia tienen las urgencias de Atención Primaria en Morón, no tienen que desplazarse al hospital de Valme, salvo que un médico de Atención Primaria se lo indique. Eso es una realidad. Es que hizo una manifestación que puede generar cierta alarma, que era que no se podía atender, que no se atendían las urgencias en ese ámbito.

Y, por cierto, recordarle que en el centro de salud también existe atención pediátrica y que los profesionales de medicina de familia están capacitados para atender las urgencias que se puedan presentar en el ámbito pediátrico y derivarlas si así lo consideran oportuno, como sucede en otros muchos hospitales comarcales o de alta resolución. Pero sí es un objetivo realizar el chare de Morón de la Frontera.

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Gracias, señor consejero.

Señoría, tiene un minuto.

La señora ESCRIVÁ TORRALVA

—Señor consejero, no nos ha avanzado nada respecto a la noticia del año pasado, sigue diciendo que está en sus previsiones pero no da fecha concreta. ¿No puede avanzar alguna fecha? No le pido el día, pero sí por lo menos el trimestre.

Y respecto a las urgencias pediátricas, decirle que es una preocupación vecinal. Vamos, de hecho se ha creado una plataforma vecinal no solamente con, bueno, con personas de Morón, sino también de Coripe, de Puertollano, y de otras muchas localidades vecinas. Entonces, bueno, ya sé que el problema de pediatras es un tema que aquí es frecuente, pero a ver si podrían, mientras tanto se construye el chare nuevo, por lo menos solucionar el tema de las urgencias pediátricas, que, aunque un médico de familia puede atender, sí que es verdad que es preferible que sea un pediatra.

Muchas gracias.

El señor GARCÍA ANGUIA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señoría.

Señor consejero, tiene medio minuto.

El señor ALONSO MIRANDA, CONSEJERO DE SALUD

—No es que los médicos de familia puedan aprender, es que saben. Lo digo porque muchas veces estamos poniendo en cuestión el papel de los médicos de familia y recuerde que entre sus rotaciones está por pediatría, y decírselo de forma clara.

Evidentemente, yo ya saben que los plazos los digo cuando los tenga seguros, y eso haremos y se los comentaremos. Si esta es la prioridad, cuando se aprueben los presupuestos ya podré adelantarles en qué momento se puede hacer, pero si está, y el protocolo así lo dice, y me remito a lo que planteé el día de la firma del protocolo.

Muchas gracias.

El señor GARCÍA ANGUIA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señor consejero.

10-17/POC-000604. Pregunta oral relativa a contrataciones en el Centro Regional de Transfusiones Sanguíneas

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Pasamos a la segunda pregunta de Ciudadanos, en esta ocasión relativa a contrataciones en el Centro Regional de Transfusiones Sanguíneas.

Señora Albás, tiene dos minutos y medio.

La señora ALBÁS VIVES

—Gracias, presidente.

Señor consejero, los trabajadores de los equipos de colectas de sangre del CRTS de Cádiz, desde su inicio el 1 de junio de 1989, fueron contratados a tiempo parcial al 50%, tanto médicos como enfermeros, siendo esa política la mantenida hasta la actualidad. Los celadores y conductores sí que han estado siempre contratados al 100%.

Esta situación, la situación en la que se encuentran estos médicos, se ha ido perpetuando hasta hoy. Y cada vez que han solicitado ellos al Gobierno, a la Consejería de Salud, el paso al 100%, dicen que les han indicado la imposibilidad por unos motivos u otros. En febrero, bueno, pues, la realidad es que dicen que están sufriendo un agravio comparativo con el resto de centros regionales de transfusión sanguínea de Andalucía, porque solamente aquí en Cádiz están contratados al 50% y en el resto al 100%.

Y la pregunta es clara, concreta y concisa: ¿por qué están contratados al 50%? Y si tienen voluntad de contratarlos al 100%.

Muchas gracias.

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señoría.

Señor consejero.

El señor ALONSO MIRANDA, CONSEJERO DE SALUD

—Gracias, señoría.

Señoría, yo voy a ser claro y conciso al final, como usted. Voy primero a plantearle un poco por qué esto sucede. La organización de cada centro regional de transfusiones sanguíneas se ha ido adaptando a las particularidades de cada provincia. Hay provincias cuyos centros realizan colectas con un gran número de donantes y por tanto necesitan tiempos de colecta con adaptación de los horarios de profesionales. Hay provincias, como es el caso de Málaga, que al tener municipios de mayor población, contra lo que pueda parecer, la promoción y captación de donantes es más compleja, y necesitan realizar un alto número de colectas con el mismo rendi-

miento para obtener las donaciones de sangre necesarias, obtener más captación. Por ello ha tenido una mayor necesidad de mantener un mayor número de profesionales que el resto de provincias, porque tiene más profesionales pero los tenía a tiempo parcial, como usted bien decía. Los celadores y demás, como comparten los sitios, lógicamente están a tiempo completo. Simplemente esa era la razón por la que Cádiz lo mantenía.

Pero ya por ser concreto, como ya le he comentado cuál es la razón, de hecho la media de donaciones por colecta era de 41 en 1993, y en 2016 de 40,30. Entonces, tenemos que cambiar esa situación, les hemos pedido que se reorganicen. Y nuestro objetivo, y así lo hemos hablado con los sindicatos, es pasarlos al cien por cien, como el resto de los sitios, obedeciendo a las peculiaridades puntuales que puedan surgir.

Gracias.

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Gracias, señor consejero.

Señora Albás, tiene un minuto.

La señora ALBÁS VIVES

—Simplemente darle las gracias, y que seguro que van a recibir de forma positiva la contestación suya para realmente poder estar en igualdad con el resto de compañeros que ejercen su misma profesión en el resto de Andalucía.

Muchas gracias.

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias.

Señor consejero, tiene la palabra.

El señor ALONSO MIRANDA, CONSEJERO DE SALUD

—Simplemente comentarle, que como ya he sido tan conciso y tan claro, repetir lo que he dicho, que tenemos, y así estamos hablando con los sindicatos y negociando para proceder a esa situación. Y primero hay que cambiar la organización para garantizar las colectas de sangre en la provincia de Cádiz.

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señor consejero.

10-17/POC-000651. Pregunta oral relativa a listas de espera en el hospital de Los Morales

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Siguiente pregunta, del Grupo de Ciudadanos, relativa a listas de espera en el hospital de Los Morales. Señora Albás.

La señora ALBÁS VIVES

—Gracias, señor presidente.

Señor consejero, usted sabe, el hospital de Los Morales, de Córdoba, tiene una Unidad del Dolor. Y el problema es que están dando cita para la Unidad del Dolor a año o año y meses, y dos meses. Entonces, desde Ciudadanos pensamos que lógicamente esas personas que no pueden ser tratadas de otra forma, sino que tienen que derivarlas a la Unidad del Dolor, porque tendrán que darles o bien morfina o bien cualquier otro tratamiento para poder paliar y hacer más soportable la patología, o sea, el padecimiento de esa patología, pues la verdad que no vemos con acierto que tengan que esperar tantos y tantos meses para poder tener una solución.

Y mi pregunta es: ¿van a llevar a cabo algún tipo de medida para solucionar estos tiempos de espera en la Unidad del Dolor?

Gracias.

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señoría.

Señor consejero.

El señor ALONSO MIRANDA, CONSEJERO DE SALUD

—Gracias, señor presidente.

Señoría, como usted bien decía, en el hospital de Los Morales existe una Unidad del Dolor dependiente de la Unidad de Gestión Clínica de Anestesia y Reanimación del hospital Reina Sofía. Como consecuencia de los análisis que realizamos para detectar los márgenes de mejora de los servicios sanitarios, se valoró que debían aplicarse en esta unidad actuaciones para reducir la demora, y por tanto el tiempo de espera, con la incorporación de la unidad a los sistemas de citación e historia clínica corporativa del hospital Reina Sofía. A partir de agosto de 2016 se pusieron en marcha un conjunto de medidas de mejora, redefiniendo su cartera de servicios y reduciendo las demoras al implantarse progresivamente la citación electrónica y las historias clínicas. La aplicación de estas medidas ha tenido efectos positivos en el funcionamiento de la Unidad del Dolor y en la mejora en la calidad asistencial sanitaria a los usuarios, reduciéndose en el 50% la demora, y es-

tando ya todos los pacientes del 2016, ya todos están citados, y la previsión es que a lo largo de los próximos meses la demora sea inferior a los 60 días.

Gracias.

El señor GARCÍA ANGUIA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Gracias, señor consejero.

Señoría.

La señora ALBÁS VIVES

—Gracias.

Agradezco su contestación. No la pongo en duda en absoluto, pero casualmente un conocido mío me llamó hace un mes para contarme otra situación, que le estaban dando cita para dentro de un año. Entonces, me gustaría, pero ya, bueno, es una situación personal. Sé que ha pasado en más casos. Me alegra enormemente que realmente estén tomando medidas, que se vaya a reducir el tiempo de espera en 60. Usted sabe que aun así son muchos días, porque el dolor que sufren estas personas, pues, es realmente insoportable. Y sí que le pediría que si puede realmente, como si dijéramos, supervisar de una forma un poquito más específica esta situación, pues se lo agradecería.

Gracias.

El señor GARCÍA ANGUIA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señoría.

Señor consejero.

El señor ALONSO MIRANDA, CONSEJERO DE SALUD

—Gracias, señor presidente.

Sí, revisaremos la situación porque los datos a día de hoy son los que le he comentado, pero en cualquier caso revisaremos, por si hay una situación que se produzca, porque nuestro objetivo está claro.

Y recordarle que la atención al dolor no solo se hace en las Unidades del Dolor de los hospitales, se hace desde la Atención Primaria hasta el ámbito de otras especialidades. Y son los pacientes que tienen ya una situación que no son capaces de corregirlos los que acuden a estas unidades. Por eso es para nosotros, pero en el tiempo de espera están siendo tratados por el resto de las unidades. Pero es una prioridad darles respuesta lo más rápido posible.

Entre las actuaciones que se realizaron se incrementaron las citas que se hacían, que eran de 124 a 260 citas al mes. Se revisó la cartera de servicios, eliminando las actuaciones que se pueden realizar en otros niveles asistenciales, como por ejemplo las infiltraciones articulares, que se pueden hacer perfectamente en

Traumatología; la actualización de los protocolos de derivación con los hospitales demandantes para que remitan ya con pruebas y tal y sea mucho más rápido el poder iniciar el tratamiento, y la creación de una comisión de seguimiento para evaluar la actividad. Pero estaremos encima de este tema.

Muchas gracias.

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señor consejero.

10-17/POC-000735. Pregunta oral relativa a asistencia sanitaria de urgencias en Antequera y comarca

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Pasamos a la siguiente pregunta, en esta ocasión del Grupo Parlamentario Popular, relativa a asistencia sanitaria de urgencias en Antequera y su comarca.

Tiene la palabra.

La señora CARAZO VILLALONGA

—Muchas gracias, señor presidente.

¿Qué medidas tiene previsto adoptar la Consejería de Salud para mejorar la asistencia sanitaria de urgencias en el municipio malagueño de Antequera y en su comarca?

Gracias.

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señoría.

Señor consejero.

El señor ALONSO MIRANDA, CONSEJERO DE SALUD

—La distribución de los recursos destinados a la atención urgente extrahospitalaria en el área de gestión sanitaria norte de Almería, así como la ubicación de los recursos y sus criterios de disponibilidad están recogidos en el Plan Operativo de los Dispositivos de Urgencias y Emergencias, según el cual en la comarca de Antequera existen ahora mismo 12 equipos de atención a urgencias con sus correspondientes unidades móviles. En concreto, el término municipal de Antequera está permanentemente cubierto por dos equipos dotados de, en el conjunto de la zona básicas, de ambulancia medicalizada, médico y enfermera, que funcionan 24 horas al día los 365 días del año, además de las urgencias hospitalarias. Uno de ellos, durante las horas de mañana está ubicado en el municipio de Molina. Lo que se ha hecho es un análisis y una modificación de los puntos de actuación, y una revisión conjunta por parte del área sanitaria de cuál es la actividad, hablando con los profesionales y la respuesta que se debe realizar.

Muchas gracias.

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señor consejero.

Señoría.

La señora CARAZO VILLALONGA

—Muchas gracias, señor presidente.

La comarca de Antequera, consejero, tiene un término municipal muy extenso, 700 kilómetros, y casi 100.000 habitantes, con comunicaciones que son complicadas, consejero, usted lo sabe. Se trata de una comarca que debería, con estas características, contar con una asistencia adecuada y suficiente, acorde a sus necesidades. Y sin embargo no es así, consejero.

La ciudad de Antequera cuenta con 42.000 habitantes. Solo cuenta con una ambulancia medicalizada. En ocasiones esta ambulancia debe desplazarse, llevando pacientes al hospital de la ciudad de Málaga, perdiéndola la ciudad. Además, consejero, la única ambulancia se encuentra en el hospital, en el polígono de la ciudad, a 12-15 minutos como mínimo del casco urbano. Oficialmente existe un segundo equipo asignado, usted lo ha dicho, pero tiene su base en Mollina, a más de 25 minutos de Antequera, consejero. Ante esta situación, y ante una emergencia, esta ambulancia está disponible o no, se le resta entonces a Mollina. En todo caso tarda más de 10 minutos, consejero, en llegar al centro urbano de Antequera. Se escapa de todos los protocolos, del protocolo del 061, y se escapa del sentido común, consejero. Se escapa del sentido común. Usted sabe que el tiempo es fundamental ante cualquier urgencia o ante cualquier emergencia. Se multiplican los factores de riesgo, consejero, y esto debería preocuparle.

Esta no es una propuesta del Partido Popular ni una demanda del Partido Popular, usted sabe que es una demanda social, un clamor social en Antequera. Se lo han dicho los sindicatos médicos, los profesionales; se aprobó una moción en el Pleno del Ayuntamiento de Antequera por unanimidad de todos los grupos políticos; se aprobó en esta comisión una proposición no de ley el pasado 1 de diciembre, instándole a lo que hoy le volvemos a pedir, consejero, una ambulancia más para la ciudad de Antequera. Y, por favor, el desplazamiento de la ambulancia que actualmente está en servicio y funcionando al centro de salud, y no en el hospital como está.

Consejero, debería preocuparle, es urgente, es un clamor social y le garantizo que el asunto es muy grave, consejero. Ponga interés en esta situación para resolverla.

Gracias, presidente.

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señoría.

Señor consejero.

El señor ALONSO MIRANDA, CONSEJERO DE SALUD

—Gracias, señor presidente.

Señoría, la segunda propuesta que usted realizaba creo que me la ha oído a mí como ya una solución en la primera.

[Intervención no registrada.]

No, no, no que se estaba estudiando, ahora se lo cuento.

Se han puesto en marcha una serie de medidas de mejora para la asistencia sanitaria de urgencias, como son el cambio de ubicación de uno de los dispositivos móviles de Antequera, que era lo que le comentaba al principio, que actualmente se encuentra en el hospital, para llevarlo al centro de salud, acercando así al casco urbano el recurso en la franja horaria de mayor actividad en esta zona. Dicho cambio tendrá lugar a partir el lunes 22 de mayo.

Y, por otro lado, también se ha puesto en marcha la implantación de la historia digital en movilidad, que permitirá que cualquier profesional sanitario dentro de la ambulancia pueda ver la historia digital del paciente, lo cual facilita la atención.

Pero sí me gustaría decirle algunos datos importantes en la atención de Antequera, y decirle que estamos evaluando las diferentes actuaciones, evidentemente de la mano de los profesionales de 061.

Pero voy a comentarle algunos datos. El equipo móvil con base en Antequera operativo las 24 horas del día tiene una media de ocho activaciones diarias, así que solo hace ocho activaciones al día, de las cuales la media diaria de prioridades uno —sabe que las prioridades uno son las de riesgo vital— es de una al día, vamos, de 0,93 en concreto. El segundo equipo móvil, con base en Mollina, desde las 9 a las 20 horas, y en Antequera, desde las 20 horas hasta las 8 de la mañana, tiene una media de 6 activaciones al día, de las cuales menos de una, en este caso 0,70, son de prioridad uno. Evidentemente, los datos aparentemente muestran un número de dispositivos adecuado que debería modificarse, pero, como usted plantea, y evidentemente en el plan de urgencias estamos reevaluando y revisando la atención y con las modificaciones que hemos hecho seguiremos mirando a ver si la respuesta es la adecuada para la población de Antequera.

Muchas gracias.

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señor consejero.

10-17/POC-000799. Pregunta oral relativa a recursos para prevenir y combatir las infecciones de transmisión sexual (ITS) en Andalucía

El señor GARCÍA ANGUIA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Pasamos a la siguiente pregunta del Grupo Parlamentario Podemos, relativa a recursos para prevenir y combatir las infecciones de transmisión sexual en Andalucía.

Señor Gil.

El señor GIL DE LOS SANTOS

—Gracias, señor presidente.

Las enfermedades de transmisión sexual en Andalucía están lejos de dejar de ser un problema. Es evidente que para disminuir su transmisión resulta imprescindible aumentar los recursos para educación sanitaria, así como para facilitar el cribado rutinario del VIH y tratamiento precoz de todas las infecciones de transmisión sexual, ITS, tanto sintomáticas como asintomáticas.

En concreto, al centro de ITS de Sevilla se dirigen personas de Sevilla, Huelva, Córdoba y Cádiz, por lo que atiende a un volumen de pacientes por encima de su capacidad de recursos, por falta de este tipo de centros especializados en sus provincias.

Señor consejero, ¿va a tomarse en serio la Consejería de Salud la salud comunitaria en Andalucía, dotando de más recursos a la Atención Primaria en prevención de estas enfermedades de transmisión sexual y transmitir esa información que es fundamental para que esta no se produzca, así como invirtiendo en los centros específicos de infecciones de transmisión sexual, ITS?

Gracias.

El señor GARCÍA ANGUIA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señoría.

Señor consejero.

El señor ALONSO MIRANDA, CONSEJERO DE SALUD

—Gracias, señor presidente.

Señoría, en primer lugar, expresarle que la Consejería de Salud tiene como una de sus prioridades las políticas de salud pública y, por tanto, es un compromiso permanente que se manifiesta en muchas estrategias que ponemos en marcha. Por otro lado, decirle que el incremento de las enfermedades de transmisión sexual no es una situación de Andalucía, como usted conoce y se podría deducir de sus palabras, sino que es a nivel de todo el mundo desarrollado, por diferentes causas que usted conoce y, si no, con mucho gusto le comento y le explico.

En el caso de las infecciones de transmisión sexual contamos desde el año 2010 con un plan frente al VIH-Sida y otras infecciones de transmisión sexual, como usted conoce, que se llama Pasida, y el plan contiene acciones tanto de prevención como de diagnóstico precoz de estas infecciones, tanto en el ámbito de la atención primaria como la hospitalaria, como los espacios comunitarios, fundamentalmente en el ámbito educativo, donde se están desarrollando programas conjuntos, y también en colaboración con más de cincuenta entidades sociales de nuestra comunidad. Y, evidentemente, hay que reconocer el papel que juegan para un determinado grupo de población, y después tendré oportunidad de comentárselo, los centros de enfermedades de transmisión sexual.

El señor GARCÍA ANGUIA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señor consejero.

Señoría.

El señor GIL DE LOS SANTOS

—Gracias, señor consejero.

Sí, muy cierto que el sida se ha convertido en una enfermedad crónica en la que hay una supervivencia con los antirretrovirales actuales de los pacientes. Entonces hay una pérdida del miedo a esta enfermedad y, por tanto, hay más sexo inseguro, sin protección y, por lo tanto, posibilidad de contraer sida y otras enfermedades sexuales, y, por tanto, eso está aumentando la incidencia no solamente en Andalucía sino en otros territorios.

Yo lo que le pregunto en concreto es sobre los medios de información y aquellos centros especializados que tienen que verse complementados con la Atención Primaria, que es el órgano específico para mayor información, aunque por la sensibilidad del tema es cierto que, por eso la razón de ser de esos centros de información de infecciones de transmisión sexual.

La pregunta concreta es que cuántos medios se van a reforzar sobre estos centros y si va a haber algún plan de refuerzo especial a través de los centros ya existentes en Atención Primaria, que, por lo tanto, necesitarán una inversión, menos recursos que poner en marcha nuevos centros de ITS en otras provincias.

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.

Aclaro, señor Gil, que a veces las palabras le traicionan. Cuando dice que los centros de enfermedades de transmisión sexual se completan con la primaria, será al revés, me imagino, porque no vamos a estar usted y yo hablando todo el tiempo de que la primaria debe ser el centro, y ahora decir que el centro deben ser los centros de enfermedades de transmisión sexual, por eso me imaginaba que era una traición de las palabras y de la mente, y no su pensamiento claro.

Sabe que un objetivo claro de esta consejería, y lo hemos planteado con el plan de renovación de la Atención Primaria, es potenciar todas las actividades de prevención desde el ámbito de la Atención Primaria. Los centros de enfermedades de transmisión sexual surgieron para atender con carácter totalmente anónimo a aquella gente que le resultaba complicado acceder a los centros de salud por situaciones especiales y grupos de alto riesgo. Y, evidentemente, tienen un papel muy importante y tenemos que garantizar que sigan desarrollando ese papel. Y son los centros de Atención Primaria los que tienen que hacer las políticas de prevención para eso. Dentro del plan de renovación de la primaria es uno de los papeles importantes, y eso requiere incrementar los recursos en Atención Primaria. Pero también decirle que hay otras actividades relacionadas con el ámbito educativo y que se desarrollan en el ámbito de la salud pública, como son el programa Forma Joven, donde se intenta sensibilizar a los jóvenes en el ámbito educativo, que es donde están, y con la participación de otros jóvenes para sensibilizarlos sobre el uso y la práctica de un sexo seguro, que es importante en este ámbito.

Por otro lado, en los centros de salud pública se facilitan test rápidos de diagnóstico precoz dual, de VIH y sífilis, a las entidades que trabajan, las 50 que le comentaba anteriormente, en el ámbito de la prevención de enfermedades de transmisión sexual, para poder actuar lo más rápido posible en las situaciones que se puedan producir.

Y decirle también que vamos a incorporar, como desarrollo del plan de prevención, actuaciones de diagnóstico precoz en el caso de realización de pruebas serológicas de VIH de manera oportunista a la población de 18 a 64 años en las consultas de Atención Primaria, cuando acuda población en aquellos ámbitos donde sea superior al 0,4% la prevalencia de esta enfermedad.

Muchas gracias.

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Gracias, señor consejero.

10-17/POC-000814. Pregunta oral relativa a petición de cita previa con la enfermera de referencia

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Pasamos a la siguiente pregunta, en esta ocasión del Grupo Parlamentario Socialista, relativa a petición de cita previa con la enfermera de referencia. Señor Vargas, tiene dos minutos y medio.

La señora VARGAS RAMOS

—Gracias, señor presidente.

Señor consejero, recientemente le hicimos una pregunta sobre la gestión de citas con enfermería de Atención Primaria a través del servicio de Salud Responde. Y hoy, de nuevo, quiero preguntarle sobre el avance, por ese nuevo paso y por esa nueva apuesta que hace Andalucía por la enfermería, puesto que los andaluces y andaluzas podrán ya pedir cita con su enfermera de referencia o su enfermera de familia en los centros de Atención Primaria de nuestra comunidad autónoma. Además, es importante aclarar que la organización sanitaria de cada país y también de cada región es distinta y muy diversa, ya que ordenan y organizan sus recursos humanos y la respuesta asistencial de acuerdo a las necesidades de la población y también, como es lógico, a la satisfacción ciudadana. Y en Andalucía se da el caso que tanto el trabajo de la enfermería como la asistencia sanitaria prestada por nuestro sistema sanitario público tienen las valoraciones más altas del conjunto del Estado.

Y en este sentido, señor consejero, y, lógicamente, como enfermero que soy, quisiera poner en valor el apoyo y la apuesta que hace el Gobierno andaluz por la enfermería dentro de nuestra sanidad pública y por continuar avanzando en la capacidad de estos profesionales para dar respuesta a las necesidades de la ciudadanía.

Porque quisiera recordarles, entre otros avances de este colectivo en Andalucía, el papel que juega la enfermería en ese plan de renovación de la Atención Primaria, el desarrollo de las especialidades de enfermería, la apuesta por las prácticas avanzadas en cuidados, y no se nos puede olvidar que Andalucía fue la primera comunidad autónoma en el desarrollo normativo de la prescripción enfermera.

Por tanto, es un acierto apostar por la enfermería, puesto que es hacerlo por esos profesionales que desarrollan su labor en estrecho contacto con el paciente, al igual que también es acertada la apuesta del Gobierno andaluz por la Atención Primaria, que es la más cercana a las personas y que permite la detección temprana de las enfermedades y también poder educar en salud.

Por eso, nuestra pregunta, señor consejero, es en qué consiste este nuevo servicio y qué objetivos se persiguen con el mismo.

Muchas gracias.

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señoría.

Señor consejero.

El señor ALONSO MIRANDA, CONSEJERO DE SALUD

—Gracias, señor presidente.

Señoría, como enfermera que es usted, seguro que conoce perfectamente el tema.

Decirle, en primer lugar, que ayer, y creo que es importante para el trabajo de la enfermería, ayer en el Senado parece que se hizo un planteamiento para modificar la prescripción enfermera, que podrá por fin, espero, sacar adelante la prescripción con el pacto de todas las profesiones sanitarias.

Señoría, como ya le he planteado en esta cámara en diversas ocasiones, la Consejería de Salud está desarrollando una estrategia de renovación de la Atención Primaria y, a la vez, está desarrollando el plan de cuidados en enfermería, el PiCuida, que el plan de renovación de la primaria tiene como objeto principal responder a las necesidades y expectativas de la ciudadanía mediante una atención integral, personalizada, accesible y con la mayor capacidad y calidad de la respuesta.

Entre las respuestas incluidas en esta estrategia se encuentra el recuperar el equipo básico médico-enfermera de familia como unidad funcional. Así, desde el 25 de febrero de este año, se integraron en la base de datos de usuarios la totalidad de las claves enfermeras y las claves de equipo, consolidando así un cambio en el modelo de equipo asistencial, volviendo al equipo básico médico-enfermera y, por tanto, una modificación importante en la organización interna de los centros de salud. Ya se han configurado estos equipos y en la actualidad existen 4.807 equipos asistenciales, compuestos por profesionales médico y enfermera de referencia.

Antes de la implantación de estos equipos, los usuarios del sistema sanitario público de Andalucía podían identificar a su médico de familia, con quien podían solicitar cita a través de los distintos canales activados al respecto. En la actualidad, también pueden identificar a su enfermera de referencia y solicitar cita directamente a través de estos mismos canales. Desde el día 7 de marzo de 2016, en que se puso en marcha la cita previa con la enfermera de referencia, cada día se solicitan en torno a 2.300 citas de forma telemática mediante Intersas y Salud Responde. En total, desde marzo de 2016 se han solicitado 852.000 consultas a enfermería, con lo cual puede hacerse una idea de lo importante y de lo bien recibido que ha sido por la ciudadanía.

En este mes de mayo, la Consejería de Salud ha puesto en marcha una campaña bajo el lema *Tu enfermera te cuida. Cerca de ti*, con el objeto de divulgar la labor de los profesionales de enfermería en los centros de Atención Primaria como una de las acciones prioritarias en la estrategia de renovación de la Atención Primaria.

Los profesionales de enfermería de Atención Primaria ocupan un papel prioritario en la atención a las personas y, sobre todo, en la atención a sus cuidados debemos seguir trabajando para que implementen sus competencias, y ese es el objetivo de esta consejería.

Muchas gracias.

El señor GARCÍA ANGUIA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señor consejero.

10-17/POC-000816. Pregunta oral relativa a consecuencias para Andalucía del Proyecto de Ley de Presupuestos Generales del Estado para 2017

El señor GARCÍA ANGUIA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Pasamos a la siguiente pregunta, también del Grupo Socialista, relativa a consecuencias para Andalucía del Proyecto de Ley de Presupuestos Generales del Estado para 2017.

Señora Maese, tiene dos minutos y medio.

La señora MAESE VILLACAMPA

—Señor presidente.

Señor consejero, los Presupuestos Generales del Estado para 2017 son muy malos para Andalucía. Solo una cifra, y bien rotunda: en Andalucía, este año, el Gobierno central ha recortado la inversión en nuestra comunidad autónoma en un 36,6% con respecto al año anterior. La cacareada recuperación económica no llega a las familias. Los presupuestos bajan los gastos y suben los ingresos, reducen la partida para desempleados, se mantienen los copagos sanitarios y los pensionistas y empleados públicos pierden poder adquisitivo.

Una foto cruda de las políticas del Partido Popular, porque es precisamente en los Presupuestos Generales del Estado donde se ven las prioridades de un Gobierno, y está claro que el Gobierno del Partido Popular sigue olvidándose de que la recuperación económica tiene que ser una realidad cuando llegue a todo el mundo y no solamente a unos pocos.

Para el Partido Popular, la recuperación de derechos tampoco es una cosa de especial importancia. Un ejemplo es la infradotación de recursos en las partidas del Ministerio de Sanidad. El PP destina este año a la sanidad una cuantía por debajo del 5,9% del producto interior bruto, una cifra que se mantiene muy lejos de las que destinan otros países del entorno.

Un presupuesto en sanidad de 4.093 millones de euros, el dato más alto, desde luego, desde que el PP está en el Gobierno, sí, pero es una cifra que aún está muy lejos del presupuesto de 2011, un presupuesto socialista que, ya en plena crisis, destinaba 170 millones de euros más a la sanidad.

En concreto, en el programa de prestaciones sanitarias y farmacia, se ha dotado de 3,76 millones de euros para la equidad y la cohesión en la compensación por la asistencia sanitaria, una partida ridícula, aunque también hay que reconocer que es de agradecer, porque hay que recordar que el Partido Popular fue capaz de eliminarla de un plumazo en los presupuestos anteriores. Una gran sensibilidad.

Ya el PSOE pidió en agosto de 2015 que se recuperara este fondo de cohesión, dotándolo con 200 millones de euros. A día de hoy, ya nos conformamos con 100, entendiéndola como una asignación mínima para una adecuada compensación.

Y recuerdo, además, que en el acuerdo de investidura del Partido Popular y Ciudadanos se preveía para ello una cantidad de 100 millones, otro engaño más del Partido Popular: de 100 millones a menos de 4.

Así que, señor consejero, a nuestro grupo le gustaría saber las consecuencias que tendrá para Andalucía el Proyecto de Ley de Presupuestos del Estado para 2017 en lo que se refiere a estos fondos de cohesión.

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.

Señoría, en primer lugar, decir que los Presupuestos Generales del Estado influyen en el sistema sanitario público de Andalucía, pero también en el conjunto del sistema nacional de salud, por esa limitación de los fondos de cohesión, que es acorde con la limitación de los fondos de cooperación interterritorial que se congelan este año y han bajado en conjunto un 40%. Es un reflejo de cuál es la política, en lo que se refiere a la cohesión, en el conjunto del sistema nacional de salud, pero también en el conjunto de las comunidades autónomas del Estado. Creo que es importante trabajar en ese camino y también reconocer que Andalucía es maltratada en el ámbito de las inversiones de infraestructuras. Y también es importante para la salud de la población.

Por lo tanto, quería empezar con esos planteamientos, que son mucho más importantes de lo que parecen, influyen más en lo que es la salud de la población que otras actuaciones más locales.

Señoría, desde que el Partido Popular tiene la responsabilidad del Gobierno de la Nación, los Presupuestos Generales del Estado suponen, como le comentaba, un lastre para nuestra comunidad en algunos ámbitos.

Pero, por entrar en el tema que usted nos planteaba, quisiera decirle que, en el caso de sanidad y a pesar de la recuperación económica, no se han recuperado los niveles de dotación presupuestaria del año 2011. En concreto, la dotación para el ejercicio 2017 en las competencias que son estatales es de 162 millones inferior a la de 2011, lo que representa un 3,8% menos.

En el caso concreto que su señoría plantea, del fondo de equidad y cohesión que tantas veces hemos reclamado las diferentes comunidades autónomas, porque, ya que es para la compensación por la asistencia sanitaria a pacientes derivados entre comunidades autónomas, el Gobierno del Partido Popular no ha tenido la voluntad política de atender debidamente esta partida, desviando como ha hecho en otras cuestiones la responsabilidad a las comunidades autónomas, lo cual genera en muchas ocasiones problemas en los movimientos que hace la población entre diferentes comunidades autónomas. Creo que esto es importante de destacar.

Desde el año 2013, la política del Gobierno central ha sido dismantelar esta partida y, además, eliminar del fondo progresivamente los conceptos por los que debería compensar a las comunidades autónomas. La partida destinada en 2012 fue de 93 millones, pasando a 36 millones en 2013 y, de estos últimos, casi 16 mi-

llones eran para atender pagos atrasados desde 2011. En el año 2014 la partida baja en 22 millones, en el 2015 solo se destinaron algo más de dos millones y en 2016 no hubo asignación para este fondo.

Por eso nosotros también reconocemos el hecho de que este año vuelva a existir partida, nos gusta, pero evidentemente es totalmente inadecuada e insuficiente, y es importante para la cohesión del conjunto del Sistema Nacional de Salud si queremos que verdaderamente y creemos verdaderamente en lo que es un sistema nacional formado y en el cual estén todas las comunidades autónomas.

Esta cifra pone en evidencia la falta de compromiso del Gobierno de la nación por atender esta obligación, habiéndose desmantelado de forma clara el fondo de cohesión. Nosotros seguiremos pidiendo que ese fondo crezca. Y aunque Andalucía no es de las comunidades más perjudicadas en lo que son los fondos de cohesión, puesto que mucha gente viene y siempre el saldo es positivo, nosotros creemos en la cohesión del Sistema Nacional de Salud, creemos en el Sistema Nacional de Salud y para eso son fundamentales estos fondos de cohesión, para garantizar la equidad en la atención sanitaria a todas las comunidades, independientemente de que sean de mayor o de menor tamaño de población.

Muchas gracias.

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Gracias, señor consejero.

10-17/POC-000817. Pregunta oral relativa a acuerdo marco de colaboración entre la Junta de Andalucía y la Fundación Luzón para la mejora de la atención a los afectados por la esclerosis lateral amiotrófica (ELA)

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Pasamos a la última pregunta, también del Grupo Parlamentario Socialista, relativa a acuerdo marco de colaboración entre la Junta de Andalucía y la Fundación Luzón para la mejora de la atención a los afectados de ELA.

Señor Ferrera, tiene la palabra.

El señor FERRERA LIMÓN

—Muchas gracias, señor presidente.

Señor consejero, la esclerosis lateral amiotrófica, más conocida como ELA, es una enfermedad neurodegenerativa no muy conocida. En nuestro país son 4.000 las personas afectadas, de las cuales mueren cada año 900 personas que la padecen, y se diagnostican otras 900 personas con esta enfermedad cada año.

Una vez diagnosticada la enfermedad la media de vida suele estar entre los tres y cinco años en el 90% de los casos. Esta es una enfermedad que se origina cuando las células del sistema nervioso disminuyen gradualmente y mueren, afectando de manera progresiva a los músculos, debilitando poco a poco la masa muscular hasta llegar a impedir la movilidad del paciente. Como sabemos, esta enfermedad hoy por hoy no tiene cura, aunque sí hay tratamientos que ralentizan el avance de esta enfermedad.

En nuestro país y en nuestra comunidad autónoma hay fundaciones y asociaciones de pacientes que llevan años colaborando y trabajando con personas que la padecen. Desde este grupo parlamentario felicitamos y mostramos nuestro apoyo y agradecimiento a todas ellas por su implicación con esta importante labor que desarrollan en la mejora de la calidad de vida de estos pacientes.

Entre estas entidades sin ánimo de lucro se encuentra la Fundación Luzón. Esta es una fundación creada en 2015 y que se constituye con el objetivo de hacer más visible esta enfermedad, así como de intentar avanzar en todas aquellas áreas que aporten valor y hacerlo colaborando con la Administración sanitaria. Para ello, y de manera reciente, la Consejería de Salud ha suscrito un acuerdo marco de colaboración con esta fundación.

Por todo ello, señor consejero, a este grupo parlamentario nos gustaría conocer en qué consiste ese acuerdo marco con la Fundación Luzón y cuáles son los objetivos del mismo.

Muchas gracias.

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señoría.

Señor consejero.

El señor ALONSO MIRANDA, CONSEJERO DE SALUD

—Gracias, señor presidente.

Señoría, el pasado 29 de marzo la Consejería de Salud firmó un acuerdo marco de colaboración que reafirma el compromiso del Gobierno andaluz para mejorar la atención a las personas afectadas de esclerosis lateral amiotrófica y de sus cuidadoras.

Este convenio da cumplimiento a una proposición no de ley aprobada por unanimidad en junio de 2016. Sus actuaciones en el marco del Plan Andaluz de Enfermedades Raras son el instrumento de coordinación de las políticas sectoriales en esta materia, impulsando la cooperación con la Fundación Francisco Luzón sin perjuicio de otras fundaciones y asociaciones, como es la Asociación ELA Andalucía.

El acuerdo promueve líneas de investigación como la relación entre los trastornos motores y los trastornos cognitivos, o sobre biomarcadores neurorradiológicos, también en promoción de actividades formativas relacionadas con la ELA. En este sentido, se está trabajando en la capacitación de psicólogos clínicos para la valoración neurodegenerativa, sobre todo en la demencia frontotemporal. Asimismo prevé fomentar una mayor sensibilización de la opinión pública, así como una estrategia de promoción de autocuidado de pacientes familiares y cuidadores, puesto que la ELA es una enfermedad desconocida para la población en general.

Señoría, la sanidad pública andaluza está comprometida con el abordaje integral de la ELA, cuya herramienta principal es el trabajo en equipo, interdisciplinar, de profesionales de medicina, enfermería, terapia ocupacional, fisioterapia y trabajo social. Desde este enfoque de atención compartida se elaboró una guía asistencial específica con la colaboración de las familias y las asociaciones de ayuda mutua.

Recordemos también que la ELA fue uno de los procesos asistenciales que se priorizaron dentro del Plan Andaluz de Enfermedades Raras y que Andalucía cuenta con una unidad de referencia a nivel autonómico en el hospital Virgen del Rocío, Virgen Macarena, que a su vez es centro de referencia a nivel nacional, CSUR, en enfermedades neuromusculares raras. Esta unidad, tras una exhaustiva evaluación, se ha incorporado a la Red Europea de Enfermedades Neuromusculares. Estamos trabajando para disponer de unidades de ELA en todas las provincias referenciadas en la unidad autonómica. En la actualidad se están impulsando las de Córdoba, Granada y Málaga.

Nuestra prioridad es la atención a las personas con ELA en función de las necesidades clínicas y sociales. En este sentido, se va a contribuir a la geolocalización de las mismas con un proyecto de definición y abordaje sanitario de sus necesidades clínicas; dicho de otra manera, saber dónde tenemos ubicados a los pacientes para ser allí donde incrementemos nuestras prestaciones y podamos darles una respuesta integral. Para lo cual es imprescindible la colaboración con la Consejería de Políticas Sociales, y en ese camino estamos trabajando.

Muchas gracias.

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señor consejero.

DIARIO DE SESIONES DEL PARLAMENTO DE ANDALUCÍA

Núm. 357

X LEGISLATURA

18 de mayo de 2017

Le agradecemos, como siempre su presencia.

Y mientras despedimos al consejero, les ruego a los portavoces que pasen por la Mesa.

[Receso.]

10-17/PNLC-000138. Proposición no de ley relativa a servicios sanitarios en Peñaflor, Sevilla

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Empezamos con la PNL relativa a servicios sanitarios en Peñaflor, Sevilla.

Señora Del Pozo, tiene siete minutos para la primera exposición.

La señora DEL POZO FERNÁNDEZ

—Muchísimas gracias, señor presidente. Y muy buenas tardes a todos los diputados y diputadas, y compañeros presentes en la sala.

Y lo primero que quiero hacer desde esta comisión es saludar, y creo que lo hago en nombre de todos, a los miembros de la plataforma ciudadana de Peñaflor Médico 24 Horas que hoy nos acompañan en este Parlamento, algunos están aquí, otros están todavía en el Defensor del Pueblo, al que también han ido a trasladarle sus preocupaciones. Quiero darles las gracias a todas estas personas por el trabajo que están haciendo en pro de mejorar los servicios sanitarios para todos los vecinos de Peñaflor, un objetivo en el que se han unido, han unido prácticamente a todo el pueblo en esta reivindicación.

Señorías, es evidente, es evidente que hay un problema importante en Peñaflor, y el objetivo de hoy es intentar alcanzar una mayoría lo más amplia posible, que ojalá fuera unanimidad, para atender esta iniciativa que prácticamente recoge las reivindicaciones, las necesidades de la plataforma y, en consecuencia, del municipio de Peñaflor.

En mi opinión, yo creo que en Peñaflor se han dado tres circunstancias importantes que son las que nos han llevado a este problema. En primer lugar, la planificación sanitaria, el mapa de Atención Primaria, la ubicación que tiene Peñaflor en ese mapa pudo servir en su momento, pero ahora ya no sirve, ahora ya no sirve. Yo creo que esto no puede plantear ningún problema, puesto que los primeros decretos y las primeras órdenes del mapa de Atención Primaria son del año 1988. Han sufrido muchas modificaciones, lógicamente, para adaptarla a las necesidades y a los crecimientos de los municipios. Y yo creo que este problema puede resolverse.

En segundo lugar, Peñaflor también ha ido perdiendo algunos servicios sanitarios con el paso de los años, y por poner un ejemplo, y no extenderme, el mismo pediatra que hace unos años pasaba cada semana algún día consulta para los niños de Peñaflor, y con el paso de los años este servicio también se ha ido disminuyendo.

Y una tercera circunstancia importante: el incremento tan importante de la población infantil de Peñaflor. Es que son 3.700 habitantes y hay casi 600 niños, más del 15% de la población de Peñaflor son niños. Niños que, en estos momentos, pues no tienen la atención sanitaria que necesitan, y madres y embarazadas que han sido, y son muchas, pues tampoco la tienen.

Por tanto, yo creo que hay que acomodar el sistema a esta situación, y que sea nuestra responsabilidad, y no que los ciudadanos se acomoden al sistema, o por lo menos así es como yo lo entiendo. Ese es el ob-

jetivo: atender a estos 3.700 habitantes como es debido, y que tengan su asistencia sanitaria cubierta las 24 horas del día los 7 días de la semana, como los tenemos todos, mayormente los que vivimos en la capital, en primavera, en verano, en otoño y en invierno. Yo creo que ese debe ser el objetivo.

Y miren, le digo cuál es la situación actual, como yo la veo, corríjanme si me equivoco, aunque parto de la base de que por lo menos los portavoces que vamos a intervenir conocemos el centro de salud de Peñafior y conocemos la localidad de Peñafior y sus problemas, ¿no?

En este momento, tenemos allí tres médicos de familia y tres enfermeros, que son los que se ocupan del centro de salud, una ambulancia en la puerta, que no está todos los días, ni tampoco las 24 horas, porque tiene que moverse por la comarca, y tiene que moverse también por Palma del Río.

La Atención Primaria que pueden atender estos efectivos a los vecinos de Peñafior pues la tienen allí, en Peñafior, zona básica cordobesa junto con Palma del Río, y la especializada la tienen en Sevilla, y su hospital de referencia es el Hospital Macarena. El pediatra, sin embargo, lo tienen en Palma del Río, distrito sanitario de Córdoba, y la matrona y las analíticas de las embarazadas las tienen en Lora del Río, distrito sanitario de Sevilla. Porque, aunque parezca mentira, los sistemas de analítica de Córdoba no siguen los mismos códigos exactos que los de Sevilla. Por tanto, como luego las embarazadas tienen su asistencia en Sevilla, las analíticas tienen que ir también vía distrito de Sevilla. Por tanto, en fin, esto parece un poco complicado para asumir por parte de estas personas, ¿no? Y en este punto, me quiero detener, me alegro porque creo que ya está resuelto desde hace un par de días, pero saben ustedes que las embarazadas tenían que llevar sus propias analíticas, me refiero a las analíticas de embarazada, las analíticas de embarazada, a Lora del Río, que era donde tenían que verse estas analíticas, y las tenían que transportar ellas mismas en sus coches particulares porque no tenían ese servicio. Creo haber leído, creo —ahora nos lo confirmarán también—..., que desde hace dos días hay ya un celador de Palma del Río, que se va a ocupar de llevar estas analíticas desde el centro de salud de Peñafior al centro de salud de Lora del Río.

Por tanto, como bien reza en el manifiesto de la plataforma, que yo creo que es un lema, en fin, no podía ser más oportuno. Es que están en tierra de nadie, es que los de Peñafior están en tierra de nadie: Lora del Río, Palma del Río, el Macarena..., es que están en tierra de nadie, ¿no? Y es que, como hemos visto, pues el municipio de Peñafior junto a Palma del Río están en la zona básica de Palma del Río, distrito sanitario cordobés, unas 25.000 personas, dentro de las cuales hay 4.000 niños, 4.000 niños que tienen que ser atendidos por los pediatras de Palma del Río. Claro, resulta disparatado, resulta disparatado.

Palma del Río tampoco puede dar abasto con sus ambulancias, porque es un municipio que tiene también ya muchísimos habitantes, que ha crecido mucho. Y, por tanto, es que es imposible poder atender las 24 horas del día con el actual servicio de ambulancia. Y el resto de la asistencia especializada, como ya he dicho, la tienen en Lora del Río y Sevilla.

Y, como bien dice el refrán, es que «esto no hay cuerpo que lo aguante, ni bolsillo tampoco que lo resista», con tantísimos vaivenes, Lora, Palma, Macarena, y todo lo que tienen que recorrer estas personas. Y ya sabemos que las dispersiones provinciales no están funcionando bien. Mira ese segundo punto de urgencia en la sierra sur, que se ha intentado resolver con la ambulancia de Jauja, y no está dando el resultado que debía dar.

Por tanto —y termino presidente—, es una iniciativa muy sencilla, muy clara en su primer punto. Lo que pedimos es incorporar Peñafior en el distrito sanitario de Sevilla, de Sevilla norte, en el área de salud de Lora

del Río, por supuesto reforzando los servicios sanitarios, tanto en Lora del Río, que ya ha pasado por esta comisión y se ha aprobado, como en el centro de salud de Peñaflo. Pedimos un pediatra y una matrona, que pasen por lo menos una vez a la semana, solo eso, por lo menos una vez a la semana un pediatra y una matrona. Y luego, pues que el centro de salud de Peñaflo se adecue para poder tener esa asistencia sanitaria las 24 horas y pueda estar perfectamente organizada para esa ambulancia y esa asistencia 24 horas.

Muchísimas gracias, señor presidente.

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señoría.

Señora Nieto, tiene cinco minutos.

La señora NIETO CASTRO

—Gracias, presidente.

Con brevedad. Me sumo al saludo a las personas miembros de la Plataforma, con su alcalde a la cabeza, que nos acompañan para seguir el debate. Y felicitar a la población de Peñaflo por su lucha incansable, por su movilización, por concienciarnos a los grupos de que hacía falta acabar con este sin sentido muy bien relatado por la proponente del Partido Popular.

Y también felicitarle por sus extraordinarios índices de natalidad, que muchas ocasiones hablamos del decaimiento de la población en algunos municipios, y la verdad es que lo de Peñaflo, aunque no es objeto de esta comisión, pero igual habría que analizarlo en alguna otra.

Estamos completamente de acuerdo con lo que se ha trasladado, porque este es un ejemplo de cómo, no actualizando y siendo lo suficientemente flexible, con relación a la planificación de los recursos asistenciales disponibles, no adaptándolos bien a los cambios demográficos que se producen en los municipios, acaban generando disfunciones que tienen.

En nuestra opinión, el problema fundamental es una merma en la calidad asistencial de las personas. Y eso es lo más relevante y lo que hay que corregir, pero también produce una asignación de recursos ineficientes, es decir, que nos encontramos efectivamente a poblaciones que requieren de unas necesidades básicas no resueltas, y otras, con una disponibilidad de recursos que, al final, lo que generan es un cierto agravio entre poblaciones, que también debiera ser corregido mediante ese reparto equitativo y esa actualización constante de los recursos disponibles.

Y, luego, la marea burocrático administrativa en la que esa tela de araña es en la que se ha quedado atrapado Peñaflo, carece de sentido: o todo en Córdoba o todo en Sevilla. Lo razonable es que todo en Sevilla, porque la mayor parte lo tienen ahí. Y precisamente por todas las circunstancias que ha relatado la señora Del Pino, nos parece que los tres puntos de la iniciativa, que son además objeto de la demanda, lo han sido de la movilización ciudadana en el pueblo. Prácticamente estaba todo el pueblo en la calle, porque había más de 2.000 personas, y son 3700, y menores son 500, pues el pueblo estaba todo en la calle reclamando esto, una reorganización administrativa que acabe con esa diáspora que tienen para hacer un seguimiento de sus

dolencias, que se incorpore el pediatra y la matrona un día a la semana —no parece que estén pidiendo la luna precisamente—, y además esto va a descongestionar los servicios en los que son habitualmente atendidos, y reorganizar el distrito sanitario, de manera que puedan tener acceso médico 24 horas. Porque es verdad que esa es la primera de las inequidades que se producen en Andalucía, que no son los mismos recursos disponibles para las personas que viven en municipios rurales que los que viven en municipios urbanos. Y con eso termino.

La gente puede no ponerse enferma en horario de oficina, puede ser que no le coincida de lunes a viernes por la mañana, le puede coincidir un sábado, le puede coincidir por la noche. Precisamente le puede coincidir cuando más difícil es realizar el traslado donde te puedan atender. Por tanto, son tres peticiones muy razonables, que vienen respaldadas por una plataforma que está trabajando en beneficio de su pueblo, y a la que felicitamos, desde Izquierda Unida, y anticipar al Partido Popular nuestro voto favorable a la iniciativa.

Muchas gracias.

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señoría.

Señora Albás, tiene cinco minutos.

La señora ALBÁS VIVES

—Gracias, presidente.

En primer lugar, pues saludar a la plataforma de Peñaflores, pues que ha conseguido que todos seamos conscientes y conocedores de la situación sanitaria que sufre su localidad.

Tal y como ha dicho la portavoz del Grupo Popular, pues Peñaflores, dependiente de la provincia de Sevilla, se encuentra adscrita en términos sanitarios de la localidad de Palma del Río, Córdoba. La población de Peñaflores cuenta con un centro de salud que presenta un horario pues de lunes a jueves, de ocho de la mañana a ocho de la tarde, y viernes de ocho a tres de la tarde. Los fines de semana pues no se pueden poner enfermos, vaya. No hay ningún tipo de atención, dos horas, según nos dijo el alcalde con el que estuvimos reunidos el sábado por la mañana.

Con respecto al punto 1, pues estamos completamente de acuerdo en plantear la reorganización administrativa. Las cosas cambian, la población evoluciona, la portavoz de Izquierda Unida también lo ha dicho, hay 600 niños o más de 600 niños, deberemos adaptar la atención sanitaria y reorganizar las áreas conforme a las necesidades de la población andaluza, conforme a las necesidades de la población, no conforme a las alcaldías de los municipios de alrededor o de no alrededor. Con lo cual, el punto 1 lo vemos más que acertado. El punto 2, pues también los vemos acertado incorporar de forma urgente un pediatra y una matrona pues dentro de la cartera de servicios básicos del centro de salud de Peñaflores. Refiriéndome a los datos demográficos, pues creo que tampoco supondría demasiado que fuera cuatro veces al mes un pediatra que pudiera atender a los ciudadanos, a los niños de la zona.

Con respecto al punto 3, en parte no lo vemos mal pero creemos que si realmente se realiza el cambio de adscripción de Peñaflores al centro de salud de Lora del Río, también las cosas pueden cambiar.

Entonces, nos gustaría presentar una enmienda *in voce* que sería realizar, tras el cambio de adscripción de Peñaflores al centro de salud de Lora del Río, una evaluación de incidencias de urgencias médicas en el centro de salud de Lora del Río, procedente de Peñaflores, durante los tres y seis meses siguientes, y con estos datos reevaluar la situación y, si así fuera necesario, pues entonces dotar del equipo de servicios de 24 horas, pero si van a cambiar de adscripción, pues entendemos que si hay cambios habrá resultados distintos, y por eso mismo presentamos esta enmienda *in voce*.

Muchas gracias.

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Gracias, señoría.

Aunque al final de la PNL pediremos a los grupos si se oponen o admiten que se tramite la *in voce*, le ruego a la señora Albás que traiga a la mesa la enmienda.

Señora Benítez, cinco minutos.

La señora BENÍTEZ GÁLVEZ

—Gracias, señor presidente.

Los vecinos y vecinas de Peñaflores se sienten desamparados al llegar las ocho de la tarde. Así lo expresan en un documento textualmente que recoge sus reivindicaciones en materia sanitaria. A partir de esa hora, cuando surge una urgencia, se tienen que desplazar a Palma del Río, quien tiene coche no suele tener problemas, las dificultades las sufre en mayor medida la población de personas mayores, que suelen solicitar el servicio de una ambulancia. Esta los traslada, pero la vuelta a casa queda condicionada a la disponibilidad de ambulancias, por lo que es bastante frecuente que estén horas esperando una ambulancia que los lleve a casa para poder descansar. Inhumano, señorías, inhumano.

Yo recuerdo, cuando era chica, que el médico del pueblo, don Celestino, nos atendía en su casa, fuera la hora que fuera. Era un médico 24 horas, entre comillas. Seguramente ninguna instancia superior le reconoció esa entrega; el pueblo, desde luego, sí.

Desde Podemos Andalucía no queremos un médico 24 horas como el de aquellos años, donde la atención sanitaria a los vecinos era a costa del tiempo, a costa de la dedicación y a costa de los derechos laborales de los profesionales. Queremos un médico 24 horas donde los derechos laborales y el derecho de una sanidad pública, gratuita, universal y de calidad no entre en conflicto, sino que se conjuren para tener el mejor sistema de salud público posible.

Resulta, señorías, que en diciembre de 2015 se notificó al ayuntamiento del municipio la retirada del médico en horario de tarde. Durante los dos meses y medio del verano, del 1 de julio al 15 de septiembre y del 1 de diciembre al 15 de enero. Cuatro meses en total del año sin atención médica sanitaria en horario de tarde

en Peñaflo. Es por ello que hemos presentado la enmienda de adición donde solicitamos un horario de atención sanitaria estable, que sea proporcionado por el punto de urgencias que Peñaflo necesita.

Importante también, y lo han dicho las compañeras, el servicio de pediatría y la matrona. Los vecinos nos han contado que hace unos años, y así lo ha explicado la portavoz del Partido Popular, disfrutaban del programa de pediatría el Niño Sano, de forma periódica, una vez a la semana o lo que fuera. Ahora ni siquiera eso, con la población infantil que existe en este municipio. La falta de pediatras es una deficiencia del sistema sanitario público andaluz bastante generalizada, no es el único pueblo donde faltan pediatras y donde hacen falta. Donde no vemos que se estén poniendo soluciones o al menos se trate el problema de forma consensuada. No estamos viendo las soluciones encima de la mesa para abordarlo.

Por otro lado, y me alegro de que este tema se haya solucionado, pues las embarazadas tenían que acudir a Lora del Río con las muestras de su propia orina y su propia sangre para su estudio, lo que nos parece también una auténtica barbaridad, poniendo en peligro esa fiabilidad, esa validez de las mismas pruebas.

Bien. Frente a este deterioro de la atención sanitaria que ha vivido Peñaflo y frente a este desajuste que ha provocado el cambio de adscripción al distrito, sobra decir que nuestro voto será favorable a esta proposición no de ley. De hecho, nosotros, desde Podemos Andalucía, nos sentimos parte de la lucha que hace unos meses el pueblo inició por este motivo. Hemos compartido caminos desde el principio, participando en asambleas, escuchando, mostrando disponibilidad y apoyo. Pero si sentimos que en esta PNL no hemos participado como nos hubiera gustado, la sentimos también como propia y, entonces, nuestro voto favorable por eso.

También nos ha llamado la atención, y se lo tengo que decir a la portavoz del Grupo Popular, que no nos haya brindado la oportunidad de formar parte de la redacción de esta PNL, a pesar de ser una petición de los representantes en el pueblo, y más teniendo en cuenta el talante dialogante de la proponente del Grupo Popular con esta iniciativa.

Bien, ¿en Peñaflo qué ha pasado? Que, frente a estos recortes, los vecinos y vecinas de Peñaflo pues decidieron organizarse a nivel local en una plataforma, a nivel provincial y autonómico, formando parte y perteneciendo a la Marea Blanca.

Tenemos que reconocer que lo que ha hecho el pueblo de Peñaflo, defendiendo la sanidad pública, gratuita, universal y de calidad, es una verdadera hazaña, son un orgullo y un ejemplo a seguir. Como aquí se ha comentado, había manifestaciones en el pueblo donde participaba prácticamente todo el pueblo. Tenemos imágenes de ello.

Las claves de este éxito están en la perseverancia, en la convicción y en la defensa de las causas justas y los derechos humanos, prácticamente, así como la unidad, la unidad del pueblo en torno a las reivindicaciones en materia sanitaria. Esa unidad.

Los vecinos han dejado a un lado su filias partidistas para abanderar aquello de que la unidad hace la fuerza. Voy concluyendo, voy concluyendo, señor presidente.

La unidad hace la fuerza.

Y allí el grupo municipal, el PSOE no solo ha votado a favor en esta ocasión, sino que se ha puesto también detrás de la pancarta, porque cuando las causas son justas la calle y la pancarta son el mejor refugio contra los recortes. Tienen mucho que aprender de sus bases del Partido Socialista.

Y finalizo felicitando, sinceramente, al pueblo de Peñaflor y tendiendo la mano de nuevo para seguir trabajando en y para la mejora de atención sanitaria en Peñaflor.

Muchas gracias.

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señoría.

Tiene cinco minuto, señora Pachón.

La señora PACHÓN MARTÍN

—Muchas gracias, señor presidente.

Y buenas tardes, compañeros y compañeras, señorías.

Vaya por delante, como no puede ser de otra forma, un saludo afectuoso también a los representantes de esa plataforma, Médico 24 Horas, y por supuesto también al alcalde de Peñaflor.

Y, desde luego, el Partido Socialista siempre va a estar y estará en la defensa de nuestra sanidad pública, gratuita, universal, no por otra cosa, sino porque el Partido Socialista, este grupo parlamentario, lleva la defensa de nuestra sanidad en nuestro ADN y quiere aprovechar esta PNL, pues, si tanto estamos por esa universalidad de nuestra sanidad, aprovechar y reiterarle a la señora Del Pozo que eleve donde tenga que elevar cuanto antes esa derogación de ese Real Decreto 16/2012, que acabó con esa universalidad de nuestra sanidad, y si estamos en pro de la misma, lo demostramos defendiendo esa derogación inmediata de dicho decreto ley.

Y, como decía la portavoz del Grupo Parlamentario de Podemos, es cierto, es cierto que ha habido una unanimidad masiva en el pueblo de Peñaflor para mejorar la calidad sanitaria en este municipio. Ese apoyo está siempre por parte del Gobierno andaluz, por parte de este Grupo Parlamentario Socialista, y también ha encontrado ese apoyo también desde el Grupo Municipal Socialista y, por supuesto, desde el Partido Socialista de Peñaflor. Porque hemos estado ahí, apoyando las reivindicaciones de la plataforma, con ese apoyo unánime, como decía en Pleno, cuando se presentó ese manifiesto por parte de la plataforma. Porque hemos estado ahí, en las manifestaciones que se han hecho también en el municipio. Y porque el Partido Socialista, el Grupo Municipal Socialista, en aras de defender esa calidad de la atención sanitaria en Peñaflor, y entendiendo también que para que haya una buena atención sanitaria esta debe de ser fundamentalmente también sostenible, presentó en un pleno ordinario en el Ayuntamiento de Peñaflor una moción que también fue aprobada por todos los grupos políticos por unanimidad, para la creación de una comisión municipal para la mejora sanitaria en el municipio de Peñaflor. Y en esa línea también va a ir el Grupo Parlamentario Socialista.

Porque entendemos que quizás esa comisión municipal que se crea para la mejora de la reforma sanitaria es una comisión que va a ser una herramienta útil, entendemos desde el Grupo Parlamentario Socialista, la herramienta necesaria de donde se van a desgranar el estudio y la planificación necesaria para atender a las propuestas reales que se emanen de esa comisión, y posteriormente elevar, por unanimidad, entendemos, por parte de todos los grupos, esas propuestas que emanen, como decía, de esa comisión municipal que se

creará para la reforma sanitaria. Una comisión que, como bien saben y se aprobó en Pleno, pues estaría el alcalde-presidente de Peñaflo, que va a contar con la participación de todos los grupos políticos, por expertos sanitarios, por responsables y agentes sociales de la zona, así como también, como no puede ser de otra forma, por representantes de la propia plataforma. Entendemos, como decía, que esa es la herramienta fundamental para que de ahí salgan las propuestas necesarias en torno a la mejora sanitaria de Peñaflo. Porque lo que queremos realmente es que las mejoras sanitarias que se pongan en marcha en Peñaflo sean unas mejoras que sean participadas y donde todos los vecinos y vecinas de Peñaflo puedan tener voz y voto, de alguna manera, y que esas propuestas, como decía, pues sean unas propuestas que nazcan verdaderamente desde la unanimidad, desde la unanimidad como decía, de la población. Porque, igual no le hemos preguntado a todos los vecinos si están de acuerdo a dejar de formar parte de esa unidad de gestión clínica de Palma del Río y quieren pasar al distrito norte sanitario, al distrito sanitario de la Sierra Norte. Porque les digo, y probablemente estén informados de ello, como saben en Palma del Río ya cuentan los Presupuestos de la Junta de Andalucía para este año la creación de un nuevo chare, un chare que va a dar la posibilidad a que estos vecinos y vecinas de Peñaflo, que se encuentran de Palma del Río, como saben, a unos 10 minutos, puedan ser atendidos en las distintas especialidades. Así como también van a tener esa atención sanitaria muy cerquita. Si dejan de formar parte de ese distrito sanitario de Palma del Río, pasarían a estar a unos 20 minutos de la atención sanitaria de Constantina, por ejemplo. Entonces, quizás esa deba ser una medida que sea participada y consensuada por todos los vecinos a raíz de esa comisión.

Y de igual forma el tema de la atención pediátrica. Según tiene conocimiento el Grupo Parlamentario Socialista, pasa atención pediátrica para la consulta de niños sanos, y también para aquellas patologías crónicas en menores también se pasa atención pediátrica allí en Peñaflo. Igual, por supuesto, que tienen su atención por parte de enfermería esos niños y niñas. Y claro que entendemos que puede haber esas mejoras sanitarias en Peñaflo. Pero como decía, siempre, de esas propuestas que salgan, que emanen de esa comisión, vuelvo a repetir, aprobada por todos los grupos políticos, que fue propuesta por el Grupo Municipal Socialista.

Llegados a ese punto, y cuando atendamos a esas distintas propuestas...

El señor GARCÍA ANGUIA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Señoría.

La señora PACHÓN MARTÍN

—...por supuesto el Grupo Parlamentario Socialista irá de la mano en esas reivindicaciones que se emanen fundamentalmente de esa comisión para la mejora sanitaria en Peñaflo.

Muchísimas gracias, señor presidente.

El señor GARCÍA ANGUIA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Gracias, señoría.

Antes de dar la palabra a la portavoz del grupo proponente, le pregunto a los grupos: ¿hay algún problema para que se tramite la enmienda *in voce* presentada por Ciudadanos?

Pues entonces, señora Del Pozo, conteste en su intervención tanto a la presentada por Podemos como a la presentada *in voce*. Tiene cinco minutos.

La señora DEL POZO FERNÁNDEZ

—Muchísimas...

La señora PACHÓN MARTÍN

—Perdone, señor presidente.

La señora DEL POZO FERNÁNDEZ

—Ay, perdón, perdón.

La señora PACHÓN MARTÍN

—Señora Del Pozo, disculpe un segundo. Señor presidente, si usted me da la palabra un segundo solamente.

Era para añadir *in voce*, ya que la argumentación de nuestro grupo, del Grupo Parlamentario Socialista, ha sido esas propuestas que emanaran de esa comisión, era para añadir en cada uno de los tres puntos. Si me permite se lo leo brevemente. «Si así queda recogido en las propuestas y conclusiones del trabajo y análisis de la Comisión Municipal de Mejora Sanitaria, aprobada en Pleno ordinario por toda la corporación municipal». Sería añadir esa enmienda *in voce* a los tres puntos que incorpora esta proposición no de ley.

El señor GARCÍA ANGUIA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—La entrega a la Mesa por escrito.

La señora PACHÓN MARTÍN

—Ahora mismo, señor presidente. Y gracias.

El señor GARCÍA ANGUIA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—¿Algún grupo se opone a que se tramite? Pues también, entonces, responda a la *in voce* de los dos grupos y a la escrita de...

Tiene la palabra.

La señora DEL POZO FERNÁNDEZ

—Muchas gracias, señor presidente. Voy a ver si soy capaz. Me voy a limitar a contestar a las distintas portavoces, a ver si soy capaz de hacerlo lo más rápidamente posible.

Muchísimas gracias a todas, a todas las portavoces, por el tono constructivo y por el cariño con el que han tratado esta iniciativa.

Señora Nieto, querida Inmaculada, totalmente de acuerdo con tus palabras. Además, es que me consta que conoces el problema divinamente. Por tanto, es que no tengo nada que decirte, o sea, es que lo conoces muy bien. A ver si entre todos conseguimos darle un empujón a la situación en Peñaflor.

Señora Albás, también compañera Isabel, pues muchísimas gracias también porque has tocado, has sido tú la primera, bueno, o quizás después de la señora Nieto, has tocado también el tema de los horarios del centro de salud, que yo antes pues no incidí lo que debiera en mi primera intervención, que es otro problema que allí hay. Claro, al estar esos horarios tan encorsetados, hay una gran sensación, ¿no?, de desprotección, una gran sensación de falta de atención sanitaria, unida a todo lo demás.

A ver, la enmienda que me plantean desde Ciudadanos, que, en fin, que yo la veo bien, el problema que tengo, y por eso no puedo aceptarla, Isabel, es porque en cualquier caso necesitan la asistencia las 24 horas, como cualquier municipio de Andalucía. Entonces da igual, van a pasar a Lora del Río, que es lo que queremos nosotros, para que tengan, se integren en esa zona básica de salud, necesitan una ambulancia. ¿Que es de la zona de Lora del Río? No hay ningún problema. En cualquier caso se da respuesta a ese tercer punto. Entonces no consideramos necesario ningún periodo de prueba, es que en cualquier caso necesitan la ambulancia, sea de Palma o sea de Lora del Río. Por tanto no se necesita ningún periodo de prueba.

Señora Benítez, compañera también, Libertad, muchísimas gracias porque me consta que también conoces muy bien no solo el tema de los horarios, que también le has dedicado tiempo, sino todo el problema que hay en Peñaflor. Yo te pido disculpas, y así quiero que conste en acta, si a lo mejor por la premura con la que se presentó esta PNL, había otros grupos, como por ejemplo el suyo, ¿no?, que le hubiera gustado firmarla. Yo la doy por firmada. O sea, esta PNL pertenece al pueblo de Peñaflor, es del pueblo de Peñaflor. Y por tanto como allí hay todo tipo de ideologías, esta PNL es de todos los que estamos en esta comisión. Y, por favor, presidente, que conste en acta, aunque no venga así firmada.

Por supuesto voy a aceptar la enmienda de Podemos porque, oye, es que mejora, enriquece la PNL. Es verdad, que es lo que venimos persiguiendo, que en verano no se cierren los centros de salud por las tardes, y menos en estas zonas donde hace tanta falta. Por tanto, por supuesto que la vamos a admitir.

A mi compañera Brígida, a la que le tengo muchísimo cariño, del Grupo Socialista. A ver, Brígida, te agradezco muchísimo el tono, y también el carácter constructivo con el que has enfocado esta intervención. Me consta también que conoces la problemática de Peñaflor. Vamos a ver, propones un poco que los apartados de la iniciativa queden un poco subordinados a que se haga una comisión de estudio que luego sea un poco la que establezca cuáles son de verdad los problemas sanitarios que hay en Peñaflor para que se les dé solución. Es que yo creo que eso es alargar más los problemas. Porque el ayuntamiento, los vecinos tienen claro cuáles son los problemas que hay en Peñaflor, los tienen perfectamente detectados. Hay también una moción que se aprobó por unanimidad el pasado 20 de marzo, en la que se adhería todo el ayuntamien-

to a las reivindicaciones de la plataforma de 24 Horas. Y por tanto es que tienen perfectamente detectado el problema y saben perfectamente lo que quieren. Y por tanto no puedo aceptarte la enmienda, por ese motivo, porque creo que es una iniciativa que viene dirigida precisamente a solventar los problemas que hay, que están perfectamente detectados.

No sé, presidente, si me he dejado alguna *in voce* detrás o algún posicionamiento detrás. Creo que están...

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—La de Ciudadanos.

La señora DEL POZO FERNÁNDEZ

—¿Eh?

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—¿La *in voce* de Ciudadanos?

La señora DEL POZO FERNÁNDEZ

—Le he comentado también que no podía aceptarla.

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—¿Únicamente acepta la de Podemos?

La señora DEL POZO FERNÁNDEZ

—Acepto la que me presentó por registro Podemos, porque creo que enriquece la iniciativa. Y quiero reiterar las gracias a todas las intervinientes, en fin, por el tono y por el cariño con el que han trabajado este tema.

Y, en fin, un saludo enorme a la plataforma, creo que de parte de todos los que estamos aquí.

Muchísimas gracias, y perdón si me he excedido en el posicionamiento.

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señoría.

10-17/PNLC-000175. Proposición no de ley relativa al apoyo a las empresas alimentarias de Andalucía para mejorar el cumplimiento y aplicación de la normativa sobre el control sanitario oficial de alimentos

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Pasamos a la siguiente proposición no de ley, en este caso del Grupo Parlamentario Socialista, relativa a apoyo a las empresas alimentarias de Andalucía para mejorar el cumplimiento y aplicación de la normativa sobre el control sanitario oficial de alimentos.

Tiene la palabra por siete minutos.

La señora MANZANO PÉREZ

—Gracias, señor presidente. Buenas tardes, señorías.

Bueno, en mis conversaciones previas con el señor Gil, el portavoz de Podemos, me dice, con todo el cariño del mundo, que esta PNL pareciera que debiera debatirse en otra comisión, pero yo voy a tratar de convencerle de que eso no es así, porque el objetivo último de esta PNL es proteger la salud de las personas en su condición de consumidora.

Voy a empezar dando unos datos que lo que pretenden es situarnos ante la importancia de un sector, que es el sector de la industria agroalimentaria aquí en Andalucía, que, sin ningún lugar a dudas, está jugando, ha jugado y está jugando un papel destacado importante que influye en el desarrollo de nuestra tierra y en el conjunto del país también.

Según datos recientes, esta industria agroalimentaria andaluza aportó el 13% del PIB nacional, y el 26% del agrario, genera un 8% del valor añadido bruto de la industria a nivel nacional, y un 17% de la industria a nivel andaluz.

Andalucía lidera este sector a nivel nacional con 5.201 empresas de la industria agroalimentaria, de las 29.424 con las que cuenta el país, según el Instituto Nacional de Estadística.

Por sectores, en Andalucía destaca el del aceite, el de las grasas, seguido de otros como las cárnicas, los productos agroalimentarios como bebidas, frutas y hortalizas.

Destacar también que entre las características de estas empresas está el de ser mayoritariamente pymes, con menos de diez empleados, y que un porcentaje importante de los mismos son autónomos.

Y, por último, que esta industria está soportando bastante bien esta situación de dificultad, de momento de dificultad por la que todavía estamos pasando, y que también me gustaría dejar reflejado en la exposición de esta PNL.

En relación con esta realidad, yo creo que es obvio que la Administración creo que está obligada a proporcionarle apoyo desde los distintos ámbitos, y creo que el sanitario no puede ser una excepción.

Y es que la Administración de salud, la Administración sanitaria tiene que proteger, como he dicho anteriormente, a las personas consumidoras y, entre ellas, a las personas consumidoras de los productos alimen-

tarios que producen este tipo de industrias. Para ello vela para que estos productos ofrezcan a la persona consumidora el mayor nivel de seguridad posible.

¿Cómo nos aseguramos de que ese producto que ofrecen estas empresas tenga ese nivel de seguridad? Pues, de alguna manera, haciéndoles cumplir con los requisitos que se exigen, requisitos que se traducen, como siempre, en el cumplimiento de una extensa y nada fácil normativa que tiene que cumplir la empresa alimentaria, y que les cuesta mucho, dado que, como he dicho anteriormente, este tipo de empresas son empresas demasiado pequeñas, en la mayoría de las ocasiones son pequeñas, son obviamente pymes, las pymes ya son pequeñas. Pero, insisto, que al ser de este tamaño les cuesta mucho cumplir con esta normativa.

En la mayoría de las ocasiones —y además estuve visitando una la semana pasada—, esto precisamente se convierte para ella en un lastre, se convierte en un obstáculo, se convierte, como decía la semana pasada, en una hartura y en un hartazgo que les agobia y que, en ocasiones incluso, les lleva hasta abandonar el proyecto en el que se han embarcado. Y, sobre todo, porque esta normativa europea es precisamente la que les dice que la responsabilidad de la seguridad de cualquier producto alimentario recae, sin lugar a dudas, en el operador económico que la pone en el mercado.

Por tanto, es necesario que la Consejería de Salud profundice en lo que ya está haciendo y que tiene que ver con todo lo que he mencionado para cumplir con los objetivos que, lo vuelve a repetir, proteger la salud de la persona consumidora, pero también, y de paso, apoyar a la industria andaluza de este sector a poder cumplir con toda la normativa que se le exige y que le va a llevar a que el producto que ofrece tenga seguridad.

Por ello, ¿qué proponemos? Pues, insisto, seguir profundizando, lo que ya está haciendo con un plan, un plan más ambicioso de lo que se está haciendo en este momento de apoyo a la empresa alimentaria que le facilite la interpretación y el cumplimiento de la normativa, insisto, para que el producto sea de calidad para proteger a las personas consumidoras y para que, a su vez, la empresa pueda ser más competitiva en este mundo globalizado con una serie de medidas. Medidas como, por ejemplo, que se haga un diagnóstico global de la situación en la que se está, sobre todo que ese diagnóstico se haga por sectores, porque no es lo mismo el sector del pan, por ejemplo, que el sector, como he dicho anteriormente, de las cárnicas o del aceite. Que se vea exactamente qué necesidades tienen estas empresas, qué demandas hacen, y que lo identifiquen. Y que, por lo tanto, una vez tenido este diagnóstico, que identifiquen qué prácticas son las incorrectas, qué situaciones de peligro son en las que están inmersas, para después darlas a conocer a todas y cada una de estas empresas.

Ayudarles también a simplificar todos los trámites burocráticos, en función de lo que le exige esta normativa, que, como le he dicho anteriormente, es una normativa europea. Que lo hagan de una manera que no vean esa hartura, ese hartazgo, simplemente para cumplir esos trámites burocráticos, como he dicho anteriormente.

Desarrollar también un programa de formación y asesoría, pero un programa de formación y asesoría que sea cercano en el territorio, que no les cueste a estas personas que forman parte de estas empresas, a estos empresarios acercarse a ese programa de formación, que colaboren también aquellas empresas que ya lo hacen, y para que les den a conocer como ellos lo logran.

Y, por último, pues que la consejería muchas veces trabajamos de manera transversal por que sea capaz de lograr que existan ayudas, no sé con qué..., entiendo que con otras consejerías, por ejemplo, con la de

Agricultura, entiendo, pues para que, de alguna manera, se le ayude —digo ayuda del tipo que sea—, pero que de alguna manera se le ayude a que todos los requisitos que tienen que llevar a cabo en todo lo que estoy diciendo puedan cumplirlos para que puedan ser también empresas exportadoras de sus productos de este sector agroalimentario.

Gracias.

El señor GARCÍA ANGUIA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señoría.

Señora Nieto, tiene cinco minutos.

La señora NIETO CASTRO

—Gracias, presidente.

Yo también soy de la opinión de que quizás esta proposición no de ley hubiera tenido mejor encaje en otra comisión, lejos de discrepar del criterio de las mesas de la Cámara, si está aquí, pues aquí la debatimos y punto.

Pero algunos de los elementos que traslada no me parecen..., no nos parecen a criterio de Izquierda Unida temas específicamente relacionados ni con el ámbito de la salud, ni con el ámbito del consumo. Por varias razones, es decir, hay una excesiva burocratización que impide muchas veces la normal realización de su actividad a las empresas, sobre todo si son pequeñas y no tienen recursos para tener a gente con perfil técnico que se dedique exclusivamente a eso, pero eso no les afecta solo en la normativa que tiene que ver con materia de atención de mejora sanitaria o de atención a los consumidores, sino que tiene que ver con todo el proceso de su vida cotidiana, afecte o no a la materia que es objeto de esta comisión.

Y, luego, también consideramos que si en algún sitio habría que preocuparse por la salud o por los riesgos de la misma, por una cadena deficiente en todo ese proceso industrial del sector extractivo, hasta que llega a los consumidores y consumidoras es precisamente en agricultura.

Recuerdo cuando hablábamos del programa, creo que se llama Piraso, cuando hablábamos de cómo a la cadena alimentaria pasaban los antibióticos, y era uno de los problemas que había que enfrentar, no solo el de erradicar la automedicación o que hubiera un abuso del antibiótico utilizado por las personas, sino como también lo ingeríamos involuntariamente, porque eran tratados los animales, por ejemplo, con antibióticos que, por otra parte, en muchos casos estaban incluso prohibidos por la Unión Europea.

Por tanto, parece que en el ámbito de la Consejería de Agricultura y Ganadería, para esa cuestión particular, pues hubiera tenido también encaje.

Y ya el último punto, el 1.4, incluso echándole yo ya una imaginación extraordinaria, no le encuentro la ubicación aquí. No obstante, vaya por delante que la vemos muy bien, pero algo similar debiera plantearse algún grupo con más cupo que el nuestro, abordar en otras comisiones para completar ese respaldo que se les quiere dar a las empresas, y que saludamos desde Izquierda Unida, porque siempre va a ser bienveni-

do, sobre todo las de tamaño pequeño y que tienen necesidad de ello, que son muchas, como bien ha dicho la proponente.

Por tanto, anticipar nuestro voto favorable, pero creemos que si se circunscribe exclusivamente al ámbito de esta comisión, se queda coja para facilitar la ayuda que se quiere facilitar a los empresarios. Y si se refiere a otras muchas cosas, pues habrá que abordarla también, o bien en pleno, o en comisiones a las que compete más directamente este tema, a criterio de Izquierda Unida.

Muchas gracias.

El señor GARCÍA ANGUIA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señoría.
Señora Albás.

La señora ALBÁS VIVES

—Gracias, presidente.

Estoy de acuerdo con la portavoz que me ha precedido. Me parece bien la proposición no de ley, pero la verdad es que no entiendo por qué está aquí, porque lo veo más en Empleo, Empresa y Comercio. Pero, bueno, como de lo que se habla es de la comercialización de los alimentos un poquito, pues algo tendremos que decir aquí.

Como todos ustedes saben, la industria alimentaria es una de las actividades económicas que, a pesar de su enorme difusión e importancia, es una de las más reguladas por las diferentes administraciones, partiendo, en primer lugar, de directrices comunitarias, las cuales establecen normas exhaustivas que son delegadas en los estados miembros y estos a su vez en las administraciones de ámbito territorial. Simplemente, investigando, investigando, hay como veinte normas, y estamos hablando de normativa actual, o sea, es una auténtica barbaridad.

O sea, que estamos ante uno de los sectores, como he dicho antes, más regulados por todas las administraciones, incluyendo también las locales, y que es operado en un 96% por empresas de menos de cincuenta trabajadores, lo cual condiciona en gran medida las posibilidades de éxito para gran parte de estos operadores.

Los puntos que expone en la proposición no de ley estamos de acuerdo con ellos, y sobre todo en conseguir también una mayor simplificación legislativa. Cuando una persona quiere montar una empresa, aunque estemos en la Comisión de Salud, que se dedique a la alimentación y se encuentra con un sinfín de complicaciones a la hora de poder abrir el comercio, pues lo que hace es ponerle palos en las ruedas en lugar de ayudarle a que emprenda un nuevo negocio.

Contemplar un programa de formación y asesoría técnica integrado por todos los interesados, pues todo bien. Si es que los cuatro puntos están acertados, aunque volvemos a insistir en que no entendemos qué hace en esta Comisión de Salud.

Simplemente, decir que votaremos a favor. 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.

Me reitero. Al leer por primera vez la proposición no de ley que hoy debatimos intenté encontrar algún punto dispositivo en materia de salud, pero no lo conseguí, porque, sí es cierto, alimentación tiene que ver con la salud y las empresas alimentarias juegan un papel fundamental en contribuir a esa salud, pero lo podemos hacer extensivo a otras empresas. Es decir, el sector energético y, derivado, la pobreza energética también tienen una incidencia en la salud muy importante. Es más, es un sector estratégico que debería estar en manos del Estado, ahí nos hubiéramos evitado muchísimas puertas giratorias y eso incide en la salud de muchas personas, al no poder pagar el recibo de la luz y su salud se ve mermada.

Luego, pensé que en la Comisión de Salud están asignadas las competencias de consumo; de hecho, el año pasado tramitamos la Ley de Protección de Consumidores Hipotecarios. Me puse las lentes de competencia y consumo y releí bajo ese prisma de nuevo lo que en esta proposición no de ley se proponía, y tampoco lo encontré, no vi ninguna relación con consumo.

Luego, pensé que, teniendo en cuenta lo que se proponía y quién lo proponía, es decir, la puesta en marcha de un plan que ha de hacerse cargo el Gobierno y quien lo propone es el partido del Gobierno instando al Gobierno, pensé que por qué no lo empieza a poner en marcha directamente el Gobierno y sobre esa base discutimos, no creo que necesite el beneplácito nuestro para hacer su trabajo. Esta comisión está para fiscalizar ese control de las acciones del Gobierno, no para darle o quitarle permiso al Gobierno lo que él estime oportuno hacer.

De hecho, esta proposición no de ley podría haberse discutido, como mis compañeros han comentado, en otra comisión, como puede ser en la de Empleo, Empresa y Comercio, con un proponente distinto al partido del Gobierno, que ya tendría algo más de sentido.

Aun estando de acuerdo, como digo, en los puntos que propone, no he logrado encontrar la materia de consumo. Una vez dicho esto, y en aras de hacer una propuesta de uno de los puntos que recoge en la exposición de motivos y que no veo en la parte dispositiva, y que es velar por la seguridad alimentaria y la salud de los consumidores, me aventuré a presentar una enmienda como punto adicional a la proposición no de ley, que decía así: «Desarrollar una normativa en el plazo de tres meses que establezca sanciones a las empresas alimentarias que no etiqueten convenientemente los ingredientes de sus productos, como sucede, por ejemplo, cuando no queda especificado el aceite de palma, y a los establecimientos de distribución donde se vendan estos productos a minoristas, así como establecer planes de control periódico para dar cumplimiento a la ley».

De esta forma, una vez puesto en marcha lo que en esta disposición se recoge, que es engranar unos dispositivos de apoyo técnico a las empresas pymes que no tienen capacidad suficiente para hacer un control ri-

guroso para que sus productos alimentarios preserven toda la calidad y no vayan en contra de la salud de los consumidores, esto podría ser una de las diferentes opciones que se abrirían teniendo estos recursos, que es que se etiqueten correctamente los productos alimentarios y tener un mejor control.

Había puesto el caso del aceite de palma como caso paradigmático de un producto que puede suponer un riesgo para la salud, según la Organización Mundial de la Salud, y que los usuarios tienen dificultad en identificar, porque o no se etiqueta o se etiqueta con otros nombres. La transparencia y la información deberían ayudar a evitar en lo posible estos riesgos.

El tema, como bien apreciaba a primerísima hora la señora letrada, es que esta enmienda no ha lugar ante un tema que no encaja muy bien en Salud sino más bien en Empresa y Comercio. Entonces ha decaído y, bueno, intentaré que esta iniciativa se acoja en otro espacio.

Muchas gracias.

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señor Gil.

Señor Valero, tiene cinco minutos.

El señor VALERO RODRÍGUEZ

—Muchísimas gracias, señor presidente.

Para nosotros es indiferente en qué comisión vaya, el asunto creo que es de gran importancia, sin duda.

Lo que sí resulta paradójico, y casi rayando lo cómico, es que sea el grupo parlamentario que sostiene al Gobierno y que tiene esa capacidad ejecutiva de llevar a cabo todo este tipo de medidas después de tantos años de gobierno, nos haga una serie de propuestas que ya debieran haber puesto en marcha. No obstante, y, bueno, pedirnos a nosotros nuestro parecer, cuando tienen esa posibilidad.

No obstante, nosotros agradecemos que se traiga esta iniciativa, que versa sobre algo que nos resulta preocupante y nos resulta muy interesante, sobre todo para esta maravillosa y grandiosa región que es Andalucía, en la cual Andalucía, que es una gran productora y una gran exportadora, y además que poseemos esa cultura basada en la dieta mediterránea, en la dieta sana, en la dieta equilibrada de esos magníficos y saludables productos y materias primas de Andalucía. Por tanto, agradecemos que se traiga este tipo de iniciativas aquí y que podamos debatirlas.

Desde el Grupo Parlamentario Popular consideramos fundamental reforzar esos controles alimentarios y, por supuesto, apoyar al sector alimentario de Andalucía, que es un gran motor de economía, casi pudiéramos decir después del turismo es el segundo motor de nuestra economía.

Recientemente hemos recibido la visita, y tuvimos ocasión de participar en la conferencia del comisario europeo de Salud y Seguridad Alimentaria, al cual tuve ocasión de conocer, y nos habló de la importancia de reforzar los controles de los alimentos para el consumo humano y del esfuerzo que se está haciendo por parte de las distintas administraciones y que, lógicamente, es una tarea que nos compete a todos. Cualquiera

medida que contribuya a garantizar la máxima exhaustividad a la hora de controlar los alimentos a disposición del ciudadano y de esta manera preservar la salud contará, por supuesto, con nuestro voto afirmativo.

En cuanto a la propuesta de apoyar al sector andaluz de las empresas alimentarias, nuestro partido siempre ha estado reivindicando ese apoyo que debe tener la Junta de Andalucía a las marcas finales andaluzas de la alimentación, proponiendo una línea de subvenciones destinada a la investigación y al desarrollo de nuevas prácticas en materia de imagen, de seguridad, de calidad, de presentación, así como de nuevos productos de marcas finales del sector industrial de la alimentación en Andalucía. Estamos convencidos de que debemos fomentar con recursos la modernización de este sector, manteniendo y potenciando campañas que fomenten nuestro consumo de nuestros productos andaluces en nuestro propio territorio. Compartimos, por tanto, absolutamente la necesidad de simplificar los trámites burocráticos para nuestras empresas.

Y en cuanto a la alusión que hace a los programas de ayudas para fomentar la exportación que se recoge en la propuesta de resolución, quisiéramos saber qué sostenibilidad financiera van a tener, porque de nuevo vamos a asistir a lo que es, en lo que es verdad que en el grupo parlamentario del Gobierno son verdaderos artesanos, que al final es en afirmaciones genéricas, en declaración de intenciones. ¿Pero dónde está la dotación financiera? Volver a más promesas que no se sostienen con dotación económica. Por tanto, entendemos que pueda ser esto otro brindis al sol.

En definitiva, este grupo parlamentario va a apoyar ese apoyo a los controles alimentarios y, por supuesto, a ese gran motor y a ese gran potencial que es el sector agroalimentario de Andalucía.

Muchísimas gracias.

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señoría.

Para terminar, tiene cinco minutos, señoría.

La señora MANZANO PÉREZ

—Gracias, señor presidente.

Ya veo que no he logrado convencer a los grupos de que esta PNL, en última instancia, tiene que ver con un tema de salud —obviamente, si no no estaría aquí—, de salud y consumo de los alimentos de calidad que esta industria agroalimentaria pone a disposición de las personas.

En cuanto a lo que ha comentado la portavoz de Izquierda Unida del 1,4, que no entendía que estuviese aquí, yo lo único que le pido es que confíen, primero, en la capacidad que tienen las distintas consejerías de coordinarse. Y, por supuesto, lo que estamos haciendo, metiéndolo aquí, es que sea la encargada la Consejería de Salud desde el área de consumo de que otras consejerías cumplan con parte de los requisitos o parte de las peticiones que hacemos de esta PNL. Es decir, que será Salud quien esté pendiente de que se cumpla con esto.

A Podemos, bueno, decirle que también somos un grupo parlamentario, como el resto de los que hay aquí, que también hablamos con los colectivos, nos sentamos con las distintas empresas, escuchamos y, por lo tanto, también presentamos iniciativas. Faltaría más, eso también se lo quiero decir como respuesta al Partido Popular que nos ha hecho la misma referencia. Oye, que nosotros también estamos aquí para presentar iniciativas, no sé a qué vienen esos comentarios de un grupo y de otro, que podía haber sido el Gobierno el que lo hubiese hecho. Simplemente, proponemos desde el Grupo Parlamentario Socialista que se mejore algo que ya se viene haciendo desde el Gobierno y que nosotros queremos que se haga aún mejor.

Y, bueno, señor Gil, que no está, por cierto, estoy aquí hablando al techo, decirle que me ha sorprendido también una de las afirmaciones que ha hecho, ¿no?, de que eso de que nosotros pidamos el visto bueno a algunas iniciativas que se pongan encima de la mesa, me ha sorprendido, la verdad es que me ha extrañado.

Decirle, sobre su enmienda, que ha decaído, pero que de todas maneras no se la iba a aceptar, porque creo que rompía con el espíritu de esta PNL.

Al señor Valero decirle, de alguna manera, bueno, ya le he dado alguna contestación, insisto, pedimos que se mejore desde el Grupo Parlamentario Socialista lo que se está haciendo, que nosotros también tenemos derecho y obligación, más que derecho obligación, más que derecho obligación a pedirle al Gobierno una serie de peticiones a través de nuestras iniciativas. Y, bueno, si el Gobierno ya había podido haberlo hecho, tal y como ha dicho usted, bueno, pues también la podían haber pedido ustedes o el resto de grupos, ¿no?, si creen que el Gobierno ya debería estar haciéndolo.

Y estamos de acuerdo en ese programa de ayudas que comenta el señor Valero, que coincide con nosotros, creo que es necesario.

E, insisto, le pedimos a la Consejería de Salud que, de alguna manera, coordine eso para que mejore la situación de estas empresas en relación a cumplir con los requisitos, que son duros, que son especialmente difíciles, que tienen que ver con una normativa europea. Y será la Consejería de Salud la que busque esa coordinación en otras áreas del Gobierno andaluz.

Y, mire, y en eso de que somos expertos en hacer promesas o brindis al sol, ustedes también piden muchísimas peticiones que no se sabe exactamente, no proponen de dónde se deben financiar. Así que no veo a qué esta última crítica.

En definitiva, independientemente de todo esto, gracias como siempre por apoyar la iniciativa y gracias, como siempre, también, como se suele decir, por el tono empleado, que siempre es agradable y siempre viene bien para la imagen que proyectamos hacia la sociedad.

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señoría.

Si les parece bien pasamos a la votación de la primera PNL relativa al servicio sanitario en Peñafior, Sevilla.

Es una PNL con tres puntos, quedaría, por la parte proponente se ha aceptado la enmienda de Podemos, por tanto, si es un cuarto punto, con el texto íntegro de las enmiendas.

¿Hay posibilidad de que se voten los cuatro puntos conjuntamente o...?

La señora ALBÁS VIVES

—Presidente, 1, 2 y 4 juntos, y el 3 solito.

Gracias.

El señor GARCÍA ANGUIA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—¿Algún grupo dice lo contrario?

Bien, pues entonces pasamos a votación de los puntos 1, 2 y 4 de la moción presentada por el Grupo Parlamentario Popular Andaluz, del PP.

¿Votos favorables?

¿Votos en contra?

¿Abstenciones?

Se aprueban por mayoría.

Pasamos a la votación de la segunda PNL.

Ah, perdón.

¿Votos favorables al punto 3?

¿Votos en contra del punto 3?

¿Abstenciones? Abstenciones 2.

Hay un empate, por el voto ponderado, ¿no?

[Intervenciones no registradas.]

Se aprueba por el voto ponderado, porque la suma de los... No se puede tener ya en cuenta su voto, pero, a pesar de eso, se aprueba porque el voto ponderado suman más diputados en el Pleno que los tres partidos que han votado a favor. Eso explica la letrada, pero ha votado a favor PP...

[Intervenciones no registradas.]

Pero votos ponderados en el Pleno, la suma de los diputados que conforman el Pleno da más a favor que en contra, puesto que ha sido el PSOE solo que tiene 47 y ha sido PP, 33; Podemos, 15...

[Intervenciones no registradas.]

Señorías, me quieren escuchar, por favor. Cuando hay empate en una comisión se va al voto ponderado, que es la representación que tienen los cinco grupos políticos en el Pleno, se suma la representación en el Pleno de los que han votado que sí y la representación en el Pleno de los que han votado que no. Y sumando PP, Izquierda Unida y Podemos suman más de 47. Entonces se aprueba por el voto ponderado porque sumamos más los tres partidos políticos que han votado que sí en el Pleno que serían 33 de PP, 15 de Podemos y...

[Intervenciones no registradas.]

Del grupo político..., es el grupo político en el Pleno.

[Intervenciones no registradas.]

Por favor, vamos a ver una cosa, a mí no me ha pasado en dos años esto, pero aquí está la letrada. ¿Partimos el cuerpo por la mitad? ¿Ponemos siete y medio?

[Intervenciones no registradas.]

No, no, no. Es solamente... ¿Me permiten? Primero que hablen cuando les dé la palabra, para empezar a hablar. Y, segundo, que es que en caso de empate, si no no vendríamos, como dice la señora del PSOE, vendríamos la mitad, en caso de empate, en caso de empate es el voto ponderado y como siempre hemos hecho en esta comisión es lo que nos aconseja el letrado, en este caso, la letrada, y se ha hecho reglamentariamente, ¿o no?

[Intervención no registrada.]

Tiene la palabra.

[Intervención no registrada.]

¿Pero cómo va a ser eso?

Señorías, como bien me informa la letrada que, además es su obligación y nuestro derecho, que informe a la Mesa y a los miembros de la comisión, se ha hecho perfectamente. Lo que no se puede hacer es que valgan 7,5 votos de Podemos. Que estén o no estén representados el voto ponderado es la suma de la representación de cada grupo en el Pleno, y ha sido la suma de PP, Podemos e Izquierda Unida, que dan más que la suma de PSOE. Por tanto se aprueba.

Pasamos a la siguiente PNL que es presentada por el Partido Socialista, relativa a apoyo a las empresas alimentarias de Andalucía para mejorar el cumplimiento y aplicación de la normativa sobre el control sanitario.

¿Se puede votar la PNL con todos los votos conjuntamente? ¿Hay alguna oposición de algún grupo?

Pues entonces se vota en conjunto.

Señorías, se inicia la votación.

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

Y buenas tardes.

