

DIARIO DE SESIONES D S P A

DIARIO DE SESIONES



PARLAMENTO DE ANDALUCÍA

COMISIONES

Núm. 406

X LEGISLATURA

21 de septiembre de 2017

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

Sesión celebrada el jueves, 21 de septiembre de 2017

ORDEN DEL DÍA

COMPARECENCIAS

Debate agrupado de las siguientes iniciativas:

- 10-17/APC-000914. Comparecencia de la Excm. Sra. Consejera de Salud, a fin de valorar los resultados arrojados por la auditoría realizada al Servicio de Cirugía General y Digestiva del Hospital Puerta del Mar, de Cádiz, de los años 2014-2015, presentada por el G.P. Izquierda Unida Los Verdes-Convocatoria por Andalucía.
- 10-17/APC-001130. Comparecencia de la Excm. Sra. Consejera de Salud, a fin de informar sobre las irregularidades detectadas en la auditoría realizada a la Unidad de Gestión Clínica de Cirugía General y Aparato Digestivo del Hospital Universitario Puerta del Mar, de Cádiz, presentada por el G.P. Podemos Andalucía.

Debate agrupado de las siguientes iniciativas:

- 10-17/APC-000729. Comparecencia de la Excm. Sra. Consejera de Salud, a fin de informar sobre el Plan Costa y Verano 2017, presentada por el G.P. Popular Andaluz.

- 10-17/APC-000899. Comparecencia de la Excm. Sra. Consejera de Salud, a fin de informar sobre el Plan Verano de 2017 en Andalucía, presentada por el G.P. Podemos Andalucía.
- 10-17/APC-001084. Comparecencia de la Excm. Sra. Consejera de Salud, a fin de informar sobre el balance del Plan de Verano de 2017, presentada por los Ilmos. Sres. D. Mario Jesús Jiménez Díaz, D. José Muñoz Sánchez, D. Juan María Cornejo López, D. Francisco José Vargas Ramos, Dña. Araceli Maese Villacampa y Dña. María de los Ángeles Ferriz Gómez, del G.P. Socialista.

Debate agrupado de las siguientes iniciativas:

- 10-17/APC-000335. Comparecencia de la Excm. Sra. Consejera de Salud, a fin de informar sobre el Plan de Renovación de la Atención Primaria en Andalucía, presentada por el G.P. Podemos Andalucía.
- 10-17/APC-000391. Comparecencia de la Excm. Sra. Consejera de Salud, a fin de informar acerca del Plan de Renovación de la Atención Primaria en Andalucía, presentada por el G.P. Ciudadanos.
- 10-17/APC-001083. Comparecencia de la Excm. Sra. Consejera de Salud, a fin de informar sobre las acciones inmediatas previstas en el Plan de Renovación de la Atención Primaria en Andalucía, presentada por los Ilmos. Sres. D. Mario Jesús Jiménez Díaz, D. José Muñoz Sánchez, D. Juan María Cornejo López, D. Francisco José Vargas Ramos, Dña. Araceli Maese Villacampa y Dña. María de los Ángeles Ferriz Gómez, del G.P. Socialista.

PREGUNTAS ORALES

10-17/POC-000569. Pregunta oral relativa a la situación sanitaria de la comarca de Los Pedroches, en la provincia de Córdoba, formulada por la Ilma. Sra. Dña. María del Rosario Alarcón Mañas, del G.P. Popular Andaluz.

10-17/POC-001266. Pregunta oral relativa a las medidas para la implantación del Dispositivo de Cuidados Críticos y Urgencias (DCCU) de Chipiona, formulada por la Ilma. Sra. Dña. Inmaculada Nieto Castro, del G.P. Izquierda Unida Los Verdes-Convocatoria por Andalucía.

10-17/POC-001274. Pregunta oral relativa al servicio de pediatría en la localidad de Sabiote, Jaén, formulada por las Ilmas. Sras. Dña. Amelia Palacios Pérez y Dña. Catalina Montserrat García Carrasco, del G.P. Popular Andaluz.

10-17/POC-001324. Pregunta oral relativa al consultorio de Cártama, Málaga, formulada por los Ilmos. Sres. D. Carlos Hernández White y Dña. María Isabel Albás Vives, del G.P. Ciudadanos.

10-17/POC-001344. Pregunta oral relativa al funcionamiento de la bolsa de trabajo del SAS, formulada por la Ilma. Sra. Dña. María Isabel Albás Vives, del G.P. Ciudadanos.

10-17/POC-001461. Pregunta oral relativa a la situación del servicio de limpieza del Hospital Juan Ramón Jiménez, de Huelva, formulada por el Ilmo. Sr. D. Guillermo José García de Longoria Menduiña, del G.P. Popular Andaluz.

10-17/POC-001515. Pregunta oral relativa al nuevo Hospital de Alta Resolución en Palma del Río, Córdoba, formulada por los Ilmos. Sres. D. Francisco José Vargas Ramos y Dña. Araceli Maese Villacampa, del G.P. Socialista.

10-17/POC-001516. Pregunta oral relativa al Registro de Voluntades Vitales Anticipadas de Andalucía, formulada por los Ilmos. Sres. D. Francisco José Vargas Ramos y D. Diego Ferrera Limón, del G.P. Socialista.

10-17/POC-001517. Pregunta oral relativa a las medidas para evitar cláusulas abusivas en los préstamos hipotecarios, formulada por los Ilmos. Sres. D. Francisco José Vargas Ramos y Dña. Olga Manzano Pérez, del G.P. Socialista.

PREGUNTAS ESCRITAS CON TRATAMIENTO DE PREGUNTA ORAL EN COMISIÓN

10-17/PEC-000018. Pregunta escrita con tratamiento de pregunta oral en comisión relativa a la candidatura andaluza como sede de la Agencia Europea del Medicamento, presentada por la Ilma. Sra. Dña. María Carmen Prieto Bonilla, diputada no adscrita.

PROPOSICIONES NO DE LEY

10-17/PNLC-000239. Proposición no de ley relativa a la necesidad de mejoras en la atención del Servicio de Cirugía Pediátrica de Cádiz, presentada por el G.P. Ciudadanos.

10-17/PNLC-000266. Proposición no de ley relativa a inmunodeficiencias primarias (IDP), presentada por el G.P. Popular Andaluz.

10-17/PNLC-000273. Proposición no de ley relativa a la evaluación del impacto en salud de proyectos de planeamiento urbanístico en Andalucía, presentada por el G.P. Socialista.

10-17/PNLC-000279. Proposición no de ley relativa a la mejora en la atención sanitaria en Palma del Río, Córdoba, y comarca, presentada por el G.P. Podemos Andalucía.

SUMARIO

Se abre la sesión a las diez horas, dos minutos del día veintiuno de septiembre de dos mil diecisiete.

COMPARECENCIAS

10-17/APC-000729, 10-17/APC-000899 y 10-17/APC-001084. Comparecencia de la consejera de Salud, a fin de informar sobre el balance del Plan Costa y Verano de 2017 en Andalucía (pág. 9).

Intervienen:

Dña. Marina Álvarez Benito, consejera de Salud.

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

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

D. Francisco José Vargas Ramos, 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.

10-17/APC-000914 y 10-17/APC-001130. Comparecencia de la consejera de Salud, a fin de valorar los resultados arrojados por la auditoría realizada a la Unidad de Gestión Clínica de Cirugía General y Aparato Digestivo del Hospital Universitario Puerta del Mar, de Cádiz (pág. 31).

Intervienen:

Dña. Marina Álvarez Benito, consejera de Salud.

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

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

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

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

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

10-17/APC-000335, 10-17/APC-000391 y 10-17/APC-001083. Comparecencia de la consejera de Salud, a fin de informar sobre el Plan de Renovación de la Atención Primaria en Andalucía y las acciones inmediatas previstas (pág. 49).

Intervienen:

Dña. Marina Álvarez Benito, consejera de Salud.

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

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

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

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

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

PREGUNTAS ORALES

10-17/POC-001266. Pregunta oral relativa a las medidas para la implantación del Dispositivo de Cuidados Críticos y Urgencias (DCCU) de Chipiona (pág. 71).

Intervienen:

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

Dña. Marina Álvarez Benito, consejera de Salud.

10-17/POC-001324. Pregunta oral relativa al consultorio de Cártama, Málaga (pág. 74).

Intervienen:

D. Carlos Hernández White, del G.P. Ciudadanos.

Dña. Marina Álvarez Benito, consejera de Salud.

10-17/POC-001461. Pregunta oral relativa a la situación del servicio de limpieza del Hospital Juan Ramón Jiménez, de Huelva (pág. 77).

Intervienen:

D. Guillermo José García de Longoria Mendiña, del G.P. Popular Andaluz.

Dña. Marina Álvarez Benito, consejera de Salud.

10-17/POC-001274. Pregunta oral relativa al servicio de pediatría en la localidad de Sabiote, Jaén (pág. 80).

Intervienen:

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

Dña. Marina Álvarez Benito, consejera de Salud.

10-17/POC-001344. Pregunta oral relativa al funcionamiento de la bolsa de trabajo del SAS (pág. 83).

Intervienen:

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

Dña. Marina Álvarez Benito, consejera de Salud.

DIARIO DE SESIONES DEL PARLAMENTO DE ANDALUCÍA

Núm. 406

X LEGISLATURA

21 de septiembre de 2017

10-17/POC-001515. Pregunta oral relativa al nuevo Hospital de Alta Resolución en Palma del Río, Córdoba (pág. 86).

Interviene:

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

Dña. Marina Álvarez Benito, consejera de Salud.

10-17/POC-001516. Pregunta oral relativa al Registro de Voluntades Vitales Anticipadas de Andalucía (pág. 89).

Intervienen:

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

Dña. Marina Álvarez Benito, consejera de Salud.

10-17/POC-001517. Pregunta oral relativa a las medidas para evitar cláusulas abusivas en los préstamos hipotecarios (pág. 91).

Interviene:

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

Dña. Marina Álvarez Benito, consejera de Salud.

10-17/POC-000569. Pregunta oral relativa a la situación sanitaria de la comarca de Los Pedroches, en la provincia de Córdoba (pág. 94).

Intervienen:

Dña. María del Rosario Alarcón Mañas, del G.P. Popular Andaluz.

Dña. Marina Álvarez Benito, consejera de Salud.

PREGUNTAS ESCRITAS CON TRATAMIENTO DE PREGUNTA ORAL EN COMISIÓN

10-17/PEC-000018. Pregunta escrita con tratamiento de pregunta oral en comisión relativa a la candidatura andaluza como sede de la Agencia Europea del Medicamento (pág. 98).

Intervienen:

Dña. María del Carmen Prieto Bonilla, diputada no adscrita.

Dña. Marina Álvarez Benito, consejera de Salud.

PROPOSICIONES NO DE LEY

10-17/PNLC-000239. Proposición no de ley relativa a la necesidad de mejoras en la atención del Servicio de Cirugía Pediátrica de Cádiz (pág. 103).

Intervienen:

D. Sergio Romero Jiménez, 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.

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

Votación de los puntos 1 y 3: aprobados por unanimidad.

Votación del punto 2: aprobado por 15 votos a favor, ningún voto en contra y 2 abstenciones.

10-17/PNLC-000266. Proposición no de ley relativa a inmunodeficiencias primarias (IDP) (pág. 111).

Intervienen:

Dña. María de la O Redondo Calvillo, del G.P. Popular Andaluz.

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

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

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

Votación de los puntos 1, 5 y 6: aprobados por unanimidad.

Votación del punto 2: aprobado por 15 votos a favor, ningún voto en contra y 2 abstenciones.

Votación del punto 3: aprobado por 10 votos a favor, ningún voto en contra y 7 abstenciones.

Votación del punto 4: aprobado por 10 votos a favor, ningún voto en contra y 7 abstenciones.

10-17/PNLC-000273. Proposición no de ley relativa a la evaluación del impacto en salud de proyectos de planeamiento urbanístico en Andalucía (pág. 118).

Intervienen:

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

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

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

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

Votación: aprobada por unanimidad.

DIARIO DE SESIONES DEL PARLAMENTO DE ANDALUCÍA

Núm. 406

X LEGISLATURA

21 de septiembre de 2017

10-17/PNLC-000279. Proposición no de ley relativa a la mejora en la atención sanitaria en Palma del Río, Córdoba, y comarca (pág. 125).

Intervienen:

D. David Jesús Moscoso Sánchez, del G.P. Podemos Andalucía.

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

Dña. María de la O Redondo Calvillo, del G.P. Popular Andaluz.

Dña. María Soledad Pérez Rodríguez, del G.P. Socialista.

Votación: aprobada por unanimidad.

Se levanta la sesión a las quince horas, treinta y nueve minutos del día veintiuno de septiembre de dos mil diecisiete.

10-17/APC-000729, 10-17/APC-000899 y 10-17/APC-001084. Comparecencia de la consejera de Salud, a fin de informar sobre el balance del Plan Costa y Verano de 2017 en Andalucía

El señor GARCÍA ANGUIA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Buenos días, señoras y señores diputados.

Una vez que hay quórum, damos comienzo a la Comisión de Salud del mes de septiembre. Y pido permiso para alterar el orden del día. Vamos a empezar por el número 2, debate agrupado de la iniciativa relativa a fin de que la señora consejera informe del Plan de Costa y Verano 2017.

Señora Nieto, empezamos por la segunda porque nos ha cogido el tren, la portavoz del PP que lleva esa iniciativa, y después la pasamos.

Entonces, tiene la señora consejera 15 minutos.

Muchas gracias.

La señora ÁLVAREZ BENITO, CONSEJERA DE SALUD

—Muchísimas gracias, presidente. Señorías.

Antes de nada, quiero agradecer a los proponentes de este debate agrupado la oportunidad que me brinda para dar cuenta no solo de las previsiones para el Plan de Atención Sanitaria en Verano en nuestra comunidad, sino también para exponer la evaluación de resultados de la planificación de recursos durante estos meses.

Como ya expusimos en varias ocasiones en esta misma comisión, el Plan de Atención Sanitaria para el Verano en nuestra comunidad se desarrolla en el periodo comprendido entre el 15 de junio al 30 de septiembre de cada año y, por tanto, al no haber concluido aún, no podemos dar la evaluación de los distintos aspectos que conviene al mismo.

No obstante, señorías, aportaré con mucho gusto todos aquellos datos que estén disponibles a fecha de hoy, y que nos permitan adelantarles que durante los meses de verano las personas que lo han requerido han recibido en Andalucía una asistencia sanitaria de calidad al igual que el resto del año.

Pero, antes de entrar en detalle, permítame sus señorías que les recuerde cómo planificamos la asistencia sanitaria en verano. La planificación de la actividad en los centros asistenciales del sistema sanitario público de Andalucía durante los meses de verano conlleva la realización de programaciones específicas de actividad tanto en atención primaria como en atención hospitalaria.

Esta planificación incluye la organización de los dispositivos asistenciales en zonas portuarias que forman parte de la Operación Paso de Estrecho. Y este año se ha realizado una actuación especial en casi mil kilómetros de la costa de Andalucía concretamente, y, como recuerdan sus señorías, el Plan Costa 2017 ha previsto reforzar con más profesionales durante los meses de verano, 52 centros de atención primaria, ubicados en localidades de especial atracción turística.

En 2016 se reforzaron 45 centros de atención primaria. El refuerzo de estos centros se está realizando con más de 300 profesionales, en concreto 317 en 2017, frente a los 246 en 2016, desglosados en las siguientes

categorías: 127 facultativos, 127 profesionales de enfermería, 5 auxiliares de enfermería, 16 auxiliares administrativos y 42 celadores conductores. Todos estos profesionales realizarán un total de 22.352 jornadas laborales frente a las 16.381 en 2016.

Así, el refuerzo de profesionales de atención primaria previsto en el Plan Costa 2017 supera en 71 profesionales el realizado en el verano de 2016.

Con respecto a la planificación del Plan Costa 2017 en hospitales, comentar que, además de las mejoras puestas en marcha con el Plan Andaluz de Urgencias y Emergencias, a lo largo de los años 2016-2017, remodelaciones de espacio, importantes medidas organizativas, mejor equipamiento, hay que destacar la puesta en marcha de dos nuevos servicios de urgencias. Uno, en el hospital Valle del Guadalhorce en Málaga, en funcionamiento a pleno rendimiento desde octubre de 2016, y otro, en el hospital de San Carlos de San Fernando, desde diciembre de 2016. Ambos están dando cobertura adicional a las costas de Málaga y de Cádiz. Por otro lado, informar que a finales del mes de junio se ha puesto en funcionamiento las urgencias del hospital de Alta Resolución de Lebrija.

Además, para estas zonas de demanda variable vacacional, el Plan Costa 2017 ha previsto el refuerzo de aquellos centros con urgencias que, por su característica de alta demanda y dispersión geográfica, requieren un incremento razonable de profesionales.

Concretamente, hemos incorporado unidades móviles y ambulancia específica para dar cobertura externa, como la unidad móvil de costa de Chiclana, Zahara-Barbate, Costa de Huelva, Poniente y costa norte de Almería.

Se está haciendo también una puesta importante con los centros coordinadores del 061, con el fin de mejorar las movilizaciones y prioridades de intervención y de EPES, ya que el 061 ha activado como cada verano el helicóptero de la zona de la costa de Cádiz con base en Jerez de la Frontera.

Y en lo referente a la Operación de Paso del Estrecho 2017, decir que también está contando con una dotación especial de profesionales sanitarios, concretamente 12 profesionales, 5 médicos y 7 enfermeras.

En cuanto a atención primaria, en el verano 2017 se ha seguido funcionando en horario de mañana los más de 1.500 centros de atención primaria asistentes. Y de los más de 400, en concreto 444, que durante el resto del año tienen actividad en horario de tarde han permanecido abiertos durante la época estival más del 50%, en concreto 240.

Los puntos de urgencias fijos y los tipos móviles de urgencias han permanecido en funcionamiento el ciento por ciento de los asistentes, en concreto 371 fijos y 132 equipos móviles.

En cuanto a la programación hospitalaria para este periodo estival, con la intención de ser más eficientes a lo largo del año, se ha planteado mantener e incrementar la actividad de los hospitales sobre todo en aquellos procesos urgentes y oncológicos preferentes, haciendo una planificación razonable de los periodos vacacionales de los profesionales de los bloques quirúrgicos, de la unidad de pruebas funcionales, diagnósticos y radiológicas, y garantizando también el mayor número de consultas externas.

En este sentido, durante los meses de verano, cada centro ha priorizado la adecuación de las camas a la ocupación hospitalaria y a la programación quirúrgica y de consultas previstas en cada centro. Estas previsiones están basadas en los datos históricos de demanda asistencial en el periodo estival más reciente y siempre conlleva activación de cuantos recursos adicionales fueran necesarios en caso de que se supere la demanda esperada.

El número de camas en 2017 previstas para el periodo estival es de 12.427, el 84,03% sobre las camas funcionantes durante los meses de enero a mayo, 14.788, y las 15.163 para todo el 2017.

Según los datos de cierre de verano 2016, durante los meses de verano el porcentaje de ocupación fue de un 70,43% sobre las 12.451 camas funcionantes en el periodo estival, lo que supuso una utilización de 8.769 camas. Por lo que las camas disponibles previstas para este periodo estival 2017 son suficientes para la actividad esperada.

La disponibilidad de quirófanos para el año 2017 se sitúa dos puntos por encima de lo previsto en el periodo estival del año pasado, situándose en un 77,14% de lo habitual durante el resto del año. De acuerdo con la actividad realizada en 2016 se ha previsto realizar un total de 70.000 intervenciones quirúrgicas durante los meses de julio a septiembre de 2017.

En cuanto a la actividad de consultas externas en atención hospitalaria, se realizarán aproximadamente 2,5 millones de actos de consultas. Además, se ha previsto que se lleve a cabo 2,25 millones de pruebas diagnósticas que están sujetas a decreto de garantía.

También hay que mencionar que el periodo estival también se utiliza para la remodelación y mantenimiento de los edificios que albergan los centros asistenciales. Las obras hay que acometerlas cuando su impacto es asumible para el normal desarrollo de la asistencia sanitaria, salvo situaciones excepcionales. El periodo estival es la época del año más propicia para ello.

En lo referente a la planificación de los recursos humanos, como cada año, el plan de verano nos ha permitido y nos está permitiendo reforzar aquellas zonas que reciben mayor afluencia de pacientes y hacer compatible el derecho de descanso de los profesionales con la actividad asistencial propia de estos meses estivales. Concretamente este año se ha realizado un enorme esfuerzo y se ha incrementado el número de contrataciones ofertadas para cubrir a los profesionales que se van de vacaciones. Se llevó a cabo la planificación de más de 17.000 contratos en el conjunto del sistema sanitario público de Andalucía, un incremento del 32% con respecto al año pasado. Estas contrataciones cubren al personal necesario tanto en los hospitales como en los centros de salud, para dar respuesta a la demanda prevista. La planificación de las sustituciones en el periodo vacacional, en verano de 2017, en el SAS, se ha hecho desde el pleno respeto a las normas que regulan el disfrute de vacaciones, permisos y licencias, fruto del acuerdo unánime entre la Administración sanitaria y las organizaciones sindicales, que prevé que los profesionales disfrutarán preferentemente de sus vacaciones durante los meses de julio, agosto y septiembre, y que adicionalmente protege a los padres con niños en edad escolar, que puedan disfrutar de sus vacaciones durante los meses de julio y agosto.

En las agencias públicas empresariales, dicha planificación es fruto también de los acuerdos con los órganos de representación de los trabajadores. Hay que señalar que en los centros sanitarios siempre se han tenido que tener presente de forma realista las posibilidades de cobertura de dichos puestos que ofrece anualmente el mercado laboral. En este sentido, para hacer más atractiva la oferta, los centros sanitarios han procurado, respetando el actual manual de permisos y licencias, adecuar el disfrute de los permisos y licencias a las necesidades asistenciales, procurando que la mayor parte de los contratos estivales tengan una duración de tres o cuatro meses. Concretamente, en el caso de profesionales quirúrgicos que vienen trabajando en programas extraordinarios de mejora de los tiempos de respuesta quirúrgica, esta ampliación permite una

duración total de la oferta a un periodo de unos siete meses, lo que hace que estos sean nombramientos atractivos para los profesionales que acaban de terminar su periodo de residencia.

En cuanto a la planificación de los recursos humanos a la atención primaria para el verano 2017, decirles que las medidas adoptadas incluyen la reorganización de las agendas de consulta en horario de tarde, pasando a sus profesionales al turno de mañana en aquellos centros de salud que en años previos disminuyeron su afluencia en esta franja horaria debido a las altas temperaturas. Así como el refuerzo con más profesionales de los centros de atención primaria que están ubicados en puntos de especial atracción turística y que se sitúan principalmente en las localidades costeras. Dicha planificación ha priorizado incrementar al máximo el número de profesionales contratados, aunque —como indicábamos anteriormente— se han tenido presente de forma realista las posibilidades de cobertura de dichos puestos que ofrece actualmente el mercado laboral.

Desde la Administración sanitaria se han realizado todas las acciones posibles para intentar cubrir la oferta realizada. Así, entre otras acciones, a principios de este verano y ante la previsión de la dificultad de cobertura de personal facultativo de atención primaria, que ya se preveía, el SAS elaboró una resolución a finales de julio denominada «Mejora de la accesibilidad de los ciudadanos a la atención primaria», y esta resolución, tras su debate y aprobación en mesa sectorial, se emitió el 28 de julio de 2017, y consistía básicamente en poder retribuir de manera razonable las acumulaciones de cupo de los profesionales, siempre que supusieran incrementar en al menos cuatro horas por sesión de consultas, día y profesional. Por supuesto que acogerse a ello era voluntario.

A continuación, señorías, les presentaré un balance del plan de verano 2017, con la información disponible que corresponde a los meses de julio y agosto. Como les comentaba antes, este año se ha realizado un esfuerzo económico y de recursos humanos mayor que en años anteriores, y prueba de ello son las siguientes consideraciones:

En primer lugar, la planificación de sustituciones en este periodo vacacional ha sido de un 31,08 de crecimiento sobre lo realizado en el 2016. Supone el mayor volumen de nombramientos de sustitución desde el año 2011.

Igualmente, a la fecha en que estamos, teniendo en cuenta que este mes de septiembre aún continúa el periodo vacacional para los trabajadores del sistema sanitario público de Andalucía, se han formalizado el 95,06% de los nombramientos que estaban previstos. Por categorías, destaca la sustitución de los facultativos especialista de área, que prácticamente ha sido el doble que el año pasado. En el caso de los médicos de familia se ha incrementado en un 15%; teníamos previsto un incremento superior, pero no ha sido posible —como se ha comentado— por falta de profesionales disponibles en el mercado laboral. Hay que destacar que, ante la dificultad de encontrar a profesionales disponibles, se agotaron todas las posibilidades establecidas en el pacto de bolsa y se arbitró un mecanismo para poder cubrir agenda por parte del personal, con un programa de mejora de accesibilidad específico —que ya se ha comentado—.

La categoría de enfermeras es la que más nombramientos adicionales ha ofertado en este verano, más de mil nombramientos más que en el verano de 2016, lo que supone un 34% de las contrataciones realizadas; es decir, de cada tres contratos realizados este verano, uno ha sido, uno para enfermeras. Y si contemplamos toda la categoría del área de enfermería y cuidados, alcanzan un 67%, es decir, dos de cada tres contratos.

También en el personal de Administración y Servicios se ha producido un aumento del 31% con respecto al año 2016. Todo este esfuerzo se traduce hasta este momento en un importe que para el Servicio Andaluz de Salud asciende a 103,3 millones de euros, que es un 25% más que en el año 2016, lo que supone 20 millones de euros más de lo invertido en 2016. Y, para el conjunto del sistema sanitario público de Andalucía, el gasto total del plan de verano será superior a 112 millones de euros.

Como ven, se han cumplido con creces las previsiones respecto al plan de verano y la planificación de la sanidad pública andaluza ha sido la adecuada para la demanda registrada. Por tanto, señorías, y en contra de mensajes alarmistas injustificados y basados en hechos puntuales que se han tratado como si fueran la generalidad, la sanidad pública está funcionando durante el verano y, por ello, no quiero terminar mi intervención sin agradecer el esfuerzo que han realizado todos y cada uno de los profesionales que trabajan en las distintas categorías en un sistema sanitario público que está bien engranado y del que todos forman parte de él.

Muchas gracias.

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señora consejera.

Iniciamos el turno de los grupos proponentes, de menor a mayor.

Señor Gil, tiene siete minutos.

Estamos en la segunda iniciativa, que es Podemos, PP y PSOE. Tiene la palabra Podemos.

El señor GIL DE LOS SANTOS

—Gracias, señor presidente. Lo tiene más controlado que yo.

Bueno, gracias, señora consejera. La Consejería de Salud anunció que este verano el SAS iba a contratar a 17.500 profesionales para sustituir al personal de vacaciones, con un coste de, como ha dicho, 107 millones de euros, el mayor esfuerzo desde la crisis, un 30% más que en 2016, todo a bombo y platillo.

Estas cifras se parecen en una sola cosa a las que da el Gobierno popular sobre la generación de empleo: tres contratos de una semana cada uno a la misma persona cuentan como tres empleos diferentes. Nos aproximaríamos más a la realidad si la consejería informara de las horas contratadas y el número de profesionales justamente contratados y efectivos, y no aquellos que van acumulando cupos y doblando turnos, que ya hablaremos.

Pero ya sé que esto no lo van a hacer, no van a presentar las cifras como debería hacerse, para hacer un análisis justamente efectivo.

Dicen también que, en algunos o muchos de los casos, no ha sido posible encontrar a médicas y enfermeras dispuestas a aceptar algunos contratos, y por eso las contrataciones han sido menores de lo previsto y deseado. Y esto lo dicen intentando eludir su responsabilidad: «lo hemos intentado pero es que no hay médicos ni enfermeros. Qué más podemos hacer, no es culpa nuestra, siempre airean eso a la prensa».

Claro que sí es su responsabilidad, señora consejera. No ha habido médicos ni enfermeros porque estos han aceptado contratos mejores en otras comunidades autónomas y con más antelación. Han demorado tan-

to el plan de verano que, cuando han querido contratar a profesionales, ya se habían ido a otros sitios. Lo han hecho adrede para gastar menos, porque no sé si su compañera de la Consejería de Hacienda tiene asfixiada a la Consejería de Salud y de ahí parte el problema de origen.

Mire, cuando se hacían mejor las cosas en el SAS, de eso hace ya muchos años, las contrataciones para el plan de verano se hacían con un poquito más de antelación, ya en mayo se tenían previstas las contrataciones para junio, julio, agosto y septiembre, y no durante todo el plan, hasta finales del mes de agosto, se iban ultimando esos contratos. Simplemente se planificaba por aquel entonces un poquito mejor. Pero, vamos, que tampoco es que fuera una planificación rigurosa de todo el año, como debería hacerse para estas sustituciones de vacaciones.

En los últimos años se ha dejado ya por completo de planificar, si es a largo plazo, como la planificación asistencial, si es cortísimo plazo, con las contrataciones del plan de verano, se dedican lamentablemente a la propaganda y a la improvisación. Admiramos o admirados, claro, se imbuyen en esa opacidad y falta de transparencia, y estamos hoy aquí, de nuevo, sin un informe para poder hacer un trabajo más riguroso en esta Comisión de Salud.

Señora consejera, usted se limita hoy a leer unas cifras que le han facilitado. Usted comparece y presenta las cifras que le resultan más favorables, compara con aquellos datos que le resultan más favorables, como el año anterior o hace dos o tres años, coincidentes con la crisis.

Quiero también aprovechar esta primera intervención haciéndole algunas preguntas. Por un lado, ¿es cierto que el distrito Málaga-Guadalhorce, debido a esas condiciones iniciales que se ofrecieron para cubrir las plazas, fueron esas plazas desiertas? Hubo que sacar una nota de prensa desmintiendo las condiciones iniciales, que eran de locura. Y han tenido que, de forma voluntaria, animar a los compañeros y compañeras para que doblen turno y sobreacumulen el cupo.

Por otro lado, ha mencionado que el hospital Valle del Guadalhorce está al cien por cien, en pleno rendimiento. Yo estuve allí a finales de julio, ese hospital parecía un hospital fantasma. Comentaba que se ha aprovechado el periodo estival para hacer consultas externas, pero precisamente donde estuvimos, que era el ala donde daban las consultas externas, no había ni un solo coche; había un par de coches, eran la limpiadora, el administrativo y poco más. Entonces, a mí no me concuerda que ese hospital está al cien por cien de funcionamiento. Creo que eso no se atiene a la verdad.

Después dice que se habilitan camas suficientes en función de la demanda. Yo creo que eso es una broma triste, porque se acumula la lista de espera, y el mito de que la gente no quiere operarse en verano es totalmente falso. Habrá camas en función de cómo se programe la demanda. Porque la oferta..., o sea, la demanda supera mucho más la oferta, pero la demanda efectiva es la que el SAS quiere. Es decir, si se cierran plantas de hospitales, obviamente, ateniéndose a obras que se tienen que hacer en verano, pero que, por ejemplo, en el hospital Puerta del Mar la UCI se hizo una renovación completa de un millón de euros, y este verano otra vez se ha hecho una remodelación de esa UCI. Es decir, que falta de planificación, y eso de que se habilitan las camas para absorber toda la demanda tampoco se atiene a la verdad.

Y, por otro lado, ya por último, dice que se está retribuyendo adecuadamente esa sobreacumulación de cupos y esos turnos extra que hacen los médicos. Aquí no se trata de endosar a los compañeros y compañeras de más pacientes y unos cupos que ponen en peligro la seguridad de los pacientes y la calidad asistencial. Lo

que se trata de hacer es una planificación correcta para cuando hay un periodo de vacaciones de algunos profesionales haya unos sustitutos. Y pasará en enero, que de repente ese brote de gripe, que no lo esperamos, vamos a tener el mismo problema. Espero que de una vez se sea honesto y se diga que se está improvisando y que se carece de una planificación realmente acorde a cómo debería de hacerse una gestión de calidad.

Muchas gracias.

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señoría.

Señora García, tiene siete minutos.

La señora GARCÍA CARRASCO

—Gracias, señor presidente. Buenos días, señorías. Buenos días, señora consejera.

Usted ha dicho, y quiero empezar casi por el final, que todo el Plan de Verano se ajusta a la demanda prevista y está adecuado a la demanda registrada. Pero, claro, es que esa demanda prevista la generan ustedes. Porque paralizando el Servicio Público Andaluz de Salud durante el verano, pues esa demanda la generan ustedes mismos. Cerrando 2.600 camas, el 50% de los quirófanos... Claro, la adecuan ustedes a ese cierre del sistema sanitario público y ahora pueden decir que es que la demanda está ajustada a la demanda que existe. Y que el servicio está ajustado. Nosotros creemos sinceramente que eso no es así, porque si el sistema sanitario público andaluz funcionara en los meses de verano y en las vacaciones de Navidad no en situación de vacaciones, no estaría ajustada la demanda a lo que ustedes han programado, está claro. Y los números lo cantan y los profesionales lo dicen.

Empezar diciendo que el Plan de Verano, como siempre, llegó tarde. Y mira que lo hablamos durante el año, que se hiciera una programación, que se hiciera una planificación, que se negociara con los profesionales con tiempo. Y nos encontramos con un Plan de Verano que de nuevo denuncian los profesionales que alguno, como el Sindicato Médico, decía que se había enterado de ese Plan de Verano por los medios de comunicación. Tarde está clarísimo que llegó, porque empezó la fuga de profesionales. No porque en otras comunidades autónomas les ofrecieran mejores condiciones laborales, que sí. Pero sobre todo se iban porque no tenían la certeza ni la seguridad de tener aquí un contrato en verano. Porque el SAS sacó muy tarde el Plan de Verano y los profesionales se tuvieron que marchar. Es la excusa de todos los años. Luego ustedes dicen que es que no tenemos profesionales; les viene de perlas. Lo sacan tarde, los profesionales se marchan y luego no hay profesionales. Claro, no hay profesionales porque ustedes no han hecho una planificación y lo han hecho bien, sabiendo qué es lo que pasa todos los años.

Este año, para contratar, además, hemos tenido las bolsas de empleo, con la bolsa única el SAS, con datos que funcionaban todavía del año 2015. Se acuerda usted que lo hablamos en comisión, que aprisa y corriendo, por las denuncias de los sindicatos sacaron nueve categorías y que quedaban 109 que sacar. Con lo cual se agotaban las bolsas y entonces ustedes tenían que sacar ofertas específicas, donde el mérito, la capacidad y la igualdad pues la verdad es que no estaban presentes.

Recordemos que ustedes comenzaron en el 7 de marzo de 2017 anunciando una cobertura del cien por cien, de toda la costa andaluza; el Gobierno andaluz prometió un cien por cien de la costa, después empezaron con las rebajas de verano. Y los profesionales se dieron cuenta que de nuevo los habían engañado. Entonces pusieron encima de la mesa una cobertura del 53%. En Málaga parece ser que se ha llegado al 65% de la cobertura. Parece ser. Quizás usted nos lo pueda confirmar. Pero a mí me gustaría que nos lo confirmara en un informe de evaluación. Que usted dice que todavía no se puede hacer, pero que ojalá nosotros recibamos en esta Cámara ese informe de evaluación. Pero a ese 65% llegaron ustedes por presiones, como siempre, porque los profesionales sanitarios, los sindicatos, se echaron a la calle para exigirles que cumplieran, nada menos, que con lo que ustedes les habían prometido.

Me gustaría recordar que —usted lo ha dicho— 17.500 profesionales se han contratado este año, dicen ustedes. Porque hablan de profesionales, otras veces hablan de jornadas, nos van cambiando la medida, con lo cual no sabemos muy bien por dónde movernos. Y no nos dicen, como bien ha dicho el portavoz de Podemos, de esos 17.500 profesionales, cuántos meses han sido contratados, por semanas, por días, si son repetitivos. Está muy bien la cifra de 17.500, pero no nos lo podemos creer. Nos la tendrán ustedes que aclarar. Y espero que en ese informe de evaluación que usted ha nombrado sea así.

Y más que el número de profesionales, la ratio. Siempre lo he dicho, ¿por qué no hablan de ratio de profesionales por paciente? Por enfermeros, médicos... ¿Cómo se queda esa ratio cuando se establece el Plan de Verano?

Hablan de un aumento del 45% en las jornadas contratadas. Aquí nos cambian la medida, ya no hablamos de profesionales, hablamos de jornadas contratadas en atención primaria. Pero, sin embargo, los médicos de atención primaria los hemos escuchado este verano, hemos escuchado sus quejas. Y usted dice que en julio, en mesa de negociación, tuvieron que crear esta forma de pago, de retribución, para aumentar su jornada en 4 horas, señora consejera. Después de un año estresante, llegamos al verano, más estresante todavía por la acumulación de cupos. Pero ahora ya, encima, les aumentamos la jornada laboral, voluntariamente, claro está. Pero como nos conocemos a los profesionales sanitarios, a su vocación y a su dedicación al sistema sanitario público, antes de dejar desatendida a la población, por supuesto aceptan aumentar su jornada laboral en cuatro horas. Pero no creemos, para nada, que esto sea la solución del sistema sanitario y de resolver los problemas durante el verano.

El Sindicato Médico de Córdoba decía y acusaba, los acusaba a ustedes de manipular las cifras y de confundir a los andaluces. Y dicen que en el distrito sanitario de Córdoba solo se ha sustituido al 2,5 de los facultativos en atención primaria. Las noticias que ellos tenían es que en el Reina Sofía se iba a cubrir el 8,8% en urgencias, pero no sabían nada del hospital. Quizás usted ahora nos lo pueda aclarar. En el área norte solo se cubriría al 6% de los facultativos, y en el distrito Guadalquivir al 2,5%. Y además dicen que estas cuentas les salen porque ustedes han sumado los profesionales que en el proceso de interinización cambiaban. Hablan de acumulación de hasta tres cupos de los compañeros no sustituidos por vacaciones y de los no sustituidos en bajas por enfermedad, que tampoco los sustituyen. El cien por cien de todos los centros de salud de la provincia están cerrados por la tarde, y en la capital solo Fuensanta y Santa Rosa, obligando a los cordobeses a desplazarse distancias para poder ser atendidos.

En Sevilla se han cerrado 1.125 camas, solo en Virgen Macarena, Virgen del Rocío y Valme. Y el Sindicato Médico en Huelva denuncia que..., usted dice que se han intentado hacer los contratos atractivos, pero

ellos denuncian que 24 profesionales MIR residentes han abandonado la provincia porque no se quedaban con los contratos que se les hacían. Es más, en esa provincia, en Huelva, hubo hasta un médico que renunció a su contrato por las condiciones laborales. SATSE Huelva dice que este año han mejorado, no porque se contrate más en las vacaciones, sino que por lo menos se sustituye a las bajas por enfermedad. Nuestra eterna denuncia: no se están sustituyendo las bajas por enfermedad. Ustedes dicen que sí, pero ahora resulta que la mejora del verano es que se están sustituyendo las bajas por enfermedad.

En Jaén, el centro de salud de Baeza suspende las extracciones sanguíneas durante una semana, porque ocho enfermeros están de vacaciones, y solo se sustituye a uno de ellos.

En Jaén, en Huelva, en Sevilla, en Cádiz, en Granada, en toda Andalucía, en la atención primaria en zonas rurales hemos visto como consultorios se cerraban, porque el médico de familia se iba a atender, a otro pueblo al lado, el cupo del compañero que se había ido de vacaciones. O centros de salud donde, de cuatro médicos de familia, había uno, porque otros estaban de vacaciones, y otro que quedaba se había ido al centro de salud del pueblo de al lado. Esa es la atención primaria que hemos tenido durante este verano en el mundo rural.

En Roquetas de Mar, en agosto, 250.000 personas, y solo han tenido tres centros de salud con urgencias. Cabo de Gata, han tenido las urgencias a más de quince minutos. Y este verano también hemos visto cómo denunciaban los profesionales sanitarios que han trabajado 51 horas semanales. No nos extraña cuando usted ya nos está diciendo que se les ha propuesto trabajar cuatro horas más diarias y retribuirlos. No podemos estar pidiéndole al Gobierno central las 35 horas semanales con las que, por supuesto, estamos de acuerdo, y después ofreciéndoles a los trabajadores trabajar 51 horas semanales.

Así que es, consejera, nosotros lo que le pedimos son datos reales que nos podamos creer.

Gracias.

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Gracias, señoría.

Señor Vargas, tiene siete minutos.

El señor VARGAS RAMOS

—Muchas gracias, señor presidente.

Buenos días, señora consejera.

Lo primero, y antes de todo, darle las gracias por su comparecencia y también por aportarnos todos los datos que dispone hasta ahora, hasta este momento, y que nos ha dado sobre este plan de verano de 2017.

Tenemos que hablar de un balance parcial. Evidentemente, pues no ha sido este grupo el que ha pedido inicialmente esta comparecencia, porque nos constaba que hasta el 30 de septiembre estaba en vigor este plan, pero sí nos ha adelantado usted todo lo que hay hasta ahora, todo lo que está previsto para los meses desde julio hasta septiembre.

Y yo esperaba, bueno esperaba que por parte de la portavoz del Partido Popular, tal y como dijo en una de sus intervenciones últimas en esta comisión, hablando de este tema, que reconocerían si se hace bien, y

que lo dirían. Y después de su intervención, queda claro que nunca van a reconocer nada positivo, ni van a hablar nada bien de la gestión del Gobierno andaluz. Eso ha quedado en evidencia.

Y, consejera, nos alegramos también de todos estos datos y la felicitamos sobre todo porque se demuestra claramente cómo ha funcionado, cómo está funcionando, el plan de verano un año más, y también pues lo ha hecho este año.

Nuestra sanidad está funcionando con normalidad, con una buena planificación de todos los recursos asistenciales. Y se ha garantizado una respuesta, la respuesta necesaria para los andaluces y andaluzas que lo han necesitado. Y a pesar de todos esos presagios catastrofistas del Partido Popular, como ya nos tiene acostumbrados cada verano, porque al igual que cada verano tenemos una canción del verano, en Andalucía pues tenemos la campaña del Partido Popular contra la sanidad pública. Eso es algo que ya queda para los anales de la historia.

Y también ha quedado claro que en el verano no solo se mantiene la actividad, sino que también se realiza una actividad bastante importante, como nos ha contado, que además se incrementa con respecto al año pasado, con los datos que nos ha dado en consultas, en intervenciones quirúrgicas, en pruebas diagnósticas, en atención primaria y también pues en aumento de recursos en los puntos de urgencias de las ciudades y municipios costeros por ese mayor aumento y afluencia turística a través del Plan Costa.

Y, miren, además de quedar claro el plan de verano, que ha funcionado, y ha funcionado muy bien, también me gustaría destacar la importancia que tiene la planificación de los recursos, los recursos en este caso del sistema sanitario público andaluz, durante los meses de verano, porque los planes de verano es algo ya que es una herramienta, y ya algo que el Partido Popular lo tiene medio reconocido, ha llevado años que lo quieran reconocer, y es una herramienta porque es utilizada ya por todas las comunidades autónomas, incluso en las del Partido Popular. Y es una herramienta de planificación que aprovecha, como bien ha dicho, la experiencia de años anteriores para ir perfilando y para ir mejorándolo cada año, contando con los profesionales en las mesas sectoriales, con las juntas de personal para poder garantizar, por un lado, pues que se dé una respuesta eficaz y una respuesta de calidad a las necesidades sanitarias de los ciudadanos y ciudadanas de Andalucía. Y, por otro lado, para compatibilizar pues, evidentemente, el descanso de los profesionales, además también podemos añadir que realmente en esta época de verano se aprovecha para hacer todas esas obras de mantenimiento y de reforma en los centros.

¿Qué dirían algunos grupos políticos, y me refiero mucho al Partido Popular, si hiciéramos esas obras de mantenimiento y reforma en los meses de febrero y marzo? Sería una barbaridad, pues evidentemente hay que aceptar que en el verano es cuando se hacen esas mejoras y esas reformas.

Y la realidad es la que es a pesar del empecinamiento, como digo, de algunos grupos políticos de no querer reconocerlo, porque lo cierto es que este año el plan de verano ha contemplado, como bien nos ha dicho, el mayor número de contrataciones realizadas en los últimos años. Han superado casi..., han llegado al 32% de incremento con respecto al año pasado. Y algo que tampoco quieren ver, que ya incluso en este verano muchos colectivos, sindicatos, que se ha referido la portavoz del Partido Popular, que el SATSE ha reconocido que ha habido una mejora, y profesionales que han reconocido que ha habido una mayor actividad y que hay también un mayor nivel de cobertura. Y es, sin duda, el mayor número de contratos hechos en verano desde el inicio de la crisis económica.

El Partido Popular se refiere constantemente a que todo lo que saben, le trasladan, son los profesionales, sus representantes sindicales. Y, por tanto, no podrán decir que se ha trabajado en esta planificación del plan de verano sin contar con ello para aumentar esos recursos humanos, con más contrataciones, con contratos más amplios para poder paliar esa falta de profesionales, y no solo ahora en el plan de verano, sino que el Gobierno andaluz, a través de las mesas sectoriales, está junto a los sindicatos mejorando las condiciones laborales y los derechos de los trabajadores en Andalucía, pero donde no se van a poder, no solo mejorar sino recuperar, es en aquellas comunidades que ustedes expulsaron a trabajadores de la sanidad a la calle. Y ahí, por desgracia, no va a haber ni mejora ni recuperación.

Y siguen también bastante empeñados con el tema del cierre de camas. Siguen y siguen, pues, con ese discurso manido del cierre de camas. Me sorprende también que Podemos, que el Grupo de Podemos, que tiene una filosofía, un concepto amplio de la gestión de la sanidad, siga también con ese discurso, sobre todo porque la disponibilidad de las camas en verano depende única y exclusivamente de la demanda asistencial, que de forma habitual disminuye, que desciende respecto a otros meses del año.

Y esto es así, y ustedes, señorías del Partido Popular, deberían estar de acuerdo, porque estas mismas explicaciones y estos mismos argumentos son los que dan los gestores de la sanidad pública en las comunidades autónomas donde gobierna el Partido Popular, donde no se eliminan, no desaparecen, y las camas pues evidentemente están disponibles y están adaptadas a esa actividad que bien nos ha dicho la consejera que el año pasado fue alrededor del 70%.

Y luego, por otro lado, por otro concepto en cuanto al número de camas, que el número de camas es algo que se queda ya anclado, que se queda..., es un concepto que se queda bastante anticuado, y es otra prueba de que nuestro modelo, nuestro modelo sanitario no es el mismo que el vuestro, que, bueno, que el que estamos gestionando aquí en Andalucía, porque nosotros apostamos por la eficiencia sanitaria, donde la cirugía mayor ambulatoria juega un papel fundamental y donde se apuesta por la investigación y por la innovación, y, por supuesto, potenciando esa, la atención primaria, como primer eslabón de la cadena sanitaria y, por tanto, es aquí donde se resuelven la mayoría de las citaciones y no en los hospitales.

Y, por tanto, continuaremos en la siguiente intervención, pero, efectivamente, son unos datos que una vez más en Andalucía se ha cumplido con las previsiones en el plan de verano.

Muchas gracias.

El señor GARCÍA ANGUIA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señoría.

Iniciamos el turno de grupo no proponentes.

Señora Nieto, tiene tres minutos.

La señora NIETO CASTRO

—Gracias, presidente. Buenos días.

Gracias, consejera.

No habíamos solicitado esta comparecencia. Nos hubiera gustado que se sustanciara cuando hubiese terminado por completo el plan, pero, a la luz de lo que usted no ha trasladado y lo que ya conocemos que ha ocurrido este año, y que con reiteración ha ocurrido en años pasados, le vamos a trasladar algunas consideraciones sobre el mismo que, por otra parte, no son nuevas, consejera.

Desde Izquierda Unida, compartimos con los trabajadores y trabajadoras del SAS y con los principales sindicatos que el plan de verano está planificado de una forma que no permite cubrir las necesidades objetivas que se producen en nuestra tierra, fijándose en dos elementos fundamentales: el volumen de municipios que crecen exponencialmente de población en verano, porque somos un atractivo turístico de primer nivel. Y, luego, las grandes dimensiones de nuestra comunidad autónoma y las peculiares características de algunos de las zonas que, sin ser de afluencia turística, requieren de unos mínimos sanitarios estables que se mantengan durante todo el año, porque son pueblos que se encuentran ubicados relativamente lejos de aquellos en los que pueden recibir la atención puntual que necesiten, que compartimos también con las quejas que ponen los trabajadores del sector y las trabajadoras sobre la mesa. Que la mala calidad de los contratos que se ofertan tienen mucho que ver con la dificultad para encontrar a veces médicos de familia, especialistas, y que esas dificultades de cubrir las necesidades no solo se circunscriben a ellos, es que también estamos hablando de falta de personal: de celadores, de enfermería. Y que las grandes carencias en la atención primaria, consejera, acaban provocando un colapso en las urgencias hospitalarias que lo complican todo aún más.

Si ya durante el año, con el personal que se tiene, se atiende con dificultad y es difícil no generar listas de espera, porque hay unas dificultades objetivas de atender a toda la población en unos tiempos que sean a plena satisfacción de los pacientes, si en verano se cubre solo un porcentaje del personal que se va de vacaciones, consejera, y además esto ocurre también en zonas donde crece mucho la población, debiera usted compartir no solo con nosotros, también con los profesionales que ya de ahí la planificación nace insuficiente para atender con garantía a toda la población.

Y, por último, reiterando las necesidades de la atención primaria —luego vamos a tener ocasión de oír-la explicarnos este tema con más detalla, porque yo no me voy a detener, y también por la falta de tiempo—, pero una última reflexión, consejera. Hay cuestiones que tienen y mucho que ver con limitaciones que impone la Administración central, no me voy a reiterar en ello, lo hemos dicho mil veces, hace muy pocos días en la tribuna también. Pero cubrir las jubilaciones, las que se dan en un año, esas se pueden hacer legalmente y no están afectadas por la tasa de reposición. Eso es pura y dura mala planificación, consejera. Por tanto, hay que repensar el modelo, hay que incrementar las sustituciones de las vacaciones y hay que garantizar que el cien por cien del personal que se jubila sea repuesto; si no, difícilmente llegarán ustedes a poner sobre la mesa un plan de verano que, con las características que tiene Andalucía, sea a satisfacción de lo que pide la población.

Muchas gracias.

El señor GARCÍA ANGUIA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Gracias, señoría.

Señora Albás, tiene tres minutos.

La señora ALBÁS VIVES

—Muchas gracias, presidente. Señora consejera, buenos días. Señorías.

Pues nosotros no habíamos registrado esta comparecencia porque también esperábamos a que finalizara septiembre para realmente que usted nos pudiera trasladar las conclusiones. Simplemente hacer unas reflexiones.

Nosotros pensamos que es fundamental evaluar, analizar años anteriores y, en función de esa evaluación, hacer un plan. Pero hacer un plan con tiempo, no ya cuando el verano está encima. Entonces, si se evalúa de qué situación partimos, lo ha dicho la portavoz de Izquierda Unida, que es una situación donde existen carencias reales, si esos datos, esos indicadores realmente son ciertos, podrá realmente el Gobierno hacer un plan de verano en condiciones para poder seguir prestando la atención sanitaria de calidad que se merecen todos los ciudadanos, independientemente de donde vivan. Que, lógicamente, hay que reforzar las zonas costeras y que se ha hecho, es cierto. Pero mi pregunta es: ¿se ha hecho lo suficiente? Hay presupuesto, pero para realmente ejecutar bien el presupuesto hay que analizar adónde tienen que ir destinadas esas partidas presupuestarias.

Entonces, hay zonas donde se ha reforzado, si bien es cierto hay otras zonas de interior donde ha habido carencias. En Córdoba ha habido carencias.

¿Realmente se ha analizado de qué situación partimos y cuáles son las necesidades reales de la población?

En cuanto al tema de cubrir las bajas, pues, lógicamente, las bajas por jubilación o por enfermedad se tienen que cubrir mucho más rápidamente de lo que se hace actualmente.

Simplemente decir que, a nuestro juicio, pues, comparándolo con 2016, ha sido un verano mejor, sí, pero que se puede mejorar y que hay margen de mejora, pues por supuesto que sí. Y la única solución, a nuestro juicio, de que realmente se mejore y de que ese plan de verano sea eficiente y eficaz es presentándolo con más tiempo, para que los profesionales sanitarios se puedan acoger a él y no se vayan a otras comunidades autónomas porque no sepan cuánto tiempo se les va a poder contratar o no.

Entonces, yo volveré a insistir tantas veces como haga falta en que es fundamental la evaluación de una forma objetiva, para que después el planteamiento que se haga sea el correcto.

Gracias.

El señor GARCÍA ANGUIA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señoría.

Responde la segunda intervención el Gobierno, por siete minutos, señora consejera.

La señora ÁLVAREZ BENITO, CONSEJERA DE SALUD

—Bueno, muchas gracias, presidente. Señorías, muchas gracias a todos por sus intervenciones.

Entiendo, por lo que hemos manifestado y también compartido con ustedes, que planificar el verano, el plan de verano para una comunidad como la nuestra, es algo complejo, ya se lo he comentado, por muchos

motivos: por la extensión de la comunidad, porque tiene mucha dispersión geográfica, porque tiene otros puntos con muchísima atracción turística y, realmente, es algo complejo, ¿no?

Algunos de sus señorías lo han manifestado aquí hoy y también eso ha sido comentado este verano por algunos sindicatos, bueno, pues que este verano han notado que ha sido mejor. Y no por ello, bueno, pues vamos a obviar que, efectivamente, que ha habido puntos donde realmente, bueno, se producen incidencias que se intentan resolver siempre de forma inmediata, y, efectivamente, cada año, cuando acaba el plan de verano, se analizan todas las incidencias que se han producido y son aspectos que se tienen en cuenta para la planificación de los siguientes años.

Aunque posteriormente intentaré responder a muchas de las cuestiones que han presentado sus señorías en estas intervenciones, sí decir..., quiero pasar a comentar la actividad que realmente se ha mantenido en las diferentes áreas e intentaré ir respondiendo a algunos de los puntos que han planteado.

En concreto, con algunos de los hospitales, que comentamos que han empezado a trabajar en urgencias y que se han unido al plan de este año, en concreto el hospital de Málaga, de Guadalhorce, efectivamente, sabemos que el hospital no está al cien por cien, nos referíamos al servicio de urgencias, que sí que está trabajando al cien por cien y que ha sido un punto que en el área donde está pues se ha unido en la zona costera y creemos que es un punto importante, ¿no?, y sus urgencias, efectivamente, están trabajando de forma completa.

Lo mismo que en las consultas están trabajando también de forma completa con independencia de que, efectivamente, en el periodo vacacional, la actividad no es similar a como es el resto del año.

En cuanto comentaban, es verdad, bueno, plantearemos un informe completo que lo puedan tener y que les permita evaluar el plan de verano con más detenimiento, intentaremos que se ajuste a las expectativas que tienen y a sus necesidades para que puedan evaluarlo. Por supuesto que nos hacemos cargo de prepararlo, y ahí podrán ver, bueno, de lo que estamos hablando: el número de contratos, el número de personas, jornada efectiva. Por supuesto, tenemos los datos, para que no le creen ninguna confusión. Pero hay un dato que sí que es claro, que es el importe. ¿Cuánto ha supuesto? Podemos ver la jornada efectiva, que también siempre se corresponde, ¿no?, las jornadas efectivas son independientes del número de contratos y el número de profesionales, pero el importe total también, y este año ya supuesto 20 millones más que fue el año 2016. Con lo cual, ese sí que es un dato objetivo, con independencia, ¿no?

Comentábamos también que, bueno, que es verdad que comentaban que si el plan ha venido tarde. Realmente, la planificación del periodo vacacional se hace por las diferentes unidades y, aproximadamente, durante el mes de abril se empieza a trabajar. De hecho, en muchos centros, en muchas unidades ya se ha contactado con determinados profesionales para que estuvieran disponibles para el plan de verano.

Se ha comentado en muchas ocasiones que no había disponibles más profesionales porque habíamos lanzado tarde el plan de verano y se habían ido a otras comunidades. Pero, realmente, si leen las noticias de todas las comunidades, prácticamente todas las comunidades han tenido el mismo problema. Tenemos especialidades en las que realmente existe una falta de profesionales, es conocido, y tendremos que trabajar en ello de forma a mucho más largo plazo. Con independencia de que trabajemos los planes de verano y de vacaciones con la máxima antelación, necesitamos un plan a largo plazo para dar respuesta a aquellas especialidades en las que realmente existen necesidades, ¿no?

Otro de los aspectos que han comentado, en cuanto al tema de las obras, efectivamente, en los centros es necesario realizar determinadas intervenciones y son necesarias para mantener las estructuras con los niveles de calidad y seguridad que se necesitan.

Esas intervenciones, además, esas operaciones realizadas en los hospitales es complejo compatibilizar las obras con la actividad asistencial. Hay que tener muchos aspectos en cuenta y es complejo realizarlo en cualquier otra época, pues se elige siempre la época de menor actividad, como es el periodo vacacional. Y, bueno, en este sentido, muchas veces, en ocasiones, todas las obras que están previstas en un área no es posible acabarlas en un mismo periodo y, efectivamente, puede que dejemos parte de esas intervenciones para otro periodo vacacional, ¿no?

Se ha hablado también del tema de las camas, de si son suficientes o no.

Yo les comentaba en mi primera intervención que nosotros sabemos cuántas camas disponibles dejamos el año pasado y, finalmente, cuántas camas utilizamos. Y, efectivamente, hemos tenido, bueno, pues camas disponibles; de las que dejamos disponibles, no se han utilizado todas, la utilización no ha sido al cien por cien de todas las camas que teníamos disponibles.

Comentaban también algunas de sus señorías que eso no solamente depende de los pacientes que acuden a urgencias sino que, en parte, puede depender de la actividad que nosotros planifiquemos. Y yo no lo voy negar que no, efectivamente hay actividad quirúrgica, una actividad que nosotros planificamos. Pero, indudablemente, esa actividad no puede ser similar al resto del año, por mucho que nosotros quisiéramos es imposible. Tenemos que compatibilizar, por una parte, el derecho de los profesionales a que disfruten de sus vacaciones, preferentemente en los meses de verano, con la actividad a la que tenemos que responder. Nosotros en la actividad quirúrgica tenemos que intentar responder a todos los procedimientos urgentes que no pueden esperar y tenemos que tener una actividad distribuida durante todo el año que nos permita dar respuesta a los decretos, ¿no?, a las garantías. Pero pueden comprender sus señorías que en determinadas especialidades no existen profesionales disponibles, ni sería razonable tener disponibles ni a cirujanos cardiovasculares, ni a cirujanos torácicos, ni a cirujanos maxilofaciales, para que realicen esas intervenciones en verano, con lo cual la actividad quirúrgica, evidentemente, baja, porque no es posible contar con esos profesionales en verano, ¿no?

Se ha hablado también del tema de la bolsa única, ¿no? Efectivamente, tenemos una bolsa única, y los contratos se hacen por bolsa única. Es verdad que esas bolsas tienen un corte, una vez, anual, y se tarda en la actualización de los méritos que presentan los profesionales —lo vamos a comentar después—, que es una de las preguntas que existe. Pero realmente cuando se agota la bolsa única de empleo, bueno, pues se utiliza la bolsa adicional, y, en algunas ocasiones, este año se han hecho convocatorias específicas para que permitieran que participaran profesionales que habían terminado la especialidad ese año, o profesionales de otra comunidad, que tenían interés en trabajar en nuestra comunidad, ¿no?

Se ha hablado también de la sustitución de las bajas. Este año, decir que —y les daremos los números exactos cuando le facilitemos el informe del plan de vacaciones—, con independencia de los contratos que se han realizado para el plan de vacaciones, se ha realizado un número muy importante —superior en un 40% aproximadamente— de las sustituciones de bajas que se han hecho en otros veranos, o sea, es un número aparte.

En cuanto a las jubilaciones, efectivamente, nuestra tasa de reposición actualmente es del ciento por ciento, y nos comprometemos a sustituir al ciento por ciento. Es posible que, en ocasiones, se produzcan esas jubilaciones durante el periodo vacacional, y por la falta de profesionales a lo mejor sea complejo reponerlas en ese mismo momento. Pero nuestro compromiso realmente son todas las plazas estructurales, todas las jubilaciones, efectivamente, cubrirlas al ciento por ciento.

Como le comentaba, voy a facilitarle parte de la actividad que se ha realizado durante este verano, que, bueno, que puede permitir entender mejor, bueno, los datos de los que estamos hablando, ¿no?

Cada año, como comentaba, evaluamos el plan anterior, y esto nos permite, en el año siguiente, mejorar aquellas situaciones que así lo requieran, ¿no? Como le comentaba, los datos que tenemos, hasta el 31 de agosto de 2017, que están disponibles a fecha de hoy, con independencia de que facilitemos el informe definitivo, en lo referente a atención primaria, en estos dos meses de verano tanto la actividad a demanda como la de urgencias atendidas son parecidas a las del año 2016, no siendo significativas las variaciones experimentadas. Por tanto, tenemos que decir que esta actividad se ha ajustado a las previsiones. Así, la actividad de urgencias realizada en los centros de atención primaria durante los meses de julio y agosto muestra un incremento de 0,24% en relación con el año 2016. Las provincias de Almería y Málaga registran los mayores incrementos en 2017, en relación con 2016. Y, sin embargo, las provincias de Jaén y Córdoba muestran una disminución de la actividad de urgencias.

Por lo que respecta a la actividad de consulta, ha sido un 1,90% —la actividad de consulta— en atención primaria, menor en relación al año 2016.

Por tipos profesionales también se observa una disminución en la actividad de medicina de familia, un 3,12%, y pediatría un 3,47%, y un incremento en enfermería. Las provincias de Huelva y Jaén registran una disminución mayor de la actividad media diaria en 2017, en relación a 2016.

En cuanto a la atención hospitalaria podemos adelantar que la actividad quirúrgica programada, tanto con ingresos como la cirugía mayor ambulatoria y urgente, ha sido mayor en el año 2017 que en el año 2016 —en concreto un 6,06%—, cumpliéndose las previsiones realizadas.

La actividad quirúrgica global, estimada para los tres meses, era de 70.000 intervenciones, habiéndose realizado en los dos primeros meses el 62,5% de ellas, por lo que entendemos...

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Señora consejera, ha pasado el límite.

La señora ÁLVAREZ BENITO, CONSEJERA DE SALUD

—Vale.

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Bien, iniciamos la segunda intervención de los grupos proponentes.
Señor Gil, tiene tres minutos.

El señor GIL DE LOS SANTOS

—Gracias, señora consejera.

Antes, el compañero portavoz de Salud del PSOE, el señor Vargas, apuntaba que el número de camas es un concepto obsoleto en gestión; es relativamente cierto. Ahora bien, cuando hablamos de cirugías ambulatorias, cuando hablamos de intervenciones menos invasivas, es cierto que la rotación a la que se ve sometida la cama de agudos disminuye, pero, cuando ya la demanda parte de que está colapsando la disponibilidad de camas, sigue siendo igualmente cierto que hay necesidad de camas, independientemente de que después, en una comparación entre diferentes países, el número de camas habría que consolidarlo para que no hubiera un sesgo por viabilidad en esa intervención.

También es verdad que hacen falta más camas de agudos y más camas de cuidados medios; es decir, las camas de crónicos han desaparecido en nuestro sistema sanitario, y ese esfuerzo recae exclusivamente en las familias. Entonces, ahí solamente puntualizar el tema que ha comentado el señor Vargas sobre las camas.

Comentaba la consejera que se han gastado 107 millones, que es un volumen de cifras que es objetivo. Claro, es objetivo, pero no solo es objetivo que se han gastado 107 millones de euros, sino vamos ser incluso más rigurosos, vamos a medir la productividad de esos 107 millones de euros. Y le voy a poner un ejemplo sencillo.

Imagine, dos personas que tienen que trabajar en un día, cada una de ellas, ocho horas, tienen un rendimiento equis. Si una sola persona de ellas tiene que trabajar 16 horas, tendrá un rendimiento i, que será menor que 2 equis; es decir, que el rendimiento de una persona trabajando 16 horas, o muchos profesionales sanitarios que, en este verano, han tenido que doblar turnos y acumular el cupo de su compañero o compañera, su rendimiento ha sido menor, y ha sido un rendimiento menor porque esos profesionales están mucho más cansados, y los usuarios han percibido peor trato, una menor calidad en la asistencia, porque es obvio, es obvio que el rendimiento ha disminuido.

Y quiero lanzarle un reto: para el siguiente Plan de Verano, o para el siguiente enero y febrero cuando haya ese brote de gripe, y cuando en vez de planificar y poner los recursos adecuados en su momento, vamos a hacer una encuesta de satisfacción de usuarios, en el verano de 2018 y en enero y febrero de 2018. Si su consejería hace esa encuesta, y hace otra encuesta en otro mes distinto, que es sobre esa demanda, vamos a ver si la asistencia y la calidad percibida es la misma.

Y quiero finalizar con un asunto que corresponde al Plan de Verano, en general, al diseño de Plan de Verano, el 2018. ¿Los presupuestos de 2018 los tiene ya cerrado con Ciudadanos o va a entablar un diálogo con los diferentes grupos para que haya esos recursos adecuados, esas contrataciones, el plan de contrataciones? Y para eso tenemos que hablar de presupuesto, porque, sin presupuesto, lo que estamos hablando, como le dije en la interpelación, solamente estamos filosofando. Vamos a hacer acciones, y menos filosofar.

Gracias.

El señor GARCÍA ANGUIA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

— Muchas gracias, señoría.

Señora García, tiene tres minutos.

La señora GARCÍA CARRASCO

—Gracias, señor presidente.

Señora consejera, me alegra escuchar que vamos a tener encima de la mesa un informe de evaluación del Plan de Verano, creo que será la primera vez, si nadie me dice lo contrario, que vamos a disponer de ese informe y que vamos a poder evaluarlo.

¿Me escucha, señor Vargas? Me alegro de que podamos tener encima de la mesa un informe de evaluación del Plan de Verano. *[Risas.]*

[Intervención no registrada.]

A mí no me duelen prendas, y me ha escuchado usted decir que yo estoy de acuerdo en que las 35 horas semanales se apliquen también en Andalucía, a pesar de que sea el Gobierno central el que tomó esa medida cuando tuvo que tomarla. Y no me duelen prendas. Y yo podré decir que este Plan de Verano ha sido bueno para Andalucía, cuando ustedes me demuestren, con un informe de evaluación, y no así, sino con un informe de evaluación de verdad, que ese Plan de Verano ha sido mejor que el anterior, mejorable, por supuesto, pero mejor que el anterior. Pero con cifras reales. Porque yo ya he puesto encima de la mesa qué es lo que quiero que entre dentro de ese informe de evaluación para que nosotros podamos decir que ha sido bueno o no. Entonces, cuando ustedes lo hagan, pues nosotros podremos decirlo, señor Vargas. Cuando nos den las herramientas, podremos trabajar.

Fíjese lo que les dice a ustedes UGT Huelva. Porque usted dice que se hace —y la señora consejera— y se planifica con respecto a la experiencia de años anteriores. Le dice UGT Huelva que lamenta que no haya un plan básico, porque se trabaja cada año en función de no se sabe qué criterios, lo que provoca que los profesionales se marchen por no esperar a última hora las contrataciones de la Junta de Andalucía. Eso lo han dicho este año, señor Vargas.

Dice usted —y la señora consejera— que hay que respetar el descanso de los profesionales. Por supuesto que sí, ahí estamos todos de acuerdo en que hay que respetar el descanso de los profesionales, pero no a costa de cargar al resto de los profesionales que se quedan trabajando, no a costa del resto de los profesionales.

Y usted dice: los profesionales deben irse entre julio, agosto y septiembre. Me parece muy bien. Pero usted sabe que antes había un plan de vacaciones en el SAS que permitía que los trabajadores que no querían cogerse las vacaciones, de forma voluntaria, en julio, agosto, septiembre, y se las cogían en otro mes, recibían un beneficio en días por cogerse las vacaciones fuera de esos meses. ¿Por qué no se vuelve a ofertar a los profesionales sanitarios poder cogerse las vacaciones fuera de esos meses con un beneficio, y no tenemos que ver cómo se cierran los quirófanos al 50%, señora consejera? Es una solución que existía y se eliminó.

Dice el señor Vargas que el SAS, se ha dicho que hay una mejora... Claro, pero ya le he dicho cuál es la mejora, que se cubren las bajas. Eso no se puede llamar mejora. Es que eso es lo que se tiene que hacer durante todo el año y no se hace, y lo venimos denunciando de forma continuada.

Señor Vargas, ¿expulsión de trabajadores? Yo le aconsejo que no lo diga más, porque es que, en Andalucía, se han expulsado a 7.733 trabajadores, según el informe último de la Cámara de Cuentas de Andalucía, ¿verdad?, a pesar de los recortes que ustedes han hecho de forma exclusiva a los trabajadores.

Y dicen: la demanda asistencial disminuye.

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Señoría...

La señora GARCÍA CARRASCO

—Termino.

No es verdad. La disminuyen ustedes. A mí me llamaron el 14 de agosto para ir a una consulta de oftalmología por la tarde, y yo fui a la consulta de oftalmología el 14 de agosto por la tarde. ¿Y sabe qué pasó? Pues, que la consulta se colapsó porque todo el mundo que tenía ese día la cita fue, pero la previsión era que no fueran, y teníamos que ver a la enfermera y a la doctora diciendo: «esto no vuelve a pasar aquí». Se suponía que todo el mundo que tenía esa cita por la tarde el 14 de agosto no iba a ir. Pues, fue todo el mundo.

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señoría.

Señor Vargas, tres minutos.

El señor VARGAS RAMOS

—Muchas gracias, señor presidente.

Bueno, con respecto al señor portavoz de Podemos y esa explicación que nos ha trasladado del número de camas, yo creo que no ha convencido a nadie, ni a usted mismo, sobre todo explicar, y que ha reconocido que es un concepto obsoleto y, sobre todo, que está informándose y formándose en un máster importante de economía de salud, debería saber que es un coeficiente que ya no se debe utilizar porque no está a la altura, porque hay que avanzar y, sobre todo, hay que trabajar la prevención, hay que trabajar la formación y, sobre todo, esa ayuda a hacer ese tipo de cuidados medios y moderados, pues, en su domicilio, que son los principios claros de la atención primaria. Y, por tanto, yo creo que ese es el fundamento de, en cuanto al número de camas, ya no es un coeficiente importante sobre la valoración de la sanidad.

Con respecto a la portavoz del Partido Popular, también comentarle que se alegrará del informe y que no está de acuerdo en cómo se ha dado ese informe de evaluación así. Pues, es que realmente se lo ha dicho muy clarito la consejera, que todavía estamos en el plan de verano, todavía está, hasta el 30 de septiembre, le ha dado los datos que hay. Y, por tanto, si no está de acuerdo, pues, no lo hubiera pedido, que la comparecencia es porque, evidentemente, la ha pedido el Partido Popular en la Mesa de esta Comisión de Salud.

Y, con respecto a esa expulsión de los trabajadores, lo que está claro, es evidente, que donde se expulsaron trabajadores fue en las comunidades gobernadas por el Partido Popular. En algunas comunidades, por una medida torticera que puso el Gobierno central con la tasa de reposición, de cero por ciento, del 10%, pues, eso es lo que hizo que no se pudieran cubrir las sustituciones por jubilación.

Y luego también, yo creo que es ofensivo hablar de que nuestra sanidad está de vacaciones en verano y de rebajas de verano, como ha comentado. Yo creo que es insultante, a un sistema sanitario, decir que está de vacaciones, cuando se hacen millones de actos sanitarios en toda Andalucía, más que en ninguna otra comunidad.

Por tanto, de esa forma, pues, no habría ningún servicio de salud en toda España que no estuviera de vacaciones, incluso los que están, pues, gobernados por el Partido Popular. Y yo creo que se equivocan, señorías del Partido Popular, en decir... En esa estrategia de transmitir a los ciudadanos y ciudadanas de Andalucía esa idea falsa de que nuestra sanidad está de vacaciones, porque realmente lo que estáis es ofendiendo a los profesionales, porque con eso estáis diciendo que los que están en esa época estival, que no trabajan, que su actividad es como estar de vacaciones. Y, por tanto, lo que no cabe duda es que el Partido Popular es capaz de cuestionarlo todo.

Nosotros vamos a seguir, consejera, los socialistas seguiremos trabajando y apostando por la sanidad pública, porque estamos convencidos, estamos orgullosos de nuestra sanidad, y es de las mejores cosas que hemos hecho en esta tierra. Y, por eso, los andaluces y andaluzas reconocen con un alto grado de satisfacción nuestra sanidad, a pesar de esas cansinas campañas de desprestigio que algunos partidos políticos castigan a nuestro sistema sanitario y a sus profesionales.

Nada más.

El señor GARCÍA ANGUIA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Gracias, señoría.

Señora, para terminar el debate, señora consejera, tiene cinco minutos.

La señora ÁLVAREZ BENITO, CONSEJERA DE SALUD

—Muchas gracias, presidente.

Señorías, voy a continuar con la actividad que estaba comentando, realizada en el verano de 2017, que puede dar una idea del esfuerzo que se ha realizado.

Comentaba que la actualidad quirúrgica, en valores absolutos, muestra un aumento del 6,06% en el año 2007, en relación al año 2016, 43.692 intervenciones en 2017 frente a las 41.196 intervenciones en el año 2016. Las provincias de Granada y Córdoba muestran un mayor incremento en la actividad, y Cádiz, un mayor descenso.

Por lo que se refiere a la actividad de consultas externas hospitalarias, en julio y agosto de 2017 se ha incrementado en relación a los meses de 2016. Las primeras visitas procedentes de atención primaria son las que muestran un mayor incremento, un 5,32%, después de las visitas sucesivas, aunque han aumentado menos, también aumentan un 3,67%. Y, finalmente, las interconsultas, que muestran un incremento de 0,54%.

En valores absolutos, muestra un incremento del 3,53% en 2017 en relación a 2016.

Las pruebas, en cuanto a la actividad de prueba diagnóstica, en valores absolutos muestra un incremento de 2,94%, y este incremento es muy llamativo en algunas provincias, como Málaga y Granada.

Igualmente, en 2017 se ha producido un incremento en el 1,32% en el total de las urgencias hospitalarias atendidas, y este incremento no es significativo, ya que estamos hablando de una media de cuatro urgencias

por centro y día de media. Por lo tanto, en este apartado también se ha cumplido con las previsiones. Las provincias de Málaga y Granada son las que muestran un mayor incremento.

Señorías, los datos de actividad, yo creo que son la mejor prueba de que la planificación realizada ha obtenido los resultados que esperábamos, y la sanidad pública no cierra por vacaciones. El sistema sanitario público andaluz sigue trabajando para ofrecer a los usuarios una atención sanitaria de calidad. Prueba de ello es que incluso en los meses de verano, Andalucía ha continuado realizando trasplantes que, como saben, es una de las cirugías más complejas que existen, en las que se activan casi un centenar de profesionales de diferentes especialidades, categorías y servicios, clave en un centro sanitario, y para el que se necesita una elevada preparación y capacidad. Precisamente de 15 de junio a 31 de agosto, en 2017, en Andalucía se han realizado 174 trasplantes de órganos, de un total de 83 donantes, y en 2016 se realizaron 159 trasplantes de órganos, de un total de 65 donantes.

Como algunos creo que ya han comentado, creo que demuestra que este plan de verano 2017 es mejor que el plan de verano 2016. Por supuesto, es mejorable, y seguiremos revisando todos aquellos puntos que han mostrado problemas para seguir mejorándolos en los siguientes planes.

Voy a intentar, en los minutos que me quedan, dar alguna respuesta a alguno de los aspectos comentados por su señoría. Se ha hablado de atención primaria, de los problemas que presenta la atención primaria, de las jornadas... Bueno, transmitir que, efectivamente, las jornadas que se plantean, de cuatro horas, para asumir cupos de otros profesionales, son jornadas voluntarias, y que esa opción solamente se lleva a cabo si no hay disponible otro facultativo en la bolsa única de empleo.

Comentar también que, efectivamente, nosotros defendemos la jornada de 35 horas, jornada ordinaria, y a ello hay que sumar otra jornada extraordinaria, como es actividad continuada o la labor que se realiza en las guardias.

Decir también que la actividad máxima, incluyendo todo tipo de actividad, son 48 horas semanales en cómputo semestral, y esto es lo que está aprobado con la mesa sectorial y en acuerdo marco, y es lo que se sigue. Y siempre se persigue mantener la misma calidad, y así nos lo demuestran las sugerencias de profesionales.

Se ha comentado también de otras posibilidades que se pueden tener en cuenta para mejorar la cobertura, en el plan de vacaciones y sobre todo en algunas áreas de difícil cobertura. Y, efectivamente, una opción, pues, puede ser favorecer las vacaciones, durante otros periodos del año que no sean el verano y, bueno, y trabajaremos en esa línea, igual que se está trabajando también con la posibilidad de poder favorecer aquellas áreas que son de difícil cobertura con determinados incentivos.

Por otra parte, y con respecto a algo que se comenta en múltiples ocasiones, son los 7.000 trabajadores perdidos en la comunidad. Plantear que el número de trabajadores que sale del informe de Cámara de Cuentas y que también refleja el ministerio no son número de trabajadores reales. Estamos hablando de jornadas, dado que en nuestra comunidad se tomó la decisión de reducir al 75% el contrato de los profesionales eventuales. Pero también tenemos que transmitir, como hemos comentado en muchas ocasiones, que los últimos años se ha conseguido recuperar todos estos derechos, recuperar el 100%, recuperar la estabilidad. Ya en el año 2017 acabaremos con más profesionales que en el año 2012, y pensamos que, con la tendencia que mantenemos, en el siguiente año alcanzaremos el número de profesionales de 2011 que debe ser nuestra referencia, tanto en primaria como de forma global en el sistema.

DIARIO DE SESIONES DEL PARLAMENTO DE ANDALUCÍA

Núm. 406

X LEGISLATURA

21 de septiembre de 2017

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señora consejera.

10-17/APC-000914 y 10-17/APC-001130. Comparecencia de la consejera de Salud, a fin de valorar los resultados arrojados por la auditoría realizada a la Unidad de Gestión Clínica de Cirugía General y Aparato Digestivo del Hospital Universitario Puerta del Mar, de Cádiz

El señor GARCÍA ANGUIA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Terminado este debate, pasamos al debate de la iniciativa presentada por los Grupos Parlamentarios de Izquierda Unida y Podemos, relativa a la auditoría realizada al Servicio de Cirugía General y Digestiva del Hospital Puerta del Mar, de Cádiz, de los años 2014-2015.

Tiene, señora consejera, si está preparada, tiene quince minutos.

La señora ÁLVAREZ BENITO, CONSEJERA DE SALUD

—Presidente, señorías.

El sistema sanitario público andaluz trabaja de forma constante para conseguir la excelencia en la asistencia sanitaria que reciben los andaluces. Las auditorías que realiza la inspección de servicios es un importante instrumento para evaluar el funcionamiento de los servicios sanitarios, para conocer sus posibles déficits y también para identificar áreas de mejora.

La inspección de servicios realiza estos trabajos con un rigor metodológico, con independencia y con solvencia profesional. Para que las auditorías sean útiles hay que hacer de ellas un uso adecuado, hay que leerlas e interpretarlas de forma objetiva, viendo la globalidad de los datos y las relaciones que existen entre ellos.

Son documentos de carácter muy técnico y de información muy concreta pero que, usados de forma sesgada, presentando datos aislados o frases incompletas, pueden desvirtuarse o generar malestar entre profesionales y convirtiéndose en causa de alarma de la población.

Por ello, creo que lo primero que cabe es pedir rigor en este tipo de debate y responsabilidad. Rigor en la lectura y la interpretación de los datos y responsabilidad para no generar alarma injustificada en la ciudadanía ni el desprestigio de profesionales que trabajan en el día a día en estas áreas.

La unidad de cirugía general del hospital universitario Puerta del Mar cuenta con la certificación de calidad avanzada de la Gerencia de Calidad Sanitaria de Andalucía, con fecha de junio 2015, y realiza cirugía que está catalogada como de referencia, cuyo ámbito de atención es en determinados procesos una población de toda la provincia de Cádiz.

Dicho esto, señorías, dato que me parece importante reseñarle, les comento que la auditoría que hoy nos ocupa evalúa los resultados de la actividad en cirugía con ingreso y también en cirugía mayor ambulatoria de la unidad de gestión clínica de cirugía general y digestiva durante los años 2014 y 2015.

Para su realización, se revisaron las 896 historias clínicas de los pacientes de esta unidad de gestión clínica, con ingresos hospitalarios o CMA durante esos años, y, de sus análisis, las principales conclusiones que cabe destacar son las siguientes.

Se ha comprobado la existencia de casos de infracodificación por el Servicio de Documentación y de infrarregistro del informe de alta.

La estancia media se encuentra por debajo de la media de los hospitales de su misma categoría, hospitales tipo 1, en casi dos días en ambos años.

Al analizar los indicadores de actividad del servicio, se observa que la tasa de reingresos es ligeramente superior en el año 2015 respecto a la media andaluza y nacional. Aproximadamente, el 45% de las reintervenciones no son notificadas correctamente en el apartado correspondiente de la hoja quirúrgica.

Respecto de la asistencia a urgencias antes de 30 días, desde un alta previa, destacar que, aunque se detectan más reconsultas en urgencias de las previstas, el 40% de ellas no están relacionadas con el motivo que ocasionó el ingreso previamente.

En el análisis de los indicadores de calidad y en pacientes hospitalizados, se constata el aumento de la tasa de mortalidad, principalmente en el año 2015, situándose por encima de la media del conjunto nacional y andaluz.

Pero, señorías, como comentaba al inicio de mi intervención, los datos hay que leerlos en el contexto adecuado y, en el caso de la tasa de mortalidad de un servicio quirúrgico, hay que ponerla en relación también con el índice de complejidad de su actividad.

En el año 2014, el índice de complejidad de la cirugía que realizaba esta unidad de cirugía general, del hospital Puerta del Mar, fue el más bajo de su grupo de referencia. Sin embargo, en el año 2015, el índice de complejidad aumentó, acercándose a la media de los hospitales de su grupo. Por tanto, se infiere que el aumento de mortalidad puede estar relacionado directamente con este aumento en la complejidad de los casos atendidos.

En cuanto a los indicadores de seguridad analizados, la tasa de infección nosocomial y la tasas de atención de complicaciones, relacionadas con la atención médica, tienen buenos resultados, son mejores que la media de hospitales andaluces y del sistema nacional de salud. Respecto a la tasa de licencia de herida quirúrgica abdominopélvica, si bien es ligeramente superior a la media, se encuentra dentro de lo recomendado en la bibliografía consultada.

La tasa de [...] quirúrgica es ligeramente superior a la media nacional y andaluza; sin embargo, la tasa de [...] de cirugía abdominopélvica presenta cifras similares a los datos que se publican por parte del Ministerio de Sanidad.

Al analizar la aplicación de la profilaxis antibiótica, se ha observado que en el 50% de los casos no se ha cumplimentado este apartado y, por tanto, no se puede garantizar cuál es el tratamiento antibiótico realizado.

Sobre la profilaxis reflejada, en muchos casos no coinciden con la propuesta por la vía terapéutica, por ello, si bien cubren el espectro antimicrobiano y, por tanto, se protege al paciente, al no cumplir con lo establecido en la guía, se alejan de los estándares de calidad previstos.

En el estudio que realiza la auditoría sobre la revisión del proceso asistencial integrado de cáncer de colon y de recto y sus indicadores de actividad, las conclusiones más relevantes son las siguientes.

Existe una importante mejoría en las tasas de reingreso por patología colon rectal. En el año 2015, respecto al año 2014 y respecto a las reintervenciones, se encuentran los límites superiores, según la bibliografía.

Con respecto a los indicadores de seguridad del PAI cáncer de colon y recto, las tasas de complicaciones posquirúrgicas se sitúan en la horquilla superior de la bibliografía consultada. Igual sucedió con la tasa de mortalidad asociada a este proceso, que en 2015 sufrió un incremento respecto al 2014.

En el análisis de las infecciones posquirúrgicas en pacientes intervenidos en este proceso, los resultados sitúan al hospital dentro del rango de la bibliografía y por debajo de la media andaluza.

En cuanto a la dehiscencia de anastomosis de pacientes intervenidos, y según el proceso asistencial integrado de cáncer de colon y de recto, nos encontramos con un incremento en el año 2015 y con unos resultados que además lo sitúan en el rango superior de la bibliografía consultada.

En el proceso asistencial integrado de coleditiasis colecistitis, los datos de infecciones vía quirúrgica y de infección nosocomial presentan una buena comparativa en relación a los estandarizados por el propio proceso asistencial y en relación a la bibliografía consultada. En este mismo proceso cabe destacar que los datos relativos a reintervenciones y reingresos presentan tasas desviadas negativamente en relación a las tasas definidas en el proceso y con una evolución negativa en tasas de reintervenciones.

Y, con respecto al proceso de hernias de pared abdominal, los datos de este proceso en relación a la tasa de reintervención, tasas de reingresos, tasa de infección de vía quirúrgica y tasa de mortalidad global, a los treinta días, son buenos en relación a lo que estandariza dicho proceso.

La tasa de infección posoperatoria presenta buenos resultados, igual que las tasas de dehiscencia de heridas.

Como podrán comprobar sus señorías, si leemos la auditoría en su integridad y si la analizamos adecuadamente y comparamos los datos con el resto del sistema sanitario, la mayoría de los aspectos analizados hay que tener en cuenta que, si bien están en el límite alto de la horquilla recomendada, están dentro de la normalidad, si bien es cierto que están algunos de ellos superiores a la media andaluza y a la media a nivel nacional y que se han identificado áreas de mejora.

Llegados a este punto, enumeraré las áreas de mejora que ha detectado la auditoría y les expondré qué acciones se están llevando a cabo para cada uno de estas áreas de mejora. La auditoría menciona como primer punto de mejora la información clínica del profesional para garantizar que en el informe de alta del episodio de ingreso se registren todos los diagnósticos, procedimientos y complicaciones que han ocurrido durante la estancia hospitalaria.

Respecto a la codificación del proceso asistencial, la auditoría recomienda verificar su correcta codificación, para garantizar que las desviaciones detectadas de los indicadores permitan anticipar posibles medidas correctoras.

Para que estas líneas de mejora sean una realidad, el hospital ha realizado una labor de información y de formación con los profesionales sobre el registro del proceso asistencial, insistiendo en aquellos procedimientos sobre los que recaen los diferentes indicadores tanto de calidad como de seguridad.

Igualmente, se está haciendo un seguimiento periódico de este proceso, mediante monitorización en el registro de datos del informe clínico.

Para disminuir la reconsulta de urgencias, la auditoría recomienda realizar un análisis de los puntos críticos que puedan interferir en la continuidad asistencial y que motivan el aumento de la frecuentación de urgencias.

Desde esta unidad ya se ha realizado un análisis de las causas de asistencia a urgencias tras el ingreso previo, que ha llevado a tomar las siguientes medidas:

Por una parte, prestarle especial cuidado a la emisión de informes de cuidados al alta, para garantizar la continuidad asistencial y el cumplimiento adecuado de las recomendaciones descritas tanto en el área médica como en enfermería, para la correcta evolución del proceso del paciente.

Así mismo, se está trabajando para garantizar la continuidad asistencial a pacientes frágiles dados de alta los fines de semana, festivos y vísperas, mediante seguimiento telefónico de forma proactiva a dichos pacientes. Y en la misma línea se oferta flexibilidad en la atención de los pacientes intervenidos para consultar cuantas dudas puedan surgirles y no tengan la necesidad de asistir a urgencias.

Además, se ha planificado un sistema de comunicación más estrecha con la atención primaria, mediante un trabajo conjunto de pacientes, sesiones clínicas de cirujanos en los centros de salud y un correo electrónico de contacto directo de los médicos de familia con facultativos cirujanos, para poder consultar casos y dudas que puedan resolverse sin la necesidad de que el paciente acuda al hospital o acuda a urgencias.

Estos aspectos se han incluido en el acuerdo de gestión clínica de esta unidad.

El cuarto objetivo de mejora que plantea la inspección de servicios hace referencia a los resultados del proceso asistencial integrado de cáncer de colon. Concretamente, se sugiere incorporar la evaluación de los objetivos relacionados con los indicadores de seguridad por parte de estas unidades de gestión clínica, de la unidad de cirugía. Y monitorizarse por parte de la comisión de calidad del hospital. Para ello, se han incluido como objetivos en los acuerdos de gestión clínica alcanzar o mejorar los estándares establecidos para el cáncer de colon y recto, además de realizarse seguimiento y monitorización por parte de la comisión de calidad e información para evaluación de resultados, con el trabajo de cooperación del nuevo responsable de la unidad de gestión clínica y los referentes de la misma.

La quinta área de mejora la encontramos en la cirugía de muy baja prevalencia, cirugía muy especializada que requiere una curva de aprendizaje por parte de los profesionales y que se debe garantizar la mejor asistencia sanitaria al paciente, pero por ello se recomienda la derivación de aquellas patologías y procesos con escaso número de casos, revisando las áreas funcionales actuales del servicio, ya que la especialización de equipos de profesionales en áreas específicas se ha demostrado que aporta un mejor resultado en salud.

La unidad de gestión clínica y cirugía general cuenta con profesionales que pueden dar respuesta a casi todas las patologías que presenta la ciudadanía a la que da cobertura. Pero, no obstante, existen algunas de ellas que ya se derivan a otros centros con mayor experiencia, como son las intervenciones hepáticas avanzadas o las intervenciones pancreáticas complejas.

También pone de manifiesto la auditoría la posibilidad de mejora en el seguimiento de la profilaxis antibiótica. Desde el hospital se está haciendo especial hincapié en este punto, y se está realizando un seguimiento de acuerdo con lo que recomienda la guía práctica clínica, las sociedades científicas y la propia comisión de infección y política antibiótica del hospital, y con la propia guía de uso interno, con vistas a mejorar la aparición de resistencias antimicrobianas y mejorar por tanto la seguridad del paciente.

Los resultados de inclusión de la profilaxis antibiótica en la hoja quirúrgica de esta unidad actualmente son excelentes y cercanos al cien por cien. Como mejora añadida, dentro de la unidad se ha creado un equipo de trabajo multidisciplinar, en donde intervienen médicos y enfermeros, para la seguridad del paciente quirúrgico frente a infecciones nosocomiales, que ya ha llevado a cabo sus primeros análisis y la implementación de las medidas correctoras.

La séptima área de mejora propuesta es la relación con el análisis pormenorizado de las estancias. En este sentido, cabe informar que ya se está realizando un estudio de la estancia en esta unidad, detectándo-

se posibles discordancias por ingresos de CMA, que se gestionan de manera inadecuada y pueden constar como estancias de cirugía no ambulatoria.

La unidad de gestión clínica de cirugía general, junto con la unidad de admisión y la unidad de información, se encuentran trabajando este aspecto en aras de la mejora de los resultados de su explotación.

Se ha incorporado, entre los objetivos de la unidad de gestión clínica, la evaluación de la tasa de reingreso y de reintervenciones en el proceso asistencial integrado de colecistitis-colelitiasis, siendo también monitorizada por la comisión de calidad del propio hospital.

Señorías, como les comentaba, los indicadores están dentro del rango permitido en el sistema sanitario público de Andalucía y de España, así como la bibliografía consultada. Sí que es verdad que se han detectado áreas de mejora, dado que muchos de estos indicadores están en el límite alto de esas recomendaciones, y, sobre todo, están algunos de ellos por encima de la media andaluza y nacional.

Tanto el equipo directivo del hospital como la comisión de calidad y seguridad del centro están realizando un seguimiento muy estrecho de estos objetivos. El nuevo responsable de la unidad de gestión clínica, junto con los profesionales, está trabajando activamente en las áreas de mejora detectadas para evaluar los resultados, y se va a realizar una nueva auditoría de esta unidad, del año 2016, que, de hecho, ya está en marcha.

Muchas gracias.

El señor GARCÍA ANGUIA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señora consejera.

Iniciamos el turno de los grupos proponentes. En primer lugar, Izquierda Unida. Tiene siete minutos, señora Nieto.

La señora NIETO CASTRO

—Gracias, presidente.

Gracias, consejera.

Por seguir un poco la estructura de su intervención, nos hablaba al principio de la misma de la utilidad que tienen las auditorías para conocer cómo es la situación y llegar a esos estándares de excelencia y de calidad que se persiguen.

Mire, consejera, esta auditoría ha sido una auditoría forzada. El servicio de anestesia del hospital Puerta del Mar sacó a la luz la preocupación de un número de sus trabajadores con relación a lo que estaba pasando en el servicio de cirugía del hospital Puerta del Mar. Esto, que fue recogido por un medio de comunicación, generó una preocupación lógica en la ciudadanía. Pero lo que hicieron ustedes fue irse a la fiscalía. El anterior gerente, el anterior jefe del servicio de cirugía, se fue a la fiscalía a denunciar, por presunta revelación de secreto, injurias y calumnias, a la persona que había hecho esto. Por cierto, se fueron a la fiscalía después de negar la existencia del informe y de luego minimizarlo.

Cuando archiva el juez y dice que no hay causa, que no se ha cometido ningún tipo de delito, y cuando esta comisión aprueba una proposición no de ley, es cuando ustedes ponen en marcha una auditoría. Una

auditoría que para tenerla —en mi caso, por ejemplo, como usted bien sabe— me hizo falta pedir amparo al presidente de este Parlamento y preguntarle a usted por ella en pleno. Por tanto, para servir y ser de tanta utilidad para el SAS las auditorías, son ustedes un poco duros para ponerlas encima de la mesa y para hacerlas. Y, por lo visto, es más fácil irse al juzgado a matar al mensajero, que buscar las razones por las que han pasado las cosas, que profesionales de ese hospital han puesto en evidencia para mejorar el servicio.

Y ya, deteniéndonos en la auditoría, nuestras consideraciones, las que le trasladamos, han sido analizadas con personas que son tan licenciados en Medicina como usted. ¿Y qué nos dicen? O vamos a resumirlo en tres, ¿no?, para ir a lo grueso. No se apunta bien en el historial por qué entra la gente en el hospital y por qué sale, ni qué tratamiento ha de tomar y cuál ha tomado, y si lo ha terminado. Y, como no se hace eso bien —y usted lo ha dicho ya casi al final—, no podemos discernir si la gente se va antes de tiempo del hospital, porque, en realidad, no sabemos si lo que le han hecho ha sido cirugía mayor ambulatoria u otra cosa. Eso a lo bruto.

En detalle, pues, efectivamente, hay elementos de la auditoría que sitúan al hospital por debajo de la media, y otros que le sitúan donde debiera estar, y otros por encima. Claro, la estadística es así. No parece razonable que esa sea la valoración que hagamos de lo que está pasando en el hospital, cuando ya entendemos que usted habrá convenido con su equipo que allí hay problemas, cuando ya habido además una dimisión y cuando hay algunas preguntas muy concretas que responder.

¿Usted considera, consejera, que el hecho de que el jefe de una unidad de gestión clínica, o la jefa —me da igual—, tenga una parte de sus retribuciones vinculadas a un menor gasto de su unidad tiene que ver con que problemas como este se den? Usted, además, ha sido gerente de un hospital y seguro que tiene una respuesta que darnos sobre eso.

Le digo más. Sabemos también que, como hay pacientes que cuando han ingresado han sido derivados a medicina interna o a UCI, en cuanto a los datos de los reingresos quizás no estaríamos trabajando sobre los datos efectivos de todo el personal que ha sido dado de alta en la unidad de cirugía general. En la auditoría de 2016 agradeceríamos que eso se tuviera en cuenta también, para tener una visión de conjunto más detallada, con propuestas de mejora, que usted las decía. Y fíjese lo que nos decía, ¿no?, nos decía —vuelvo al trazo grueso— que hay que apuntar bien, que hay que medicar bien y que hay que controlar que el personal esté en el hospital los días que necesite. Y que para eso volvemos a la casilla número uno, a apuntar bien, si era cirugía mayor ambulatoria o era otra cosa.

El hospital Puerta de Mar tiene muchos problemas, consejera. Y hubiera sido muy positivo, en aras de resolverlos, que antes de matar al mensajero se les hubiera metido mano. Y el criterio economicista que parece que ha imperado en la unidad de gestión clínica de cirugía mayor y digestiva del hospital Puerta del Mar, parece estar en la base de algunos de los problemas que le trasladamos, que son problemas que tienen nombres y apellidos de pacientes que han tenido complicaciones, que bien podían habérselas ahorrado, y en su calidad de vida hubiera ido, en una menor preocupación de sus seres queridos y en unos menores costes para el SAS.

Por tanto, consejera, no son ustedes de auditoría alegre y tampoco son de facilitarla rápidamente. Y eso es lo que acrecienta la preocupación de la calle, y no que la oposición le pida que resuelva problemas que son un hecho cierto y que conoce toda persona que pasa por ese servicio. Es la manera en la que ustedes tardan en dar los datos y la manera en la que intentan minimizar los problemas cuando están sobre la mesa

lo que acrecienta la preocupación ciudadana, no ponerlos sobre la mesa con el ánimo de que se resuelvan. Porque no le quepa duda de que toda denuncia que Izquierda Unida ponga sobre la mesa, o todo altavoz que Izquierda Unida ponga a una reivindicación de un trabajador o trabajadora del SAS, es en beneficio de la sanidad pública.

Tapar los problemas, eludirlos o irse al juzgado a ver si condenan a quien los ha puesto en evidencia no solo no los arregla, sino que los agrava, aumenta la preocupación ciudadana y sigue deteriorando un servicio que, quieran ustedes o no —fíjese el recorrido que ha habido—, era para meterle mano, finalmente, cosa de la que nos alegramos.

En cuanto tengan ustedes los datos de la auditoría 2016, estaremos encantados de recibirla con un recorrido administrativo menos tortuoso que este, y volveremos a pedirle sus consideraciones para ver si se han superado los problemas del hospital Puerta del Mar, que es por lo menos lo que a Izquierda Unida y a sus profesionales les interesa.

Muchas gracias.

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señora Nieto.

Señor Gil, siete minutos.

El señor GIL DE LOS SANTOS

—Gracias, señor presidente.

Señora consejera, el pasado viernes nos reunimos con el Sindicato de Autonomía Obrera en el hospital Puerta del Mar, donde nos trasladaron numerosas problemáticas, muchas con un origen común: la incompetencia de la actual gerencia y dirección médica del hospital, que no han estado a la altura para conservar, con la calidad y seguridad necesarias, áreas fundamentales de asistencia. Y no solo de lo que se desprende o el área que se ha analizado en esta auditoría —es decir, cirugía general y de aparato digestivo—, si no, de más áreas, como la cirugía pediátrica, que hoy vamos a debatir una proposición no de ley.

Primero de todo, lo que es sorprendente es que este asunto tan grave fuera conocido desde 2014, y durante tres años no se ha tomado ningún tipo de actuación. Tres años en que —como ha comentado mi compañera Inmaculada Nieto— se ha abierto expediente a profesionales anestesistas, a delegados sindicales que estaban velando por la seguridad de los pacientes. Y lo único que querían era que se esclarecieran las presuntas irregularidades. Irregularidades de morbilidad y mortalidad estadísticamente muy por encima de la media, como ha corroborado esta auditoría interna de los servicios de Inspección, que ellos mismos han tomado una muestra, es decir, no han analizado todos los datos, han tomado una muestra y han encontrado que hay diferencias estadísticas, ¿vale? Y eso es riguroso y no es coger información de parte. Auditoría que aún no es pública, y que tienen acceso restringido solo algunas personas autorizadas para su consulta, previa petición, lo que propicia que la información siga siendo opaca y sesgada, como se consumó en la rueda de prensa que el actual gerente del hospital, Fernando Rojas, hizo ante los medios.

De esa manera, lo que podemos hacer es, y yo le pediría, que esa auditoría se hiciera pública y que personas más inteligentes de los que componemos esta Comisión de Salud, pues, realmente la estudien y que digan qué conclusiones tienen y qué corresponsabilidades se van a sacar de ahí.

Después de todo lo luchado por los trabajadores y trabajadoras y varias iniciativas en esta comisión, se ha obligado al Gobierno a realizar esta auditoría, ahora lo que nosotros queremos es que si se ha adaptado de forma parcial, evadiendo las responsabilidades durante tres años, ahora la Consejería de Salud al menos empiece a actuar, aunque sea a demora y a retraso.

Así que, en segundo lugar, lo que hay que hablar es de esos responsables que no habían hecho nada hasta ahora y que deben ser cesados de inmediato. No es suficiente con que el director del servicio haya presentado su dimisión casualmente por motivos personales, el gerente, Fernando Rojas, la directora médica, María Rodríguez, y el delegado de Salud de Cádiz, Manuel Herrera, han demostrado que no están a la altura del cargo. La Consejería de Salud con usted al mando debe responderme si van a tomar la decisión de dar este paso, que es el paso lógico después de cómo se están desmantelando los diferentes servicios.

Para finalizar, quiero resumir también *grosso modo* lo que se desprende de esta auditoría, que me gustaría que se pusiera de forma pública encima de la mesa para que lo estudien más personas de los que componemos esta Comisión de Salud. Hay una causa y efecto claro. Hay una correlación evidente, causa A: menor estancia media; causa B: mayor reingreso, en ocasiones con evisceraciones, literalmente personas que han entrado por la puerta de urgencias con las tripas en la mano.

Entonces, esto puede ser una mala praxis o puede ser una mala organización de los servicios, para ello los responsables deben dar respuesta y no taparse los ojos. Espero que obtengamos una respuesta y que no se sigan poniendo de perfil, como estos gerentes y la dirección médica ha hecho durante tres años, incluso llevando a la Fiscalía a aquellas personas que estaban haciendo la defensa de lo público, la defensa de la seguridad de los pacientes. Espero que la Consejería de Salud no sea corresponsable de esta posible o presunta negligencia gerencial que lleva también a una posible o presunta negligencia médica.

Muchas gracias.

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señor Gil.

Iniciamos el turno de grupos no proponentes, Ciudadanos. Señora Albás, tiene tres minutos.

La señora ALBÁS VIVES

—Gracias, presidente.

Señora consejera, a ver, en Ciudadanos, y lo he dicho en mi anterior intervención, estamos completamente convencidos de que si los datos, los resultados en salud que se obtienen en las unidades de gestión clínica, no solo en la de cirugía general y aparato digestivo de este hospital, sino en todas y cada una de las unidades de gestión clínica, y que cada uno de los hospitales fueran públicos, sobre todo medibles, no hubiera sido necesaria esta inspección. Esa es una realidad.

Ha habido una dimisión, lo ha dicho el portavoz del Grupo Parlamentario de Podemos, lo ha dicho la portavoz de Izquierda Unida, y ha habido quejas por parte de los profesionales y de pacientes, con lo cual ahí también hay que hacer algo.

Si los datos fueran públicos, transparentes, basados en el trabajo diario de los profesionales, de las diferentes situaciones de los pacientes, en definitiva, basados en la realidad asistencial, no tendríamos problemas o dudas sobre la gestión. Tienen que ser transparentes los resultados en salud. El problema, a nuestro juicio, es que parece que no solo en Andalucía sino en muchísimas comunidades autónomas no son muy amigos de publicar los datos reales, de evaluar, y evaluar no es para criticar. Hay que mirarlo siempre desde un punto de vista positivo, para mejorar, porque si una unidad de gestión clínica en igualdad de condiciones de un hospital se compara con otra en igualdad de condiciones, y hay una que tiene mejores resultados en salud que otra, entendemos que es de sentido común el copiar lo que hace a la que le salen mejores resultados. Es una cosa de sentido común.

Yo creo, a mi juicio, que con estos datos no hay visión política. Los resultados en salud, independientemente del partido al que pertenezcamos, son resultados en salud. Los pacientes, y los médicos no les preguntan a quién vota usted para atender mejor o peor, o para que..., en teoría tenía que ser así, tengan un puesto directivo o no, sino que tiene que ser con criterios objetivos.

Yo también le pregunto si realmente ustedes tienen los datos reales de todos los hospitales de Andalucía. Usted ha hecho además mención a que el Ministerio de Salud publica unos datos, unos indicadores —además, por ejemplo, aquí yo tengo un ejemplo—... indicadores clave del Sistema Nacional de Salud con respecto a la tasa de mortalidad prematura por enfermedad vascular cerebral. Andalucía no sale bien parada, y en muchos de estos informes de estos indicadores Andalucía no sale muy bien parada. Y esto se lo digo como crítica, pero como área de mejora, y está por encima de la media nacional.

Entonces, nosotros, desde Ciudadanos exigimos que se miren los datos, los indicadores, los resultados en salud, hospital por hospital, con el simple ánimo de mejorar. Y toda esa mejora, además de redundar lógicamente en la calidad de la salud de los pacientes, todo esto va a conllevar un ahorro extraordinario en el sistema público de salud. Sin datos es imposible mejorar. Hacer las cosas al tuntún, pues, la verdad es que no. Y entendemos, y esperaremos también ansiosos la información de la siguiente, de la auditoría de 2016, para ver en qué situación se encuentra.

Y ya está, muchas gracias.

El señor GARCÍA ANGUIA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Gracias, señoría.

Por el Grupo Parlamentario Popular, señora Mestre, tiene tres minutos.

La señora MESTRE GARCÍA

—Sí, muchísimas gracias. Voy a intentar ser lo más breve posible para ceñirme al tiempo.

Pero mire, señora consejera, le agradecemos las apreciaciones que hace su consejería en torno a esta auditoría externa pero puntualizarle ciertos aspectos. Esta auditoría que usted ve tan normal, y que se valo-

ren ciertos indicadores de las áreas de gestión clínica de los diferentes hospitales, en este caso del hospital Puerta del Mar, pues, debería serlo así, tal y como usted ha expuesto, pero lo cierto es que esta auditoría externa ha sido a instancias de una proposición no de ley del Partido Popular, que fue apoyada y respaldada por todos los grupos políticos, y por tanto así ha sido y así conocemos hoy estos datos.

Mire, yo creo que es importante destacar cuál ha sido la actitud de la consejería, la actitud del SAS frente a una auditoría de estas características, porque, claro, previo a la auditoría, hemos visto muchos días medios de comunicación con titulares que no debíamos haber permitido, pero no lo debían haber permitido ustedes mismos, habiendo puesto pies en pared antes de que llegara a este extremo, y que fuera denunciada por un anestesista la situación por la que pasa esta unidad de cirugía clínica, perdón, esta unidad de cirugía general y aparato digestivo, si ustedes hubieran hecho caso a las diferentes denuncias anteriores de los profesionales no se hubiera llegado a este proceso. Sin embargo, ustedes prefirieron poner como el malo de la historia al anestesista, y de ahí que ustedes le denunciaran que, por cierto, el juzgado número 1 de Cádiz lo ha absuelto porque no había indicios de delito, tanto a él, jefe de área de anestesia del hospital Puerta del Mar, como a uno de los profesionales también del mismo.

Por tanto, ustedes han tomado, con respecto a estas denuncias, la misma actitud habitual, desprecian a aquellos que denunciemos algo que no funciona, desprecian incluso los criterios de los propios profesionales, y van ustedes a los tribunales contra sus propios profesionales cuando, por otro lado, cuando los servicios se quedan escasos o se quedan con una merma importante de los propios profesionales, aluden a que no hay profesionales.

Pero sin embargo ustedes sí, en muchísimas ocasiones y en muchos ejemplos, van contra los propios profesionales, en vez de tener en cuenta las denuncias y las reclamaciones, porque profesionales son, licenciados son, y no creo que ninguno de ellos vaya con ningún tipo de interés en detrimento de su propia especialidad y de su propio trabajo. Al contrario, creo que todos los profesionales del sistema andaluz de salud velan más allá de sus propias responsabilidades por la excelencia de este sistema andaluz de salud que tenemos en Andalucía. Y, afortunadamente, gracias a esa responsabilidad y vocación, tenemos el sistema que tenemos. Pero, desafortunadamente, los criterios economicistas en el SAS han prevalecido en los últimos años, siguen prevaleciendo, y es lo que ha incrementado los datos que esta auditoría externa denuncia en diferentes epígrafes. Y creo que no por ello debemos hacerle menos caso a esos datos que usted ha querido enmarcar dentro de los datos del propio sistema nacional de salud, del propio SAS, como media, en los diferentes hospitales del mismo, pero es importante destacar la sepsis postquirúrgica, por ejemplo, que se manifiesta en esta auditoría que está por encima de los datos que se publican tanto en el SAS como en el servicio nacional de salud; la mortalidad en la hospitalización, que también es superior a la encontrada en el servicio nacional de salud y en el propio SAS; la dehiscencia de la herida, también. Y, desde luego, nosotros creemos que, si son datos que están por encima de la media, pues, serán datos que hay que paliar, en las próximas fechas, con recursos materiales distintos a los que, en muchas ocasiones, en muchos servicios se están poniendo en marcha, porque son muchas las denuncias de los propios profesionales que reclaman los mismos materiales que usaban hace ocho años o que usaban hace seis años, cosa que ahora no ocurre.

Y esto también en que estos datos se hayan incrementado.

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Señoría...

La señora MESTRE GARCÍA

—De ahí que esperamos y agradecemos que se haya puesto en marcha una auditoría para el año 2016, pero quisiera saber si esa auditoría va a ser externa, va a ser una auditoría interna, si va a ser pública, vamos a poderla conocer y evaluar también como esta o, por lo contrario, serán datos que ustedes mantengan en la oscuridad para no poder tener la crítica de los grupos y, desde luego, el control por parte de todos los ciudadanos.

Le agradezco el detalle de los datos pero le agradecería también un mayor interés e implicación para prevenir futuras situaciones similares a las que hemos vivido en el hospital Puerta del Mar y sus profesionales.

Muchas gracias.

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señoría.

Señora Maese, tiene tres minutos.

La señora MAESE VILLACAMPA

—Señor presidente, muchas gracias.

En primer lugar, agradecer a la consejera toda la información que nos ha detallado hoy. Destacar que la auditoría contiene recomendaciones que se están llevando a la práctica y se están haciendo a rajatabla.

Hoy nos ocupamos de una auditoría de los años 2014 y 2015, pero decir que se prolongará en el tiempo, está la de 2016 y se va a hacer la de 2017 con el único objetivo de evaluar el cumplimiento de estas recomendaciones.

El equipo directivo del hospital, de las comisiones de calidad y de seguimiento del mismo y la propia delegación territorial evalúan continuamente las propuestas con el único fin de mejorar la asistencia sanitaria y para que cada día sea mejor.

Verán, en esta comisión se ha debatido mucho, largo y tendido de este asunto y de otros muchos asuntos de sanidad en mi provincia. Y nuestro posicionamiento siempre ha sido el mismo: hay márgenes de mejora y, en este escenario, estamos abiertos a las aportaciones que, en positivo, cualquiera de los grupos políticos de este Parlamento quieran hacer.

Pero fíjense en una cosa: el acoso y derribo al que algunos grupos están sometiendo a la sanidad pública andaluza es absolutamente imperdonable, y es imperdonable porque están creando un alarmismo entre la ciudadanía, con el único objetivo de sacar rédito político. Y es eso lo que alienta la preocupación en la calle. El diálogo en la provincia con los profesionales, con las mareas y con las plataformas de la sanidad es incuestionable. Las mejoras en los servicios y en la calidad asistencial, también.

La postura de la derecha, lógicamente, no la compartimos, pero fíjense ustedes que la entendemos, porque viene de un grupo político que no cree en lo público y que tiende la mano a la sanidad privada porque es el gran negocio que viene después del que ya exprimieron del ladrillo.

El ataque continuo a la sanidad, con tal de desprestigiar a un Gobierno, le está haciendo el juego al Partido Popular, que, por ejemplo, en mi provincia mantiene un AR cerrado por culpa de un alcalde de Partido Popular, y lo hace a sabiendas del daño que está haciendo en una comarca entera, pero no pasa nada. En mi provincia no se habla de las 46 nuevas ambulancias. En mi provincia no se habla de un plan de verano, que ha tenido un seguimiento exhaustivo por parte de la marea blanca, con un coste de 17,5 millones de euros. No se habla de los cerca de 2 millones de euros que se han invertido en el plan de adecuación para mejorar, entre otros, el Puerta del Mar, ni cerca del millón de euros que se está invirtiendo en el hospital de Jerez y en centros de atención primaria de Sanlúcar, de Zahara, de Espera, de Algodonales... No se habla del beneficio que va a suponer para el Campo de Gibraltar una infraestructura nueva, como es el hospital, con una inversión de 57 millones de euros.

Saben ustedes de la disposición continua al diálogo de esta consejería, pero de eso no se habla. Pero de lo que sí se habla es, por ejemplo, de que el señor Gil vaya a la puerta del hospital Puerta del Mar y hagan allí un tótum revolútum, a sabiendas de que conlleva el desprestigio de un hospital como es el Puerta del Mar. Pero así ustedes calientan el patio antes de esta comparecencia.

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Señoría...

La señora MAESE VILLACAMPA

—Voy terminando, señor presidente.

Esto lo hacen ustedes perfectamente.

Por cierto, tampoco he escuchado al Partido Popular hablar sobre su visita al hospital Puerta del Mar, esa de la que esperaban sacar también su tajada política, pero que tuvieron que salir a lo justo porque se les tiraron los profesionales, pidiéndoles la aplicación de las 35 horas.

Por tanto, les pido a los grupos responsabilidad. ¿Propuestas? Todas las que sean en positivo, aceptamos todas. Pero, por favor, estamos hablando de lo público, estamos hablando de la sanidad pública. Y cuidado porque, si no, vais a ser cómplices del Partido Popular en el desprestigio de lo público, y eso, después, es muy difícil devolver el prestigio perdido.

Muchas gracias.

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Gracias, señoría.

Señora consejera, tiene siete minutos.

La señora ÁLVAREZ BENITO, CONSEJERA DE SALUD

—Gracias, presidente.

Señorías, intentaré dar respuesta a algunos de los aspectos que aquí han planteado.

Con respecto al tema de datos, yo he presentado los datos tal como han sido realizados en la auditoría, no he realizado ninguna manipulación. Efectivamente, los indicadores que se siguen son indicadores propuestos por el ministerio, que, a su vez, son organizaciones a nivel mundial, y también los indicadores que están propuestos en nuestros procesos asistenciales integrados, sobre todo los procesos que afectaban a esta unidad quirúrgica.

Con respecto a los datos que saca el ministerio, el problema que tenemos, en ocasiones, señorías, es de qué año son, especialmente los datos a que usted se refiere, del año de patología vascular. Yo creo que conozco esos datos, creo que son muy antiguos. Es uno de los problemas que tenemos, que se sacan con muchísima demora. Los conocemos y pensamos que, después de ese momento, en nuestra comunidad se han introducido muchísimas mejoras en el manejo del ictus, sobre todo en la forma aguda, y que, realmente, los resultados que presenta nuestra comunidad deben ser muy diferentes.

Esta unidad de gestión clínica, este hospital había realizado una auditoría de forma similar en el año 2014. Fue presentada, también, en los medios por su director gerente, y a los grupos que la han solicitado en este Parlamento, en esta Cámara, realmente se les ha facilitado. Yo siento si no les ha llegado antes de lo que tenía que haber llegado, pero se les ha facilitado y están los resultados de esta auditoría.

Como algunos de ustedes ponen encima de la mesa, efectivamente, existe un problema de mecanización de datos que hace que, probablemente, algunos de los aspectos no puedan ser valorados de forma adecuada, y es una de las primeras líneas de mejora que, efectivamente, ya se ha puesto en marcha.

Con el tema de reingresos, que se ha comentado que alguno de los pacientes ingresan en otras unidades, eso sí ha sido tenido en cuenta por el grupo que ha realizado la auditoría, que pueden haber ingresado en medicina interna o en la UCI. Si lo valoran detenidamente, eso sí lo han valorado.

De cualquier forma, yo he comentado, efectivamente, que estos datos, dentro de que están en el rango alto de los límites recomendados, entiendo que están por encima de la media andaluza y de la media nacional en algunos casos, no en todos, y que eso exige, efectivamente, trabajar para mejorar los resultados que prestamos. De hecho, la mayoría de objetivos que se plantean en los acuerdos de los servicios son orientados a resultados en salud y que, efectivamente, lo que se persigue es comparar, comparar para ir detectando áreas de mejora, plantear actuaciones, y eso permite una mejora continua de la asistencia que se presta.

No quise, en mi intervención anterior, poner todos y cada uno de los datos, porque creía que, para que este debate fuera útil a la ciudadanía, era necesario, primero, explicar de forma global los resultados y, exponiendo sus principales conclusiones, enumerando las líneas de mejora que ya están propuestas, informando de las medidas que ya se han implementado, decir que, efectivamente, la auditoría 2016 va a ser realizada también por la inspección, con independencia de que el propio servicio de calidad y la propia dirección del centro estén trabajando también y monitorizando resultados, y que, por supuesto, pues, se harán conocer cuando estén disponibles.

Como les decía, no quise entrar pero considero que, una vez que todos tienen una idea global de las conclusiones y propuestas de mejora que propone la auditoría, con el fin de poder valorar de forma más realista

las medidas que se están implementando, así como desmentir algún mensaje alarmista, si es necesario que analicemos uno a uno los datos del informe.

Decíamos que entre los resultados más destacables de la auditoría estaba la estancia media, que se encuentra por debajo de los hospitales de su misma categoría, es casi dos días, objetivándose en una estancia media de 5,7 días en 2014 y 5,37 días en 2015. La estancia media en Andalucía es de 6,5 días, en España de 6,3 y en el hospital Puerta del Mar de 5,7 durante 2015; o sea, que la diferencia respecto a la media andaluza es de 1,2 días y con respecto a la media española es de solo un día.

Es cierto que esta diferencia se eleva si la comparación se hace solo con respecto a los hospitales andaluces de tipo uno, en este caso sí se llega a una diferencia de dos días, pero como ya comenté se induce que esta diferencia tiene probablemente relación con la cirugía mayor ambulatoria, que, como saben sus señorías, son cirugías poco invasivas, que no requieren hospitalización de larga estancia para su recuperación y los pacientes reciben el alta a las pocas horas, con lo cual pensamos que es un problema de mecanización de datos.

Con respecto a la tasa de reingresos hemos visto que es ligeramente superior en el año 2015, un 6%, respecto a la media andaluza que es un 5,16% y a la nacional que es un 5,52%. Como se comprueba, la diferencia no llega al 1%, y por lo tanto no es una diferencia que tenga que producir ninguna alarma.

Con respecto al aumento de la tasa de mortalidad, principalmente en el año 2015, el servicio de cirugía general del hospital Puerta del Mar se sitúa en el rango de 2,8%, por encima de la media del conjunto nacional que está en 1,51% y del andaluz que está situado en 1,96%. Y, como afirma la propia auditoría, la tasa de mortalidad de un servicio quirúrgico piensa que está en relación con el aumento de la complejidad que tiene este hospital en el año 2015 y probablemente en la curva de aprendizaje necesario en procesos de mayor complejidad.

No obstante, a pesar de que este dato efectivamente se encuentra dentro de los rangos recomendados, el estar por encima de las medias pensamos que es un dato probablemente de los más importantes a tener en cuenta y se han tenido en cuenta las medidas ya puestas en marcha para mejorarlo. Es cierto que en el caso de la Unidad de Gestión Clínica y Cirugía General de este hospital su índice de complejidad fue en 2014 el 1,8%, eso fue el más bajo de su grupo de referencia, y se situó en el 2,12% en el siguiente año. Pero también es cierto que en el año 2015 este mismo índice... Perdón, el grado de complejidad de la comunidad era del 2,12% para hospitales del mismo nivel; y en el 2014 este hospital presenta un 1,8%, que se eleva en el año siguiente al 1,91%, acercándose ya a la media de los hospitales de su grupo. Y, como decíamos, este aumento de la tasa de mortalidad pensamos que está relacionado directamente con el aumento de la complejidad de los casos.

En cuanto a la dehiscencia en la herida quirúrgica abdominopélvica esta se encuentra en el año 2015 en el 0,7, solo dos décimas por encima de la media andaluza y tres décimas por encima de la media nacional, y en todo caso, muy lejos del valor máximo recomendado en la bibliografía al respecto, que es 3,4.

La diferencia entre la tasa de sepsis postquirúrgica general del hospital Puerta del Mar es solo de un 0,3, más elevada que la media andaluza y un 0,4 que la media nacional. Sin embargo, la tasa de sepsis de cirugía abdominopélvica presenta cifras similares a los datos publicados por parte del Ministerio de Sanidad. Mientras tanto la tasa de sepsis postquirúrgica abdominal en el hospital gaditano tiene dos décimas por debajo de los valores medios de España y dos décimas por encima de los valores medios de Andalucía.

En cuanto a los indicadores de seguridad analizados, la tasa de infección nosocomial y la tasa de atención de complicaciones relacionadas con la atención médica tiene, como hemos dicho, buenos resultados y mejores que la media de hospitales andaluces y que el Sistema Nacional de Salud. También se manifiesta una evidente mejoría en relación con los reingresos por patología colorrectal, existiendo un importante descenso en las tasas de reingreso en el año 2015 con respecto al año 2014, pasando del 7,4% al 3,5%.

En el análisis de las infecciones postquirúrgicas en pacientes intervenidos en este proceso, los resultados sitúan al hospital dentro del rango de la bibliografía y por debajo de la media andaluza. Los resultados del estudio, en cuanto a dehiscencia de anastomosis de pacientes intervenidos en este proceso se sitúa tanto en 2014 como en 2015 dentro del rango recomendado, cuyo máximo es de un 9%, y el hospital Puerta del Mar presentó en 2014 un 6,4% y en el año 2015 un 8,6%.

Los datos de la infección de herida quirúrgica y de infección nosocomial presentan una buena comparativa en relación a lo estandarizado por el propio proceso asistencial integrado y la bibliografía consultada. Los datos relativos a reintervención y reingreso en este mismo proceso son del 3,8% en 2014, del 3,6% en 2015, o lo que es lo mismo, once casos por cada uno de los años del periodo estudiado.

Los datos del proceso asistencial integrado de hernia de pared abdominal, en relación a la tasa de reintervenciones, tasas de reingresos, tasa de infección de herida quirúrgica y tasas de mortalidad global a los 30 días, son buenos en relación a lo estandarizado en dicho proceso.

Perdonen, señorías, esta enumeración de datos, pero creo que es la mejor manera de que podamos hacerlo de una manera clara y certera, de cuál ha sido la situación real de este servicio...

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Señora consejera.

La señora ÁLVAREZ BENITO, CONSEJERA DE SALUD

—... durante estos años.

Muchas gracias.

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Gracias, señora consejera.

Señora Nieto, tres minutos.

La señora NIETO CASTRO

—Gracias, presidente.

Con brevedad.

Consejera, el método inductivo es muy estimulante y es muy válido para sacar conclusiones, pero hay que aplicarlo en todos los elementos, porque si no las conclusiones no las entiende nadie.

Fíjese, usted dice que las estancias hospitalarias en realidad no serán más cortas de lo que los procesos necesitarán, sino que se induce que es que son de cirugía mayor ambulatoria. Le voy a comprar eso, pero entonces ¿cómo lo relaciona usted con un incremento de los reingresos? Porque si las altas se deben a que el proceso ha terminado y el paciente se ha ido a su casa, ¿de dónde inducimos que haya más reingresos, o de dónde inducimos que haya un porcentaje mayor de mortalidad? ¿Cómo puede usted poner en relación el grado de complejidad de las intervenciones que se hacen en el Servicio de Cirugía General del Puerta del Mar si hemos inducido en el primer punto que no sabemos si son cirugía mayor ambulatoria o si son cirugías más complejas? No puede interpretar cada dato aislado. Y esto no es sembrar alarma, ni porque Izquierda Unida le plantee que estos temas hay que resolverlos la gente se tire la calle. La gente se tira a la calle cuando se pega mucho tiempo esperando para que la atiendan, cuando va y no recibe la atención que necesita, o cuando se ven enredados con una herida que no acaba de curarse varios meses pendientes de ir y venir del hospital. Entonces es cuando la gente se echa a la calle, no porque la oposición diga o no diga.

Y ahora le pido, por favor, que tenga usted en consideración el pequeñísimo cupo de esta humilde diputada y no me haga preguntarle por escrito algo que le he preguntado antes y me gustaría que me respondiera. ¿El jefe de una unidad de gestión clínica cobra más si su unidad gasta menos? Es una pregunta sencilla, y yo le agradecería mucho que usted me la respondiera. Me la va a responder en cualquier caso porque si no se la voy a registrar, pero si puede ser hoy se lo agradecería mucho.

Gracias.

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señora Nieto.

Señor Gil, tres minutos.

El señor GIL DE LOS SANTOS

—Gracias, señor presidente.

Aclarar que la auditoría realizada ha sido interna, ha sido realizada a través de los servicios de inspección de la Delegación de Salud de la provincia de Cádiz, con lo que la lógica nos dice que ha sido una auditoría conservadora.

Nos gustaría... Y la animamos no solo a publicarla porque no nos ha contestado si la va a hacer pública tachando aquellos datos sensibles por la Ley de protección de datos pero haciéndola pública, la animamos también a que realice una auditoría externa, para ver si esa auditoría externa nos va a proporcionar mayor información y más propuestas.

Y tampoco me ha contestado, y quiero que me conteste, si es posible, si va a tomar medidas con la dirección gerencia y la dirección médica del hospital Puerta del Mar. Nos consta que ha habido muchos conflictos de profesionales especialistas que se han marchado del hospital Puerta de Mar porque la dirección no

ha estado a la altura de resolver esos conflictos. Y entendemos que buena parte de los problemas que están sucediéndose en el hospital Puerta del Mar, los asistenciales, parten de la responsabilidad o, mejor dicho, la irresponsabilidad de la gerencia y dirección médica. Me gustaría que me respondiera si piensan cesar a la gerencia y a la directora médica del Puerta del Mar o van a ser cómplices de que el hospital Puerta del Mar pase de ser un hospital de referencia de la provincia de Cádiz a un hospital en el total ostracismo y donde nadie quiere operarse.

Muchas gracias.

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señor Gil

Señora consejera, para terminar el debate tiene cinco minutos.

La señora ÁLVAREZ BENITO, CONSEJERA DE SALUD

—Muchísimas gracias, presidente.

Señorías, yo, bueno, quiero cerrar este debate intentando resumir los resultados de la auditoría. Y transmitir que no es que no les dé la importancia que tienen a los resultados de esta auditoría, por supuesto que les damos importancia, hemos transmitido que nuestro principal objetivo es mejorar los resultados en salud. Y que por supuesto ofrece pues todo el rigor que tiene que ofrecer y toda la importancia que ofrece eso de que esos datos estén por encima de la..., algunos de los resultados estén por encima de la media andaluza y por encima de la media a nivel nacional; por supuesto, eso nos ha movido a realizar unas medidas importantes de mejora, que ya están en marcha, y a volver a pedir una auditoría para el año 2016, el año 2017, que será objetiva, y cuyos datos serán públicos para que los puedan constatar. Y esos datos son objetivos y los pueden valorar, no tenemos ningún inconveniente en ese sentido.

Actualmente, tanto la dirección médica, la dirección de enfermería, la comisión de calidad del centro, están trabajando y colaborando junto con la Unidad de Gestión Clínica de Cirugía General y Digestiva para que se pongan en marcha todas estas medidas y todos los resultados que ya se pueden ir monitorizando, con independencia de que se haga o no la auditoría, ya le puedan permitir cómo van. Y están colaborando en este sentido, ¿no?

Efectivamente, como comentaba inicialmente, permítame, yo no intento enmascarar nada. Soy consciente de la importancia que tiene una auditoría de estas características. He comentado inicialmente que efectivamente pensamos que existe un problema, un problema de registro, donde puede haber confundidos casos de CMA con casos de cirugía con ingreso, pero tanto la tasa de reingresos como la tasa de mortalidad nosotros las asumimos de forma global como que corresponden a ese servicio. Y, efectivamente, reconocemos que si bien se encuentran dentro del límite están en la parte alta de esa horquilla, y requieren por supuesto la puesta inmediata de medidas de mejora y mejorarla, por supuesto. Y nos ofrecen el máximo respeto. No queremos eludir ni esconder nada en ese sentido, ni con la tasa de reingresos ni con la tasa de mortalidad, ¿no?

Decir que la mayoría de objetivos que tiene la Unidad de Gestión Clínica son objetivos orientados a resultados en salud, y realmente esto es lo que se valora, no solamente en la unidad sino en todos los componen-

tes de esa unidad. Y son objetivos, más del 50% son elegidos por los propios profesionales de la unidad, y se les recomienda que sean orientados a resultados en salud. Otros objetivos son estándar y están relacionados fundamentalmente con accesibilidad, participación ciudadana, investigación... Así que, en ese sentido, hacemos el esfuerzo por orientar los esfuerzos de la unidad que mejoren los resultados en salud, ¿no?

Yo creo que los resultados de la auditoría realizada en este servicio, Cirugía General y Digestiva, no reflejan ahora mismo nada especialmente preocupante, en el sentido de que no superen esos límites permitidos, pero para nosotros, como decía, ofrecen el máximo respeto. Y lo que pretendemos demostrar en breve es que esos resultados han mejorado de forma importante en este tiempo. Y en ese sentido pueden confiar que lo estamos haciendo, ¿no? Un servicio, por otra parte, que tiene buenos profesionales, que tiene unos buenos profesionales, en listas de espera, como se ha visto demostrado en los resultados recientemente publicados. Así, en cuanto a operaciones que están sujetas a garantía de plazo de 120 días, los datos a junio de 2017 reflejan que el 92,8% de los pacientes son operados antes de 60 días. La media de días de espera para intervenir a un paciente se encuentra, para este tipo de procedimientos, en 30 días, no superando en ningún caso los 85 días. Y en operaciones sujetas a garantía de plazo de respuesta de 180 días, a esta misma fecha reflejan que el 83% de los pacientes son operados antes de 60 días. Es decir, es un servicio que se está preocupando por los resultados que está dando a la ciudadanía. Como decía, está formado por magníficos profesionales que están comprometidos con la mejora continua y que están trabajando de forma muy activa en las medidas que se están implementando actualmente para mejorar esos resultados, y que corresponden a las áreas de mejora que han sido propuestas en la auditoría, ¿no?

Como decía, estas líneas de mejora están siendo monitorizadas, y para mayor abundamiento serán objeto de la nueva auditoría, que nos permite ver el efecto conseguido con las medidas implementadas y su evolución comparativa con..., puesto de manifiesto en la realizada ya en los años 2014 y 2015.

Por tanto, yo creo que nos toca, señorías, apoyar a los profesionales del hospital en estas medidas que están adoptando, confiar en su implicación, en la profesionalidad, en la monitorización que se está haciendo de todas y cada una de las medidas de mejora propuestas en la auditoría, así como esperar que la nueva auditoría de 2016 refleje, seguro que mejoras importantes que redundarán en el beneficio de los pacientes y la ciudadanía en general.

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señora consejera.

10-17/APC-000335, 10-17/APC-000391 y 10-17/APC-001083. Comparecencia de la consejera de Salud, a fin de informar sobre el Plan de Renovación de la Atención Primaria en Andalucía y las acciones inmediatas previstas

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Terminado el debate, pasamos a debatir la tercera comparecencia, en esta ocasión presentada por los Grupos Parlamentarios de Podemos, Ciudadanos y Grupo Socialista, relativa..., a fin de informar, por la consejera, sobre el Plan de Renovación de la Atención Primaria en Andalucía.

Tiene quince minutos, señora consejera.

La señora ÁLVAREZ BENITO, CONSEJERA DE SALUD

—Señorías, como saben, la atención primaria de salud es una prioridad para el Gobierno andaluz, que está decidido a potenciarla como una columna vertebral del sistema sanitario público de Andalucía. Y esta prioridad se ha plasmado en un compromiso cierto con la sociedad andaluza y sus representantes en esta Cámara, en distintas comparecencias parlamentarias realizadas por el anterior consejero, por mí misma y por la presidenta de la Junta de Andalucía.

Queremos que la atención primaria de Salud se constituya como el verdadero eje vertebrador de la atención que recibe la población en el sistema sanitario público de Andalucía, de manera individual y colectiva, en relación a sus problemas y a sus determinantes, tanto de forma integral como de forma personalizada. Sabemos que, para responder a los retos que hoy se nos plantean, la mejor estrategia es fortalecer los buenos resultados que proporciona la atención primaria de Salud, en términos de desempeño y resultados en salud, y la satisfacción ciudadana, que nos sitúa entre los modelos de atención primaria más fuertes de Europa.

Esta situación, señorías, es resultado del trabajo diario y la dedicación de los equipos de atención primaria, comprometidos con la actualización permanente y la búsqueda de la mayor capacidad de resolución posible para las realidades que comparten cotidianamente con las familias y con la sociedad andaluza, que en ocasiones son muy duras.

Partiendo de esta valoración positiva, somos conscientes de la necesidad de dar un impulso a nuestro modelo, reorientando algunos aspectos que vienen siendo evidenciados por los profesionales, por los equipos directivos y también por organizaciones sindicales, colegios profesionales, sociedades científicas y ciudadanos. Aspectos coincidentes que hemos asumido como parte de nuestra responsabilidad para esta legislatura. Tras consultar con las sociedades científicas más representativas de atención primaria andaluza y a los equipos profesionales, concluimos que es necesaria la renovación que fortalezca y que incremente el prestigio y el reconocimiento formal ante la población andaluza de la atención primaria. Este ambicioso objetivo requiere que nuestra atención primaria trascienda el papel de puerta de entrada a un primer nivel para asumir unas funciones de agente verdadero de salud y vertebrador de toda la atención que reciben las personas en la sanidad pública. Por ello, se articuló una estrategia de renovación de la atención primaria, con la participa-

ción de los equipos profesionales y de las sociedades científicas relacionadas, los responsables de los centros y los agentes sociales. Un plan que ha sido concebido de manera práctica y realista, en el sentido de que las acciones propuestas son factibles, tienen un responsable y tienen un cronograma. Al tiempo, se mantiene abierto y flexible, de forma que se puedan ir incorporando nuevas ideas y experiencias que hayan demostrado ya su utilidad. De hecho, se han puesto en marcha ya diferentes grupos de trabajo para el desarrollo, actualización y evaluación de las diferentes líneas, así como un sistema de medición de resultados.

Esta estrategia de renovación de atención primaria se configura a partir de 12 propuestas estratégicas, y se expresa en 82 acciones concretas a desarrollar entre 2016 y 2019. Entre las líneas de actuación cabe destacar las siguientes. Por una parte, profundizar los valores esenciales que han hecho que la atención primaria sea un referente social y en salud; impulsar una atención primaria vertebradora real de toda la atención y agente de salud de la población, y desarrollar activamente una atención personalizada y poblacional, y generar un marco profesional estable para la gestión clínica en la atención primaria. Por otra parte, la primacía efectiva de la orientación a resultados para que guíen los cambios de la organización, sus recursos y también los reconocimientos profesionales.

Después de un año de su presentación, de esta estrategia, puedo dar cuenta ya de importantes avances conseguidos. En primer lugar, se ha comenzado con la implantación del Plan Integral a Pacientes Crónicos Complejos, que está permitiendo la identificación inequívoca y nominal de aquellos pacientes pluripatológicos o frágiles, para priorizar su atención a través de los planes de atención personalizados. Los equipos funcionales de atención a estas personas están compuestos por diferentes perfiles asistenciales, entre ellos, médicos de familia, enfermería de familia, medicina interna y enfermería de gestión de casos, entre otros. El paciente y las personas que los cuidan se incorporan también como una parte más al equipo que define el propio plan personalizado. Se ha creado una nueva plataforma tecnológica que da soporte a la elaboración de estos planes, y que permite trabajar en equipo y compartir la información entre los diferentes profesionales, que en ocasiones son de diferentes niveles asistenciales. Y se está pilotando, y está en función, un sistema corporativo de videoconferencias para la realización de sesiones clínicas conjuntas y la creación o revisión de los planes personalizados.

A 31 de marzo de 2017 teníamos abiertos planes de atención personalizados a 19.150 pacientes crónicos complejos. De ellos, ya terminados y entregados a los propios pacientes tenemos 10.355. Los médicos de familia han participado en 17.329 de estos planes; los internistas, en 4.871, y las enfermeras de familia, en 16.264 de ellos. Pero, independientemente de los avances concretos, se ha producido un importante cambio cultural en la atención de las personas con procesos crónicos complejos, que supone la priorización de una atención personalizada por parte del equipo multidisciplinar que incorpora a todos los perfiles que son necesarios para la atención integral de estos pacientes.

Como segundo avance, comentar que se ha recuperado el equipo básico, con una unidad funcional en cada centro de atención primaria. Está conformado por profesionales especialistas en medicina familiar y comunitaria y de enfermería de familia, y este cambio está permitiendo que cada persona tenga una atención médica y enfermera personalizada, con profesionales que son de referencia de ambos perfiles, tanto médicos como de enfermería. El pasado 25 de febrero ya se habían subido a la base de datos de usuarios la totalidad de las claves de enfermeras y claves de equipo, consolidando así el cambio de modelo de equipo asistencial, y esto ha supuesto una importante modificación organizativa interna en los centros de salud.

Otro aspecto que hemos abordado con decisión es la estabilidad de los equipos profesionales adscritos a cada cupo y la adecuación de los ratios de población, según la complejidad de la población asignada.

En este campo, en este sentido, el plan de renovación se ha beneficiado de tres importantes medidas que sus señorías ya conocen bien: la interinización de personal eventual estructural, la cobertura de plazas con carácter definitivo mediante la oferta pública de empleo y el avance hacia una contratación eventual cada vez de mayor duración. Pero de manera específica la estrategia de renovación ha impulsado un cambio de tendencia en la dotación de los recursos humanos de atención primaria para hacer posible una reasignación realista en los cupos.

Así, en 2017 se ha aprobado ya la creación de 105 nuevos equipos de atención familiar, que comenzarán a dotarse en este último trimestre. También se van a crear ocho plazas de pediatra, 105 nuevas plazas de enfermería de familia, 33 plazas de matrona y se potenciará también la incorporación del trabajo social a los equipos de atención primaria mediante la creación de 30 nuevas plazas de este perfil en este año. En total, durante el resto del año, se incorporarán 386 nuevas plazas en los centros de atención primaria.

Y como ya le comentaba el otro día, en los próximos años continuaremos en esta línea con una previsión que incorporará más de mil nuevas contrataciones.

Este incremento de las dotaciones procede de un análisis riguroso de las necesidades específicas de los cupos y seguiremos trabajando codo con codo con los responsables de los centros, sociedades científicas, los agentes sociales, para su seguimiento y su evaluación, según los estándares de calidad. Esta adecuación de los cupos ha precisado de importantes desarrollos tecnológicos y también desarrollos de gestión, de manera que los equipos puedan tener acceso a la información sobre la morbilidad que caracteriza sus cupos.

Para ello, se han implementado dos sistemas: por una parte, la base de datos poblacional y el sistema ACG, que se encontrarán disponibles para el conjunto de los profesionales implicados durante este trimestre.

También se han producido importantes avances en el desarrollo de las tecnologías de la información previstos en este plan para facilitar la continuidad asistencial y las relaciones entre las personas usuarias. Por un lado, ya se encuentra disponible una historia clínica única en todos los centros del Servicio Andaluz de Salud y el equipo de atención primaria tiene acceso a la información clínica en tiempo real.

Por otra parte, se ha dado acceso a los equipos de atención primaria a las estaciones clínicas de los hospitales de su provincia. Además, los equipos de atención primaria disponen de un mecanismo de aviso en tiempo real cuando una persona de su cupo ingresa o es dada de alta en la hospitalización, al igual que cuando acude a urgencias.

Se han hecho las modificaciones necesarias para que se puedan obtener citas tanto para la consulta de medicina familiar como la de enfermería a través de Intersas, Clic Salud o Salud Responde y, además, los sistemas de citación están adaptados para que las personas se lleven la cita del especialista hospitalario desde su centro de salud. Actualmente esta medida se está llevando a cabo en el 51%, esto quiere decir que de 1.500.000 citas demandadas, más de 750.000 se han asignado ya en el centro de salud.

Queremos seguir trabajando para mejorar estas cifras, aunque hay que tener en cuenta que siempre habrá algunas situaciones que requieran una valoración en el hospital y, por tanto, la cita continuará realizándose en este nivel.

Se ha creado un sistema de mensajería segura entre profesionales y pacientes desde Clic Salud, así como un gestor de programas de seguimiento que facilite a los profesionales esta tarea con sus pacientes. Actualmente, se está utilizando ya en diabetes, en hipertensión y continuará ampliándose a otras patologías.

Asimismo, hay que destacar que está prevista la renovación de equipamientos de microinformática, tanto terminales como monitor e impresora, por un importe total de 3.750.000 euros y la adquisición de 1.652 tablets por un importe superior a 600.000 euros.

A continuación me referiré a una línea de trabajo muy relevante para esta renovación, que es el Proyecto de Alta Resolución Diagnóstica y de la Política de Atención Primaria. Con él se busca mejorar tanto la capacidad diagnóstica y terapéutica en atención primaria, lo que va a repercutir de forma importante en la capacidad global del sistema, su calidad, su eficiencia y efectividad y también, con toda seguridad, va a influir en la satisfacción ciudadana.

Este proyecto supone, por un lado, dotar de los recursos diagnósticos al equipo de atención primaria y, por otro, facilitar su acceso a los procedimientos diagnósticos que se ofertan a nivel hospitalario.

Todo ello con criterio de calidad y de eficiencia, de manera que siempre se desarrolle la atención más adecuada en el lugar más adecuado y se garanticen la coordinación y el asesoramiento mutuo y que los especialistas de primaria y los especialistas de hospital.

De manera concreta hemos emprendido cinco grandes medidas: por una parte, abrir atención primaria a la posibilidad de solicitar y recepcionar pruebas y procedimientos diagnósticos del sistema, según un catálogo previamente definido, que se mantendrá actualizado por un grupo clínico asesor y que se pretende que sea uniforme en toda la comunidad para que no existan diferencias entre diferentes centros. También reforzar la capacidad diagnóstica y terapéutica de los centros de atención primaria, comenzando por incrementar el uso de los ecógrafos, que ya están instalados, revisar la dotación y la oferta horario de los equipos de radiología, revisando y adecuando las instalaciones y el equipamiento para la práctica de la cirugía menor ambulatoria.

Consolidaremos los servicios propios de atención temprana que no se encuentran implantados en todos los centros, como es la oferta de servicios de planificación familiar de segundo nivel o la aplicación de determinadas infiltraciones, desde primaria.

Extenderemos el uso de la teleconsulta con alguna especialidad hospitalaria, como se viene realizando ya, por ejemplo, en dermatología, con unos excelentes resultados.

Y ampliaremos el horario de apoyo técnico radiológico en los servicios de urgencias de atención primaria, al menos, de los que se ubican en poblaciones de mayor tamaño.

Se implantarán pruebas de laboratorio clínico que puedan llevarse a cabo en el lugar donde se encuentre el paciente por parte del personal clínico que le atiende, sin disminuir la fiabilidad. Existe ya determinada tecnología que lo permite.

Otra área que vamos a continuar reforzando es la promoción del liderazgo clínico participativo de los profesionales en las decisiones que toma la unidad, sus acuerdos y objetivos. Y, por otra parte, potenciar el desarrollo de la investigación e innovación en atención primaria a través de medidas como la convocatoria abierta y permanente de ayudas, la financiación competitiva de proyectos o las ayudas para la intensificación investigadora, entre otras.

Pero también por la innovación que se está llevando a cabo en atención primaria, que tiene menos repercusión mediática, pero que tiene un gran impacto en la calidad de vida. Como muestra, en Andalucía se han generado 20 registros de propiedad intelectual sobre invenciones de profesionales de atención primaria, dos de las cuales están siendo ya explotadas comercialmente. Además, el primer reto de innovación abierta para el manejo de la [...] recayó en una APP desarrollada por profesionales de atención primaria y se ha solicitado financiación para una iniciativa innovadora, que son herramientas para atención primaria, por valor de 5 millones de euros.

Quiero terminar esta primera parte de la intervención haciendo referencia a desarrollos imprescindibles para el éxito de este plan y esta estrategia y renovación, en su dimensión poblacional y comunitaria. Me refiero al desarrollo de todas las actividades preventivas y de promoción de la salud que debe realizar atención primaria, que están orientadas de manera específica para llegar a distintas poblaciones diana. Entre ellas, cabe destacar la estrategia de alimentación saludable, a través de comedores escolares, el Consejo Dietético o el Consejo Individual sobre la Obesidad Infantil, la Estrategia de la Promoción de la Salud, en el ámbito educativo como Forma Joven y Creciendo en Salud. La Estrategia de Prevención e Intervención en el Tabaquismo, recogida en su plan integral. La promoción de la actividad física, a través de proyectos autonómicos como el Plan Andaluz de la Bicicleta, programas locales, como La Ruta para la Vida Sana o por Un Millón de Pasos, o el fortalecimiento de capacidades personales y sociales a través de grupos socioeducativos, como los [...]

Existen también estrategias de promoción de buen trato y prevención de violencia infantil o estrategia de prevención de la discapacidad como la atención infantil temprana.

Estos elementos no son más que una pincelada de la importante tarea que desarrollan los equipos de atención temprana para mejorar el nivel de salud de su población.

Todo esto... Estoy segura de que este plan de renovación de la atención primaria va a permitirnos afrontar los mayores retos de salud que tenemos en la actualidad.

Muchas gracias.

La señora LÓPEZ MARTÍNEZ, VICEPRESIDENTA DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, consejera.

Pasamos al turno de los grupos proponentes. Por siete minutos, señora Albás, tiene la palabra.

La señora ALBÁS VIVES

—Gracias, presidenta.

Señora consejera, agradecer, en primer lugar, su extensa intervención sobre lo que ya se ha planteado, lo que se está llevando a cabo y lo que se va a seguir llevando, y las novedades también que se van a llevar a cabo.

Creo que estamos todos los grupos de acuerdo y el Gobierno de que la atención temprana es la puerta de entrada al sistema sanitario. Usted también dice que es el eje vertebrador del sistema sanitario, que quieren plantearlo como eje vertebrador del sistema sanitario.

Sabemos perfectamente que no es la primera vez que hablamos de atención primaria, que desde que empezó esta legislatura le hemos dado a atención primaria más vueltas que a una peonza y, desafortunadamente, aunque el planteamiento y la intervención que usted ha llevado a cabo pues plantea cosas buenas y mejoras que se han llevado a cabo, no es la percepción que tienen los profesionales sanitarios ni los pacientes. ¿Que se está mejorando? Pues sí, lógicamente sí, porque también sería de un género absurdo el no ir mejorándolo. ¿Pero cuál es la realidad? La realidad es que tenemos carencia de profesionales, la presidenta de la Junta de Andalucía anunció la contratación de 400 profesionales para atención primaria. ¿Realmente son necesarios 400 o más? Usted ha hablado ahora de 1.000.

Luego también tenemos carencias de especialidades en atención primaria. Porque desde Ciudadanos decimos que lógicamente hay que adaptar la sanidad pública a la situación que tenemos a día de hoy. Y a día de hoy, a nuestro juicio, también sería necesario incorporar en atención primaria a los psicólogos, por ejemplo. La salud mental es un problema que a día de hoy en Andalucía y en España pues, desafortunadamente, cada vez hay más personas diagnosticadas que tienen algún tipo de problema de salud mental, y quizá si desde atención primaria se les tratara desde el origen pues podríamos prevenir muchas complicaciones pues que a día de hoy no se pueden prevenir.

Hacen falta pediatras, usted también lo ha hablado, pero si hay carencias en Andalucía y hay carencias a nivel nacional, no solamente de pediatras sino de otras especialidades, yo creo, pensamos en Ciudadanos, que lo que tienen que hacer es realmente hablar todos, todos los consejeros en el Consejo Interterritorial y comprometerse de verdad a qué solución van a dar a esa carencia de profesionales. Yo no pongo en duda la buena voluntad del Gobierno de solucionar la situación en la que nos encontramos, pero, como el papel lo aguanta todo, entonces yo creo que realmente si es una carencia que tenemos en España de determinadas especialidades pues tendremos que poner soluciones para ello.

Habla usted de equipos multidisciplinares que están completos, pero ¿en todos los centros de salud?, ¿en cuáles?, ¿en los que se necesitan? Me ha gustado que sí ha hecho referencia a un análisis y evaluación de la situación real por población, que es lo que hay que hacer, porque a lo mejor pues hace..., antes de que empezara la crisis un centro de salud de una zona determinada pues tenía una población de equis, pero es que ahora lo ha multiplicado por dos. Lógicamente ese centro de salud habrá que adaptarlo con profesionales para que puedan atender a toda esa población.

Otra cosa también importante es, en cuanto a infraestructuras de atención primaria, ¿en qué situación se encuentran los centros de salud? ¿Realmente pasan todos los estándares de calidad y de salubridad? Yo he visitado algunos, algunos están bien, otros muy bien; pero hay otros que hay que darles una vuelta importante, y también eso es un foco pues no demasiado, no demasiado limpio, la verdad.

Lo decimos siempre, ustedes pues presentan un plan, este plan se presentó en 2016, su antecesor, el consejero Alonso, con la presidenta de la Junta de Andalucía. Realmente lo que hoy esperamos es que sirva para algo y, sobre todo, que se vaya evaluando año a año. Porque los planes pueden ser buenos, pero si no se evalúan realmente no sabe si se están aplicando de verdad, o bien, mal o regular.

Entonces sí que nos gustaría que anualmente se evaluaran estos planes y se pusieran áreas de mejora para poder conseguir la excelencia, y que realmente todos los ciudadanos de Andalucía, vivan donde vivan, tengan una atención sanitaria de calidad.

E insisto, usted habla de bondades y de buena voluntad, pero también hay que escuchar a los profesionales sanitarios en qué situación se encuentran. ¿Están mejorando? Sí, se les han devuelto una serie de derechos que habían perdido, pero yo todavía no les veo con una alegría enorme. Entonces, si realmente no hacemos más que decir que hay que agradecer el gran esfuerzo que han hecho y que están haciendo, lo que también tenemos que hacer es que se sientan satisfechos y felices desempeñando el gran trabajo que desempeñan, y para eso es fundamental la labor del Gobierno andaluz.

Gracias.

La señora LÓPEZ MARTÍNEZ, VICEPRESIDENTA DE LA COMISIÓN

—Gracias, señora Albás.

Pasamos al siguiente grupo.

Señor Gil, tiene la palabra, siete minutos.

El señor GIL DE LOS SANTOS

—Gracias, señora presidenta.

Señora consejera, siguiendo el documento quiero empezar destacando el reconocimiento explícito que se hace de los problemas existentes en la atención primaria de nuestra comunidad, carencia de una estrategia clara, pérdida de peso respecto al ámbito hospitalario. Se comenta que los ciudadanos no perciben a la atención primaria como un activo esencial en el sistema sanitario a pesar de que los estudios —se cita a Bárbara Starfield y a Kringos— la señalan como factor imprescindible en alcanzar buenos resultados en salud y articular el enfoque de determinantes sociales de la salud. También incide en la falta de prioridad política en el nivel de asistencia primaria.

Y, por último, haciendo una distinción entre dos grupos de profesionales: desmotivación de trabajadores con situación laboral estable, resignados a que la situación se mantendrá sin cambios; y el grupo de profesionales jóvenes precarizados en extremo que no ven siquiera esta situación de futuro, ya sea estanca o líquida, con lo que no hay proyecto posible a mano a medio y largo plazo.

Más allá de aplaudir un buen documento teórico, que no solamente lo he leído sino que me lo he estudiado, lo único que se le puede reprochar es que parece ignorar el actual modelo organizativo de unidad de gestión clínica, que ha encorsetado la autonomía de los profesionales y al macrocursé que han supuesto las áreas de gestión integrada. Precisamente porque estos son claros obstáculos para desplegar todas las medidas que se recogen en el documento y que habría que llevarlo a cabo.

Permítame, señora consejera, hagamos esto algo más interactivo que la comparencia anterior, que no ha contestado a ninguna de las preguntas que le hemos reclamado desde estos grupos que hoy estamos aquí en esta sala, que continúe, que continúe mi exposición bajando a lo concreto y le planteo diez preguntas que espero me responda en algún momento en el tiempo.

Primera pregunta. El plan de acción habla de fijar una financiación suelo para atención primaria, ¿qué porcentaje de gasto respecto al gasto sanitario total está valorando la Consejería de Salud?

Segunda. El plan de acción necesita financiación propia para poner en marcha sus medidas, ya sea en modo pilotaje o de manera más extensa. Hoy comparece en esta comisión a presentarnos sus bondades, que, como digo, las aplaudo y reconozco, y me imagino que esa partida presupuestaria específica para el plan de acción está ya fijada. Quiero que me responda cuál es la partida presupuestaria para este plan de acción, porque este plan de renovación está presentado en el año anterior, en 2016, pero todavía no se está llevando a cabo como tal plan de acción, algunas medidas que pueden haber sido mencionadas en el documento, pero no existe plan de acción todavía en marcha. Quiero preguntarle sobre la partida específica del plan de acción, que será el que monitorice todas las medidas que aquí se recogen.

Hay hoja de ruta, calendarización. En un mundo feliz hoy, en esta comparecencia, usted estaría incidiendo en eso, pero como estamos viviendo en una distopía lo único que hace es valorar y enumerar el documento teórico. Y yo creo que aquí estamos para hacer cosas más prácticas que solamente leer lo que ya está disponible sin haber convocado esta comisión.

Tercera. Habla también del plan de autonomía en la gestión del tiempo y los recursos asignados de los trabajadores de atención primaria, ¿está dispuesta la consejería a que haya una gestión propia de la agenda por parte de los médicos y médicas de atención primaria?

Cuarta. Se habla de asignar mayor gestión del presupuesto a los profesionales de atención primaria acorde a las nuevas funciones que pudieran asumir, ¿cuáles serían esas nuevas funciones que deberían de asumir para poder tener gestión del presupuesto? Que también de forma implícita se está diciendo que ahora mismo no hay ninguna gestión del presupuesto porque si se aspira a algo en el futuro, en el pasado y en el presente no se da. Entonces, es un reconocimiento implícito, que lo único que se maneja son cuestiones marginales y minoritarias respecto al presupuesto, que son objetivo, sobre todo, de derivar menos y hacer otras cuestiones que nada tienen que ver con lo que le pregunto.

Quinta. Longitudinalidad, para alcanzar esta característica esencial de la atención primaria se necesita estabilidad en el empleo, alcanzarla a través de un plan de contrataciones que no existe. ¿Para cuándo va a haber ese plan de contrataciones que debería de ser, como mínimo, a tres años vista, que incluya una OPE en ese tiempo y la preparación de la siguiente? ¿Hay un plan de contrataciones? Porque si no tampoco será esta característica esencial.

Sexta. Se habla, señora consejera, de que en la actualidad es habitual que se compaginen actividad de bajo valor o utilidad, al mismo tiempo que otras actividades de alto valor. Lo coherente, como bien se recoge en el documento, es dejar de hacer las primeras para potenciar las segundas, dejar de hacer para hacer. En este sentido, primero, ¿tiene la consejería identificadas cuáles son esas actividades de bajo y alto valor? Me gustaría me hiciera llegar en algún momento en el tiempo esa lista.

En segundo lugar, es fundamental que tengamos muy presente el principio que debería capitanear cualquier sistema sanitario, y es el que cualquier interacción entre la población y ese sistema sanitario responda al principio de no hacer daño, el máximo principio que debería de imperar. En este sentido, en el plan de acción se le debería dar un papel destacado a la prevención cuaternaria; esto es, busquemos los beneficios terapéuticos pero minimizando los riesgos que tienen las terapias. Valoremos y tengamos muy en cuenta los posibles riesgos de determinadas prácticas médicas y cuidemos mucho sobre todo el sobrediagnóstico.

Séptima. Se establece un plan de desarrollo organizativo y de innovación en atención primaria en la línea estratégica 17. ¿Podría explicarme, señora consejera, cuáles son las expectativas de desarrollo de este plan y en qué consistiría exactamente la línea estratégica 17?

Octava. Como recoge la línea 18, no dan su brazo a torcer respecto a la cuestión fallida de la unidad de gestión clínica, y me temo que sin cambiar esto no habrá renovación de atención primaria posible. ¿Va a haber una remodelación en el funcionamiento de la unidad de gestión clínica, sí o no?

Novena. ¿Se elaborarán de una vez los sistemas de indicador analítico con la participación de los trabajadores durante todo el proceso o seguirán viniendo de arriba abajo como la [...]?

Décima y última. Durante todo el documento se reconoce la situación precaria de la atención primaria, que no significa que sea un desastre, pero que si se ignora esta situación y se pretenden llevar acciones a un ritmo del que se carece de medios humanos y materiales, para sostenerlo con garantías se ha de reflexionar sobre continuar con objetivos que pueden ser contraproducentes, como el objetivo de demora cero, al menos de forma transitoria hasta que llegue esa redistribución de los recursos, que está previsto se detraiga de la asistencia hospitalaria, ¿seguirá la consejería presionando con el objetivo de demora cero a costa de la calidad y seguridad de los pacientes?

La señora LÓPEZ MARTÍNEZ, VICEPRESIDENTA DE LA COMISIÓN

—Debe ir terminando, señor Gil.

El señor GIL DE LOS SANTOS

—Termino.

¿Y se ha explorado desde qué espacios se van a retraer o detraer los fondos hacia la atención primaria? ¿De qué espacios se van a detraer de los servicios hospitalarios? O, reforzando la atención primaria, ¿cuáles se van a ver menos demandados por parte de la atención primaria? ¿Tiene eso pensado o estudiado la Consejería de Salud?

Muchas gracias.

La señora LÓPEZ MARTÍNEZ, VICEPRESIDENTA DE LA COMISIÓN

—Gracias, señor Gil.

Por parte del Grupo Socialista, señora Manzano.

Tiene siete minutos.

La señora MANZANO PÉREZ

—Pues gracias, presidenta.

Buenos días, señorías. Buenos días también, señora consejera.

Es verdad, señora Albás, usted lo ha dicho, hemos hablado muchísimo en estos últimos años de atención primaria, y la verdad es que eso puede provocar que algunos de los argumentos que pongamos encima de la mesa ya se hayan aportado por parte de los distintos grupos.

Señora consejera, yo quería agradecerle su comparecencia, una comparecencia que, una vez, ha venido a demostrar algo que es evidente, y que, a veces, bueno, pues parece que provoca desconfianza, pero algo es evidente, y es que la Consejería de Salud, en esta legislatura, ha hecho de la atención primaria un eje estratégico de acción —usted misma lo ha dicho— en el que está totalmente centrado, en el que está totalmente volcada, algo que a este grupo le satisface, le alegra profundamente, porque creemos que, aunque en Andalucía es cierto que la atención primaria sigue estando bien valorada, pero, como usted bien ha dicho, necesita de un cambio; necesita de un impulso, mejor que un cambio. Porque es verdad, aparecen nuevos retos —en las sociedades siempre aparecen nuevos retos—, nuevos retos que, de alguna manera, hay que abordar —es una obligación hacerlo—, y ese abordaje de los nuevos retos fundamentalmente son para mejorar, para avanzar en algunos aspectos.

¿Aspectos fundamentales? Pues, el de garantizar la equidad en la atención, y especialmente de aquellos grupos y colectivos que tienen más necesidades, me parece que es clave este objetivo, y que esta estrategia lo aborda.

Otro aspecto, como por ejemplo abordar nuevas formas de enfermar, o el de reducir los tiempos de espera, que sé que a todos y a cada uno de los que estamos aquí nos preocupa.

Fortalecer o darles impulso a esa atención primaria es algo necesario —la señora Albás siempre lo dice y lo recuerda una y otra vez, y el propio portavoz del Partido Socialista—, ya que es el primer eslabón de la cadena, pero es verdad que la consejera ha ido algo más allá, y no solamente ha dicho que es el primer eslabón de la cadena sino que ha dicho que se cambia de paradigma y quiere convertir la atención primaria en un agente de salud —ha comentado concretamente—, y es cierto. Si este primer nivel funciona con eficacia y con eficiencia, lo que hace es generar beneficios para todo el sistema en su conjunto.

Nosotros le damos la bienvenida a esta estrategia, a pesar de que algunos digan que esto filosofar. Y le agradecemos profundamente que esté establecido ese plan, que ya tengamos conocimiento de ese plan, y lo valoramos fundamentalmente por varias cuestiones.

Primero, porque —lo dije en el Pleno pasado— es fruto de un intenso trabajo realizado junto con los profesionales, las profesionales, junto con las sociedades científicas de atención primaria, y coordinado por la Escuela Andaluza de Salud Pública. A mí me merecen..., a este grupo le merece la mayor de las confianzas este plan, por el hecho de haber estado elaborado en coordinación con todos estos agentes.

En segundo lugar, es un plan que, como ha dicho también la consejera, tiene 12 propuestas estratégicas, 20 líneas de intervención y 82 acciones que implican movilización de los recursos. También lo decía en el Pleno pasado, ¿por qué esto me parece importante? Pues, porque no partimos de un documento cualquiera, no partimos —como decía el señor Gil, lo recuerdo perfectamente— de una ocurrencia, sino que partimos concretamente de un plan que está basado en un diagnóstico serio, y que para que el plan sea un buen plan necesita de ese diagnóstico serio. Por lo tanto, valorar también ese aspecto.

Y, por supuesto, un plan que está calendarizado —lo ha dicho la señora consejera—: empieza en 2016 y acaba en 2019. Y pido tiempo, tiempo para que, justo en ese momento en que se vaya haciendo también poco

a poco, vayan pasando años, pero para poder evaluar exactamente si estas medidas que se anuncian en esta comparecencia, o que se anuncian en este plan, se cumplen o no se cumplen. Y de ellos estoy... Desde este grupo estamos completamente convencidos de que así va a ser.

¿Qué es lo que valoramos, desde este grupo, de todo lo anunciado por la consejera, o de todo lo que aparece en este plan? Pues, en primer lugar, señor Gil, algo que usted parece que no lo ha escuchado bien: la dotación de más recursos, que es lo mismo que decir la incorporación de nuevos efectivos, que parece que ustedes no le dan valor todavía a eso, pero es que son casi cuatrocientos profesionales nuevos que se van a incorporar precisamente para reforzar esta estrategia de atención primaria.

Alguien ha hecho relación al tema de pediatría, pues sí, son cientos nuevos equipos, compuesto de personal médico y enfermería, y 8 equipos pediátricos; 210 para enfermería de familia y 33 matronas —que también hemos hablado muchísimo de matronas en esta Comisión de Salud— y también se refuerza con el trabajo social, que me parece importantísimo: 30 nuevas plazas de trabajadores sociales para incorporarlas en este refuerzo de la atención primaria; 386 profesionales, que antes de que acabe el año estarán trabajando en ese refuerzo de la atención primaria.

Y usted decía en el pasado Pleno, señor Gil: «Díganos usted, porque si no significará, señora consejera, que usted no tiene una planificación de los recursos. Si en este momento son 386, ¿hasta dónde vamos a llegar?». Ya lo ha dicho la señora consejera: hasta mil, en el momento en el que acabe esta estrategia en 2019.

Pero valoramos también no solamente la incorporación de nuevos efectivos, sino algo a lo que también se ha hecho referencia: la estabilidad de la plantilla. ¿Y qué más quieren, señor Gil? Es decir, ¿no les hemos dado datos suficientes, desde este grupo y desde la propia consejería, diciendo que se ha interinizado al personal eventual, y no pequeño porcentaje, que las OP son unas OP potente, que entre la de 2015, 2016, 2017, son 1.083 plazas de médicos, 251 para pediatras, además de todas las de enfermería y las de matrona? ¿Y no les hemos recordado, una y otra vez, que las contrataciones eventuales se están haciendo cada vez más de mayor duración?

Pero es que, vamos a ver, cuando hay una necesidad específica de un tiempo, entended también que no se puede hacer para más tiempo de lo que necesita esa contratación. Ustedes también tendrán que entenderlo en ese sentido.

Y hay algo que me parece también fundamental, y que este grupo parlamentario destaca, que es la línea de investigación, que hemos hecho siempre también referencia a esa necesidad. Y nos parece importante ese programa que ha anunciado la consejera de investigación e innovación para atención primaria. Pero más importante nos parece todavía no solo ese plan, sino que los profesionales que quieran desarrollar esa competencia investigadora se les vaya a proporcionar formación. No he escuchado nada, entre sus preguntas, en ese sentido, señor Gil, o que se les vaya a prestar el apoyo necesario; o que se le vaya a dar el reconocimiento por precisamente hacer ese esfuerzo investigador. Pero también le escuchaba a la señora García, en el Pleno pasado, que necesitaban tiempo para poder hacerlo, y es cierto. Y por eso se van a incrementar los recursos en base a esta estrategia, en base a este plan del refuerzo de la atención primaria. Y por eso habrá, automáticamente, una reasignación de las ratios, por equipos base, de acuerdo con criterios de edad, de sexo, de movilidad, es decir, en función de la población atendida.

Por lo tanto, yo creo que se tiene perfectamente pensado, estructurado y diseñado para que pueda mejorar, para que se pueda reforzar esta atención primaria. Pero también nos parece importante algo de lo que ya

se ha dicho en las numerosas intervenciones que se ha tenido sobre este tema, que es la mejora de la información a través de las nuevas tecnologías. Hay una inversión muy importante en nuevas tecnologías, y yo creo que uno de los ejemplos que se han puesto —y que me parece importante destacar— es este mecanismo que anuncia la consejería de aviso en tiempo real, que le indica al médico, a la médica, que su paciente, el paciente de su cupo, se ha ingresado o que le den de alta. Y que ha dicho también la consejera que también tendrá conocimiento en tiempo real de cuándo acudan a urgencias. Eso me parece que es una mejora de la coordinación entre los distintos profesionales, y que mejora la calidad de vida y la atención sanitaria de ese paciente. Importante también en ese plan específico...

La señora LÓPEZ MARTÍNEZ, VICEPRESIDENTA DE LA COMISIÓN

—Debe ir terminando, señora Manzano.

La señora MANZANO PÉREZ

—... que permite extender la cirugía menor en los centros de salud. No he escuchado nada de eso.

Esa cirugía menor en los centros de salud evita desplazamientos y, sobre todo, mejora las listas de espera en cuanto a la cirugía o en cuanto a la dermatología; o el replanteamiento de las zonas de transformación social, que tiene que ver con esa equidad de la que hablaba al principio, etcétera, etcétera.

Nosotros valoramos positivamente esta estrategia y no nos parece filosofar porque necesitábamos un documento potente para poder trabajar, le pedimos a la consejería máxima implicación y sé que la tiene, pero también les pedimos a ustedes, a los grupos de la oposición, confianza, confianza y tiempo para que esta estrategia pueda surtir los efectos que ya se plantean en todas y cada una de las intervenciones.

Gracias.

La señora LÓPEZ MARTÍNEZ, VICEPRESIDENTA DE LA COMISIÓN

—Gracias, señora Manzano.

Pasamos a la intervención de los grupos no proponentes.

Por tres minutos, señora Nieto, tiene la palabra.

La señora NIETO CASTRO

—Gracias.

Bueno, es verdad que ya hemos hablado mucho de la atención primaria y muy recientemente al hilo de una proposición no de ley del Partido Popular en el pasado Pleno; por tanto, no voy a extenderme sobre eso.

Consejera, yo, la verdad, y fíjese que será por hablar, pero yo ya no sé cómo trasladar que lo de la atención primaria, dado que a pesar de todo lo que usted nos ha trasladado —y ya nos había trasladado también el consejero Alonso— y a pesar de que esta estrategia, como ha dicho la portavoz del Partido Socialista, una

estrategia, un documento muy potente, por qué será que anda todo el mundo enfadado, consejera, en los centros de salud, los médicos se quejan, se queja el personal ATS, la gente de las ambulancias, los usuarios, pacientes, por qué será eso.

Que yo no digo que ustedes no hayan intercambiado impresiones con los colectivos a los que hacía referencia, pero, quizás, hay algunos elementos que han quedado fuera de esa estrategia y que también sería necesario incorporar. Es decir, otro día, ahora que vamos a tramitar la ley. En esa ley hay cosas que se van a evaluar cada dos años, otras cada año, otras cada cuatro, otras no se evalúan, si no lo pedimos desde la comisión. Quizás falta un poco de visión de conjunto, no sé, estoy pensando en voz alta, yo no lo tengo tan claro como lo tiene el Partido Socialista en este sentido, pero sí hay dos cosas que le voy a pedir, a ver si usted me las pudiera contestar, a ver si coincide con lo que trae usted escrito, porque ya le voy cogiendo el punto, y si no lo trae escrito usted nos responde, pero igual he acertado con lo que le voy a preguntar.

Nos gustaría que nos explicase qué relación van a tener estos cambios de la atención primaria con los planes locales de salud, qué grado de comunicación va a haber del entorno social de la persona con su entorno sanitario, y si nos puede decir usted qué dotación económica anual tiene la estrategia para ser implementada. Bueno, si me lo dice por áreas ya nos coronamos, pero, al menos, los grandes números provinciales, porque es verdad que, a lo mejor, descendiendo al detalle de dónde se encuentran localizados algunos de los problemas —lo decía la señora Albás—, hay centros que están bien, otros que no están tan bien, a lo mejor ahí podríamos acercarnos a buscar la razón por la que —y con eso termino, consejera— ustedes hacen grandes estrategias y documentos muy potentes, pero la gente está muy enfadada.

Muchas gracias.

La señora LÓPEZ MARTÍNEZ, VICEPRESIDENTA DE LA COMISIÓN

—Gracias, señora Nieto.

Pasamos por el Grupo Popular, señora García, tres minutos.

La señora GARCÍA CARRASCO

—Gracias, señora presidenta.

Bueno, a mí me gustaría comenzar diciendo, señor Vargas y señora Manzano, que nos alegramos de que esta estrategia se ponga encima de la mesa porque la hemos solicitado y hemos pedido este cambio en atención primaria, la hemos pedido desde que comenzó la legislatura y ahí están las iniciativas puestas encima de la mesa de una manera repetitiva en mociones o, por ejemplo, en las propuestas de resolución del debate de sanidad del mes de abril. Así que nos alegramos de tenerla encima de la mesa y de que vaya a ser una herramienta para mejorar, mejorar la situación de los profesionales sanitarios andaluces y de la calidad y del servicio y la calidad asistencial que se les va a dar, pero leyendo la estrategia se nos plantean varias dudas que nos gustaría que la señora consejera nos pudiera ir aclarando. Porque cuando ustedes dicen en la estrategia: «todas las acciones planteadas tienen unos recursos identificados como necesarios, existentes o a generar que permitirán definir una memoria económica de renovación de la atención primaria». En otro sitio

dicen: «la financiación adicional de atención primaria será de la redistribución presupuestaria, en detrimento de la asignación designada a otros niveles y centros». Hablan de que va a haber transparencia, y a nosotros nos gustaría saber si ya tienen, si saben cuánto va a costar todo de lo que estamos hablando, para saber qué tienen que detraer, porque están hablando de que sí, de que existen unos recursos existentes que los tienen medidos, pero en la estrategia no aparecen. A nosotros nos gustaría saberlo.

Luego hablan en otro lugar, dicen: «Ajustes de la asignación capitativa de recursos, en función de la variabilidad estándar de la morbilidad atendida o mediante el uso validado de su capacidad productiva en el consumo de recursos». Esto se puede interpretar de muchas maneras. A mí me gustaría que usted me explicara qué es lo que quieren ustedes decir, ¿que se van a redistribuir los recursos en función de la capacidad productiva en el consumo de recursos?, si consumen mucho, si consumen poco. Es que esto, redactado así, lo puede interpretar cualquier profesional de cualquier manera. A mí me gustaría que usted nos lo aclarara.

Se ha hablado y ya se ha dicho por parte de mis compañeros que los profesionales están desmotivados, y no hablo de los eventuales ni de los interinos, no, de los profesionales con plaza en atención primaria, que están desmotivados y resignados. Y esa palabra de resignados la recoge la estrategia de atención primaria en la evaluación que ustedes hacen. Me gustaría saber qué van a hacer para cambiar esa resignación y esa falta de motivación de los profesionales sanitarios.

Hablan en otra parte de la estrategia y dicen: «Evitar el daño que genera el uso excesivo de recursos sanitarios». ¿Hay un daño que se genere por el uso excesivo de recursos sanitarios? No lo sé, esta es otra cosa a interpretar y que ustedes deben aclarar, porque si no, los profesionales sanitarios pueden interpretarla de otra manera.

La señora LÓPEZ MARTÍNEZ, VICEPRESIDENTA DE LA COMISIÓN

—Debe ir finalizando.

La señora GARCÍA CARRASCO

—Bueno, pues voy a finalizar.

Dice: «Sustitución de las tareas entre profesionales», unos se van a sustituir a otros. También nos gustaría que nos lo explicara, o si lo van a aclarar después en un documento posterior, y la reasignación de los cupos que ahora son perfectamente medibles, esa reasignación de cupos si con la nueva reasignación también va a ser perfectamente medible para que los profesionales no tengan problemas.

Nosotros estamos de acuerdo con la estrategia, pero yo creo que deben aclarar muchas cosas, hay muchas cosas de la estrategia que también se van a dilucidar en la ley. Ustedes dicen aquí: «Mantener la gestión clínica», y hemos parado de hablar, y yo creo que hay que hablar mucho, señora consejera, de primaria, de unidades de gestión clínica y de todo lo que acontece a los profesionales.

Gracias.

La señora LÓPEZ MARTÍNEZ, VICEPRESIDENTA DE LA COMISIÓN

—Gracias, señora García.

Señora consejera, tiene siete minutos.

La señora ÁLVAREZ BENITO, CONSEJERA DE SALUD

—Bueno, pues gracias, presidenta.

Muchísimas gracias, señorías.

Bueno, la verdad es que en siete minutos creo que no va a ser posible responder a todo lo que se ha puesto encima de la mesa. Yo creo que, como se ha comentado, bueno, pues la atención primaria llevamos muchísimo tiempo hablando de ella, yo creo que todos tenemos claro que existe, que es necesaria una renovación en la atención primaria, y no solamente en nuestra Comunidad, sino que realmente es algo que se está demostrando en todas las comunidades. Yo creo que ha cambiado la patología, la forma de enfermar, la forma de tener que abordar la patología, las expectativas de los pacientes, y lo podíamos ver recientemente, no sé si han visto en algunas noticias, incluso, bueno, de algunas comunidades que están calificadas como las que pueden tener el mejor sistema sanitario, recientemente en el País Vasco, no sé si han visto algunas declaraciones de médicos de atención primaria, efectivamente, y en parte, bueno, pues puede estar relacionado con algunas de las cosas que se han planteado encima de la mesa, que decían: «Por qué, por qué están enfadados los médicos de atención primaria, los profesionales de atención primaria». Yo creo que, realmente, la atención primaria se planteó, efectivamente, la estrategia en 2016, es una estrategia muy compleja, pero que ya algunos de los aspectos se han hecho realidad. Hemos hablado ya de algunas de las medidas que son una realidad, como es el comienzo en el trabajar en los grupos de los pacientes crónicos complejos o en el tema de los equipos funcionales de referencia. Efectivamente, sí que existe un análisis real, y existe un análisis real de todos los aspectos, tanto por una parte en el tema de profesionales. En el tema de profesionales, clásicamente, se hacía un ajuste de forma objetiva por tarjetas, pero posteriormente también se llegó a hacer un ajuste por la edad, pero actualmente los ajustes por grado de complejidad, que es de lo que estaban hablando, señorías, se refiere, efectivamente, al grado de morbilidad, grado de patología que presentan, que presentan los ciudadanos que pertenecen a un cupo determinado y al grado de frecuentación que hacen en función de su patología y de su entorno social, porque puede tener un centro de salud un cupo o el mismo número de tarjetas asignadas y, sin embargo, no todos hacen la misma utilización en función de su patología y en función de su contexto sociosanitario de los recursos de salud. Y eso, efectivamente, está perfectamente analizado, nosotros las previsiones que hemos hecho de profesionales, los que vamos a incorporar este año y los que he dicho que se incorporarán a lo largo de 2018 y a lo largo de 2019, se han hecho en base a ese ajuste específico de área por área, distrito por distrito, incluso, cupo por cupo de que ajustado a la morbilidad, bueno, pues qué relación tienen, y en base a hechos, en base a esos datos hemos hecho el cálculo de profesionales. Y sí que lo sabrán y lo van a saber de forma paulatina, a medida que se vayan incorporando. La idea es que en el trimestre que queda de 2017 se incorporen el número que hemos hablado de profesionales, cerca de 400 profesionales de los diferentes perfiles: hemos hablado de médicos, de enfermeras,

de pediatras, de trabajadores sociales y de matronas, y, efectivamente, se va a dar la relación, ¿no?, de qué cupos son, a qué distritos van y cuál es la carga que tienen en esos cupos. Vamos a empezar, efectivamente, por los que están más sobrecargados y tendremos que incorporar, a partir de esos 400 profesionales, más de mil profesionales, hasta llegar a lo largo de 2018 y a lo largo de 2019 para que esos cupos estén ajustados en los límites recomendados. Y lo van a saber porque los vamos a hacer público a medida que los profesionales se van a ir incorporando, ¿no?

Hablaba también de si 400 son suficientes o no. Nosotros tenemos hecho un cálculo y sabemos que efectivamente no son suficientes. Esos son los que se van a incorporar durante este año, pero en los siguientes años sabemos que más de mil profesionales deben incorporarse para esta estrategia. También sabemos, efectivamente, que existe carencia de algunos profesionales, que puede ser complejo el poder incorporar de una vez todos los profesionales, tanto de atención primaria, de pediatras, diferentes perfiles. Efectivamente, con independencia de las medidas que tomemos en nuestra comunidad autónoma, sabéis que estamos aumentando, saben sus señorías que está aumentando el número de formación en algunas especialidades, ¿no?, pero también, efectivamente, se ha pedido un consejo interterritorial extraordinario. Y uno de los motivos que va en ese consejo interterritorial es la formación de especialistas. Y ese consejo interterritorial tiene ya fecha, que es el próximo lunes día 25; o sea, que sabemos que efectivamente son necesarios más profesionales y tenemos que trabajar tanto a corto plazo como trabajar también a largo plazo.

Y decía que está planificado, porque están planificadas las necesidades no solamente de profesionales sino también se ha hecho un análisis de tecnología y un análisis de infraestructuras, que, efectivamente, se irán comunicando a medida que se van incorporando. Para el resto de 2017 hemos hablado de la incorporación de cerca de 400 profesionales y he hablado ya del coste que supone toda la incorporación en tecnología que se va a realizar en lo que queda de este año, ¿no?

Con lo cual, yo creo que tenemos una hoja de ruta. Y, efectivamente, como también se ha comentado, existe una prioridad política, hemos dicho que es una de las estrategias más importantes, ¿no? Efectivamente, es algo en lo que tendremos que trabajar de forma conjunta. Hoy se han planteado aquí muchísimos de los puntos, que será imposible discutirlos todos, pero que yo me pongo a disposición para que los hablemos con tranquilidad, todos y cada uno de ellos, de los que aquí se han planteado, ¿no?

En cuanto al tema de gestión, de la gestión de la agenda y la redistribución de tareas, efectivamente, nosotros planteamos que es necesaria una redistribución de todas las tareas que están realizando los médicos de atención primaria. Nosotros hemos estado hablando con muchos de ellos, con profesionales de a pie, con las sociedades científicas, con los colegios profesionales, ¿no?, y muchas de las tareas que ahora mismo no tienen tiempo para hacerlas son las que ellos consideran más importantes. Y, sin embargo, están llevando a cabo una serie de tareas que para ellos no son importantes. Ellos están trabajando en un grupo de trabajo donde están priorizando cómo debe ser la redistribución de su trabajo y que eso se realice de forma consensuada con el director de la unidad. Por otra parte, tienen que incorporar en esas nuevas tareas, bueno, pues todas la mejoras que queremos conseguir en atención primaria, la mejora de la resolución diagnóstica y terapéutica. Y, además de eso, les tendremos que dar el equipamiento necesario y la formación. Existe ya una estrategia de formación para el sistema sanitario público de Andalucía que se hará pública en breve y donde se contempla que realmente en la formación participen los propios profesionales en su plan formativo, que

esa formación vaya encaminada a mejorar sus competencias y unas competencias que son las que necesitan para los resultados en salud de su área concreta, ¿no?

Con respecto al tema de los acuerdos de gestión clínica, con independencia de que se valore el propio modelo, que se valoren los resultados que se están consiguiendo con el mismo modelo, sí que se plantea que sea más participativo por parte de los profesionales que puedan influir en proponer los objetivos, los objetivos que plantean, que estén orientados a sus resultados en salud. Y, en este sentido, comentar también que alguno de los aspectos más importantes que se consideran y están contemplados en la estrategia, efectivamente, es tener en cuenta todo el entorno social y demográfico y familiar, todo el entorno que envuelve al individuo en sí, no tratarlo de forma individual sino como el colectivo, con todos sus determinantes, ¿no?

El tema de la promoción de la salud pública es un aspecto muy importante, ya existen muchísimas medidas puestas en marcha, los planes locales de salud, efectivamente, se llevan a cabo en colaboración por los diferentes equipos de atención primaria, ¿no?, ellos proponen los determinantes de salud, los problemas más importantes de salud que tiene una población y trabajan de forma coordinada con los ayuntamientos para que se puedan llevar a cabo esos planes de salud, ¿no?

Se ha hablado también del tema de...

La señora LÓPEZ MARTÍNEZ, VICEPRESIDENTA DE LA COMISIÓN

—Debe ir finalizando.

La señora ÁLVAREZ BENITO, CONSEJERA DE SALUD

—Yo lamento que no me dé tiempo a muchos de los aspectos planteados, pero estoy a disposición de sus señorías para que comentemos todos y cada uno de estos aspectos.

Algo que considero muy importante, el tema que se ha comentado de los acuerdos de gestión clínica, de los objetivos planteados por cada una de las unidades de gestión, no solamente que participen los profesionales en la elección de los propios objetivos, sino que realmente el acuerdo de cada unidad tendrá que ser muy diferente en función de los condicionantes de la población que atiende esa unidad, por lo cual cada unidad, en función de sus problemas de salud, tendrá que contar con unos objetivos específicos orientados a dar respuesta a esos problemas.

Y, bueno, parte de las herramientas que ya están disponibles, como la base de datos poblacional o los sistemas ajustados por morbilidad, ya están disponibles para los profesionales, para que puedan conocer las características de los profesionales que intervienen, ¿no?

Así que yo creo que, bueno, que es una estrategia que está bien definida, que efectivamente están bien planificadas las necesidades tanto de recursos como de infraestructuras y tecnología para cada una de las medidas y que se van comunicando a medida que se van poniendo en marcha. He comunicado las que vamos a poner en marcha en 2017, estamos trabajando y están participando los grupos profesionales, sociedades científicas y sindicatos, entre otros profesionales, y se irán poniendo, se harán públicos, bueno, pues todos los recursos y medidas que se van a ir aplicando.

La señora LÓPEZ MARTÍNEZ, VICEPRESIDENTA DE LA COMISIÓN

—Gracias, señora consejera.

Pasamos a la segunda intervención de los grupos proponentes, señora Albás, tres minutos.

La señora ALBÁS VIVES

—Gracias, presidenta.

Señora consejera, la verdad que, si todo lo que usted ha expuesto se lleva a cabo, aquí no va a haber ningún problema. A mí me gustaría saber cuándo, cuándo. No hablo de la contratación de los profesionales sino el cambio de gestión, lo que contempla el plan de atención primaria en cuanto al cambio de gestión. Según yo le he escuchado a usted, realmente la participación real de los profesionales a la hora de proponer los objetivos, de que realmente se profesionalice la gestión, ¿cuándo? Yo creo que ahí está el *quid* de la cuestión. Entonces, todo lo que usted dice... Y lo han dicho el resto de mis compañeros, el plan es bueno, el plan es potente, ahora bien, hay que llevarlo a cabo.

Entonces, yo creo que tampoco hay mucho más que decir, lo que sí que hay que hacer es llevarlo a cabo y, sobre todo, rendir cuentas, y que ese planteamiento del plan realmente veamos de aquí a unos meses cómo se ha llevado a cabo, que no pase como con otros planes, que haya una evaluación periódica y un planteamiento de mejora.

Pues, respecto a su intervención, no le puedo discutir, lo que sí que le pido y le exijo, por favor, es que el plan se lleve a cabo, pues, cuanto antes. Y que la participación real por parte de los profesionales, pues, que sea una realidad.

Y sí que le voy a hacer una matización, que también hemos hablado. En determinados casos, por parte de los médicos de atención primaria, hay en determinadas patologías, como por ejemplo en enfermedades de la visión, que a la hora de derivar al especialista, ¿eh?, pues tardan más tiempo y eso genera..., perjudica al paciente, genera complicaciones, pues, en determinadas patologías y quizás en determinados centros de salud; que esa información la tendrá usted. Sí que sería interesante reforzar con determinadas especialidades para que esos pacientes pudieran ser atendidos de una forma más rápida y no saturar la atención hospitalaria. Yo ahí se lo dejo, y ya usted lo analiza.

Y, sin más, esperando expectante que realmente este plan se lleve a cabo, muchas gracias.

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Gracias, señoría.

Señor Gil, tiene tres minutos.

El señor GIL DE LOS SANTOS

—Gracias, señor presidente.

La señora Manzano ha comentado que el plan de renovación de atención primaria dispone ya de un calendario fijado, que empieza en 2016 y termina en 2019. Muchas veces me acusa de no escuchar, creo que debería escuchar a la señora consejera que ha dicho que va a empezar, se supone, en 2017. Porque esta estrategia parte de un documento elaborado por unos asesores, ese documento debe de ser tomado en consideración por el Gobierno, en este caso la Consejería de Salud, y presentar..., o debería de presentarse no el documento teórico de los asesores sino un plan, ya con un calendario y diciendo, pues, mira, en tres años vamos a hacer, a acometer la mitad, y que se lo compro, la mitad del plan en tres años, eso sería un gran avance. Siguiendo respondiendo a la señora Manzano, por supuesto que reconozco las acciones que se contemplan en el plan, y estoy ansioso de que salgan del terreno de las ideas de Platón y se hagan realidad. Por ejemplo, mayor acceso a pruebas para médicos y médicas de atención primaria. ¿De dónde va a salir el dinero? Porque para tener más acceso a las pruebas habrá que poner los recursos, a mí me gustaría discutir el presupuesto de 2017 con el nuevo presupuesto de 2018 y que me diga de forma desglosada de dónde va a salir el dinero.

Respondiendo a la señora García, que no conocía el daño del uso excesivo de los recursos sanitarios, eso se llama iatrogenia, ¿vale?, que es medicalización de la vida, y que, por eso, hay que ser muy prudente con los planes de formación que solamente parten, exclusivamente, de la industria farmacéutica, porque no todo lo que pone en valor a la industria farmacéutica hay que adoptarlo en un sistema responsable de salud.

Por eso, y repito, y ahí se contempla en el plan de acción, un plan de formación con medios y recursos propios de la Consejería de Salud.

Muchas gracias.

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Gracias, señoría.

Señora Manzano, tres minutos.

La señora MANZANO PÉREZ

—Gracias, señor presidente.

Bueno, pues yo creo que, como todos hemos..., parece, bueno, primero, quiero decirle a la señora García que me alegro hoy de su alegría, de verdad, que me sorprende.

Y, en segundo lugar, decir que como todos creo que hemos manifestado que el plan es un buen plan, que es un buen documento, pues yo vuelvo al punto de..., y creo que acabé por ahí, les pido confianza para que este plan se pueda desarrollar y para que después se pueda evaluar, y sobre todo les pido pues eso, que sean un poquito menos agoreros, que estamos como siempre, que de entrada ya pensamos que no va a cumplirse, que no se va a poner en marcha y que no vamos a cumplir con los objetivos. Pues, de verdad, les pido que seamos un poquito más, un poquito menos agoreros, porque yo creo que es positivo que los distintos grupos políticos estemos pendientes, que hagamos las aportaciones que tengamos que hacer, y estoy segura que se van a tener en cuenta.

Y poco más que decir, que estaremos pendientes, y que, bueno, que ahí les esperamos al resto de los distintos grupos, porque, miren, para mejorar..., un Gobierno socialista, como este, para mejorar la calidad propone y moviliza recursos con este plan y, además, promueve una ley como la que se está debatiendo en este momento. Confíen en nosotros porque estamos poniendo, o en el Gobierno andaluz, encima de la mesa esta estrategia. Ya sabemos lo que hacen en otros gobiernos, que cuando hablan de mejora de la calidad de la salud, o de sostenibilidad del sistema, lo que hacen es poner en marcha un decreto como el 16/2012, es decir, creo que este plan merece confianza y, de verdad, que creo que es importante que le hagamos el seguimiento y que los grupos aporten todo aquello que crean necesario que haya que aportar.

Gracias.

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señoría.

Para cerrar el debate, señora consejera, tiene cinco minutos.

La señora ÁLVAREZ BENITO, CONSEJERA DE SALUD

—Gracias, presidente.

Señorías, pues, bueno, intentaré resumir en estos cinco minutos...

Efectivamente, se ha comentado el tema de cuándo se podrán en marcha todas las medidas que están contempladas en esta ambiciosa estrategia. Nosotros comentamos al principio de mi propia..., en mi propia comparecencia sobre las líneas estratégicas para el resto de la legislatura, que dentro de la Estrategia de Atención Primaria nosotros íbamos a priorizar cinco aspectos fundamentales que nos parecían clave de toda la estrategia, que eran: el plan de atención a pacientes crónicos, la atención de urgencias, una atención primaria, mejorar la capacidad diagnóstica y terapéutica de atención primaria, la investigación, fundamentalmente cinco aspectos. Y, efectivamente, todos ellos se van a desarrollar en lo que queda de legislatura hasta el año 2019.

Se ha hablado del tema de mejorar la capacidad diagnóstica y terapéutica y, efectivamente, de cómo vamos a llevar a cabo. Pues, efectivamente, lo que se está planteando es que los médicos de atención primaria no solamente mejoren la capacidad terapéutica, sino que tengan la posibilidad de realizar o solicitar aquellas pruebas diagnósticas que le sirvan para sus procesos más frecuentes. Y son ellos los que están trabajando en la elección de una cartera de servicios, una cartera de pruebas diagnósticas específicas para atención primaria, que será consensuada en la comunidad para que no existan diferencias como existen actualmente en determinados centros entre las pruebas que pueden solicitar en un sitio y las pruebas que se pueden solicitar en otro.

Efectivamente, siempre se trabaja en esta línea, se trabaja con respecto a protocolos basados en la evidencia, con indicación, para, efectivamente, no ocasionar la iatrogenia que se puede ocasionar con la utilización indebida tanto de medios diagnósticos como de medios terapéuticos, y probablemente no supongan más dinero, porque nosotros no pretendemos que la población global se haga más pruebas, lo que pretendemos es una redistribución de dónde y cómo se realizan esas pruebas. Lo que queremos es acortar los procesos diagnósticos, efectivamente, que sean más resolutivos los médicos de familia, para que ellos tengan a su

disposición esas pruebas, bien porque estén en sus propios centros, como pasa como la radiología convencional o como pasa con la ecografía, o porque puedan desde ellos mismos, desde sus centros de salud, solicitar esas pruebas, atención especializada, y, como hemos comentado anteriormente, hoy por hoy más de un 50% se van de atención primaria con la cita ya del especialista.

Queremos, por supuesto, aumentar ese porcentaje de forma importante, si bien sabemos que en determinados grupos de prueba es necesaria una valoración previa por el facultativo que va a realizar esa prueba, y finalmente será él el que tenga que aportar esa prueba.

Pero no se trata de hacer más pruebas, se trata de una redistribución de cómo se hacen las pruebas para acortar los procesos diagnósticos. Y en este sentido estamos mejorando todas las estrategias que permiten mejorar la comunicación entre primaria y atención especializada, como es todo el tema de impulsar los procesos asistenciales integrados más frecuentes, o, como hablábamos anteriormente, los planes compartidos para pacientes, para el abordaje de pacientes crónicos.

También, también planteaba, también planteaba el tema de las urgencias en atención primaria, que nos parece un aspecto muy importante que está contemplado dentro del Plan Andaluz de Urgencias y Emergencias, y donde se plantea una renovación de los protocolos asistenciales que están trabajando en atención primaria, mejorar la movilización de recursos para emergencias, o una mejor coordinación con las unidades de atención especializada. Al mismo tiempo, para hacer más resolutivas estas unidades de urgencias también se valora el que dispongan *in situ* de medios diagnósticos, tanto de laboratorio como de imagen.

Como se ha comentado, a nadie se le escapa que este planteamiento requiere una implicación muy importante de todos los equipos directivos en cuya profesionalización se está trabajando junto a la Escuela Andaluza de Salud Pública, con el objetivo de potenciar su liderazgo, avanzar hacia un modelo de selección público basado en el mérito y en la capacidad.

Estamos ante un proyecto ambicioso que, efectivamente, va a exigir un esfuerzo de inversión muy importante, que ya se ha reflejado en las prioridades políticas de este Gobierno y que, de hecho, pues va a exigir también la colaboración con todos los grupos políticos de esta Cámara. Y nosotros estamos en disposición, bueno, pues de debatir todo lo que sea necesario para algo que nos parece tan importante como es potenciar la atención primaria.

Comentar también que el peso de los recursos destinado a atención primaria se ha mantenido estable en Andalucía a lo largo de la última década, y eso no quiere decir que la cuantía se haya mantenido, porque ya sabemos que los recursos destinados a sanidad, bueno, pues se redujeron de forma importante en los años de crisis, pero sí que se demuestra un esfuerzo del Gobierno andaluz con la atención primaria en referencia al conjunto de nuestro gasto público, en contra de lo que pudiera parecer. Y aproximadamente se ha mantenido por encima de un 17%, y no estoy diciendo que con esto sea suficiente, pero sí que hemos mantenido el esfuerzo, y este año hemos cambiado la tendencia, como también comentaba, en mi primera intervención.

De hecho, en el presupuesto para este ejercicio se incrementaron los fondos de atención primaria en 124 millones de euros, y vamos a reforzarlos nuevamente en 2018, pero además hemos hecho esfuerzos por encima de esta cifra, que se verán reflejados en los datos de gasto.

Como les decía al principio, estoy segura de que este plan de renovación de atención primaria va a permitir afrontar los mayores retos en salud que tenemos en la actualidad. Y por eso espero, de verdad, contar con

DIARIO DE SESIONES DEL PARLAMENTO DE ANDALUCÍA

Núm. 406

X LEGISLATURA

21 de septiembre de 2017

la alianza de todos los grupos de esta Cámara para que realmente se pueda llevar a cabo el desarrollo tal y como corresponde a una estrategia de tal envergadura.

Muchas gracias.

El señor GARCÍA ANGUIA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señora consejera.

10-17/POC-001266. Pregunta oral relativa a las medidas para la implantación del Dispositivo de Cuidados Críticos y Urgencias (DCCU) de Chipiona

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Pasamos al segundo punto del orden del día, preguntas. Y recordarles a los señores diputados que en comisión son dos minutos y medio, no tres, y a la señora consejera igual, cada parte son dos minutos y medio.

Y decirles que hay dos comisiones, en las salas 3 y 4, y que por tanto hay peticiones de diputados y diputadas, compañeros nuestros, de que podamos alterar el orden del día. Por eso, les iré diciendo con antelación qué pregunta..., vamos a hacerles caso a los compañeros que tienen que irse a otra, a otro departamento, a otra comisión.

Y, por tanto, empezamos por la primera, que sería la número 2, de Izquierda Unida, sobre la implantación del Dispositivo de Cuidados Críticos y de Urgencias en Chipiona. Esa sería la primera pregunta.

¿Está preparada, señora diputada?

Tiene la palabra.

La señora NIETO CASTRO

—Gracias, presidente. Y gracias por aceptar la petición del cambio.

Esta pregunta habría que refrescarla, habida cuenta de que se registró a finales del mes de julio, ha habido dos movilizaciones importantes en Chipiona y ha habido una dotación de una ambulancia para el periodo estival, que era una demanda que venía haciendo el pueblo de Chipiona por mucho tiempo.

Pero parece que no acaba de valorarse, consejera, la necesidad de dar estabilidad a este recurso durante todo el año, habida cuenta no solo de la población flotante, sino también de la población que de manera permanente reside en la localidad.

Por tanto, como estamos en un escenario ya de finales de septiembre o de mediados de septiembre, con un recurso que se ha puesto a raíz de la presión ciudadana, lo que queremos saber es qué perspectivas baraja la consejería, si va a mantener este recurso, si lo va a mantener medicalizado para todo el año, o qué otros refuerzos sanitarios pudiera tener en mente para paliar esa carencia que es objetiva, y que se ve que ustedes han reconocido, porque si no, no hubieran puesto la ambulancia que solicitaba la gente.

Gracias.

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Gracias, señoría.

Señora consejera.

La señora ÁLVAREZ BENITO, CONSEJERA DE SALUD

—Gracias, presidente.

Señoría, bueno, como bien ha comentado, señoría, el servicio de urgencias de atención primaria de Chipiona cuenta..., el propio servicio de urgencias, con dos equipos movilizables en verano: una ambulancia medicalizable y una ambulancia tipo C, UVI móvil.

Considerando Sanlúcar de Barrameda, Rota, Trebujena y Chipiona como una comarca, tenemos una población aproximada de 122.000 habitantes, con una superficie de 356 kilómetros cuadrados. Sumando las coberturas horarias de los servicios de urgencias móviles de Rota y Sanlúcar, junto con el equipo de emergencias de Sanlúcar de Barrameda, disponemos de 1,8 equipos de soporte vital avanzado en la comarca, lo que nos da una ratio de 1,46 unidades de soporte vital avanzado por cada 100.000 habitantes.

A nivel nacional, esta ratio es de 0,68% de soporte vital avanzado por cada 100.000 habitantes, si bien es importante comentar que no es el único aspecto a tener en cuenta a la hora de la redistribución de los recursos, porque es importante tener en cuenta también la frecuentación y las cronas que existen, ¿no?

Estos equipos de soporte vital avanzado de urgencias se encuentran dentro de las cronas establecidas en el Plan de Mejora de los Servicios de Urgencias y Atención Primaria. Durante el periodo estival, como bien ha comentado, se refuerza tanto el servicio de urgencias y atención primaria de Chipiona, con un equipo médico y enfermero, como la cobertura de la red de transporte sanitario, con el aumento de cobertura de la ambulancia de Rota, que pasa de 12 horas a 24 horas al día.

Además de lo anterior, y realizando un importante esfuerzo, en atención a la situación específica de la ciudad de Chipiona, en la época de verano, a partir del pasado 26 de julio se ha dotado a este municipio de una ambulancia tipo C, UVI móvil, con personal técnico de transporte sanitario y enfermería y equipo que se verá reforzado con personal médico cuando sea preciso.

Realmente, la previsión que nosotros hacemos es de que tenga los recursos necesarios, valorados por el Plan Andaluz de Urgencias y Emergencias, en función de la frecuentación que demuestre y de las cronas, no vamos a retirar ningún servicio si es necesario. Se hará en base a esas premisas.

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Señora Nieto, tiene un minuto.

La señora NIETO CASTRO

—Gracias, presidente.

Es que no lo he entendido, consejera. ¿Ustedes todavía no saben si van a mantener la ambulancia en Chipiona? Ahora usted me lo dice, porque seguro que ya lo sabrán, ¿no? Esto es lo que me pide a mí la ciudadanía, la plataforma, saber si van a disponer del recurso o no van a disponer. En el caso de no disponer de él, qué plan B hay para garantizar la cobertura de un problema cierto, porque no quisiera yo pensar que ustedes ponen y quitan ambulancias en función de las movilizaciones que hay. Digo yo que es que habrá co-

incidido que ustedes han visto que hacía falta, con una movilización reclamándolo. Entonces, si hacía falta, pues, supongo que lo mantendrán. Y esto es lo que, en realidad, hoy nos ocupa. No creo que ustedes dijeran que no podían y luego, cuando la gente salió a la calle, se dieron cuenta de que sí que podían y de que hacía falta, porque eso sería una manera de proceder que seguro que no es la que habitualmente ustedes utilizan.

Gracias.

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señora Nieto.

Señora, tiene medio minuto.

La señora ÁLVAREZ BENITO, CONSEJERA DE SALUD

—Vale.

Efectivamente, como le comentaba, la atención a las urgencias sanitarias y emergencias ocupa un lugar importante en nuestra comunidad. Dado el aumento de población que tiene Chipiona durante los meses de verano, se aumentó con una unidad C, que es tipo unidad móvil. Como sabemos, además de esa unidad móvil, existen otras unidades en la propia área y están los equipos fijos y los equipos movilizables. Nosotros, si la frecuentación continúa elevada, como para que no sea suficiente con la unidad movilizable que tiene actualmente y su equipo fijo, no tenemos pensado retirar esa unidad si realmente las cifras que existen de frecuentación demuestran que es necesario ese recurso.

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señora consejera.

10-17/POC-001324. Pregunta oral relativa al consultorio de Cártama, Málaga

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Ahora vamos a pasar a la cuarta pregunta, del consultorio de Cártama, del Grupo Ciudadanos. Señor Hernández White, tiene dos minutos y medio.

El señor HERNÁNDEZ WHITE

—Gracias, señor presidente, por cambiar el orden del día en cuanto a las preguntas, para facilitar nuestra tarea.

Muchas gracias.

Señora consejera, buenas tardes.

Le pregunto por el consultorio de Cártama, de Cártama pueblo. Se encuentra ubicado en los bajos de un edificio de viviendas, además, de un edificio de viviendas de los años cincuenta-sesenta, y tiene muchísimas carencias.

Es un edificio que carece, es un consultorio que carece de salida de emergencia y que tiene muchísimas humedades, derivadas de las viviendas que tiene, precisamente, encima.

El centro, además, este consultorio no está acreditado por la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía. Había un proyecto, que empezó en 2007, para trasladar ese consultorio a otro emplazamiento dentro del mismo municipio de Cártama, una zona conocida como Huerta Primera.

En 2009 ya hubo, se aprobó un proyecto, ya, definitivo por parte del Ayuntamiento de Cártama para ese traslado a ese terreno.

¿En qué situación se encuentra actualmente este traslado?

Muchas gracias.

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Señora consejera.

La señora ÁLVAREZ BENITO, CONSEJERA DE SALUD

—Gracias, presidente.

Señoría, es necesario que comience esta intervención poniendo de manifiesto el esfuerzo que ha realizado la Junta de Andalucía para mejorar la atención sanitaria de los vecinos de la localidad de Cártama y su comarca con la construcción y puesta en funcionamiento del hospital Valle del Guadalhorce, que ha supuesto una inversión de 30,6 millones de euros y es referente para una población de 100.000 habitantes en esa comarca. Yo creo que eso ha sido un paso importante.

Además, el hospital de Cártama cuenta con un centro de salud, que está ubicado en el núcleo de Cártama estación y, efectivamente, un consultorio local que está ubicado en el pueblo de Cártama.

Es verdad que el centro de salud, pues, tiene buenos recursos estructurales y funcionalmente se adapta a las necesidades del centro de salud, y el consultorio local está ubicado en los bajos de un edificio, un edificio que es antiguo y, efectivamente, debido a esto, pues, cuenta con limitaciones, y somos conscientes de las necesidades que tienen los vecinos de Cártama con respecto a este consultorio local, y, por ello, se han realizado actuaciones, por una parte, para mejorar la accesibilidad, saneamiento y confort, y, por otra parte, se trabaja con el ayuntamiento, en búsqueda de alternativas de futuro, ya que no fue posible el proyecto actual que usted comenta.

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señora consejera.

Señor Hernández White.

El señor HERNÁNDEZ WHITE

—Gracias, señora consejera.

Entonces, entiendo que ese proyecto no es posible y se ha abandonado.

Es cierto, es cierto y lo reconocemos, que se ha dotado al municipio de Cártama, en la comarca del Guadalhorce, de un centro hospitalario, un chare, que, bueno, no está todavía totalmente abierto y que hay un centro de salud en el núcleo de población de Cártama estación.

Pero lo cierto es que la población que vive en Cártama pueblo, en donde está ese consultorio, es mayoritariamente población mayor, es de mayor edad. Es decir, en el municipio de Cártama ha crecido un 50% su población en los últimos diez años, se ha experimentado un crecimiento muy importante, especialmente en Cártama estación, donde no hay problema, el centro de salud funciona bien y el centro hospitalario está a cuatro kilómetros. Entonces, la población de Cártama pueblo es mayoritariamente mayor, y tienen que ir al consultorio, no pueden desplazarse ni al centro hospitalario ni al centro de salud que está en Cártama estación, no es viable.

Entonces, nos encontramos con un consultorio que está en unas condiciones que no son dignas. Los profesionales sanitarios sí están dando un servicio sanitario digno, por supuesto, pero el centro de salud..., perdón, el consultorio no está en unas condiciones dignas como para el servicio sanitario que decimos tener en Andalucía y en España en general.

Por eso pensábamos que este proyecto acabaría cumpliéndose. Ahora mismo...

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Señoría, gracias.

El señor HERNÁNDEZ WHITE

—Por tanto, le pregunto cuáles son las iniciativas que se van a marcar para la población de Cártama pueblo, para mejorar su asistencia.

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Gracias, señoría.

Señora consejera.

La señora ÁLVAREZ BENITO, CONSEJERA DE SALUD

—Señoría, en el año 2007 se firmó un convenio con el Ayuntamiento de Cártama para la construcción de un nuevo consultorio. La aportación económica del SAS, en virtud del convenio, era de 250.000 euros mediante subvención al ayuntamiento, que sería el encargado de construir este centro.

Pero al ayuntamiento no le resultó viable asumir esta actuación y, por tanto, dar cumplimiento al objeto del convenio, por lo que se extinguió el convenio de colaboración.

Somos conscientes de las limitaciones que tiene Cártama, de la importancia que tiene este consultorio, efectivamente, a pesar de que tiene un centro de salud bien dotado y el hospital de Cártama, porque presta servicio a población de edad avanzada, y nosotros hemos hecho, en este consultorio, las mejoras posibles dentro de su ubicación, en cuanto a mejorar la accesibilidad y mejorar el confort y determinadas actuaciones, pero tendremos que trabajar de forma conjunta con el ayuntamiento para que realmente pueda poner encima de la mesa otras alternativas y buscar otro espacio a este consultorio.

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señora consejera.

10-17/POC-001461. Pregunta oral relativa a la situación del servicio de limpieza del Hospital Juan Ramón Jiménez, de Huelva

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Pasamos ahora a la pregunta número 6, relativa a la situación del servicio de limpieza en el hospital Juan Ramón Jiménez, de Huelva.

Tiene la palabra, señor García.

El señor GARCÍA DE LONGORIA MENDUIÑA

—Sí, gracias, señor presidente. Y buenas tardes, señora consejera.

Ahora mismo, en estos momentos, hay alrededor de un centenar de trabajadores encadenados en la puerta de consultas externas del hospital Juan Ramón Jiménez, trabajadores del servicio de limpieza de este hospital, que señalan y acusan a la Junta de Andalucía de llevar a cabo una mala gestión y, sobre todo, de una falta de control sobre la empresa adjudicataria de este servicio.

El 27 de junio del año 2015, la Junta de Andalucía adjudicó a la empresa Ingesan el servicio de limpieza del hospital Juan Ramón Jiménez y, ya en febrero del año 2016, los propios trabajadores remitieron un escrito a la Consejería de Salud advirtiendo de la situación en la que se encontraban y la carencia de medios materiales y humanos para llevar a cabo su trabajo, que ellos no podían aguantar más y que no aguantaban más la situación.

La Junta, en todo este tiempo, en este año y medio, no ha hecho nada o ha hecho muy poco, pese a que los propios trabajadores, como digo, ya se lo advirtieron, y solo ha actuado cuando los problemas han salido a la luz o cuando parece que hay presión por parte de los trabajadores, con amenazas de huelga y reivindicaciones.

Nuestro grupo ha denunciado, ya lo trajo a esta comisión de sanidad, la situación en la que se encuentran y, en el día de hoy, simplemente lo que vamos a exigirle, señora consejera, es que se solvete la situación inhumana que están viviendo estos trabajadores, que se mejore este servicio, puesto que las culpas las están pagando también los pacientes y, en definitiva, que se cumplan los puntos por los que se le otorgó el concurso a esta empresa.

Durante este tiempo se han dado situaciones extremas, con ratones, con suciedad y que incluso los propios pacientes han tenido que comprar los productos de limpieza para llevar a cabo la limpieza de las habitaciones.

Por tanto, en el día de hoy queremos que usted asegure que se están cumpliendo los estándares de limpieza en el Hospital Juan Ramón Jiménez, y que usted asegure que va a velar por que se cumplan los acuerdos del contrato por el que fue adjudicado este servicio a la empresa.

Muchas gracias.

El señor GARCÍA ANGUIA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Gracias, señoría.

Señora consejera.

La señora ÁLVAREZ BENITO, CONSEJERA DE SALUD

—Gracias, presidente.

Señoría, el 7 de junio de 2017 se inicia el nuevo expediente para la contratación del servicio de limpieza y recogida de residuos de los distintos centros sanitarios que integran el área de Salud de Huelva, constituida por el Hospital Juan Ramón Jiménez, el Hospital Infanta Elena, el Área de Gestión sanitaria Norte de Huelva y los distritos sanitarios Huelva-Costa y Condado-Campiña, con un presupuesto base de licitación de 17,5 millones de euros.

A fecha de hoy, el expediente se encuentra en plazo de licitación de ofertas. De hecho, el 25 de septiembre finaliza el plazo de presentación de ofertas, según consta en los anuncios publicados tanto en el perfil del contratante del Servicio Andaluz de Salud como en los diarios oficiales.

La dirección del hospital y el Servicio Andaluz de Salud están haciendo un seguimiento de los acuerdos alcanzados con esta empresa, tanto en los estándares de calidad como acuerdos con los profesionales, y se está cumpliendo.

El señor GARCÍA ANGUIA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señora consejera.

Señor García.

El señor GARCÍA DE LONGORIA MENDUIÑA

—Señora consejera, pues yo creo que no se están cumpliendo, puesto que hoy mismo, ahora mismo, están encadenados los propios trabajadores, que saben perfectamente lo que se está llevando a cabo en este hospital.

Se ha prometido mucho, se han prometido más medios materiales. Se ha prometido pagar los atrasos. Se ha prometido cambiar la gestión de las jornadas laborales, pero desgraciadamente no se ha hecho absolutamente nada. De hecho, la semana pasada había una amenaza de huelga, que se desconvocó porque..., una nueva promesa por parte de la Junta de Andalucía de hacer cumplir estos acuerdos, y desgraciadamente seguimos igual.

Y usted dice que se están cumpliendo los estándares de limpieza, pues yo le digo que los propios trabajadores son los que reconocen que en estos momentos en el Hospital Juan Ramón Jiménez no se están cumpliendo estos estándares de limpieza, cuando además todos sabemos que, en el caso de la limpieza de los hospitales, la limpieza es salud y, lógicamente, la higiene de este hospital es salud también.

Muchas gracias.

El señor GARCÍA ANGUIA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señoría.

Señora consejera.

La señora ÁLVAREZ BENITO, CONSEJERA DE SALUD

—Gracias, presidente.

Señoría, como bien ha comentado, la plantilla de la empresa encargada del servicio de limpieza del Juan Ramón Jiménez, en Huelva, desconvocó la huelga que tenía previsto comenzar el pasado 15 de septiembre, tras alcanzarse un acuerdo entre el comité de empresa y la empresa adjudicataria, que es OHL Servicios Ingesan. Intervino directamente el Servicio Andaluz de Salud y la gerencia del centro.

Como usted sabe, la Consejería de Salud decidió penalizar a esta empresa con una cuantía de 99.000 euros por incumplimiento del contrato. Tras la sanción correspondiente a la empresa se ha producido una mejora considerable de los niveles de limpieza, se ha alcanzado un mayor cumplimiento del contrato por parte de la empresa, alcanzando los niveles de calidad deseados, así como una mayor cobertura de personal. Y esto se está exigiendo desde la dirección del propio centro.

Con fecha 27 de junio de 2017 se formaliza la prórroga del contrato por la contratista Ingesan S.A.U. por razones de interés público por un periodo de siete meses, o bien hasta la nueva adjudicación del nuevo expediente provincial, actualmente en trámite si la adjudicación se produce antes de esa fecha.

Como le he dicho anteriormente, el 7 de junio se inició trámite urgente del expediente y se inicia por el procedimiento de urgencia, puesto que finalizando el contrato en vigor, que es el 26 de junio de 2017, y aunque en la documentación que rige el expediente se recoge la posibilidad de prórroga del mismo por un periodo de 24 meses, el contratista ha puesto de manifiesto su disconformidad a la realización de prorrogar dicho contrato, más allá de la fecha prevista de finalización.

El pliego de condiciones especifica que, en caso de que el contratista no esté de acuerdo en llevar a cabo la prórroga, lo comunicará con una antelación mínima de seis meses. En este caso, debe continuar esta empresa prestando este servicio hasta la adjudicación de un nuevo contrato por el Servicio Andaluz de Salud, cuya tramitación se va a llevar a cabo en el menor periodo de tiempo posible.

Pero, como le digo, tanto el Servicio Andaluz de Salud como la dirección del centro están trabajando con la empresa y trabajadores, haciendo que se cumplan los acuerdos alcanzados con esta empresa.

El señor GARCÍA ANGUIA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señora consejera.

10-17/POC-001274. Pregunta oral relativa al servicio de pediatría en la localidad de Sabiote, Jaén

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Pasamos a la pregunta número tres, relativa al servicio de pediatría en la localidad de Sabiote, en la provincia de Jaén.

Señora García, tiene dos minutos y medio.

La señora GARCÍA CARRASCO

—Gracias, señor presidente.

Señora consejera, el pasado 27 de julio fue aprobada en el Pleno municipal de Sabiote una moción por unanimidad. Fue presentada por el grupo municipal del Partido Popular que, preocupado por la asistencia sanitaria de los más pequeños de Sabiote, pues llevó esta moción al Pleno. Es una preocupación de este grupo desde el año 2005, y han recogido más de mil firmas y siguen haciéndolo.

Decía el punto que se aprobó: «Solicitar a la Junta de Andalucía la implantación de un servicio de pediatría permanente en el municipio de Sabiote, que cubra las necesidades de la población infantil».

¿Qué van a hacer, señora consejera?

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Gracias, señoría.

Señora consejera.

La señora ÁLVAREZ BENITO, CONSEJERA DE SALUD

—Gracias, presidente.

Señoría, desde el punto de vista de la ordenación sanitaria, la localidad de Sabiote pertenece a la zona básica de Salud de Torreperogil, del distrito Jaén nordeste, integrado en el área sanitaria norte de Jaén, y esta zona básica dispone de dos centros de atención primaria: centro de salud de Torreperogil y el consultorio de Sabiote. Cuando un niño o una niña de la localidad de Sabiote acude al consultorio es atendido por su médico de familia, que es quien determina su derivación al pediatra de la zona básica de salud, ubicado en Torreperogil, o el hospital de referencia, que es San Juan de la Cruz, de Úbeda, que está a unos trece minutos.

No obstante, con el fin de mejorar la accesibilidad de la población se ha establecido en Sabiote un horario específico de consulta con el pediatra dos días a la semana, para que los niños que sean derivados por su médico de familia no tengan que desplazarse al centro de salud de la zona básica. Concretamente la consulta de pediatría en Sabiote se ha fijado para los martes y los jueves. Inicialmente llevan a cabo la consulta de niños sano y, posteriormente, llevan a cabo el resto de interconsultas.

Y en cuanto al seguimiento de salud infantil, la principal actividad son los controles de niño sano, que estos son realizados por el pediatra y el enfermero del consultorio, la detección precoz de metabopatías y las vacunaciones infantiles.

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Gracias, señora consejera.

Señoría.

La señora GARCÍA CARRASCO

—Gracias, señor presidente.

Señora consejera, lo que pasa en Sabiote es muy sencillo. No se desplazan a Torreperogil porque tienen que atravesar el municipio entero y les cuesta mucho trabajo, y lo que los padres y madres de Sabiote hacen es irse a Úbeda, empadronarse en Úbeda, para tener una asistencia pediátrica justa, como el resto de niños en Andalucía.

El Plan Andaluz para el Desarrollo de la Atención Primaria, que ustedes firmaron en el año 2006 con las asociaciones profesionales, establecía una ratio de pediatras por cada mil niños..., uno por cada mil niños. Bueno, pues si hacemos una regla de tres, con los 616 niños que hay en Sabiote hasta 14 años, pues resulta que nos sale que les corresponde como horas pediátricas a la semana 21,56 horas, o sea, más de cuatro horas diarias de pediatría les corresponde, según el acuerdo que ustedes mismo firmaron.

Entonces, yo creo que lo sencillo y lo justo es, para Sabiote y para los niños de Sabiote, que no haya una discriminación con el resto de niños, y que los padres y madres no se tengan que ir a Úbeda a empadronarse para que sus niños reciban esa asistencia pediátrica, que se les dé lo que les corresponde. Y lo que les corresponde es tener un pediatra más de cuatro horas, si se cumple con el compromiso del año 2006, y así los niños en Sabiote serán iguales que todos los niños en Andalucía.

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señoría.

Señora consejera.

La señora ÁLVAREZ BENITO, CONSEJERA DE SALUD

—Gracias, presidente.

Señoría, por supuesto que lo que queremos es mantener la equidad en la asistencia que se presta, totalmente de acuerdo. A nosotros los datos no nos salen exactamente como usted comenta, señoría, pero no me importa que después de esta comisión podamos tratarlo individualmente.

De acuerdo a la base de datos de usuarios, la localidad de Sabiote tiene un total de 353 niños con edades comprendidas entre cero y 13 años, a los que se les da cobertura sanitaria en el centro durante todo el año. La población menor de 14 años en Sabiote ha disminuido paulatinamente en los últimos años, pasando de los 507 niños en 2012 a los 353 actuales. Pero que no me importa, bueno, trabajar con usted realmente por esta discrepancia de datos.

La ratio de pediatras, de tarjeta TIS por pediatra, en Andalucía en 2016 es de 1.060,82 niños, y en los centros del distrito Jaén nordeste, de 750,88 niños. Como se puede comprobar, esta ratio en el consultorio de Sabiote, con 353 niños, está muy por debajo tanto de la media andaluza como de la del distrito sanitario de atención primaria de Jaén nordeste. Por lo tanto, entendemos que los niños y las niñas de esta localidad tienen garantizado el acceso a la atención sanitaria de calidad con estos días, tanto para la atención de Niños Sanos como para las interconsultas que realicen los médicos de familia.

Pero, como le digo, repasamos conjuntamente los datos.

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señora consejera.

10-17/POC-001344. Pregunta oral relativa al funcionamiento de la bolsa de trabajo del SAS

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Pasamos a la pregunta número cinco, del Grupo Parlamentario de Ciudadanos, relativa al funcionamiento de la bolsa de trabajo del SAS.

Señora Albás, tiene dos minutos y medio.

La señora ALBÁS VIVES

—Gracias, presidente. Señora consejera.

Actualmente, existe una bolsa única de trabajo para el SAS, cuyo funcionamiento está regulado a nivel autonómico. En la misma, los profesionales inscritos pueden establecer su disponibilidad tanto en su provincia como en el resto de las provincias. Pero dicho sistema para algunos profesionales no es productivo, ya que a veces tienen que desplazarse de una provincia a otra solo para trabajar un día o dos, y si rechazan este contrato, porque o bien no tienen vehículo en ese momento o bien porque no pueden dejar a sus hijos con alguien, les sancionan a veces hasta con tres meses sin darles ningún contrato.

También este sistema de bolsa única afecta a los profesionales que solo tienen puesto para trabajar en su provincia porque no pueden permitirse el desplazarse a otras, ya que a veces se quedan sin contrato, porque se los dan a otros profesionales de otras provincias, desfavoreciendo el empleo en su provincia natal.

Y mi pregunta es, ¿qué criterio sigue el SAS para solucionar las diferentes situaciones expuestas anteriormente?

Gracias.

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Gracias, señoría.

Señora consejera.

La señora ÁLVAREZ BENITO, CONSEJERA DE SALUD

—Gracias, presidente. Señoría.

El sistema de selección de personal estatutario y temporal para los puestos básicos del Servicio Andaluz de Salud está regulado, desde octubre de 2005, en el Pacto de Mesa Sectorial y en su texto refundido de 2010. En el *BOJA* del 14 de julio de 2010 se crea la bolsa única del SAS, que nace para unificar las ocho bolsas provinciales que con gestión independiente generaban desigualdades en la oferta y en las baremaciones.

La bolsa única está abierta de forma permanente los 365 días del año. Tiene un baremo único para cada categoría o grupo de categorías y gestión de oferta sobre una base de datos única, a través de una central

de llamadas que garantiza la grabación de la información para dar tracsabilidad a todo el proceso. Con cerca de 200.000 llamadas al año para realizar ofertas de trabajo, la media en los últimos años supera las 15.000 llamadas por oferta y año.

Las personas aspirantes deberán inscribirse en todas las categorías que deseen si reúnen los requisitos y cada profesional puede elegir libremente y sin límite los centros sanitarios donde quiera prestar sus servicios y el tipo de vinculación que quiere con el centro.

Se realiza un corte anual de actualización, a 31 de octubre, y dos veces al año, tanto el 31 de octubre como el 30 de abril, se pueden añadir centros y elegir el tipo de nombramiento de cada profesional al que se le ha ofertado, si bien puede ser de larga duración, de corta duración o incluso optar por jornada a tiempo parcial.

Entonces, le ofrezco a continuación, señoría, unos datos para que pueda tener una visión sobre los volúmenes que se manejan en esta bolsa.

El número de solicitudes registradas en el último corte fue de 942.781, el número de personas inscritas 383.779, el número medio de categorías que solicita cada persona es 2,46. También está la opción de no disponible para todas las categorías solicitadas en los centros seleccionados. Esto significa que, momentáneamente, el profesional no quiere prestar sus servicios, situación que puede revertir mediante nuevas solicitudes disponibles.

Como ve, señoría, las posibilidades que permite la bolsa única del SAS para elegir son enormes. A cada profesional se le pueden ofertar nombramientos donde realmente desee, para que no tenga que renunciar a ofertas de nombramientos para las que son seleccionados. Una selección personal.

El señor GARCÍA ANGUIA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Gracias, señora consejera.

Señoría...

¿No?

Tiene medio minuto.

La señora ÁLVAREZ BENITO, CONSEJERA DE SALUD

—Comentarle, señoría, que la flexibilidad para las personas candidatas es una de las características de la bolsa única de empleo, porque permite a cada profesional autoadministrar su disponibilidad. Así, cuando reciben una oferta en un centro de otra provincia distinta a la de su residencia, no le está perjudicando, sino que es una oportunidad de empleo que él mismo ha solicitado.

En la mesa sectorial se determinó que la renuncia conlleva a la no disponibilidad en bolsa para que les sean ofertados nombramientos durante un tiempo determinado. Si se renuncia a un contrato de corta duración, la no disponibilidad es de 30 días, si es de larga duración es de 90 días y si es de jornada parcial se reduce a tres días.

No obstante, queremos seguir mejorando y, en los próximos meses, vamos a implementar la ventana electrónica del candidato, que es una plataforma de tramitación electrónica que, siguiendo la normativa vigente,

DIARIO DE SESIONES DEL PARLAMENTO DE ANDALUCÍA

Núm. 406

X LEGISLATURA

21 de septiembre de 2017

va a conformar el expediente digital del demandante por los méritos validados para cualquier proceso selectivo, tanto para la OPE como para la bolsa única, y también permitirá una valoración más rápida de los méritos que se aporten.

El señor GARCÍA ANGUIA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Gracias, señora consejera.

10-17/POC-001515. Pregunta oral relativa al nuevo hospital de alta resolución en Palma del Río, Córdoba

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Pasamos a la siguiente pregunta, en esta ocasión relativa al nuevo hospital de alta resolución en Palma del Río, Córdoba, del Grupo Socialista.

Tiene la palabra, señora vicepresidenta.

La señora LÓPEZ MARTÍNEZ

—Gracias, señor presidente.

Señora consejera, la localidad de Palma del Río lleva años reclamando la construcción de un hospital de alta resolución que cubra las necesidades no solo de esta localidad, sino también de su comarca. Y, desde luego, el Gobierno de la Junta tiene una prioridad, que es el fuerte compromiso de mantener este sistema sanitario a todos los niveles, incluida, por supuesto, la incorporación de esas nuevas infraestructuras sanitarias, pero, eso sí, también al ritmo que permita la disponibilidad presupuestaria en base a prioridades, dada la compleja situación de crisis económica por la que hemos estado atravesando estos últimos años y que, desde luego, ha puesto en peligro la sostenibilidad de muchos servicios públicos, ¿no?

Su consejería, desde luego, que ha sido consciente de esta necesidad de este hospital en esta localidad y con el resto de la Vega del Guadalquivir, cuyo ayuntamiento asumió ya el coste de unos terrenos para la construcción del mismo y con el cual se comprometió ya en los presupuestos de este 2017 en una partida después, de que ya en 2015 se conoció que el proyecto del hospital de alta resolución de Palma del Río se incluyera en ese programa operativo de fondos europeos de la Junta de Andalucía, que implicaba ya que su construcción debería finalizarse para 2020.

Desde luego, son muchos años los que han transcurrido, pero no habría sido así si hubiésemos tenido también esa financiación que esta comunidad merece, reclamando, por supuesto, al Gobierno que llegaran los fondos que corresponden a nuestra tierra y que nuestra comunidad también necesita.

Y hace una semana, precisamente en el Pleno, lo recalca nuestra presidenta, que Andalucía es la tercera comunidad autónoma peor financiada, con 104 euros menos por habitante que la media del resto de los españoles. Pese a eso, es la región donde mejor también redistribuimos nuestra riqueza, que blindamos la salud de las personas redistribuyendo esos recursos mal financiados, como es esta inversión en infraestructuras.

Y, mire, ayer precisamente, leía una nota de prensa de Fadeco, haciendo un diagnóstico del mercado de la obra pública aquí en Andalucía, durante el primer semestre de 2017, y resaltaba que tanto la Junta de Andalucía como las corporaciones locales pues han sido las que han tirado del carro en licitaciones, no siendo así el Estado, que ha reducido en un 5,7% esa inversión de infraestructuras, aquí, en Andalucía.

Y ejemplo de ello es, precisamente, la aprobación del Consejo de Gobierno para llevar a cabo ese proyecto de nuevo chare en Palma del Río. Y desde este grupo parlamentario, señora consejera, nos gustaría

que nos dijera en qué consiste ese proyecto de inversión que va a realizar el Gobierno de ese nuevo hospital de alta resolución.

Muchas gracias.

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Gracias, señoría.

Señora consejera.

La señora ÁLVAREZ BENITO, CONSEJERA DE SALUD

—Señoría, como usted bien dice, el Consejo de Gobierno de la Junta de Andalucía autorizó el pasado día 1 de agosto el expediente de gasto para la contratación de las obras de ejecución del hospital de alta resolución en Palma del Río, por un importe total de 14,7 millones de euros, y con este paso se avanza en la planificación de la asistencia sanitaria pública en la provincia de Córdoba, para alcanzar los objetivos de calidad, eficiencia y accesibilidad que nos hemos marcado.

La incorporación de este hospital a la sanidad pública supone una mejora muy significativa en la oferta de alta resolución, que se está prestando en Córdoba, que actualmente prestan los hospitales de Puente Genil y Valle del Guadiato, en Peñarroya, una oferta que se verá ampliada con el nuevo centro sanitario de Lucena, un hospital de alta resolución que está previsto licitar la redacción de su proyecto durante el próximo ejercicio.

El objetivo de los hospitales de alta resolución, como el que se va a construir en Palma del Río, es acercar la atención especializada y urgente a la población, evitando así desplazamientos a los hospitales de referencia de la capital. Por eso, en ellos prima la realización de cirugía mayor ambulatoria y la atención en acto único, de modo que en el mismo día se realice la visita al especialista, se realicen las pruebas necesarias y, por otra parte, se proporcione una propuesta terapéutica para el paciente.

El expediente de ejecución de las obras de este centro hospitalario fue publicado en el *Diario Oficial de la Unión Europea*, el pasado día 8 de agosto, y ha finalizado ya el periodo de presentación de propuestas.

El comienzo de las obras está previsto para el primer trimestre de 2018 y finalizarán en el año 2020.

Este nuevo hospital contará con una superficie programada total de 9.500 metros cuadrados, distribuidos en tres plantas, y se construirá sobre la parcela de unos 30.000 metros cuadrados que fue puesta a disposición por el Ayuntamiento de Palma del Río.

Su oferta de especialidades incluye: medicina interna, cardiología, aparato digestivo, neumología, cirugía general, urología, traumatología y ortopedia, oftalmología, dermatología, otorrino, ginecología, anestesia, rehabilitación y fisioterapia. Está diseñado para atender cada año 40.700 consultas, aproximadamente, 1.600 intervenciones quirúrgicas y más de 40.000 urgencias.

Este centro hospitalario va a disponer de 18 consultas para diferentes especialidades, cinco para la atención urgente y 20 habitaciones de hospitalización de uso individual. También contará con dos quirófanos para la cirugía mayor ambulatoria. Además, tendrá salas de cura y yesos y un área de rehabilitación con una consulta, dos salas y dos boxes de tratamientos.

DIARIO DE SESIONES DEL PARLAMENTO DE ANDALUCÍA

Núm. 406

X LEGISLATURA

21 de septiembre de 2017

A ello hay que sumar un equipamiento para el área diagnóstica y así contará con radiología convencional, telemando, TAC, ecografía y mamografía, además de un área de telemedicina y el área de laboratorio.

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Gracias, señora consejera.

10-17/POC-001516. Pregunta oral relativa al Registro de Voluntades Vitales Anticipadas de Andalucía

El señor GARCÍA ANGUIA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Pasamos a la siguiente pregunta, también del Grupo Parlamentario Socialista, relativa al Registro de Voluntades Vitales Anticipadas de Andalucía.

Señor Vargas, tiene dos minutos y medio.

El señor VARGAS RAMOS

—Gracias, señor presidente.

Señora consejera, actualmente se está tramitando en este Parlamento la Ley de Garantía y Sostenibilidad del Sistema Sanitario Público de Andalucía, que, además de blindar diferentes aspectos de la prestación sanitaria, esta norma busca reforzar y consolidar los derechos que ya tiene reconocida la población en el ámbito de la salud. Y entre estas potestades está la voluntad vital anticipada, a través de un registro que está a disposición de todos los andaluces y andaluzas.

Porque hay que recordar que esta opción viene recogida en la Ley de Derechos y Garantía de la Dignidad de la Persona en el Proceso de la Muerte y que esta comunidad autónoma, Andalucía, fue la pionera en toda España en dotar de derecho a los pacientes terminales y también en ordenar las obligaciones de los profesionales que les atienden.

Dicha norma reconoce el derecho de los ciudadanos andaluces a declarar su voluntad vital anticipada, que deberá respetarse tal y como se estable en nuestro Estatuto de Autonomía. Una apuesta clara y contundente del Gobierno andaluz por incorporar y elevar a lo jurídico lo importante de lo ético. Un reto que fue pionero, al que le siguieron la mayoría de las comunidades autónomas, demostrando una vez más que a los socialistas y a este Gobierno les preocupa sus ciudadanos, ya que no solo queremos que vivan de forma digna sino que también mueran dignamente.

El testamento vital o la voluntad vital anticipada se puso en marcha en 2004, y es parte de un proceso de reflexión e información en el que la persona puede planificar las actuaciones sanitarias que desea recibir o rechazar en el futuro, en el caso de que, llegado el momento, no sea capaz de tomar decisiones por sí misma.

Por tanto, un derecho que tienen los andaluces y andaluzas y que, en situaciones difíciles, ayuda a los familiares y también a los profesionales sanitarios a determinar las mejores medidas para un paciente.

Señora consejera, nos gustaría, por tanto, saber qué balance hace el Gobierno andaluz de este Registro de Voluntades Vitales Anticipadas.

Muchas gracias.

El señor GARCÍA ANGUIA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias.

Señora consejera.

La señora ÁLVAREZ BENITO, CONSEJERA DE SALUD

—Gracias, presidente.

Señoría, sí, el Registro de Voluntades Vitales Anticipadas de Andalucía ha supuesto un gran avance en la garantía de derechos para la población de nuestra comunidad autónoma.

Gracias a este registro, cualquier persona que resida en Andalucía puede ejercer su derecho para declarar su voluntad vital anticipada o, lo que es lo mismo, el testamento vital, dejando constancia por escrito sobre qué tipo de cuidados o tratamiento desea recibir o qué intervenciones no quiere que le sean aplicadas en situación de enfermedad irreversible y sin capacidad para decidir. También puede detallar si quiere donar, o no, sus órganos y tejidos, o qué personas designa como representantes para esta etapa.

Desde su puesta en marcha, se han inscrito en este registro cerca de 36.000 voluntades vitales anticipadas, y son muchos los avances que ha tenido lugar en estos años tanto en la calidad como en la accesibilidad a este sistema, concretamente a la posibilidad de realizar el registro en el domicilio, que se ofertó desde su puesta en marcha, se sumó la descentralización progresiva de registro y que permitió pasar de los ocho puntos iniciales, que estaban ubicados en las delegaciones territoriales hasta los 56 puntos que actualmente se encuentran habilitados.

Las personas responsables de estos puntos son profesionales sanitarios que tienen una formación acreditada, que asesoran y dan fe de las voluntades que se registran actualmente, son 130 personas registradoras y 160 han recibido formación para ello.

Además, señoría, hemos incorporado las nuevas tecnologías para poder acercar el procedimiento a la población. En el portal web de la consejería se puede consultar toda la información relativa a este derecho y el procedimiento para ejercerlo. También se puede descargar los documentos y obtener la cita previa para el registro oficial.

Se ha mejorado también en la accesibilidad al registro para los propios equipos sanitarios. De modo que cualquier profesional de un centro del sistema sanitario público puede acceder al registro desde la historia digital de los pacientes.

Esto incluye también a los equipos de emergencias sanitarias a través de la historia clínica de movilidad.

Los hospitales son los que más utilizan esta consulta, especialmente los equipos de trasplantes. Y también es posible realizar esta consulta desde la sanidad privada, gracias a un convenio que está firmado con el colegio de médicos desde octubre de 2014. Incluso es posible el acceso desde otras comunidades autónomas, ya que el registro andaluz está sincronizado con el registro nacional de instrucciones previas.

De este modo garantizamos el ejercicio de este derecho, de todas las personas que han expresado su voluntad vital anticipada, y en cualquier punto donde puedan recibir atención sanitaria de todo el territorio nacional.

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señora consejera.

10-17/POC-001517. Pregunta oral relativa a las medidas para evitar cláusulas abusivas en los préstamos hipotecarios

El señor GARCÍA ANGUIA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Pasamos a la siguiente pregunta y que, con toda humildad y curiosidad, voy a leer el texto. El señor portavoz no lo quiso explicar en la Mesa. Es relativa a medidas para evitar cláusulas abusivas en los préstamos hipotecarios.

Ha sido un error de transcripción de la secretaria, y tenemos ese texto. No tenemos la otra pregunta.

Si la tienen ustedes... ¿La tiene la consejera o no?

Yo tengo aquí..., que ha sido un error de transcripción, porque eso es lo que tengo puesto aquí.

La señora ÁLVAREZ BENITO, CONSEJERA DE SALUD

—La pregunta es qué medidas ha puesto en marcha el Consejo de Gobierno para evitar la cláusula abusiva en los contratos de préstamos hipotecarios.

El señor GARCÍA ANGUIA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Es parecida.

Bueno, pues ya está. Pues, tiene dos minutos y medio.

La tengo aquí. Tiene dos minutos y medio.

La señora LÓPEZ MARTÍNEZ

—Gracias, señor presidente.

Sin duda, nuestro Gobierno, el Gobierno de Susana Díaz apuesta por la defensa de consumidores y usuarios de nuestra tierra, pero también sabemos que, para poder ejercerla, hemos de tener esas herramientas necesarias y que garantice los derechos de andaluces y andaluzas como son, precisamente, las leyes, que es uno de los instrumentos más valiosos, precisamente para poder ejercer esa defensa.

También hemos de lamentar en estos últimos años..., se produjo una falta de transparencia por parte de los bancos con esa información que se facilitaba a las personas consumidoras y usuarias sobre la verdadera naturaleza y alcance de esos productos que suscribían, que hubiera permitido tomar una decisión más adecuada a la hora de contratar, o no, un producto hipotecario. Lo que produjo también que muchas personas tuvieran dificultades para atender esos pagos con sus consecuencias.

Precisamente, la falta de medios y de protocolos de control del mercado, eficaces para esa protección a usuarios, permitió que la banca cometiese fraudes máximos con total impunidad, y produjo que..., que se produjeran numerosas ejecuciones hipotecarias con el consecuente impacto económico y el drama social que produce un desahucio.

Para el Gobierno de la Junta son prioritarias, desde luego, las políticas sociales, y avanzan esos derechos de la ciudadanía para no sufrir retrocesos. Y por ello se ha estado trabajando en el sector de los servicios financieros, precisamente para regular o tener una regulación específica atendiendo a esa complejidad que tienen los contratos financieros. Cuestiones, desde luego, de una gran repercusión social y que afectan a muchos ciudadanos. Son actuaciones preventivas que además inciden en una mayor protección a esas personas consumidoras y usuarias, tanto en la fase del proceso de contratación como al finalizar el mismo.

Y ya lo expresó también el anterior consejero, señor Alonso, cuando dijo que la vigilancia al control de las actividades económicas garantiza un consumo seguro, responsable, ético y solidario.

Desde luego, este grupo parlamentario quiere poner en valor esa política, que está comprometida con los ciudadanos de defensa ante la injusticia, de información, de seguridad jurídica reforzada, como ocurre con los préstamos y los créditos hipotecarios, donde existe un interés público, cuya tutela legítima una intervención a veces más intensa de las administraciones públicas.

Por ello, desde este grupo, nos gustaría conocer qué medidas son las que ha puesto en marcha el Consejo de Gobierno para evitar estas cláusulas abusivas en los contratos de préstamos hipotecarios.

Muchas gracias.

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Gracias, señora vicepresidenta.

Señora consejera.

La señora ÁLVAREZ BENITO, CONSEJERA DE SALUD

—Gracias, presidente.

Señoría, nuestro principal objetivo como consejería competente en materia de consumo es proteger los intereses de las personas consumidoras y usuarias, fortaleciendo su posición en la toma de decisiones.

La Junta de Andalucía a través de la Consejería de Salud, competente en materia de consumo, ha tomado un papel activo respecto a la protección de las personas consumidoras y usuarias ante las entidades financieras. Y esta firme apuesta se ha materializado por la Ley 3/2016, de 9 de junio, para la protección de los derechos de las personas consumidoras y usuarias en la contratación de préstamos y créditos hipotecarios sobre la vivienda.

La ley contempla una serie de medidas que, de forma concreta, redundan en el objetivo de evitar que los préstamos hipotecarios puedan incluir cláusulas abusivas. Así, pues no podrá obligarse a la persona consumidora y usuaria a la suscripción de productos o servicios accesorios que no fueran solicitados. Los contratos con personas consumidoras y usuarias que incorporen condiciones generales en la contratación estarán sometidos, además, a la Ley 7/1998, de 13 de abril, sobre condiciones generales para la contratación.

Además de estas medidas legales, la Consejería de Salud ha puesto en marcha otra serie de actuaciones en materia de consumo sobre la cláusula suelo. Así, se ha impulsado una plataforma multicanal, Consumo Responde, es que es un servicio de información y asesoramiento gratuito. Se puso en marcha en el año

2011 y se ha convertido en un referente para la ciudadanía andaluza a la hora de resolver sus dudas y consultas en materia de consumo en esta área.

De las 36.920 consultas de Consumo Responde ha atendido este año 2.273, que estaban relacionadas con el ámbito financiero. Lo que supone un 6,26% del total y demuestra también el interés creciente en la ciudadanía por este tema.

El 22 de diciembre de 2016, tan solo un día después de la publicación de la sentencia del Tribunal de Justicia de la Unión Europea, se puso en marcha un simulador de cláusula suelo que está diseñado para orientar a las personas en sus reclamaciones.

La Junta de Andalucía ha sido la primera Administración en aplicar una herramienta de estas características. Desde su puesta en marcha, el pasado 22 de diciembre, el simulador ha recibido ya 132.560 visitas de personas interesadas en conocer la herramienta, que han realizado un total de 139.178 simulaciones, es decir, una media de 550 diarias.

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señora consejera.

Para cerrar el punto número 2.

10-17/POC-000569. Pregunta oral relativa a la situación sanitaria de la comarca de Los Pedroches, en la provincia de Córdoba

El señor GARCÍA ANGUIA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Pasamos a la pregunta número 1, relativa a la situación sanitaria de la comarca de Los Pedroches, en la provincia de Córdoba.

Señora Alarcón, tiene dos minutos y medio.

La señora ALARCÓN MAÑAS

—Muchas gracias, presidente.

Y muy buenas tardes, señora consejera.

Aprovecho, como ya hice personalmente, para expresarle públicamente mis felicitaciones por su nombramiento, ya que para mí es una satisfacción que una mujer cordobesa, con dilatada experiencia en el sector, sea consejera de Salud en el Andalucía. Pero por eso mismo también no tengo duda alguna de que conoce usted de primera mano las carencias y la precaria situación sanitaria que lleva sufriendo en el olvido, y la desidia en mucho tiempo en la comarca de Los Pedroches, que es a la que quiero ceñirme en la pregunta.

Es verdad, es cierto y voy a reconocerle que después de la gravísima situación de personal que ha tenido, en concreto el hospital de Pozoblanco, pues algo, algo, después de ese gravísima situación denunciada antes del verano, se ha subsanado, pero solo se ha hecho en el turno de mañana, señora consejera. Sigue faltando personal por las tardes y los fines de semana, donde se las ven y se las desean para poder atender a un núcleo muy importante de población que tiene, y de asistencia, ese hospital.

Los profesionales, los médicos, como usted seguro que conoce, que se contratan al no tener la garantía suficiente, la estabilidad laboral, o incluso el seguir nadando en la precariedad, duran muy poco y se van a otras comunidades autónomas que ofrecen mayor garantía y estabilidad laboral.

Debe usted saber que Fuente Obejuna y Peñarroya siguen desatendidas absolutamente, con un médico que está más en la carretera que recetando, y esto no puede ser, no puede ser que un médico pierda tanto tiempo en la carretera y no pueda atender a los pacientes.

Y si hablamos de los centros de salud, pues también debe usted saber que, en lugar de nueve pacientes, que además son personas mayores, dependientes, a los que hay que dedicarles tiempo, usted sabe que las enfermeras están atendiendo a un mínimo de 15 personas, 15 pacientes, en lugar de los 9 que la propia Junta de Andalucía, la propia consejería estima oportuno.

Y quiero terminar, también, por preguntarle qué va a pasar o cuándo vamos a poder disponer, por fin, del centro de salud de Villanueva, de Córdoba.

Son las dos grandes deficiencias que tenemos en la comarca: por un lado, el tema de personal y, por otro lado, el tema de infraestructuras. Sabe usted que el centro de salud de Villanueva de Córdoba, el actual, pues tiene unas pésimas condiciones, y que ahora llegan el invierno, las goteras, las humedades, la falta de acon-

dicionamiento, y que estamos impacientes, después de diez años, esperando ese centro de salud que necesita Villanueva de Córdoba.

Me gustaría saber si van a mejorar las condiciones de servicio y garantía sanitaria en la comarca de Los Pedroches, y me gustaría también saber si en los presupuestos del 2018, por fin, se va a proyectar y a empezar el centro de salud de Villanueva de Córdoba.

Nada más y muchas gracias.

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Gracias, señoría.

Decirle, señora consejera, que ha agotado el tiempo la señora Alarcón. El tiempo lo puede concentrar en una sola intervención.

La señora ÁLVAREZ BENITO, CONSEJERA DE SALUD

—Gracias, presidente.

Gracias, señoría.

Efectivamente, conozco bien esta área sanitaria norte de Córdoba porque he trabajado en alguna ocasión en esta área. Y nuestro objetivo, efectivamente, es mejorar la atención sanitaria en todas las áreas, con independencia de su ubicación geográfica; ese es nuestro objetivo. Y, bueno, espero poder seguir trabajando en esa línea de forma conjunta.

Y esta área de gestión sanitaria norte de Córdoba engloba a cuatro zonas básicas de salud, con un total de 43 centros de atención primaria, y el hospital comarcal Valle de los Pedroches, y el hospital de alta resolución de Valle de Guadiato. A través de estos centros se presta asistencia sanitaria adecuada en esta zona de la provincia de Córdoba, acorde a su cartera de servicios, y da respuesta a las necesidades de la población, que son un total de 76.654 habitantes.

Seguimos mejorando tanto la atención primaria como en el hospital, revisando procesos, mejorando la continuidad asistencial. Se han realizado diferentes actuaciones en centros de salud para mejorar su dotación de infraestructuras, y también están previstas más actuaciones, más centros de salud, sobre todo en el área de Fuente Obejuna, y también se están realizando una serie de mejoras en la atención hospitalaria, en concreto en la atención hospitalaria se está terminando una actuación considero que muy importante, que es una reorganización funcional de toda su hospitalización, separando la parte médica de la quirúrgica, de la materno-infantil y dotándola de habitaciones de uso individual y mayor confort en los baños.

Hay suficientes indicadores que ponen de manifiesto la asistencia sanitaria en la comarca del Valle de los Pedroches, da respuesta a las necesidades sanitarias de sus habitantes. Y a continuación podemos comentar alguna serie de indicadores.

Con respecto a lo que comenta del centro de salud de Villanueva, conozco personalmente el centro y soy consciente de que, efectivamente, es un centro que no reúne los requisitos que debe cumplir un centro

de salud, pero también debe conocer que hemos estado trabajando con el ayuntamiento para que finalmente lleguemos a un acuerdo y qué espacio propone el ayuntamiento para que realmente se lleven a cabo estas actuaciones.

Efectivamente, llevamos un tiempo intentando llegar a este acuerdo con el ayuntamiento, intentando trabajar para que Villanueva disponga de un nuevo centro de salud, que somos conscientes de que es necesario, y ya le digo que lo conozco personalmente.

Le comentaba algunos resultados de salud que pueden ser orientativos de la sanidad que se presta en esta área: el hospital Valle de los Pedroches ha cerrado 2016 con una ocupación hospitalaria media inferior al 60%, al igual que sucede en el periodo de enero a junio de 2017; el 95% de sus cupos médicos tienen menos de 1.500 tarjetas individuales sanitarias. Es verdad que es un área con muchísima dispersión y también una población de mucha edad, pero probablemente la estrategia que estamos, vamos a poner en marcha recientemente, de atención primaria, que pretende tener en cuenta la morbilidad de los pacientes, tanto para los facultativos de atención primaria como de enfermería, puede mejorar si existen desigualdades en cualquiera de las áreas de atención primaria de esta área de Córdoba; el porcentaje de citas rechazadas por la atención primaria por estar la ocupada la agenda de agosto en 2017 fue del 1,63%; la lista de espera en pruebas complementarias y programas de salud están con demora cero; la lista de espera quirúrgica, todos los pacientes inscritos están dentro de los plazos de respuesta asistencial; las citas en consultas externas procedentes de atención primaria tienen una demora media de 35 días; las intervenciones de cirugía mayor ambulatoria, realizadas de enero a julio de 2017, representan el 58%, todas las intervenciones programadas; se aprecia un incremento de las urgencias hospitalarias de enero a julio de 2017, con respecto al mismo periodo del año anterior, habiendo sido atendidas un total de 19.000 urgencias, con una media de 13 pacientes por profesional y por turno; la plantilla estructural del Valle de los Pedroches, con respecto a profesionales enfermeros, está cubierta, actualmente se están cubriendo prácticamente el 95% de todas las incidencias, no se cubren aquellas que ocurren de forma rápida, que no da tiempo a cubrirlas; la plantilla del hospital Valle de los Pedroches se ha mantenido estable en los últimos cinco años, como demuestra que en junio de 2017 ascendía a 632 profesionales, con respecto a los 621 que existían en el 2012; también añadir que la dirección del hospital está trabajando de forma conjunta con las diferentes áreas de hospitalización de enfermería, para que realmente la dotación de profesionales se adecue a las necesidades y a las ratios recomendadas —es verdad que en el turno de mañana habitualmente se recomienda más profesional de enfermería que en el resto de los turnos, por el tipo de tareas que se realizan en ese turno horario—.

Este hospital está trabajando de forma conjunta también con profesionales del hospital Reina Sofía en determinadas áreas de especial interés, como es toda el área oncológica o determinados procedimientos complejos, dado que tiene sesiones multidisciplinarias de forma conjunta.

Y, por tanto, señoría, en base a estos datos, la valoración que se hace de esta situación sanitaria en el área norte de Córdoba es muy positiva. Desde la Consejería de Salud, por supuesto, seguimos trabajando con los profesionales y con la ciudadanía, y teniendo en cuenta las propuestas para mejorar...

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Señora consejera.

DIARIO DE SESIONES DEL PARLAMENTO DE ANDALUCÍA

Núm. 406

X LEGISLATURA

21 de septiembre de 2017

La señora ÁLVAREZ BENITO, CONSEJERA DE SALUD

—... mejorar la atención.

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señora consejera.

10-17/PEC-000018. Pregunta escrita con tratamiento de pregunta oral en comisión relativa a la candidatura andaluza como sede de la Agencia Europea del Medicamento

El señor GARCÍA ANGUIA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Pasamos al punto número 3 del orden del día, pregunta escrita con tratamiento de pregunta oral, relativa a la candidatura andaluza como sede de la Agencia Europea del Medicamento, presentada por la señora Prieto Bonilla, que tiene la palabra.

La señora PRIETO BONILLA

—Muchas gracias, señor presidente.

Pues, por el artículo 163.3, solicito que esta pregunta tenga una duración total de diez minutos.

El señor GARCÍA ANGUIA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—La Mesa ha estudiado y acepta su petición.

Tiene la palabra.

La señora PRIETO BONILLA

—Muchísimas gracias, señor presidente.

Bien, en septiembre del año pasado, realicé una pregunta en Pleno sobre la candidatura andaluza para ser sede de la Agencia Europea del Medicamento.

En su respuesta, el entonces consejero de Salud dijo que se estaba preparando un estudio serio y sólido, que ya por entonces estaba avanzado, para hacerle llegar al Gobierno de la Nación todo lo que ofrece nuestra comunidad para albergar la Agencia Europea del Medicamento.

Por lo visto, dicho estudio, si al final se hizo, tuvo que caer en saco roto porque el Gobierno de España está haciendo campaña para que la sede recaiga en Barcelona. Y ya vamos tarde porque esto se decide en dos meses escasos.

Las preguntas serían: ¿Qué actuaciones ha realizado el Gobierno de la Junta de Andalucía para intentar que la candidata sea una ciudad andaluza? ¿Ha realizado la Junta de Andalucía algún acercamiento a los partidos políticos para hacer un frente común?

Muchas gracias.

El señor GARCÍA ANGUIA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señoría.

Señora consejera.

La señora ÁLVAREZ BENITO, CONSEJERA DE SALUD

—Gracias, presidente.

Señoría, como sabe, el pasado 31 de julio finalizó el plazo de presentación de candidaturas para acoger la sede de la Agencia Europea del Medicamento. El Ministerio de Sanidad presentó formalmente la candidatura de Barcelona para ser la nueva sede de la Agencia Europea del Medicamento, de la EMA.

Tanto la Consejería de Salud como otros miembros del Gobierno de Andalucía, distintos ayuntamientos, hemos manifestado el deseo de que esta agencia se ubique en la comunidad autónoma porque reúne los requisitos para ello.

Lo hemos venido haciendo desde hace más de un año, en manifestaciones públicas, en sede parlamentaria y mediante declaraciones institucionales. De hecho, usted sabe que todos los medios se hicieron eco de la posibilidad de que Málaga o Granada fueran potenciales sedes para esta agencia. Es más, el consejero anterior, Aquilino Alonso, lo solicitó de forma expresa y formalmente a la ministra actual, en reunión mantenida con el ministerio el pasado 6 de junio, antes de que estuviera formalizada la candidatura de Barcelona. A pesar de todo, la vicepresidenta del Gobierno central siguió negociando directamente con su homólogo catalán en reuniones poco transparentes y, desde luego, sin contar con el resto de las comunidades autónomas.

Como usted sabe, el espacio idóneo para debatir esta cuestión hubiera sido el Consejo Interterritorial, como expresó el consejero Alonso en esta Cámara el pasado 9 de marzo, pero esto no fue posible puesto que, tras más de un año sin reunirse, el Consejo Interterritorial fue convocado el pasado 21 de junio con un orden del día muy cargado en el que no se incluyó este tema, una muestra más de que el Gobierno Central no tenía ningún interés en negociar con las autonomías.

A pesar de ello, yo misma, que acudí a este Consejo Interterritorial, expresé en este foro el interés de Andalucía por acoger la sede de la Agencia Europea del Medicamento. Como usted sabe, esta decisión es competencia del Gobierno de España y ha sido tomada. Ahora, la decisión definitiva corresponde a los órganos comunitarios, la pugna entre 19 ciudades. Y esperamos y deseamos que finalmente la Agencia Europea del Medicamento tenga su sede en España.

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señora consejera.

Señora Prieto.

La señora PRIETO BONILLA

—Muchas gracias, señor presidente.

Muchas gracias a la señora consejera por su respuesta.

Pues, por lo visto, del estudio no se sabe nada, por lo que se me está diciendo, porque todos son exhortaciones o son cartas o son..., pero no hay el estudio ese serio que me había comentado el señor consejero.

Esta pregunta puede quedar..., ser un poco extemporánea, ¿no?, pero es que resulta que yo la presenté en mayo. Esta pregunta la presente yo en mayo por escrito y hasta ahora, cuando ya se ha pasado el plazo, y que no me han contestado siquiera, es cuando la he podido hacer oralmente.

Yo entiendo que el Consejo de Gobierno no ha mostrado ningún interés en contestarme la pregunta ni en mover nada..., la pregunta era lo de menos, ¿no?, evidentemente, pero bueno. Y el tiempo se ha echado encima, y en noviembre —ya me ha dicho usted que el plazo se ha acabado—, y en noviembre es cuando lo decide el Consejo de Europa. Con lo cual, ya estamos totalmente fuera de onda. Pero es que el tiempo era antes, en septiembre del año pasado, hace un año, fue cuando se hizo esa pregunta en Pleno que podía haberse desarrollado de otra manera, pero no como esta, ¿no? Ha sido una pena, ¿no?

Que quede claro que yo no estoy en contra de la candidatura de Barcelona, muy al contrario, pero ¿siempre tienen que ser las mismas ciudades a las que vayan estos grandes organismos que traen tantísimo beneficio? Pues normalmente, siempre ya hemos dicho, es a Madrid o a Barcelona, así que no hay manera de equilibrar el territorio de una forma..., o sea, territorialmente España, con un desarrollo económico que sea ecuánime, que sea equilibrado, y siempre favorable para el norte, como hemos visto en muchas ocasiones.

Yo no digo incluso que no sean otras ciudades andaluzas, sino españolas, las que podían haber sido las beneficiarias de esta decisión, que ni siquiera, en fin..., se ha planteado. Siempre es Barcelona, Barcelona.

Tampoco es cierto que no he escuchado a ningún diputado del Congreso de los Diputados, de las circunscripciones andaluzas o del Parlamento de Andalucía, protestar ante esta decisión que afecta muy gravemente a nuestra tierra. El antiguo consejero, como ha dicho la señora consejera, el delegado del Gobierno Andalucía y el alcalde de Málaga, que es lo que yo he visto que han expresado públicamente su protesta, pero siempre echándose las culpas unos a los otros, como usted acaba de hacer, diciendo que la culpa o, dijéramos, la responsabilidad es de Madrid.

Hay más datos. El pasado marzo en el Congreso de los Diputados, en días consecutivos, se presentaron dos proposiciones no de ley en las Comisiones de Exteriores y Sanidad, con la idea de promover la candidatura de Barcelona. Las dos estaban promovidas, una, por Esquerra Republicana, y otra, por el Grupo Mixto, que era en un partido catalán, si no recuerdo mal. Entonces, en ambas ocasiones, el Partido Socialista, el Partido Popular y Ciudadanos votaron a favor de la candidatura de Barcelona. El Partido Socialista presentó una enmienda que fue rechazada para dar impulso a la candidatura de España. Esto es para quedar bien con todos, porque eso de candidatura de España..., pero luego votó a favor de Barcelona.

Ciudadanos solo contempló que fuera Barcelona, porque ya lo había decidido así el Gobierno del Partido Popular, y para qué nos vamos a complicar haciendo oposición. Y el Partido Popular, donde milita el alcalde de Málaga, nos quiso vender que apoyaba cualquier ciudad española, para luego decir que apoyaba sin fisuras a Barcelona, lo que viene a llamarse unos «bien quedados», porque esto es así.

Esto ocurre así por muchos motivos, pero yo voy a dar un par de ellos tan válidos como cualquiera. En primer lugar, los diputados no se deben a sus suscripciones sino a su partido. Esta es la gran lacra de nues-

tro país, no solo de Andalucía. Que diputados representantes de Málaga o Granada callen ante este agravio comparativo, por obediencia o miedo a perder su posición, habla muy mal de nuestro sistema democrático, que debería tomarse en serio una reforma en profundidad, y cuanto antes mejor. Todo esto se acabaría con un cambio de representación a través de diputados de distritos que se debieran a sus votantes y no a sus jefes de partido. El divorcio entre políticos y votantes es una realidad en la actualidad.

En segundo lugar, porque todo es poco para contentar ante los nacionalistas, y en la actualidad a los independentistas, esfuerzo inútil, como se ha visto en los últimos 38 años y con los últimos acontecimientos vividos. Estas continuas concesiones, sobre todo en legislaturas sin mayoría absoluta, y por culpa del sistema electoral —vuelvo a repetir— ha sido muy perjudicial para el resto de España, salvo País Vasco por supuesto.

Muchísimas gracias.

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señoría.

Señora consejera.

La señora ÁLVAREZ BENITO, CONSEJERA DE SALUD

—Gracias, presidente.

Señoría, yo estoy de acuerdo en que nuestra comunidad reúne sin duda muchísimas de las condiciones para ser una ubicación adecuada para la Agencia Europea del Medicamento, porque es un sistema sanitario con una extensión geográfica importante, muy superior a muchos de los países europeos, tiene una amplia red de centros, así como profesionales de alta cualificación.

Por otra parte, también consta de una red de investigación biomédica, que es referente a nivel nacional e internacional y una amplia alianza entre el mundo académico y empresarial, además de dotaciones sin competencia para la realización de ensayos clínicos. También, por la disponibilidad de instalaciones y de una red de comunicaciones adecuadas para la conexión con el resto del país y con Europa, y precisamente por todo esto nos posicionamos ofreciendo nuestro territorio como adecuado e idóneo para la sede, como una apuesta importante para Andalucía. Ya le he transmitido que el propio consejero anterior, Aquilino Alonso, tuvo una reunión con la ministra para proponerle la decisión de que Andalucía fuera la sede, que yo misma lo manifesté en el Consejo Interterritorial que tuvo lugar el pasado mes de junio, pero el Gobierno prefirió prestar a candidatura de Barcelona, que ya quedó en segundo lugar en el año 1992, cuando Londres fue designada como sede de la agencia. Y entiendo que en el momento actual realmente, bueno, pues lo que toca es unir fuerzas para que nuestro país sea la clave y pueda tener, pueda competir con el resto de países que se presenta, que compite con 19 países, y son 27 países los que intervienen en la votación de esta decisión.

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señora consejera.

DIARIO DE SESIONES DEL PARLAMENTO DE ANDALUCÍA

Núm. 406

X LEGISLATURA

21 de septiembre de 2017

Agradecemos su presencia y su trabajo desde las diez de la mañana. La despedimos y continuamos con la primera proposición no de ley.

10-17/PNLC-000239. Proposición no de ley relativa a la necesidad de mejoras en la atención del Servicio de Cirugía Pediátrica de Cádiz

El señor GARCÍA ANGUIA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Señorías, iniciamos o seguimos la comisión, con la primera proposición no de ley, del Grupo Parlamentario Ciudadanos, relativa a la necesidad de mejoras en la atención del Servicio de Cirugía Pediátrica de Cádiz.

Señoría, tiene la palabra. Y tiene siete minutos.

El señor ROMERO JIMÉNEZ

—Gracias, señor presidente.

Saludo a la consejera, que está saliendo de la comisión, pero quiero que, al menos, sepa que vamos a hablar de un tema realmente importante para su consejería, y especialmente para los ciudadanos de todo Cádiz.

Esta es una proposición no de ley que, bueno, supongo que los portavoces habrán visto que se presentó hace un tiempo, evidentemente las circunstancias de cupos imposibilitan que podamos formularla con más inmediatez, pero, bueno, en cualquier caso, de alguna manera también se le puede sacar el punto positivo porque ha habido cambios favorables, afortunadamente, y, bueno, es interesante que también ocurran estas cosas, que cuando presentemos los grupos de la oposición iniciativas, aunque después las tengamos que defender más tarde, pues que tenga su impacto y alerte y despierte un poco al Gobierno andaluz.

Esta proposición no de ley, como decía, pues viene porque en los últimos tiempos —y cuando digo tiempo quizás haya que referirse a meses y meses— ha trascendido la información y la problemática, especialmente en los medios de comunicación y en el seno de la ciudadanía y de los usuarios de la sanidad andaluza, la problemática sobre las carencias de personal en el Servicio de Cirugía Pediátrica del hospital Puerta del Mar de Cádiz. Yo tengo que recordar que el hospital de Puerta del Mar de Cádiz evidentemente es el centro hospitalario de referencia de la provincia de Cádiz y que atiende a una población de 200.000 niños —200.000— gaditanos.

Y ahora, si me permiten, voy a hacer una especie de relato temporal de los hechos y por qué justificamos esta proposición no de ley.

Y lo comienzo hace un año, ¿por qué? Porque el pasado 15 de octubre —insisto, hace casi un año— se señalaba, en los medios de comunicación, que el hospital Puerta del Mar se quedaba sin —y lo voy a volver a repetir, y pongo en mayúsculas— un solo cirujano pediátrico —y acabo de decir que hay 200.000 niños gaditanos—, llegando hasta el punto —en aquel momento— de tener que anular intervenciones programadas, así como también las consultas de esta especialidad.

En aquel momento, la comunicación y la información fue que había cuatro cirujanos pediátricos que había en el hospital, y tres de ellos estaban de baja, y otro estaba de permiso. Ahí, de alguna manera —y yo no quiero hacer de esto, ni mucho menos, una guerra partidista, como digo—..., pero a partir de ahí comienza, digamos, un caos y una situación prácticamente insostenible.

Posteriormente, en el mes de marzo, ya de este año, 217, trasciende también que el jefe de la unidad de cirugía pediátrica del hospital Puerta del Mar, pues dejaba de prestar los servicios en este hospital. De hecho, fue el propio exconsejero, Aquilino Alonso, el que, por fin, lo reconocía también en el Parlamento de Andalucía —aquí mismo—, decía que había falta, evidentemente, ¿no?, había falta de cirujanos pediátricos en Cádiz, y al mismo tiempo informaba a los medios de comunicación lo que acabo de decir: que se marchaba el jefe del área de cirugía pediátrica.

Vamos al mes de abril. En abril se informaba también, por los medios de comunicación, que solo había dos cirujanos en ese momento trabajando. ¿Esto qué implica —y creo que es importante también reseñarlo—? Que ambos pues tuvieran que encargarse de todas las funciones que les corresponde a estos profesionales, y las cito: intervenciones de cirugía digestiva y urológica programadas en horario de mañana, atender las consultas externas, visitar y atender a los enfermos de plantas hospitalizados, operar las urgencias, y hacer las guardias, las localizadas y las que se presenten, y recibiendo todo eso el apoyo de los especialistas de cirugía general. Y además, pues, se tuvo que tomar la medida transitoria de que se reforzara con intervenciones de cirujanos que vinieran de hospitales que pertenecen a Sevilla y a Córdoba. Yo creo que todos los que estamos aquí..., yo no soy portavoz en sanidad, pero los que sí lo son creo que saben de lo que estamos hablando.

Después, en el mes de mayo, para más inri, pues otra merma más: uno de los dos especialistas pues se va a trabajar a Murcia, y nos quedamos con una persona, con lo cual, ¿qué pasa? Que un cirujano, en ese momento, para 200.000 niños, yo creo que, en el siglo XXI, no se puede permitir. Y a mí, insisto, y creo que el Gobierno socialista se puso las pilas, o se puso manos a la obra, pero es que no se puede permitir; es que había ocho cirujanos pediátricos en 2010, y hemos pasado, en un momento dado, en siete años, a tener cero; o en seis años, a tener cero, en un momento puntual. Eso, ¿qué significa? Pues que hay que modificarlo, ¿no?, como decía, y hay que solucionarlo, como decía el propio director general del hospital, y también, como digo, el exconsejero, ¿no?

Yo comprendo que es verdad, que hay contingencias y hay dificultades y problemas a la hora de atraer a esos cirujanos pediátricos porque lo que tampoco tiene mucho sentido es que salgan entre 20 y 25 al año para toda España, es complicado, ¿no?, y que se tenga que ir a otras opciones, ¿no? Pero lo que pretende esta iniciativa es que se amplíe, que ahora mismo hay tres, o cuatro, a punto —o acaba de aterrizar una nueva cirujana, no lo sé; tres, cuatro—, pero había ocho en 2010, con lo cual, como mínimo, vamos a hablar de seis, que fue el compromiso de la Junta de Andalucía, del Gobierno andaluz; vamos a llegar a seis. Porque si contemplamos el seis como algo razonable, y ahora mismo estamos a tres, pues significa que estamos a mitad de camino, que estamos a mitad de cumplir, cumplirlo con los ciudadanos y con los niños, por supuesto, sino cumplir con la palabra de la propia Junta de Andalucía, de la Consejería de Salud, y cumplir porque estamos a mitad de atender como medianamente se debe. Insisto, es que es una población infantil muy, muy importante, y muy considerable.

Así que nosotros nos alegramos de que haya esa cuarta cirujana, y que se amplíen las especialidades, porque me consta que los que se han ido incorporando son jóvenes y grandes profesionales, porque están muy preparados. Pero, recalco, vamos a adaptarlo a la demanda, a la realidad que hay en la provincia de Cádiz.

Y este es un tema que seguramente el portavoz del Grupo Socialista pues lo aludirá, ¿no?, es el hecho de la dificultad, como decía; existe ese problema de localizar y de tener un cirujano en la bolsa de empleo del

SAS, después en todo el territorio nacional; incluso se busca a profesionales de fuera del país. Hay que abordar este debate también en el sentido nacional.

Pero, bueno, creo que también es cuestión de previsión, de planificación y de minimizar el impacto de esa problemática, que existe, pero que hay que trabajarla.

Como se me agota el tiempo, el presidente me está haciendo señales, pues afortunadamente tengo una segunda oportunidad de continuar mi exposición. La haré después.

Muchísimas gracias.

El señor GARCÍA ANGUIA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias.

Señor Gil, tiene cinco minutos.

El señor GIL DE LOS SANTOS

—Gracias, señor presidente.

Esta mañana, en la comparecencia de la consejera sobre los datos preocupantes que desprendía la auditoría interna sobre el área de cirugía general y aparato digestivo del hospital Puerta del Mar, ya apuntábamos a la responsabilidad de la actual gerencia en la dirección médica de no haber actuado antes para paliar estas deficiencias preocupantes en el servicio, que, literalmente, ponía en riesgo la vida de los pacientes.

En esta propuesta volvemos a hablar del hospital Puerta del Mar, en esta ocasión sobre lo que era una unidad de referencia en toda la provincia de Cádiz, la cirugía pediátrica.

Y lo primero que debemos plantearnos es quién es el responsable de que se haya desmantelado la unidad de cirugía pediátrica de este hospital, que era la referencia para toda la provincia. ¿El problema es del hospital? Es decir, ¿es el problema que no tenga cabida en un hospital de las características del Puerta del Mar, por falta de recursos, por falta de quirófanos? ¿O es la culpa de la deriva que está llevando la gerencia con respecto a mantener esos recursos con el máximo rigor? Para nosotros está claro que se trata de lo segundo.

Así que, aun estando de acuerdo en los puntos 1 y 3 de la proposición no de ley, tenemos nuestras dudas respecto al punto 2.

No se trata tanto de crear nuevas plazas de cirugía pediátrica sino de cubrir las existentes, y que la consejería tome medidas contundentes respecto a lo que está sucediendo en el hospital Puerta del Mar, esto es: pedir la dimisión de la gerencia y la dirección médica, que han sido responsables de mirar hacia otro lado, ignorando todos los avisos con la problemática de cirugía general y aparato digestivo, y que ahora está sucediendo exactamente igual —ahora, en el caso de desmantelar un servicio de cirugía pediátrica referente—, y que está prescindiendo de especialistas que tenían la confianza de los familiares, de las familias, en patologías tan especiales como la patología anorrectal, y esos profesionales. Y esos profesionales, aunque los que se han incorporado nuevos, como ha comentado el portavoz de Ciudadanos, tienen una buena formación, para ser especialistas se requiere de mucha experiencia, y esa experiencia requiere un tiempo.

Así que, antes de valorar la apertura de áreas de Cirugía Pediátrica en otros hospitales de Cádiz, habrá que estudiar qué ha pasado en el área de Cirugía Pediátrica en el hospital Puerta del Mar, y si en ello han tenido algo que ver las condiciones laborales, cómo se ha organizado el servicio o la resolución de conflictos —o, en este caso, la no resolución de conflictos—, habrá que llamar a los responsables.

De hecho, seguiremos de cerca lo que está ocurriendo en el hospital Puerta del Mar y trabajaremos todo lo que haga falta para que se encauce lo que debe ser un hospital de referencia para los gaditanos y las gaditanas.

Muchas gracias.

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señoría.

Señora Mestre, tiene cinco minutos.

La señora MESTRE GARCÍA

—Sí. Muchas gracias, presidente.

Miren, a mí me hubiera gustado que esta iniciativa que presenta hoy Ciudadanos hubiera sido una iniciativa un poco más rigurosa y una intervención de su portavoz más rigurosa también, porque hay datos que fallan, quizás sea porque no han estado al día y pendientes de este asunto como debieran desde hace ya tantos meses, porque sí lo ha hecho el Partido Popular. Y sí desde los inicios del año 2017 el Partido Popular ha traído a esta comisión iniciativas al respecto.

No podemos olvidar incluso una comparecencia, que no fue de las más agradables, les puedo asegurar, con el propio consejero Aquilino en torno a la situación por la que venía pasando la Unidad de Cirugía Pediátrica del hospital Puerta del Mar. Y eso lo hizo el Partido Popular, y a raíz de esa intervención y de esa comparecencia, donde se negaba la mayor por parte del propio consejero, se empezó a conocer que el propio jefe de la Unidad de Cirugía Pediátrica posiblemente se fuera. Y, efectivamente, se ha ido, el doctor Alonso, sobre el que había muchísimas dudas, tanto en su praxis como en la gestión de la propia Unidad de Cirugía Pediátrica del hospital Puerta del Mar, porque es una unidad que parecía que había caído en desgracia. Pueden ustedes retrotraerse a una serie de años atrás, como puede ser hace tres, cuatro años, y cómo ya esa unidad y su anterior jefe tuvieron problemas. Y ahora el doctor Alonso pues era el siguiente.

Claro, lógicamente, aquí hay un problema de base, y es el que quiere conocer el Partido Popular. Pero, desde luego, todo incrementó y todo empeoró cuando a la señora Muguerra, una de las cirujanas pediátricas, la única experta en enfermedad de Hirschprung y experta en patología anorrectal, la despide el propio SAS. Y fui yo misma la que con el consejero les expliqué cómo habían despedido a esa profesional.

Y, miren, desde entonces las familias, que no podemos olvidar que son las máximas perjudicadas por esta forma de proceder en tantas ocasiones del Sistema Andaluz de Salud, se encuentran en estos momentos con un servicio deficitario a nivel de personal, si me permiten la expresión. Hay en estos momentos tres cirujanos pediátricos, una de ellas es la que se incorpora como mayor conocedora de patología anorrectal, pero

desde luego las familias no están contentas, porque tenían a una cirujana pediátrica experta, la primera o la segunda de España más conocedora al respecto, y sus hijos se han quedado sin un profesional de esas características. ¿Que los que están ahora mismo en el servicio son buenos? Por supuesto, no me cabe la menor duda, pero no tienen a la especialista en el problema o en los problemas de sus hijos.

Y esa ha sido una decisión unilateral, por el sectarismo que practica el SAS entre los profesionales, con los damnificados, sin ningún tipo de duda, como son las familias, teniendo que irse a otras comunidades autónomas. Eso es lo que está sucediendo en estos momentos.

Y como eso es así, el Partido Popular va a apoyar esta proposición no de ley, pero desde luego no podemos dejar de lamentar la situación a la que les tiene sometida la actual gestión del SAS a las diferentes especialidades de los diferentes servicios del hospital Puerta del Mar. Esta mañana hablábamos de la evaluación de la propia auditoría externa de Cirugía General y Aparato Digestivo, ahora estamos hablando de la Cirugía Pediátrica, que viene dando bandazos desde hace ya demasiado tiempo. Y el problema es que son los niños los máximos perjudicados y son las familias las máximas perjudicadas.

Queremos que se revierta esta situación, y por eso sin enmiendas de ningún tipo apoyamos esta iniciativa. Pero también he de decirles que cuando me he puesto en contacto con las familias para hablar de nuevo de esta situación..., ya que hace dos semanas estuvimos reunidos, fue la última vez, las familias no se han reunido en ningún momento con Ciudadanos. Por eso creo que es importante que ustedes pisen el terreno y, desde luego, se acerquen a las familias también si quieren ayudarles, porque eso es lo que ha hecho el Partido Popular y es lo que ha posibilitado que el jefe del servicio ya no esté al frente de la Unidad de Cirugía Pediátrica y también es lo que hace posible el que defendamos con conocimiento de causa la situación por la que pasan las familias y los pacientes, que son todos menores, de la Unidad de Cirugía Pediátrica del hospital Puerta del Mar.

Muchas gracias.

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señoría.

Señor Ferrera, tiene cinco minutos.

El señor FERRERA LIMÓN

—Sí. Muchas gracias, señor presidente. Señorías.

Señor Romero, esta proposición no de ley que trae su grupo a esta comisión sobre necesidad de mejoras de la atención del Servicio de Urgencias Pediátricas en el hospital Puerta del Mar en Cádiz... Como usted bien decía en su intervención, esta es una proposición no de ley que está basada y argumentada en un contexto, bueno, que es completamente distinto al día de hoy, donde se encuentra a día de hoy..., de la situación en la que se encuentra esta Unidad de Cirugía Pediátrica.

El momento al que se hace referencia en su exposición de motivos, en esta proposición no de ley, fueron unos momentos de dificultad, y así lo reconocía el propio consejero en la comparecencia en comisión..., ante

esta comisión en marzo. En este mismo periodo se dieron una serie de circunstancias que hicieron que desde la dirección del hospital y de la propia Consejería de Salud se llevaran a cabo medidas complementarias y de apoyo con profesionales de otros hospitales públicos de Andalucía, como hicieron dos equipos de la Unidad de Cirugía Pediátrica del hospital Reina Sofía y del hospital Virgen del Rocío..., del Reina Sofía en Córdoba y del Virgen del Rocío en Sevilla. Esto se hizo desde principios del mes de marzo de este mismo año. Esto, sumado a las contrataciones que se han llevado en la Unidad Pediátrica del hospital universitario Puerta del Mar, de Cádiz, ha permitido que la prestación de este servicio se lleve a cabo con normalidad y con las máximas garantías.

Esta fue una situación provocada por la falta de profesionales pediátricos, no solamente en el hospital Puerta del Mar de Cádiz, sino que esta falta de profesionales en esta especialidad es un problema que afecta al conjunto del sistema sanitario de nuestro país. También es importante destacar la normalidad que en estos momentos existe, por ejemplo, en las listas de espera, situándose muy por debajo de la mitad del periodo máximo que establece el propio periodo de garantía.

Por tanto, señor Romero, la situación planteada en esta proposición, como podemos observar, ha sufrido un cambio significativo e importante con respecto a su origen, a favor de los usuarios de este servicio. Eso no significa que esté todo hecho, ni mucho menos, señor Romero. Desde el Gobierno andaluz se sigue trabajando para continuar mejorando la contratación de más personal para esta Unidad Pediátrica del hospital universitario Puerta del Mar de Cádiz, como puede verse, y hoy ha sido una noticia que ha salido en prensa esta mañana, ¿no?, el compromiso de seguir trabajando para el incremento de estas plazas.

A lo que también hay que añadir que desde la Consejería de Salud se ha llevado a cabo un importante proyecto de mejoras en espacios, equipamientos y dotación de alta tecnología, con una inversión de casi trece millones de euros en ese mismo hospital en lo que llevamos de legislatura, en esta apuesta clara y ese compromiso de defensa del Gobierno de Andalucía por una sanidad pública, gratuita y de calidad para todos los andaluces y andaluzas, vivan donde vivan y dispongan de los recursos económicos de que dispongan.

Esto viene a confirmar el hecho de que tanto en el periodo de 2017, así como 2018, y a pesar de las dificultades económicas que seguimos padeciendo, el Gobierno andaluz ha decidido aumentar en casi quinientos millones la partida de Salud en cada una de estas anualidades, por lo que desde Andalucía para este 2018 contará con un presupuesto de casi diez mil millones de euros más.

Señora Mestre, las reivindicaciones que han hecho los padres han sido atendidas y han sido pactadas con la propia dirección del centro hospitalario, y eso es así, ¿eh?, eso es así. Entonces...

[Intervención no registrada.]

No, eso es exactamente así. Yo no sé... Vamos, al final esa propia reunión terminó dándole al conjunto de los padres y al conjunto de los miembros de las personas que estuvieron en aquella reunión, dando un voto de confianza, que, al parecer, pues ha sido bastante positivo, y la situación en ese aspecto ha cambiado de manera importante.

Señor Romero, para terminar, ya para terminar y para posicionar a mi grupo, vamos a presentar una enmienda *in voce* al punto número 1, donde su texto original dice: «aumentando la plantilla», y este grupo quiere incorporar: «seguir aumentándola».

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señor Ferrera.

Señor Romero, para terminar, tiene cinco minutos.

El señor ROMERO JIMÉNEZ

—Bien, gracias, señor presidente.

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Ruego que conteste a Amós. Primero preguntaremos al final, quiero preguntar a los grupos si todos están de acuerdo en que se tramite la enmienda *in voce* presentada por el PSOE.

Pues, entonces, conteste en su intervención al final sobre la enmienda.

El señor ROMERO JIMÉNEZ

—Estupendo. Pues gracias, señor presidente.

Decía que voy a aceptar esa enmienda *in voce*, en nombre de Ciudadanos, porque, como decía y justificaba al principio de mi intervención, cuando presentamos esta iniciativa la situación era relativamente diferente. Con lo cual, agradecemos el esfuerzo en esa línea de seguir aumentando.

Respecto a lo que comentaba el portavoz de Podemos, solamente aclararle o explicarle que el punto 2 viene un poco a reflejar la situación tan importante que existe en la provincia de Cádiz, es decir, la ratio de población infantil respecto al número de cirujanos pediátricos que hay en la provincia de Cádiz es el más bajo que tenemos de Andalucía. Con lo cual, entendemos que quizás sea necesario que se estudie la posibilidad de que haya otras áreas como, por ejemplo, el área de Jerez de la Frontera, que abarca la comarca noroeste, la sierra y demás, para que se pueda dar un servicio sanitario acorde a esa demanda. Esa es simplemente la existencia de ese punto número 2.

Respecto a la intervención de la señora Mestre, del Partido Popular, mire, para usted, la medalla; yo no represento esa política, yo no represento esa política. Para usted, la medalla. Yo entiendo que vuestras perspectivas electorales, evidentemente, hagan que se tenga que centrar en Ciudadanos, nosotros nos centramos en soluciones, en aportar soluciones. Con lo cual, para usted es la medalla.

¿Usted se reúne con 200.000 niños o sus familias? Estupendo. Nosotros nos hemos reunido y conocemos de primera mano la problemática por parte de los profesionales.

Y dice usted que ya comenzó que, insisto, para usted la medalla, ya comenzó en 2017 esto en la Comisión de Salud. Yo no soy portavoz, ni estoy en la Comisión de Salud, pero poco bueno dice de usted cuando en 2017, que empezaron ustedes con este asunto, no han conseguido absolutamente nada. Nosotros, por lo menos, hemos traído aquí esta iniciativa, y espero contar con su apoyo y el apoyo del resto, y vamos a seguir aumentando, que es lo que se quiere. Con lo cual, nos centramos, nos centramos en los resultados y en la mejora para esos niños. Y para usted, la medalla. No pasa nada.

Y respecto a la intervención del Grupo Socialista, pues le agradezco su tono. Agradezco también que haya aparecido en prensa esa noticia, y eso significa que lo que hacemos los grupos de la oposición hace que se despierte, que se alerte el Gobierno andaluz, la Consejería de Salud, y que tome medidas.

Evidentemente, era un problema que, bueno, que había que tomar soluciones sí o sí. Insisto, había ocho profesionales en 2010. Hemos llegado a tener cero profesionales en 2016, y si ahora vamos por 3, a punto de 4, y el objetivo es que sean 6, yo creo que me podría sentir satisfecho sin tener que ponerme, insisto, ningún tipo de medallas.

En definitiva, nosotros lo que queremos es que..., nosotros lo que queremos es que esos niños estén bien atendidos, que la sanidad, que esa sanidad que, bueno, de la que presume tanto el Gobierno andaluz, que esa sanidad realmente sea una sanidad digna, a la altura del siglo en el que estamos y del territorio donde estamos. Que esos niños no se vean desatendidos, y que los profesionales también puedan ejercer su función en unas condiciones también dignas, porque hasta ahora no lo han podido hacer.

¿Por qué?, porque a cambio de la estabilidad que ahora tiene Andalucía, nosotros lo que queremos es que —y aquí también se ha puesto sobre la mesa— algo muy importante: queremos gestión. De nada nos va a servir que en tres años hayamos propiciado el aumento de presupuesto en casi 1.300 millones de euros, si después no vemos una gestión mejor, una gestión más eficiente, que se gaste mejor el dinero, esos 1.300 millones de euros. Eso es lo único que queremos, queremos resultados, queremos resolución de problemas, y este era un problema fundamental, fundamental en la provincia de Cádiz y fundamental en el hospital Puerta del Mar, de Jaén.

Nosotros no queremos excusas, ni queremos medallas, queremos soluciones.

Muchas gracias.

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señoría.

Le ruego al señor Ferrera que pase a la Mesa el escrito de la enmienda *in voce*.

10-17/PNLC-000266. Proposición no de ley relativa a inmunodeficiencias primarias (IDP)

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Pasamos a la segunda proposición no de ley, en esta ocasión del Grupo Parlamentario Popular, relativa a inmunodeficiencias primarias.

Tiene la palabra la señora Redondo.

La señora REDONDO CALVILLO

—Gracias, señor presidente.

Bueno, las inmunodeficiencias primarias son en conjunto la mayor agrupación de patologías humanas de base genética conocida en la actualidad.

Hay más de trescientas enfermedades diferentes descritas en la literatura científica y afectan tanto a niños como a adultos. Algunas aparecen en la época del lactante, casi prácticamente desde el primer mes de vida; otras comienzan a los tres o seis meses, coincidiendo precisamente con el agotamiento de las defensas que han pasado de la madre al niño durante el embarazo; otras, cuando el niño ya tiene varios años, y algunas, incluso, en edad adulta.

En términos muy básicos y sencillos, podremos decir que las enfermedades..., que son enfermedades donde las defensas del cuerpo no funcionan bien frente a las infecciones. Por lo tanto, como consecuencia de este mal funcionamiento, entre comillas, pues se padecen, como ustedes saben, más infecciones de lo habitual. Además, estas infecciones se hacen más severas y más prolongadas en el tiempo. Y, por si fuera poco, no responden bien a los tratamientos habituales. Incluso aparecen también con microbios que, aunque para aquellas personas que no sufrimos de esa inmunodeficiencia pueden parecer inofensivos, para ellos se les complica aún más.

Los tratamientos pueden ser muy diferentes, desde las inmunodeficiencias más leves, que no necesitan de ningún tipo de tratamientos, solamente un seguimiento, hasta las más severas, cuyo tratamiento se puede aplicar en muy pocos centros hospitalarios de referencia. Es decir, según la complejidad de la enfermedad y el diagnóstico, vamos a encontrar el tratamiento más sensible en unos centros o en otros.

Las inmunodeficiencias, además, suelen complicarse con enfermedades autoinmunes y con enfermedades cancerosas, que agravan aún más la situación. Y decir que si esta inmunodeficiencia no está diagnosticada y, por lo tanto, no se trata pues son potencialmente mortales o dejan secuelas de por vida. Esto es todo teoría, pero la realidad es que los pacientes de inmunodeficiencias primarias lo tienen muy, muy difícil con el escenario que se encuentran hoy día.

La realidad que ha provocado que venga a esta comisión esta proposición no de ley es que en el ámbito de las inmunodeficiencias primarias se sufre de un déficit muy importante de conocimientos médicos y científicos. De hecho, hasta hace muy poco tiempo no existía ninguna investigación real y ninguna política de salud pública sobre este campo.

A pesar de este panorama, un tratamiento y un cuidado médico adecuado mejora la calidad de vida de los afectados y amplían su esperanza de vida. Con los progresos que se han hecho en este campo, queda evidenciado que no solo hay que continuar, sino doblar los esfuerzos en el ámbito de la investigación y la solidaridad social, fundamentalmente porque las mayores dificultades a las que se enfrentan las personas afectadas por esta enfermedad son la búsqueda del diagnóstico, la falta de información adecuada e incluso el desconocimiento a la hora de a qué profesionales tienen que dirigirse o no. No puede ser, señorías, que además de padecer una inmunodeficiencia primaria, por ese hecho se le complique a una persona el poder acceder a una atención médica de calidad o que no cuente con un apoyo general, ni desde el punto de vista médico ni social, cuando además, las personas afectadas por inmunodeficiencias primarias son más vulnerables en el terreno psicológico, social, económico y cultural.

No podemos mirar para otro lado cuando sabemos que la falta de conocimiento científico y médico hace que muchos pacientes no estén diagnosticados, y que sus enfermedades no estén identificadas. No podemos mirar para otro lado cuando todas estas dificultades pueden superarse mediante políticas apropiadas.

Señorías, el cribado neonatal de la inmunodeficiencia primaria debe ser una realidad para los andaluces. Hay que sopesar las prioridades, lo sé, pero, aunque se tengan limitaciones presupuestarias, se debería priorizar en todas aquellas actuaciones que, aunque a corto plazo puedan suponer y de hecho supongan un incremento, la verdad es que a medio y largo plazo conllevarán reducciones muchísimo más elevadas.

Por todo ello, apelo a la sensibilidad de sus señorías y espero contar con su apoyo para la aprobación de esta proposición no de ley.

Muchas gracias.

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señoría.

Señora Albás, tiene cinco minutos.

La señora ALBÁS VIVES

—Gracias, presidente.

Señora Redondo, desde Ciudadanos pensamos que es una iniciativa muy acertada. La verdad es que, aplicando esta iniciativa, podríamos evitar pues muchísimas complicaciones futuras. Las inmunodeficiencias primarias son un grupo de enfermedades causadas por la alteración cuantitativa y funcional de distintos mecanismos implicados en la respuesta inmunológica. Las diferencias en sus manifestaciones clínico-inmunológicas, especialmente el tipo de infecciones que presentan, están relacionadas con la alteración molecular en cada caso.

Usted ya ha hablado de que hay 300 tipos de inmunodeficiencias primarias, de las cuales, en más de 120 se conoce el defecto genético. El cribado neonatal de las inmunodeficiencias, pues la verdad que debería ser una realidad, aunque a día de hoy no está disponible, pues aquí, en la Comunidad Autónoma de Andalucía, los últimos, vamos, los datos que se manejan, como siempre decimos en Ciudadanos, hay que basarse en la evidencia, pues que demuestran que son de gran utilidad en el diagnóstico y tratamiento de estos pacientes, con un porcentaje de falsos positivos y negativos muy bajos y una evidente mejoría del pronóstico vital de esos pacientes.

Con lo cual, no tengo mucho que aportar porque creo que se incluye en todos los puntos, en esta iniciativa, pero sí que voy a reforzar la elaboración de guías de detección, diagnóstico y tratamiento del registro en Andalucía de los pacientes. Y hay que analizarlo, hay que valorarlo y hay que evaluarlo para realmente ver si se puede mejorar este cribado.

Creo que es un acierto esta proposición no de ley y va a contar con nuestro apoyo.

Muchas gracias.

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señoría.

Señor Gil, tiene cinco minutos.

El señor GIL DE LOS SANTOS

—Gracias, señor presidente.

El cribado neonatal de enfermedades congénitas es una prestación del sistema nacional de salud. Así está recogido en el Real Decreto 1.030/2006, de 15 de septiembre, que establece la cartera de servicios comunes del sistema nacional de salud y el procedimiento para su actualización.

El apartado 3 del Anexo I del citado Real Decreto, cartera de servicios comunes de salud pública, es el de promoción de la salud y prevención de las enfermedades y de las deficiencias.

Tiene a su vez un subapartado 3.3, en el que se incluye el cribado neonatal de enfermedades endocrino-metabólicas y programas de cribado de cáncer.

En este apartado 3.3 podría encajar perfectamente este nuevo cribado neonatal, si se decidiera incluirlo en la cartera de servicios del sistema nacional de salud.

Es necesario que se realice una evaluación lo más completa posible sobre el coste de este cribado, para poder planificarlo adecuadamente.

En este sentido, desde nuestro grupo, planteamos la siguiente enmienda *in voce*, apartado 1 de la proposición no de ley:

Instar a la Consejería de Salud, a través de la comisión correspondiente del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, a que solicite que se evalúe la pertinencia de incluir en las prestaciones del sistema nacional de salud el cribado neonatal de la inmunodeficiencia primaria.

En cuanto al apartado 2, habrá que analizar el incremento de profesionales necesarios para realizar ese cribado y los tratamientos que se deriven del diagnóstico precoz de esas enfermedades.

Puede que sean especialistas en otras especialidades, además de las inmunología clínica, o puede que no, que tengan que ser desde la especialidad de inmunología clínica. Habrá que estudiarlo.

Proponemos también una enmienda *in voce* al apartado 2 en esos términos: planificar la necesidad de personal necesario para la puesta en marcha de cribado neonatal y las consecuencias asistenciales que de estas se deriven.

Muchas gracias.

El señor GARCÍA ANGUIA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señoría.

Señora Pachón, tiene cinco minutos.

La señora PACHÓN MARTÍN

—Sí, muchas gracias, señor presidente.

Y muy buenas tardes, ya, señorías, a todos y a todas.

Y me corresponde a mí, es un placer el posicionarse a mi grupo parlamentario en esta proposición no de ley que presenta el Partido Popular. Y permítanme, y creo que lo hago en nombre de todos los parlamentarios y parlamentarias de esta comisión, el que nuestro primer saludo vaya dirigido a los representantes de ANADIP, que es la Asociación Andaluza de Ayuda al Déficit de Inmunodeficiencias Primarias, porque, según nos consta a este grupo parlamentario, y así lo hemos podido constatar también en la web de esta asociación, esta proposición no de ley que abordamos emana precisamente de dicho movimiento asociativo.

Y en primer lugar, desde mi grupo, queremos dar la enhorabuena en general a ese grupo de hombres y mujeres que en su día, en torno a abril del año pasado, quisieron constituirse como colectivo para hacer visible y solicitar las acciones necesarias para alcanzar como objetivo principal la mejora de la calidad de vida de las personas afectadas por estas inmunodeficiencias primarias.

Y, en particular, permítanme también darle la enhorabuena al doctor Manuel Santamaría, inmunólogo de referencia de nuestra sanidad pública andaluza, más concretamente del hospital Reina Sofía de Córdoba, impulsor de la conformación de dicho movimiento asociativo.

Al tratar de inmunodeficiencias primarias, nos encontramos, como ya se ha destacado aquí, ante enfermedades de baja prevalencia, pero no por ello deben dejarnos indiferentes, ya que estos síndromes provocados por alteraciones y deficiencias del sistema inmune provocan a veces una sintomatología severa que impide en algunos casos el desarrollo de una vida normalizada.

Por ello, la detección precoz es prioritaria para el posterior diagnóstico y tratamiento en tiempo y forma, para contrarrestar el desarrollo de esta patología y las que esta provoca.

Especialmente, esa detección precoz cobra un mayor sentido y una mayor importancia en la edad pediátrica. Nuestro grupo entiende que el cribado neonatal es importantísimo, muchísimo. De hecho, me imagino que conocerán el resultado del estudio que desarrolló un equipo multidisciplinar de los hospitales sevillanos de Valme, Virgen Macarena y Virgen del Rocío, liderado por el pediatra inmunólogo Olaf Neth, jefe de la sección de enfermedades infecciosas de inmunología pediátrica del hospital Virgen del Rocío. Dicho equipo ha constatado las ventajas de ampliar la prueba del talón a los recién nacidos. De hecho, el 21 de enero del 2017, en la Comisión Andaluza de Cribados, dicho profesional presentaría la propuesta de incluir en el programa de cribados neonatal las inmunodeficiencias primarias combinadas graves.

La comisión objetó ahí la baja prevalencia de la enfermedad, y para que sea efectivo el diagnóstico precoz debe adecuarse al circuito actual de recogida y análisis de muestras del cribado neonatal de metabolopatías.

Por ello, y ante la duda razonable que presenta este cribado para su aplicación a nivel poblacional, la propuesta de introducción del cribado de estas inmunodeficiencias en Andalucía se encuentra actualmente en fase de estudio en profundidad por parte de la Comisión Andaluza de Cribados.

Para ello se configurará, por tanto, un grupo de trabajo para el cribado y así estudiar la factibilidad de la propuesta y su repercusión, por tanto, en el circuito actual de cribado neonatal de metabolopatías y presentar así unas propuestas definitivas de la comisión andaluza de cribados.

Así, por tanto, versa esta enmienda que ha presentado, que ha registrado nuestro Grupo Parlamentario Socialista, para que se tenga en cuenta esa factibilidad de que se aplique adecuadamente ese estudio para posteriormente, tras las conclusiones de ese grupo de trabajo, se puedan elevar a esa detección precoz.

Y también queremos presentar una enmienda *in voce*, señor presidente, nuestro grupo, en torno al punto número 2, para que, tras las conclusiones precisamente de ese grupo de trabajo en torno a que se aplique ese cribado neonatal, que se aplique, por tanto, la detección de estas inmunodeficiencias primarias, pues solicitamos, pedimos que tenga en cuenta el Partido Popular la enmiendas *in voce* que decimos a continuación, que empezaría así: «Tras las conclusiones del grupo de trabajo de cribado...», y ya seguiría el punto número 2, «el Partido Popular se adecuaría a la plantilla de médicos especialistas en inmunología clínica», y ya se desarrollaría el punto número 2 en ese sentido.

Destacar desde nuestro grupo parlamentario, y ya termino, señor presidente, que tenemos que seguir avanzando en ese diagnóstico precoz fundamental en el tratamiento, en el diagnóstico, que es muy importante también la formación de nuestros profesionales, sobre todo en atención temprana, que tenemos que seguir trabajando también de manera importante en la investigación y que de manera coordinada decirle también al colectivo, a los miembros de esta asociación, que ya se está trabajando, como decía, de manera coordinada en una petición que tiene este colectivo, este movimiento asociativo, para que haya una coordinación entre educación y sanidad, y que así se trabaje para un protocolo de coordinación entre la Consejería de Salud y la Consejería de Educación. Adelantarle que nos consta que ya existe esa permanente coordinación, como les digo, y que se está trabajando en este objetivo, ultimando un manual de atención al alumnado con necesidades específicas de apoyo educativo por padecer enfermedades raras y crónicas.

Muchísimas gracias, señor presidente, ha sido un placer trabajar con su señoría Redondo, un placer, de verdad se lo digo, y decirles que aquí tiene esta mano tendida del grupo parlamentario al colectivo, al movimiento asociativo. No hemos tenido el placer de que nos pidan que nos reunamos con ellos, pero estamos a su entera disposición para todo aquello que necesiten y, si lo estiman oportuno, aquí estamos, este grupo parlamentario, para atenderles también en sus demandas y necesidades.

Muchísimas gracias, señor presidente.

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señoría.

Han presentado tres enmiendas *in voce*, dos de Izquierda Unida, una del PSOE, por tanto, ¿hay algún grupo que se oponga a la tramitación de...?

[Rumores.]

Perdón, Podemos, dos de Podemos y una de PSOE, ya lo sé, después de seis horas..., dos de Podemos y una del PSOE, que va a traer a la Mesa ahora mismo la señora Pachón. ¿Algún grupo se opone a que se tramiten las tres?

Pues, le doy la palabra y le ruego que conteste tanto a las enmiendas presentadas por escrito por el Grupo Socialista como a la *in voce* del Grupo Socialista y a las dos *in voce* del Grupo de Podemos Andalucía.

Tiene la palabra.

La señora REDONDO CALVILLO

—Muchas gracias, señor presidente.

Bueno, pues, en primer lugar, agradecer a todos los grupos parlamentarios por el apoyo que han dado a esta proposición no de ley y, por supuesto, a NADIR y a su presidenta, Carmen Castilla, en concreto porque me ha permitido conocerlos más y participar en esta proposición no de ley que, la verdad, me ha aportado bastante. Sinceramente, conoce uno..., una cosa es leer los artículos y las cosas, y otra cosa es, de verdad, compartir con las personas que sufren estas enfermedades. Y, por supuesto, al doctor Santamaría, no solo por su trabajo y su colaboración sino por esa grandísima sensibilidad que tiene al tratar con estos enfermos.

Y, con respecto a las enmiendas, pues, las enmiendas del Partido Socialista las vamos a admitir, las dos. Y las dos enmiendas *in voce* de Podemos, pues, la primera, entiendo que no es necesaria porque ya está incluido en el Sistema Nacional de Salud. Aun así le he dicho que, si no lo tiene claro, que no nos importa meterlo como un punto adicional, pero que ya está incluido, o sea, que es algo... Y, el segundo punto, como ha sufrido una modificación el punto 2 original, tengo entendido que también van a admitir, ¿no?, que el segundo punto es que no es compatible con el punto que se aprobó, al poner que tras los trabajos concluidos..., o sea, tras las conclusiones del grupo de trabajo se hará la planificación, entendemos que no se pueden aprobar las dos, ¿no? Eso es lo que hemos hablado antes.

En todo caso, la segunda enmienda *in voce* de Podemos no se admite porque no es compatible con la que acabamos de aprobar del Partido Socialista.

La primera, si se sigue empeñando, sí, pero que insisto en que ya está incluido, vamos a ver..., que es que no tenemos inconveniente porque está incluido, está incluido en el Sistema Nacional de Salud.

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—La del PSOE, ¿las dos?, la *in voce* y la escrita.

La señora REDONDO CALVILLO

—Las del PSOE las dos.

DIARIO DE SESIONES DEL PARLAMENTO DE ANDALUCÍA

Núm. 406

X LEGISLATURA

21 de septiembre de 2017

El señor GARCÍA ANGUIA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Y de las dos del Grupo Parlamentario de Podemos Andalucía, ¿la segunda no y la primera sí?

La señora REDONDO CALVILLO

—Pues, la... No, porque es que está clarísimo, le hemos mandado hasta el documento donde viene incluido.

El señor GARCÍA ANGUIA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—¿Como adición, como adición?

La señora REDONDO CALVILLO

—Es que lo hemos enviado al portavoz de Podemos hasta el documento donde está incluido, así que no.

El señor GARCÍA ANGUIA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Entonces no acepta ninguna de las dos.

La señora REDONDO CALVILLO

—No.

El señor GARCÍA ANGUIA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Bien.

Entonces, ¿ha terminado?

La señora REDONDO CALVILLO

—Sí. Muchas gracias.

El señor GARCÍA ANGUIA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Pues, muchas gracias, señoría.

10-17/PNLC-000273. Proposición no de ley relativa a la evaluación del impacto en salud de proyectos de planeamiento urbanístico en Andalucía

El señor GARCÍA ANGUIA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Pasamos a la tercera proposición no de ley, en este caso del Grupo Parlamentario Socialista, relativa a la evaluación del impacto de salud en proyectos de planeamiento urbanístico en Andalucía. ¿Quién iba?

Señora Ferriz, tiene siete minutos.

La señora FÉRRIZ GÓMEZ

—Muchas gracias, señor presidente.

Y buenas tardes ya a todos y a todas.

Estamos acostumbrados a debatir sobre muy diversas acciones que van dirigidas a proteger y promover la salud pública en todos sus ámbitos. Y la PNL que el Grupo Socialista presenta va precisamente dirigida a una de esas acciones, de protección y promoción de la salud, que quizás tiene menos visibilidad o es menos conocida, pero que es igual de importante que el resto. En concreto, queremos traer hoy a esta comisión dos propuestas en relación a la evaluación del impacto en salud de proyectos de planeamiento urbanístico en nuestra comunidad autónoma. Se trata de poder controlar y promover mejoras sobre cualquier actividad que pueda tener repercusiones sobre la salud y hay que alegrarse porque con el tiempo ha ido cogiendo cada vez más fuerza una idea que es muy importante, y es que se reconozca la influencia que pueda tener en la salud de las personas el medio físico, y que no solo tengamos una visión estrictamente sanitaria.

Está demostrado que aquellos modelos urbanísticos que poco tienen en consideración a la ciudadanía como el centro y como el protagonismo..., y con el protagonismo que se merece, pues suponen un factor de influencia sobre ciertas enfermedades como pueden ser enfermedades cardiovasculares, enfermedades respiratorias, cáncer o la salud mental, la propia salud mental.

Precisamente en este contexto es donde nace el concepto de evaluación de impacto en salud, que, como recoge el decreto al que hacemos alusión en la PNL, el Decreto 169/2014, de 9 de diciembre, se trata de una combinación de procedimientos, métodos y herramientas por los que una política, un plan, un proyecto, un programa pueda ser evaluado en función de sus potenciales efectos sobre la salud de la población. Y yo creo que todas y todos estaremos de acuerdo en considerar que esta evaluación es una herramienta esencial para poder formular políticas más saludables, en tanto que pueden y permiten anticiparse a los posibles efectos que pueda tener una determinada acción urbanística.

Y, si podemos anticiparnos, pues también se abre la posibilidad de poder formular recomendaciones para reducir o evitar aquello negativo o potenciar lo positivo. Si nos paramos a pensar en cualquier planeamiento urbanístico, hay muchos aspectos que pueden determinar la incidencia en la salud. Por ejemplo, modificar el medio físico puede influir en la red hidrográfica, en hábitats naturales que pudieran existir en ese entorno, in-

cluso en la calidad del aire o la calidad del agua. Determinadas actuaciones urbanísticas pueden reducir la accesibilidad de una parte de la población a instalaciones y servicios públicos educativos o sanitarios, o pueden suponer un impedimento para conectarse con el resto del núcleo urbano. También puede afectar a la disponibilidad o accesibilidad de instalaciones recreativas, deportivas, infantiles. Puede suponer la ausencia de espacios verdes. O también determinadas instalaciones pueden conllevar actividades que sean molestas, insalubres o peligrosas.

Pues todos estos aspectos y otros más pueden afectar directa o indirectamente sobre la salud de la población y, además, hay que tener en cuenta que dentro de la población existen riesgos que son especialmente vulnerables, pues, por su fisiología, por su estado de salud, por sus hábitos de vida o simplemente por su situación socioeconómica. Dentro de estos podemos entender a los mayores, a los menores, a las mujeres embarazadas, a las personas con discapacidad.

Pues, ante esta realidad, el Gobierno andaluz no ha mirado para otro lado, somos la primera región de Europa en condicionar de manera preceptiva y vinculante la aprobación de los proyectos y los instrumentos de planeamiento urbanístico al informe sobre su incidencia en la salud pública, algo que nos ha convertido en referente y en vanguardia de la salud pública tanto a nivel nacional como internacional.

El decreto que determina el procedimiento de la evaluación de impacto en salud en Andalucía nos ha permitido abordar de manera integral todos los factores que afectan a nuestra salud a la hora de abordar este planeamiento urbanístico. No solo permite predecir los efectos negativos sino anticiparse, como he dicho antes.

Hasta el momento y tal como recogemos en la PNL se han tramitado más de 350 actuaciones, haciendo así posible que Andalucía tenga una equidad en salud y un derecho de la ciudadanía a disfrutar de un nivel adecuado de salud pública.

Y otros aspectos que yo creo que son..., que merece la pena ser destacados del decreto, pues que permite simplificar y agilizar trámites, que plantea una información pública que cada vez es más demandada, o algo muy importante, y es la participación ciudadana tanto antes, en el planeamiento, como durante el desarrollo del proyecto. Y, por supuesto, pues, también se contempla el derecho a obtener información sobre las iniciativas que se vayan a abordar.

En definitiva, con esta PNL nosotros queremos ir un pasito más, por una parte proponiendo que se elabore un manual orientativo sobre estándares de calidad, sobre infraestructuras, equipamientos y servicios urbanos, y que se pueda poner a disposición de los ayuntamientos. Y, por otra, desarrollando una cartografía sobre la distribución espacial del grupo de población vulnerable que permita a su vez una consulta más fácil por parte de la ciudadanía. Para eso es para lo que solicitamos hoy el apoyo del resto de grupos políticos.

Muchas gracias.

El señor GARCÍA ANGUIA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señoría.

Señora Albás, tiene cinco minutos.

La señora ALBÁS VIVES

—Gracias, presidente.

Pues, a juicio de Ciudadanos, a nuestro juicio, esta iniciativa todo lo que pide es bastante sensato. Un manual sobre estándares de calidad en infraestructuras, equipamientos y servicios urbanos, nos parece acertado. Hace referencia dentro de la proposición no de ley sobre el número de actuaciones que ya han sido tramitadas, que han sido 350. Cómo lo ha ido gestionando la Junta de Andalucía, pues, hasta ahora, pues, la verdad que entendemos que de la mejor forma posible, pero no ha sido necesario tener este manual orientativo. Pero bien es cierto que todo lo que sea sumar y mejorar será bienvenido.

Estamos de acuerdo con esta iniciativa porque pretende que los municipios tengan acceso a una base de datos para que las ciudades, pues, estén más organizadas en cuanto a impacto en salud, impacto sobre los determinantes en salud, cambios perceptibles en un medio biofísico, social o económico, impacto sobre resultados en salud, cambios medibles, impacto sobre las inequidades en salud, de una zona a otra, impactos significativos y aquellos impactos que causan una modificación suficientemente importante como para que deban ser tenidos en cuenta de manera específica en el análisis de los resultados en salud.

Entendemos que si realmente se elabora el manual orientativo y hay una base de datos, pues se podrá mirar al futuro de una forma más sensata y no con visiones cortoplacistas que quizás se han podido llevar a cabo a día de hoy.

Gracias.

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señoría.

Señor Gil, tiene cinco minutos.

El señor GIL DE LOS SANTOS

—Gracias, señor presidente.

La Consejería de Salud para la evaluación del impacto de salud tiene disponible una serie de guías y materiales en su página web. Las guías metodológicas son manual para la evaluación de los impactos de salud de proyectos sometidos a prevención y control ambiental en Andalucía y manual para la evaluación de impactos en salud de los instrumentos de planeamiento urbanístico en Andalucía. Y tienen documentos de apoyo para la evaluación del impacto en salud de proyectos sometidos a prevención ambiental y, también, documentos de apoyo para la evaluación de impacto en salud e instrumentos de planeamiento urbanístico.

Además de lo anterior, está el Centro de Recursos de Evaluación de Impacto en Salud, CREIS, adscrito a la Escuela Andaluza de Salud Pública, en la página del CREIS, CREIS.es, pueden descargarse más guías y manuales para diversos ámbitos, urbanismo y vivienda, transportes, participación y desarrollo comunitario, industria..., una página web muy completa esta última.

Por otro lado, la Junta cuenta también con el Instituto de Estadística y Cartografía con una sección de cartografía también muy completa. Con toda lo anterior, no quiero suplantar la función de la portavoz del Grupo Parlamentario Socialista, sino señalar que ya existen recursos a utilizar, y por eso más adelante ahora lo sustentaré en las enmiendas *in voce*.

Entre todos esos recursos de que dispone la Consejería de Salud, el CREIS, el Instituto de Estadística y Cartografía, hay personal suficiente para llevar a cabo también esta cartografía que debería explicitarse que se utilizará el personal de estos organismos, y no se acudiría a un organismo tercero, que no sabemos quién podría ser.

Por otro lado, el carácter optimista de la exposición de motivos habría que rebajarlo muy mucho, pues nuestra comunidad está muy lejos de ser un ejemplo de buen hacer y de garantizar la equidad de salud pública a su población. Valgan estos ejemplos sobre los hechos que entran en contradicción con lo que se predica.

Empecemos con El Cabril, Córdoba. Es el único almacén de residuos radiactivos de baja y media actividad en España. El 70% de los residuos que almacena provienen de operaciones de centrales nucleares, el resto proviene de residuos industriales sanitarios, etcétera. ¿Hay un plan para cambiar esta bomba de relojería?, pregunto. ¿Qué evaluación de impacto en salud tiene este almacén de residuos radiactivos para la Junta?

Pues, toda esta actividad de almacenaje de residuos se lleva a cabo sin que se realicen estudios serios y sistemáticos sobre la salud de la población para detectar posibles incidencias. Es además una forma muy barata de vender nuestra salud, pues el impacto económico en la región es más que discutible. No veo por ningún lado el cambio de modelo económico que necesita Andalucía, y que la salud tiene mucho que decir.

Otro asunto destacable sobre el que habría que reflexionar sobre el impacto en salud que tiene es el modelo de turificación, que está ahora mismo desarrollando la Junta de Andalucía, aumento de la demanda sobre los recursos sanitarios sin que estos se reajusten adecuadamente. Exceso de ruido que tiene este modelo de turismo, residuos, etcétera, así que yo me quedaría en el excesivo tono optimista de la Junta en cuanto a cuidado de los factores que impactan sobre la salud de la población.

Termino con las enmiendas *in voce* que nuestro grupo va a presentar. Como decía, el punto 1, usar las guías metodológicas ya disponibles sobre la evaluación del impacto en salud de prevención y control ambiental y de planeamiento urbanístico en Andalucía, para poner a disposición a los ayuntamientos para que los planteamientos urbanísticos de nuestras ciudades y pueblos respondan a los requisitos exigidos de calidad de vida y bienestar.

Punto 2. A través del centro de recursos de evaluación de impacto de salud, CREIS, desarrollar una cartografía, y ya sigue el punto como está hasta el final, el redactado originalmente.

Punto 3. Poner en marcha un foro de salud pública de Andalucía con la participación de agentes económicos, sociales, institucionales y ciudadanía en general para planificar el diseño de la metodología y los recursos necesarios para la elaboración de cuantos estudios epidemiológicos sean necesarios y tomar las medidas oportunas que de ello se desprendan para alcanzar de manera eficaz la equidad en salud pública en todo el territorio andaluz.

Muchas gracias.

El señor GARCÍA ANGUIA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señoría.

Señora García.

La señora GARCÍA CARRASCO

—Gracias, señor presidente.

Hablamos de una proposición no de ley en la que vemos un cúmulo de buenas intenciones, y que nos gustaría que la portavoz, la señora Ferriz, al final nos pudiera concretar.

Yo le he escuchado con atención. Nosotros hemos leído la proposición no de ley y ya vemos en la exposición de motivos las bondades... Hablan ustedes de las bondades del decreto de evaluación de salud aprobado en 2014 en desarrollo de la Ley de 2014, y habla del número de informes que se han emitido en diferentes actuaciones. Por todo ello nosotros creemos, entendemos, que con los datos disponibles en las administraciones públicas han sido suficientes para emitir dichos informes. A la vista de la proposición no de ley, ahora lo dudamos.

El Partido Popular siempre va a estar a favor de la defensa de la salud de los ciudadanos y de controlar cualquier tipo de actuación que puedan incidir en la misma. Sin embargo, seis años más tarde de la aprobación de la Ley de Salud Pública o tres años más tarde de la aprobación del Decreto, se echaba en falta, se echan en falta datos, más bien una especie de baremos estándares que regulen la emisión de dichos informes. No queremos pensar que hasta la fecha se han emitido de forma discrecional y sin estos baremos.

Y también se echa en falta y se propone la elaboración de un mapa de colectivos vulnerables susceptibles de mayor protección, a pesar de que se han estado haciendo informes en este sentido. Creemos al respecto que esta iniciativa —quizás lo hayan hecho— la deberían haber negociado con la Consejería de Medio Ambiente y Ordenación del Territorio, quien tiene la competencia para la aprobación de planes urbanísticos que inciden obviamente sobre la población, y en la tramitación de estos planes que se regula la Ley de Ordenación Urbanística de Andalucía, donde se establecen los informes preceptivos y vinculantes que deben recabarse de las diferentes administraciones, incluida la Consejería de Salud.

Sin embargo, mientras vemos que con la Consejería de Medio Ambiente se está haciendo también un plan para elaborar zonas de infravivienda, con lo cual aquí este plan que proponen ustedes de una cartografía de grupo de población vulnerable podría entrar, y entendemos que la propuesta debería estar consensuada, y no sabemos si también lo han hecho con los ayuntamientos.

Por otra parte, la propuesta de determinar mediante un mapa las zonas o regiones de colectivos vulnerables sorprende también, dado que entendemos que todos los andaluces deben tener garantizadas las condiciones de protección a la salud ante cualquier plan que se pretenda implantar sean con colectivos vulnerables o no. En cualquier caso, entendemos que igualmente debiera ser una acción coordinada de quien, en definitiva, tiene la responsabilidad de promoción de los planes.

En definitiva, creo esta iniciativa, si nos lo explica mejor, señora Ferriz, entenderemos qué es lo que viene a aportar a lo que ya hay legislado y lo que viene a facilitar, porque ha dicho que va a agilizar los trámites, y nosotros vamos a estar de acuerdo en ella. Pero sí que nos gustaría que nos lo volviera a concretar, porque

nosotros lo que vemos y el sentir de la ciudadanía y de los alcaldes y de los municipios es que existe un problema en la aprobación de los planes generales por una lentitud en la información, en los informes que tiene aquí la Administración, y desde muchos ámbitos se ha pedido que opere el silencio positivo administrativo a lo que la Junta de Andalucía se ha negado.

Nosotros lo que pedimos es que esta iniciativa venga a agilizar, a facilitar, y no a poner más trabas a los problemas que ya tienen los ayuntamientos.

Gracias.

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señora García.

Señorías, el Grupo Parlamentario Podemos Andalucía, ha presentado tres enmiendas *in voce*.

¿Algún grupo se opone a la tramitación de las enmiendas?

La señora FÉRRIZ GÓMEZ

—Bueno, nosotros vamos a..., lo hemos hablado con el portavoz de Podemos, y la que rechazamos es la número tres.

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Bueno, le ruego que lo haga en su intervención de cierre, de cinco minutos, una vez que ha sido tramitada por la comisión, que usted de su sí o no en su actuación.

La señora FÉRRIZ GÓMEZ

—Vale.

Bueno, pues de manera breve, agradecer a la portavoz de Ciudadanos el apoyo a la iniciativa.

Con respecto a los portavoces que han intervenido en este sentido, intentaré aclarar, en la medida de mis posibilidades, las dudas que han surgido.

Lo que nosotros presentamos hoy es una PNL que, como he dicho en mi intervención, pretende dar un pasito más en lo que ya se está haciendo. Nosotros valoramos positivamente el decreto, no es una cuestión de ser excesivamente optimista. Es un Decreto que existe en el que Andalucía estuvo a la vanguardia, un Decreto que seguramente es mejorable. Entendemos que precisamente esta PNL lo que viene es a mejorar el Decreto, y en la que seguramente pues habrá, en fin, aspectos en los que uno puede estar de acuerdo o no estar de acuerdo, pero desde luego el decreto ha venido a incidir en una parte que para nosotros es esencial, y es que el planeamiento urbanístico esté sujeto también a esa evaluación de impacto sobre la salud.

Yo entiendo que en algunas ocasiones, en fin, pues el portavoz de Podemos dice que nosotros tenemos un excesivo optimismo, y yo opino que ustedes tienen una visión catastrofista cada vez que se habla de Andalu-

cía, también muy, muy sesgada, ¿no?, porque les puede un poco la tentación. De hecho, lo oigo, y le puede la tentación de esa crítica al Gobierno, el cambio de modelo económico, el modelo de turismo... Y al final, bueno, podríamos hablar de todo eso, pero de lo que estamos hablando hoy aquí es de un Decreto que entendemos que se puede mejorar con ese manual orientativo que proponemos, igual que creemos que se puede mejorar con la enmienda *in voce* que hace el propio Grupo Parlamentario Podemos, de usar las guías metodológicas que ya están disponibles, pues efectivamente, y por eso nosotros en el punto número 1 que plantea la enmienda *in voce* pues no tenemos ningún problema en aceptarla porque creemos que viene a mejorar la nuestra.

En el tema del número 2, de la enmienda *in voce* que se presenta, donde se está de acuerdo con desarrollar la cartografía, pero se pide que se haga a través del Centro de Recursos de Evaluación de Impacto en Salud, y precisamente uniendo a la argumentación que ha hecho la portavoz del Partido Popular, pues nos parece bien que se sume ese centro, al cual hay que sumar el Instituto de Cartografía. Esos dos órganos son los que están llamados, más aquellos otros que haya existentes, pero fundamentalmente esos dos. Eso me lleva también a la reflexión que nos hacía el PP, que si estamos coordinados, hombre, la acción del Gobierno suele estar coordinada, traemos aquí la parte que entra dentro de..., ahora se lo concreto, la parte que entra dentro de la salud.

Yo he dicho que el decreto, efectivamente, lo que vino a hacer el decreto cuando se aprobó fue agilizar y simplificar trámites, y lo que pretendemos hoy es seguir simplificando y agilizando trámites, y facilitando, sobre todo a los ayuntamientos, que comparto con usted que la verdad es que tienen una tarea bastante engorrosa cada vez que tienen planes generales urbanísticos, porque una cosa es el plan general y otra cosa es el decreto que regula esta evaluación de impacto en salud. Pero, desde luego, yo no comparto con usted que quiera dejar entrometer en su intervención que no hay una coordinación por parte de las distintas áreas del Gobierno de Andalucía. Las hay, estamos en Salud y traemos esta pata que cae en Salud, y además lo traemos con la mejor disposición.

Por tanto, yo, por concretar las enmiendas *in voce*, la 3, como le he dicho al principio, no la aceptamos; la 1 no tenemos ningún problema, y la 2, digamos que sería una transaccional con que le sumaríamos: «a través del Centro de Recursos de Evaluación de Impacto en Salud, CREIS, y el Instituto de Cartografía desarrollar...», y ya como sigue, si no tiene inconveniente en la transacción el portavoz de Podemos, que tal como yo lo he hablado no había ningún problema.

Y, en el caso del punto 3, lo rechazamos porque entendemos que, bueno, no tiene mucho que ver con lo que pretendemos en esta PNL.

Espero haber respondido a todos.

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señoría.

¿Señor Gil, acepta la transaccional?

Bien.

10-17/PNLC-000279. Proposición no de ley relativa a la mejora en la atención sanitaria en Palma del Río, Córdoba, y comarca

El señor GARCÍA ANGUIA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Pues pasamos a la cuarta, y última, proposición no de ley, en este caso del Grupo Parlamentario Podemos Andalucía, relativa a mejora en la atención sanitaria en Palma del Río.

Señor Moscoso, tiene siete minutos.

El señor MOSCOSO SÁNCHEZ

—Muchas gracias, señor presidente.

Bien, señorías, hoy mi grupo trae una nueva iniciativa a esta comisión, que es fruto del compromiso del Grupo Podemos y del de Ahora Palma con la población de Palma del Río y los municipios colindantes, que son usuarios del centro de salud comarcal Doctor Trujillo del Río. Un compromiso que surge tras visitar las instalaciones de este centro de salud, tras reunirnos, desde nuestra responsabilidad y obligaciones como representantes públicos, con usuarios de dicho centro, tras sentarnos con el colectivo que compone la Plataforma Ciudadana por una Sanidad Pública, Digna, Gratuita y Universal, y que ha recogido más de siete mil firmas de apoyo a estas propuestas que hoy se traen aquí.

Y, por último, tras escuchar a los trabajadores y trabajadoras del centro de salud, a que alude esta iniciativa, que en este año han expresado sus quejas a través de sus representantes sindicales en sendos comunicados de prensa.

Un compromiso, además, que no es solo nuestro, sino de toda la corporación municipal del Ayuntamiento de Palma del Río, que asumió en el Pleno del pasado 27 de abril, a través de una moción, las peticiones de la citada plataforma con sus mismos grupos políticos que aquí están representados, apoyando por unanimidad sus propuestas, las mismas que se recogen en esta iniciativa de alguna manera.

Por lo tanto, hoy tendríamos que preguntarnos por qué motivo, por qué motivo la ciudadanía, a través de plataformas para la defensa de la sanidad pública, ha demandado estas mejoras que hoy se recogen aquí; por qué motivo esos siete mil ciudadanos y ciudadanas, la mitad de la población adulta de Palma del Río y sus municipios colindantes, han reclamado estas mismas mejoras; por qué todos los grupos políticos del ayuntamiento, PSOE, el Partido Popular, Ahora Palma, Izquierda Unida y Partido Andalucista, apoyan por unanimidad en Pleno la reclamación al Gobierno andaluz de todas estas demandas, y por qué los trabajadores y trabajadoras del citado centro se han manifestado ante la prensa denunciando las carencias y las necesidades de este centro de salud.

¿Por qué, por gusto, por aburrimiento, por populismo de los grupos políticos del Ayuntamiento de Palma o bien por contar con razones suficientes y justificadas para reclamar y por ser de justicia?

Todos los aludidos han expresado a través de asambleas, comunicados de prensa e intervenciones en Pleno la situación de colapso del personal del servicio de urgencias del centro de salud, el evidente deterioro de las instalaciones, la falta de recursos humanos y materiales, espacios insuficientes y obsoletos, deficien-

te servicio de ambulancia, eliminación de especialidades tales como Urología, Cirugía, Traumatología, Oftalmología, entre otras, que hoy por hoy siguen sin prestarse, al menos es lo que ponen de manifiesto estos agentes a los que hemos aludido, obligando en muchas ocasiones a los vecinos y vecinas de Palma y de los pueblos colindantes a tener que desplazarse a distancias excesivas para recibirlos.

A estos vecinos y vecinas les cuesta mucho más caro recibir esta y otra atención sanitaria que los que residen en lugares como Córdoba capital, porque junto a los impuestos con los que pagan esos servicios tienen, además, que costearse el desplazamiento a la capital y aventurarse en la carretera para recibirlo.

En el contexto actual, con el anuncio por parte del Gobierno andaluz de licitación de las obras de construcción del hospital de alta resolución de Palma del Río, decae unos de los puntos de la citada moción, pese a que se ha presentado una enmienda en esta sección relativa a la exigencia ciudadana de la construcción del hospital con carácter urgente.

Sin embargo, y en previsión pues de la habitual demora que es normal en unas obras de estas características, de esta envergadura, urge restablecer las condiciones óptimas en el servicio que presta el actual centro de salud y en lo relativo a las políticas sanitarias que desarrolla el Servicio Andaluz de Salud en Palma del Río y comarca.

Y la salud la ciudadanía no puede esperar a la calendarización fijada en proyectos, programas, incluso programas electorales. Debe ser una línea prioritaria, en el día a día, un servicio público básico que encuentre en la atención primaria, pues, su principal aliado en el cuidado y la atención a los problemas de salud de la ciudadanía andaluza.

En suma, mi grupo propone, y me centro en los puntos, afrontar de manera urgente las carencias conocidas del centro de salud y realizar un futuro estudio para cubrir todas las necesidades sanitarias de la población en tanto se construye el futuro hospital.

Además, el aumento de la dotación de medios humanos, recursos materiales básicos y ambulancias, con una correcta atención, fomento de la participación de la ciudadanía en la gestión de estos servicios sanitarios, mejorar la atención sanitaria a domicilio de personas dependientes, iniciar un programa de intervención informativa y preventiva en centros escolares, recuperar los servicios y especialidades eliminadas y la Unidad de cirugía ambulatoria, y mayor concreción y ampliación de la plantilla del personal sanitario y de administración.

Mejorar la planificación y gestión de los recursos humanos para evitar colapsos y garantizar la cobertura inmediata del personal sanitario y administrativo, tanto en la situación de bajas como en los periodos vacacionales y de mayor incidencia de patologías.

Y, por último, mejorar la situación de precariedad laboral y la estabilidad personal del personal que trabaja en el centro de salud.

En fin, tras la posición del resto de los grupos políticos, nos expresaremos sobre las distintas enmiendas que ya se han registrado o que nos han presentado *in voce*.

Eso es todo, muchas gracias.

El señor GARCÍA ANGUIA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señoría.

Señora Albás, tiene cinco minutos.

La señora ALBÁS VIVES

—Gracias, presidente.

Pues, con respecto a la iniciativa que presenta hoy el Grupo Parlamentario de Podemos y su portavoz, el señor Moscoso, pues desafortunadamente la situación en la que se encuentra el centro de salud de Palma del Río no es una cosa exclusiva, es una cosa que ocurre en bastantes localidades de Andalucía.

Consideramos que las políticas cortoplacistas, las promesas incumplidas, los proyectos sin ejecutar por parte del Gobierno andaluz tienen como consecuencia que la atención primaria de Andalucía necesite una mejora estructural, y para ello hoy ya ha comparecido la consejera de Salud para hablar de ese plan de atención primaria, un cambio de rumbo y un gran refuerzo para que el sistema sanitario público sea realmente sostenible.

Curiosamente, preparando la intervención sobre esta iniciativa, he podido ver cómo el Gobierno andaluz hace una semana se comprometió públicamente a mejorar la situación en el tema sanitario en Palma del Río. En ocasiones, la política, señorías, es causa, registrar una iniciativa la oposición, y efecto que el Gobierno sale en un medio público y se compromete. Pues, si es así, bienvenida sea para, realmente, pues mejorar la atención sanitaria de los ciudadanos de toda Andalucía.

La iniciativa que presenta Podemos la vemos acertada, pero queremos presentar varias enmiendas *in voce* que a nuestro juicio enriquecerían esta iniciativa.

Con respecto al punto 1, una enmienda *in voce* que dice: «Finalizar el proyecto sobre reforma del centro de salud de Palma del Río de manera urgente y comenzar las obras antes que finalice 2018».

Esto no lo digo yo, lo he visto que lo ha dicho el Gobierno y lo he leído en prensa. Entonces, he trasladado lo que dice el Gobierno.

Con respecto al punto 2, analizar en un plazo no superior a tres meses las necesidades de la zona y, posteriormente, dotarlas de aquellos medios que se requieran para que la población reciba una atención sanitaria de calidad y contar con las aportaciones recibidas en la Comisión de Participación Ciudadana del distrito sanitario y, a su vez, realizar una planificación para sustituciones, tanto de bajas laborales, jubilaciones y vacaciones.

Y, con respecto al punto 6, pues, sería añadir: «Previo análisis de las necesidades actuales», porque, lógicamente, la situación en la que se encuentra a día de hoy el centro de salud de Palma del Río, pues, debe ser..., vamos, lo que es la comarca, también, debe ser analizada la zona para ver qué necesidades tiene, si es necesario, pues, sumar más, añadir más especialidades, modificar algunas otras, ver cuántos días viene un especialista o cuántos días viene otro.

Y esto es, simplemente, para aplicar, realmente, para ser responsables en el gasto y que tanto los ciudadanos de Palma del Río como de la comarca reciban una atención sanitaria de calidad.

Gracias.

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señoría.

Les ruego traigan a Mesa las enmiendas *in voce*.

Señora Redondo, tiene cinco minutos.

La señora REDONDO CALVILLO

—Gracias, señor presidente.

Bueno, pues, de entrada, este grupo está totalmente a favor de esta proposición no de ley. No podía ser de otra manera si tenemos en cuenta que esta PNL, pues, transcribe literalmente la moción que presentó la Plataforma Ciudadana por una Sanidad Pública Digna, Gratuita y Universal, en el Ayuntamiento de Palma del Río, en mayo.

Pero no solamente por eso, estamos de acuerdo, fundamentalmente, porque desde el grupo municipal del Partido Popular de Palma del Río, son muchas las iniciativas que se llevan haciendo a lo largo de estos años y en algunas de ellas, pues, se recogen la mayoría de los puntos que en esta moción se han recogido, como es el caso, por ejemplo, de la moción de 2011, del 22 de julio de 2011, donde ya hubo una en defensa del personal sanitario del centro de salud, que fue aprobada además por unanimidad, y donde se ponía de manifiesto, ya en ese año y en esa moción, que en ocasiones, de los 12 médicos generales que atendían a la población, por no cubrir bajas, por no cubrir vacaciones o por, incluso, salir antes de guardia, pues había ocasiones, como digo, en que esos 12 médicos generales quedaban en 5, y se proponía, en esa moción, pues, que como mínimo se cubrieran las bajas.

O la moción, por ejemplo, de 2012, donde se proponía, otro de los puntos que viene hoy en esta proposición no de ley, recuperar y reponer las especialidades de la unidad de cirugía mayor que la Junta de Andalucía había ido retirando progresivamente desde 2007. Y esta moción pues también fue aprobada.

Y, claro, es que no podía haber sido de otra manera, porque es que, si no, no habría por dónde cogerlo, teniendo en cuenta que se hizo una inversión muy importante para instalar en el centro de salud de Palma del Río una unidad de cirugía mayor ambulatoria con un quirófano y seis camas y con especialidades de cirugía general, oftalmología, otorrinolaringología, dermatología, urología, cirugía vascular, traumatología, y que cubría, daba cobertura no solamente a Palma del Río, sino a Posadas, Fuente Palmera, Almodóvar del Río, Hornachuelos... A más de 60.000 habitantes, en conclusión.

Es más, tan importante fue esta unidad que de 2001 a 2005 se atendieron más de 9.000 pacientes. Sin esperárselo, en 2007, pues como si se tratara de un tubo, la Junta de Andalucía lo fue vaciando. O a ver cómo se le llama a que, en 2007, ya se dejara de operar urología o igualmente en 2007 se renunciara a la cirugía vascular de varices, que, precisamente, es una de las patologías con más lista de espera, o que en 2010 desaparecieran las actuaciones quirúrgicas de oftalmología. También en 2010 se dejó la cirugía en la especialidad de traumatología. Pero es que, además, se dejaron de atender consultas, ya en 2010, que se habían iniciado las consultas solo hacía 4 años, en 2006.

Actualmente, solamente hay una consulta a la semana, de mañana o tarde, de una única especialidad de las cinco que se iniciaron. Y, bueno, entendemos que es una inversión desaprovechada, una unidad de cirugía mayor ambulatoria infrutilizada y un modo de gestionarla por parte..., de gestionar los recursos por parte de la Junta de Andalucía que ni con toda la voluntad del mundo tenemos cómo entenderlo.

En este mismo orden de cosas, este mismo marzo de 2017, pues también llevó este grupo parlamentario..., municipal del Partido Popular otra moción, que lo que pretendía era paliar el déficit asistencial del centro de salud con la contratación al 100% de la plantilla de atención primaria y con la puesta en marcha urgente de un plan de mejora de infraestructuras, equipamientos, medios, recursos básicos, que tenían el objetivo

de garantizar el normal funcionamiento del centro y que debía prestar eficientemente los servicios establecidos. Como pueden ver, el grupo municipal del Partido Popular lleva muchos años trabajando en esto. Y se han recogido, a lo largo de todas estas iniciativas, como he puesto algún ejemplo, la mayoría de los puntos. Y, evidentemente, por eso he manifestado al principio que no podíamos estar nada más que a favor de esta proposición no de ley.

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señoría.

Señora Pérez, tiene cinco minutos.

La señora PÉREZ RODRÍGUEZ

—Sí, gracias, presidente.

Bueno, en primer lugar, felicitar a la población, al municipio y al Ayuntamiento de Palma del Río y su comarca, porque, como hoy hemos podido escuchar a la propia consejera, van a tener un magnífico hospital de alta resolución en Palma del Río, será el tercero de nuestra provincia, que se sumará al de Puente Genil y al de Peñarroya. Por lo tanto, el municipio de Palma del Río está de enhorabuena, fruto también del esfuerzo y del trabajo de muchos años de una corporación municipal que puso los terrenos y que facilitó con la urbanización este futuro proyecto de hospital que ya no es un anuncio, sino que es una realidad, porque está en licitación en este momento.

Pero, a su vez, porque la vida continúa y las personas siguen necesitando día a día una atención primaria de calidad, a la vez, hace ya meses, se viene trabajando con el municipio de Palma del Río en paralelo, y con el distrito de atención primaria Córdoba y Guadalquivir, un proyecto para la reforma del centro de salud existente en Palma del Río.

De hecho, la última reunión fue el día 7 de septiembre. Ayer mismo se volvían a reunir. El proyecto de reforma ya lo han entregado los profesionales y en este momento lo están estudiando desde los servicios del distrito sanitario y, por lo tanto, en los próximos días, seguramente, conoceremos el proyecto y conoceremos las obras de reforma.

Por lo tanto, esta iniciativa, es verdad que responde a una actuación del pasado 31 de mayo, del propio pleno del ayuntamiento, pero la Junta de Andalucía lleva tiempo trabajando para que no solamente quede en una moción en un pleno municipal, sino una realidad en el municipio. Por lo tanto, bienvenida sea esa reforma que van a empezar lo antes posible.

Desde el Grupo Socialista, hemos presentado enmiendas al articulado, en el sentido de actualizar ese texto porque, afortunadamente, ese texto del 31 de mayo, ya hoy no es una realidad en el municipio de Palma del Río, y hemos intentado que los compromisos que adquirimos con las enmiendas registradas sean compromisos mucho más sólidos y mucho más concretos, puesto que la realidad, afortunadamente, ha mejorado desde aquel día.

Por lo tanto, instamos, pedimos que se inicien y finalicen, y con una enmienda transaccional que hemos estado hablando con el Grupo Podemos, incluso antes del segundo semestre de 2018, se inicien esas obras que ya, insisto, están programadas.

También hemos planteado una enmienda registrada por el Grupo Socialista y hemos hablado de una posible transaccional, incluso con el Grupo Ciudadanos y con el Grupo Podemos, para que se realice una valoración, un análisis de la situación del personal dentro de una estrategia de renovación de la atención primaria en Andalucía, en un plazo no superior a tres meses. Insisto, los profesionales están trabajando en ello.

Planteamos, cómo no, que se mantenga la cartera de servicios de atención primaria, que se dinamice la atención con los centros educativos y que se mantengan las especialidades hospitalarias y, por supuesto, que se impulse la construcción del hospital que hoy mismo informaba la consejera.

Solamente un matiz, que me parece importante y trascendental. Acababa de decir el Partido Popular, y vuelve a reivindicar la necesidad de que en el centro de salud de Palma del Río tengan cirugía mayor ambulatoria.

Si me permiten sus señorías, y con todo el respeto al Grupo Popular, esta cirugía mayor ambulatoria no se da en los centros hospitalarios donde se da..., perdón, en los centros de salud, donde la cirugía es menor, igual que en Palma del Río como en todos los demás, y la cirugía mayor, que existió, es verdad, hace ya muchos años en Palma del Río, fue afortunadamente retirada a solicitud de los propios profesionales, porque se ponía en riesgo la seguridad de los propios pacientes, porque algo que nos parece «menor» —y pongo entre comillas la palabra menor— a un ciudadano, que no conoce en profundidad los conocimientos médicos, desde luego a los médicos especialistas les parecía una alarma el mantener esos quirófanos con cirugía mayor, puesto que no se mantenía ni una UCI, ni una UVI, ni las medidas complementarias suficientes para cualquier problema que pudiera ocurrir. Sí tendrán esa cirugía mayor —insisto— cuando tengan el hospital de alta resolución de Palma del Río, que, desde luego, vendrá a evitar desplazamientos al hospital Reina Sofía de Córdoba. Sí existe cirugía menor en el centro de salud, y se va a mantener.

Por lo tanto, esperemos que esta proposición no de ley no sirva para enturbiar la realidad, sino para clarificar y para actualizar, desde el 31 de mayo hasta hoy, cuál es la nueva realidad de Palma del Río, que sin duda es mucho mejor y mucho más actualizada, y creo que mucho más favorable, para un entendimiento de todos los grupos políticos.

Muchísimas gracias.

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señora Pérez.

Señorías, ha presentado el Grupo Ciudadanos tres enmiendas *in voce*. ¿Algún grupo se opone a su tramitación?

Pues, señor Moscoso, en su intervención tiene que contestar a las enmiendas presentadas por escrito y a las tres presentadas por Ciudadanos *in voce*.

Tiene cinco minutos para ello.

El señor MOSCOSO SÁNCHEZ

—De acuerdo. Pues nada.

Muchas gracias, señor presidente.

Y voy a ceñirme prácticamente a hacer dos comentarios muy breves y a hacer alusión a cada una de las enmiendas que se han presentado.

Bueno, en primer lugar, ciertamente nosotros hemos querido respetar, en la medida de lo posible, y por tanto íntegramente, todas aquellas peticiones y demandas que, por escrito, la plataforma ciudadana «Por una sanidad pública, digna, gratuita y universal», registró en el Ayuntamiento de Palma del Río para llevarlo a votación. Y, como digo, cada uno de esos puntos expresamente, y redactado tal cual, literalmente, se aprobaron en ese pleno por parte de todos los grupos que allí están representados, que buena parte de ellos están aquí.

Y aludir a un comentario que ha hecho la señora Albás, la portavoz del Grupo Ciudadanos, sobre las casuísticas, las coyunturas, las circunstancias que habitualmente se dan, que cuando alguna iniciativa, sin poner en duda las previsiones que pudiera tener en este caso el Servicio Andaluz de Salud respecto a la mejora del equipamiento, a la instalación en los servicios de este centro de salud. Pero tanto en esta como en otras comisiones, a menudo, los grupos que estamos en la oposición nos encontramos con que al registrar iniciativas, el Gobierno andaluz actúa, reacciona, y bienvenido sea —como decía la señora Albás—, que sirva para eso, bueno, porque no deja de ser una satisfacción que se resuelvan los problemas de la ciudadanía, que es lo que, a fin de cuentas, nos preocupa.

Y ahora me ciño específicamente a las enmiendas. Bien, comenzando por la enmienda del Grupo Socialista, la primera, que alude al punto 1, hemos acordado —tal y como ha señalado la señora Soledad Pérez— que vamos a mantener la propuesta que ellos hacen de redacción, que, vaya por delante, nos parece redactado mejor, también entiendo que con el soporte de los técnicos de la consejería, que como se había planteado. Pero, insisto, que nosotros habíamos querido respetar la redacción literal de la citada plataforma, ¿no?

Entonces, tal cual lo plantean ellos ese punto, con la salvedad de que la última frase se quita —lo tienen ustedes en la Mesa—..., la frase que señala: «En tanto se construya el futuro hospital». Y a partir de ahí, se incorpora una nueva frase, que dice: «... debiendo iniciar las obras antes del inicio del segundo semestre de 2018». Cierto, ¿no? Vale.

La enmienda *in voce* número 1 de Ciudadanos, en ese caso, que pedía un plazo algo posterior, la rechazamos, ¿eh? Lo hemos hablado también con su portavoz.

En el caso del punto 2, en este caso transaccionamos la enmienda del Grupo Socialista y la enmienda del Grupo Ciudadanos, y se redactaría así: «Dos. Realizar, en un plazo no superior a tres meses,...» y el resto del cuerpo de la enmienda se mantiene, de la enmienda del PSOE..., del Grupo Socialista, perdón.

El punto 3 se mantiene igual.

El punto 4 de la enmienda del Grupo Socialista la aceptamos tal cual la han redactado, sin ningún tipo de cambios.

En el caso de la enmienda de modificación del punto 5, en lugar de iniciar la frase aludiendo a «mantener», nosotros hemos acordado cambiar esa palabra por..., o sea, sustituir esa palabra, perdón, por «dinamizar».

Y detrás de «con los centros educativos», también hemos añadido: «y a las asociaciones con fines sociales sobre asuntos de salud», que es una redacción similar.

En el caso del punto 6, simplemente, al final del enunciado, acabaría con una coma, «previo análisis de las necesidades actuales», que se transaccionaría por tanto con la enmienda *in voce* del Grupo Ciudadanos.

Y el último punto, el 9 *bis*, se acepta.

Y no hay nada más que añadir al respecto.

Eso es todo. Muchas gracias.

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señoría.

¿Los grupos aceptan las transaccionales? ¿Sí? Eso es, ¿sí?

Bien, entonces pasamos a las votaciones de las cuatro proposiciones no de ley.

En primer lugar, la primera, presentada por el Grupo Parlamentario Ciudadanos, relativa a la necesidad de mejora en la atención del Servicio de Cirugía Pediátrica de Cádiz.

El señor GIL DE LOS SANTOS

—Voto por separado del punto 2, por favor.

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—¿Del punto 2? Muy bien.

Votación del punto 1.

Se inicia la votación.

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

Votos al número 2.

El 1 y el 3, por unanimidad.

Votos al número 2.

Se inicia la votación.

El resultado de la votación es el siguiente: ha sido aprobado, al haber obtenido 15 votos a favor, ningún voto en contra, 2 abstenciones.

Pasamos a la siguiente proposición no de ley, relativa a la inmunodeficiencia primaria.

El señor GIL DE LOS SANTOS

—Voto por separado del punto 2, también.

El señor VARGAS RAMOS

—Voto separado del punto 3 y 4.

El señor GARCÍA ANGUIA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Puntos 3 y 4.

Entonces, ¿votamos punto por punto?

Son seis puntos.

Quieren el 2, el 3 y el 4 por separado. Pues podemos hacer, entonces, cuatro votaciones: el 1, el 5 y el 6; después, el 2, el 3 y el 4.

Votación puntos 1, 5 y 6.

Se inicia la votación.

El resultado de la votación es el siguiente: han sido aprobados por unanimidad.

Votación punto 2.

Se inicia la votación.

El resultado de la votación es el siguiente: ha sido aprobado, al haber obtenido 15 votos a favor, ningún voto en contra, 2 abstenciones.

Votación punto 3.

Se inicia la votación.

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

Votación del punto 4.

Se inicia la votación.

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

[Intervenciones no registradas.]

Pasamos a la votación de la tercera proposición no de ley, en este caso del Grupo Parlamentario Socialista, relativa a la evaluación del impacto en salud del Proyecto de Planeamiento Urbanístico de Andalucía.

¿Alguna petición o la podemos votar en...?

Se inicia la votación.

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

Y pasamos a la votación de la cuarta y última proposición no de ley, en este caso del Grupo Parlamentario de Podemos, relativa a mejora en la atención sanitaria de Palma del Río, Córdoba, y comarca, con las transaccionales que se han producido.

¿Se vota entera?

Se inicia la votación.

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

Pues, buenas tardes. Y muchas gracias.

[Se levanta la sesión.]

