

DIARIO DE SESIONES



PARLAMENTO DE ANDALUCÍA

COMISIONES

Núm. 434

X LEGISLATURA

19 de octubre de 2017

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

Sesión celebrada el jueves, 19 de octubre de 2017

ORDEN DEL DÍA

PROYECTOS DE LEY

10-17/PL-000007. Comparecencia de la Excm. Sra. Consejera de Salud, a fin de informar sobre los Presupuestos de la Comunidad Autónoma para el año 2018 relativos a la Consejería de Salud.

COMPARECENCIAS

Debate agrupado de las siguientes iniciativas:

- 10-17/APC-001118. Comparecencia de la Excm. Sra. Consejera de Salud, a petición propia, a fin de informar sobre las conclusiones de la comisión profesional para la gestión de las listas de espera en el sistema sanitario público de Andalucía.
- 10-17/APC-001156. Comparecencia de la Excm. Sra. Consejera de Salud, a fin de informar sobre las conclusiones de la comisión profesional para la gestión de las listas de espera en el sistema sanitario público de Andalucía, presentada por los Ilmos. Sres. D. Mario Jesús Jiménez Díaz, D. José Mu-

ñoz Sánchez, D. Juan María Cornejo López, D. Francisco José Vargas Ramos, Dña. Araceli Maese Villacampa y Dña. María de los Ángeles Férriz Gómez, del G.P. Socialista.

- 10-17/APC-001167. Comparecencia de la Excm. Sra. Consejera de Salud, a fin de informar acerca de las conclusiones de la comisión profesional para la gestión de las listas de espera en el sistema sanitario público de Andalucía, presentada por el G.P. Ciudadanos.
- 10-17/APC-001274. Comparecencia de la Excm. Sra. Consejera de Salud, a fin de informar sobre las conclusiones y soluciones de la comisión de profesionales sobre las listas de espera, presentada por el G.P. Popular Andaluz.

10-17/APC-001296. Comparecencia de la Excm. Sra. Consejera de Salud, a fin de informar sobre el cambio en la dirección de la Escuela Andaluza de Salud Pública, presentada por el G.P. Podemos Andalucía.

PREGUNTAS ORALES

10-17/POC-001060. Pregunta oral relativa a la tarjeta sanitaria de menores, formulada por las Ilmas. Sras. Dña. Marta Bosquet Aznar y Dña. María Isabel Albás Vives, del G.P. Ciudadanos.

10-17/POC-001688. Pregunta oral relativa a la interrupción voluntaria del embarazo en la sanidad pública, formulada por la Ilma. Sra. Dña. Elena Cortés Jiménez, del G.P. Izquierda Unida Los Verdes-Convocatoria por Andalucía.

10-17/POC-001756. Pregunta oral relativa a los diabéticos en Andalucía, formulada por la Ilma. Sra. Dña. Catalina Montserrat García Carrasco, del G.P. Popular Andaluz.

10-17/POC-001759. Pregunta oral relativa a la dotación de una plaza de pediatra en la Sierra Norte de Sevilla, formulada por la Ilma. Sra. Dña. Alicia Martínez Martín, del G.P. Popular Andaluz.

10-17/POC-001760. Pregunta oral relativa al consultorio de Güéjar Sierra, Granada, formulada por la Ilma. Sra. Dña. Ana Vanessa García Jiménez, del G.P. Popular Andaluz.

10-17/POC-001785. Pregunta oral relativa a la gestión de residuos sanitarios peligrosos generados fuera de las instalaciones sanitarias, formulada por el Ilmo. Sr. D. Juan Antonio Gil de los Santos, del G.P. Podemos Andalucía.

10-17/POC-001786. Pregunta oral relativa a la unidad de hemodinámica en el Hospital Punta de Europa, de Algeciras, Cádiz, formulada por el Ilmo. Sr. D. Juan Antonio Gil de los Santos, del G.P. Podemos Andalucía.

PROPOSICIONES NO DE LEY

10-17/PNLC-000202. Proposición no de ley relativa a la solicitud de asistencia pediátrica en el centro de salud de Villafranca de Córdoba todos los días laborables, presentada por el G.P. Popular Andaluz.

10-17/PNLC-000315. Proposición no de ley relativa a las modificaciones de los pliegos de contratación en salud que primen la calidad del servicio, presentada por el G.P. Ciudadanos.

SUMARIO

Se abre la sesión a las once horas, veintisiete minutos del día diecinueve de octubre de dos mil diecisiete.

PROYECTOS DE LEY

10-17/PL-000007. Comparecencia de la consejera de Salud, a fin de informar sobre los Presupuestos de la Comunidad Autónoma para el año 2018 relativos a la Consejería de Salud (pág. 7).

Interviene:

Dña. Marina Álvarez Benito, consejera de Salud.

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

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

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

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

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

COMPARECENCIAS

10-17/APC-001118, 10-17/APC-001156, 10-17/APC-001167, 10-17/APC-001274 y 10-17/APC-001297. Comparecencia de la consejera de Salud, a fin de informar sobre las conclusiones de la comisión profesional para la gestión de las listas de espera en el sistema sanitario público de Andalucía (pág. 52).

Intervienen:

Dña. Marina Álvarez Benito, consejera de Salud.

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

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

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

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

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

10-17/APC-001296. Comparecencia de la consejera de Salud, a fin de informar sobre el cambio en la dirección de la Escuela Andaluza de Salud Pública (pág. 74).

Intervienen:

Dña. Marina Álvarez Benito, consejera de Salud.

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

PREGUNTAS ORALES

10-17/POC-001756. Pregunta oral relativa a los diabéticos en Andalucía (pág. 81).

Intervienen:

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

Dña. Marina Álvarez Benito, consejera de Salud.

10-17/POC-001060. Pregunta oral relativa a la tarjeta sanitaria de menores (pág. 85).

Intervienen:

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

Dña. Marina Álvarez Benito, consejera de Salud.

10-17/POC-001759. Pregunta oral relativa a la dotación de una plaza de pediatra en la Sierra Norte de Sevilla (pág. 87).

Intervienen:

Dña. Alicia Martínez Martín, del G.P. Popular Andaluz.

Dña. Marina Álvarez Benito, consejera de Salud.

10-17/POC-001760. Pregunta oral relativa al consultorio de Güéjar Sierra, Granada (pág. 91).

Intervienen:

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

Dña. Marina Álvarez Benito, consejera de Salud.

10-17/POC-001785. Pregunta oral relativa a la gestión de residuos sanitarios peligrosos generados fuera de las instalaciones sanitarias (pág. 94).

Intervienen:

Dña. Marina Álvarez Benito, consejera de Salud.

Dña. Libertad Benítez Gálvez, del G.P. Podemos Andalucía.

10-17/POC-001786. Pregunta oral relativa a la unidad de hemodinámica en el Hospital Punta de Europa, de Algeciras, Cádiz (pág. 97).

Interviene:

Dña. Marina Álvarez Benito, consejera de Salud.

Dña. Libertad Benítez Gálvez, del G.P. Podemos Andalucía.

DIARIO DE SESIONES DEL PARLAMENTO DE ANDALUCÍA

Núm. 434

X LEGISLATURA

19 de octubre de 2017

10-17/POC-001688. Pregunta oral relativa a la interrupción voluntaria del embarazo en la sanidad pública.

Decaída.

PROPOSICIONES NO DE LEY

10-17/PNLC-000202. Proposición no de ley relativa a la solicitud de asistencia pediátrica en el centro de salud de Villafranca de Córdoba todos los días laborables (pág. 100).

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.

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

Votación del punto 1: aprobado por 7 votos a favor, 7 votos en contra, una abstención (voto ponderado).

Votación del punto 2: rechazado por 7 votos a favor, 8 votos en contra, ninguna abstención.

10-17/PNLC-000315. Proposición no de ley relativa a las modificaciones de los pliegos de contratación en salud que primen la calidad del servicio (pág. 107).

Intervienen:

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

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

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

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

Votación: aprobada por 13 votos a favor, ningún voto en contra y 2 abstenciones.

Se levanta la sesión a las doce horas, cuarenta y cinco minutos del día diecinueve de octubre de dos mil diecisiete.

10-17/PL-000007. Comparecencia de la consejera de Salud, a fin de informar sobre los Presupuestos de la Comunidad Autónoma para el año 2018 relativos a la Consejería de Salud

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Bien. Buenos días.

Damos comienzo a la sesión de la Comisión ordinaria de Salud del mes de octubre, con el primer punto del orden del día, que es el informe de la consejería sobre los presupuestos para 2018.

La Mesa ha decidido que tendrá tres intervenciones de la consejera, y dos los grupos políticos, de 30, de 15 y de 10 minutos, y los grupos 10 y 5. Quien quiera..., que el portavoz que quiera unirlos, pueda tener hasta 15 minutos.

Tiene la palabra, señora consejera, por 30 minutos.

La señora ÁLVAREZ BENITO, CONSEJERA DE SALUD

—Muchas gracias, presidente.

Señorías, hoy presentaré ante esta comisión los presupuestos de la Consejería de Salud para el año 2018. Saben que son muchos datos, por lo que intentaré en mi exposición ser ordenada, y que nos permita ver en líneas generales el peso que las políticas sociales tienen en los Presupuestos Generales de Andalucía para 2018, así como el específico de Salud, con su línea estratégica para el próximo año, pero sin perder de vista lo que se ha hecho en 2017 o lo que hemos avanzado. Son muchos datos. Creo que les han aportado un documento, y si necesitan algún dato más específico se lo facilitamos.

Los presupuestos para 2018 son unos presupuestos sociales, que siguen primando la recuperación económica para que llegue a las familias. Son unos presupuestos que piensan en el empleo, que revitalizan el estado del bienestar y los servicios sociales, y unos presupuestos que incorporan derechos, ya que sitúan un suelo salarial para los empleados públicos que trabajan a jornada completa, y sitúan al Servicio Andaluz de Salud con el mayor presupuesto de su historia.

El presupuesto de la Junta para 2018 asciende a 34.759 millones de euros, de los que 30.628 millones se destinarán a políticas sociales, lo que supone un crecimiento presupuestario del 3,9% respecto al año anterior, y que se destina a dos objetivos fundamentalmente: a la revitalización de los servicios públicos y a la creación de empleo.

Los presupuestos de 2018, como ha venido sucediendo en toda la legislatura, ponen de manifiesto que las políticas sociales son la prioridad del Gobierno andaluz. Tres de cada cuatro euros irán destinados a los servicios públicos, que son garantía de igualdad de oportunidades.

Antes de entrar en el detalle de las cifras de la Consejería de Salud para 2018, permítanme sus señorías que recuerde las actuaciones que hemos desarrollado a lo largo de 2017 porque, como les decía al principio, para seguir avanzando tenemos que tener claro de dónde partimos.

Andalucía es la comunidad autónoma más garantista en materia sanitaria. Tiene la cartera de servicios más amplia y uno de los marcos normativos más completos en materia de salud. Es ejemplo de buen hacer

en sanidad pública, tanto en nivel asistencial como en innovación. En Andalucía cada día se realizan alrededor de medio millón de actos sanitarios, se gestionan más de 300.000 citas con los centros de salud y más de 50.000 con los hospitales y se realizan más de 2.600 intervenciones quirúrgicas, 41.000 pruebas diagnósticas, se atienden 18.000 urgencias en la atención primaria y 12.000 en hospitales, y nacen alrededor de 170 andaluces. Además, se realizan una medida de 500 inspecciones alimentarias al día y 170 para proteger a los consumidores, y se gestionan unas 17 alertas en salud pública, por poner algunos ejemplos.

Estamos ante un sistema sanitario que funciona las 24 horas del día, los 365 días al año y que está preparado permanentemente para dar lo mejor de sí mismo ante situaciones del día a día y también ante situaciones complejas e inesperadas.

Dicho esto, y teniendo en cuenta que la finalidad de la sanidad pública andaluza es la prestación de asistencia sanitaria y la mejora de la salud de la ciudadanía, procedo a continuación a enumerarles algunas de las actuaciones que se han desarrollado y llevado a cabo en 2017 y que han venido a mejorar nuestro sistema sanitario público y nuestros resultados de salud.

Empezaré por el ámbito normativo, que sienta las bases de todo lo que es y hace el sistema sanitario público andaluz y que garantiza los derechos de la ciudadanía, tanto a nivel sanitario como de consumo, que, como saben, también es competencia de esta consejería.

En 2017 se ha traído al Parlamento para su tramitación el Proyecto de Ley de Garantía y Sostenibilidad del Sistema Sanitario Público Andaluz, y esperemos que, antes de que termine el año, también llegue a este Parlamento para su tramitación el Proyecto de Ley para la Promoción de una Vida Saludable y de una Alimentación Equilibrada en Andalucía.

Estamos ultimando el Anteproyecto de Ley de Prevención y Solución de Conflictos de Consumo, que esperamos que pueda ser presentado ante el Consejo de Gobierno antes de que acabe el año, también.

Además, se han publicado 5 decretos y 8 órdenes, y prevemos publicar dos decretos más antes de que finalice el año. No voy a entrar en ninguno de ellos por no entretenernos.

Además, señorías, a lo largo de 2017, Andalucía ha continuado alcanzando hitos en materia sanitaria y que suponen la esperanza para muchos pacientes. El más reciente fue la semana pasada, cuando dimos a conocer el nacimiento en el sistema sanitario público del tercer bebé medicamento, HLA idéntico con su hermano enfermo y que le permitirá salvarle de su enfermedad.

A este, que es muy reciente y lo he mencionado en primer lugar, se suman otras noticias similares en el resto de provincias andaluzas que se han realizado a lo largo de este año, como la primera operación con técnica endoscópica para tratar malformaciones craneales realizada en Granada a un bebé de cinco meses; el uso de una técnica combinada de cirugía convencional abierta con endovascular en Málaga para la reparación quirúrgica de aneurismas con una prótesis; o el uso en Málaga, por primera vez, de una prótesis de esternón y costilla, que se ha hecho a medida, con tecnología de impresión 3D, para un paciente de 70 años; o que la Agencia Europea del Medicamento haya aprobado como medicamento huérfano, para las personas afectadas por el síndrome X frágil, un medicamento desarrollado en Málaga.

Esta excelencia tiene su reflejo en el hecho de que Andalucía cuenta con 32 centros, servicios y unidades de referencia para el sistema nacional de salud, las cuatro últimas designadas este año, un año 2017 en el que la atención primaria está tomando protagonismo. Saben sus señorías que la mayoría de la actividad asis-

tencial se desarrolla en nuestros centros de salud, aproximadamente el 90%. De ahí que la estrategia de renovación de la atención primaria tenga tanta importancia para nuestro sistema sanitario.

Hablé ya de este tema en la comisión anterior y en varias ocasiones en el Parlamento, por lo que hoy no voy a extenderme, pero sí que me van a permitir que enumere brevemente las principales acciones que ya son una realidad, como son la recuperación del equipo de atención familiar, de manera que cada persona tiene un médico de familia y un enfermero de referencia. La reasignación de cupos en función de la complejidad. Hemos comenzado la contratación de los 386 nuevos profesionales para atención primaria que se preveían para este año, ha comenzado la contratación en estos días. Se han puesto en marcha los equipos interdisciplinarios para la atención de personas con problemas crónicos complejos. Se está ultimando el catálogo específico de pruebas diagnósticas para atención primaria y se ha iniciado ya la formación de ecografía básica y avanzada para los profesionales de atención primaria. Se han constituido grupos de trabajo estratégicos para el desarrollo de todas las líneas de renovación de esta estrategia y se han introducido importantes avances en los desarrollos TIC para facilitar tanto la continuidad asistencial como las relaciones con los pacientes.

Estamos trabajando en un plan de formación específico, en el marco del Plan de Urgencias y Atención Primaria y, además, hemos seguido potenciando la investigación en atención primaria, manteniendo una convocatoria abierta y permanentemente que es exclusiva para este nivel asistencial.

La apuesta por la investigación y la innovación se extiende al conjunto del sistema sanitario público de Andalucía, de ahí que estemos actualizando la estrategia de I+D+i en salud, y en los últimos diez años se han realizado 903 registros de la propiedad industrial e intelectual, más de 400 acuerdos de colaboración público-privada para el desarrollo de nuevos productos o tecnologías sanitarias que han supuesto unos ingresos a los grupos del sistema sanitario público andaluz de más de 24,5 millones de euros y más de cien millones de inversión en el desarrollo de productos y tecnología. Se han creado 22 *spin-off* para la explotación de las tecnologías desarrolladas en la sanidad pública andaluza y tenemos activos 1.637 estudios clínicos. Prestamos especial atención a aquellas áreas que tienen menos interés comercial, como pueden ser las enfermedades raras, donde ya hemos comenzado a tener frutos, como el medicamento para el síndrome X frágil que anteriormente les he comentado.

Además, se está elaborando un programa de investigación clínica que permitirá la participación colaborativa y en red de los centros en los ensayos clínicos. En 2017 hemos creado el área de investigación en bioinformática, que mejorará el soporte tecnológico para los programas de medicina personalizada, también de genómica y genética clínica en el sistema sanitario público andaluz.

En Andalucía existe el consejo genético en cáncer, del que se han beneficiado ya más de 3.000 pacientes y más de 2.000 familiares.

El Programa de Medicina Personalizada permitirá el desarrollo de la investigación en este campo, así como el apoyo al área asistencial, de forma que progresivamente se vayan incorporando nuevas prestaciones relacionadas con la medicina personalizada en la cartera de servicios de la sanidad pública que, como saben, decidimos comenzar por el cáncer, las enfermedades oncológicas y las enfermedades raras.

Durante el año 2017 se está definiendo un nuevo plan de terapia avanzada cuya actividad investigadora ha contribuido de manera definitiva a la posición de liderazgo del sistema sanitario público andaluz a nivel nacional e internacional. Recuerden sus señorías el primer trasplante de piel artificial realizado en Andalucía y del que ya se han beneficiado 8 grandes quemados, 2 de ellos, 2 pacientes en edad pediátrica.

Es la innovación en la investigación lo que, junto con la solidaridad de los andaluces, nos permite seguir situándonos como líderes en donaciones y trasplantes, tanto de órganos como de tejidos. Hasta junio de 2017, Andalucía había realizado 563 trasplantes de órganos, un 17,5% más que el mismo periodo del año anterior, del año 2016.

En el ámbito de salud pública, y siguiendo con el balance 2017, quiero destacar la acción colaborativa que seguimos desarrollando con el resto de departamentos del Gobierno, con los gobiernos locales y también con los agentes de la sociedad civil para poder implantar la estrategia de salud en todas las políticas, a través del IV Plan Andaluz de Salud, que hemos provincializado.

Entre las actuaciones que seguimos trabajando para seguir avanzando en la mejora de la salud de la población desde la prevención y la promoción, se encuentra la Red de Acción Local en Salud y la implantación de la Evaluación del Impacto en Salud.

Durante el año 2017, hemos seguido trabajando en el proyecto de Al Lado y nos hemos centrado en la extensión de Al Lado del Menor.

Así mismo, se ha hecho un esfuerzo especial por acercar al ciudadano y simplificar la gestión en materia de seguridad alimentaria. Concretamente, se han puesto en marcha..., se han puesto dos nuevos programas, como son el control de la información alimentaria en las etiquetas y el control sobre complementos alimenticios, donde se vigila el cumplimiento tanto de la información nutricional como de las alegaciones nutricionales.

Además, como saben sus señorías, continuamos perfeccionando los sistemas de vigilancia de salud para incorporar los determinantes más importantes para la salud. Y presentaremos la última encuesta andaluza de salud.

Así mismo, seguiremos potenciando la estrategia de vacunaciones, en la que hemos hecho un esfuerzo durante este año para la vacunación de hepatitis A en población de riesgo, a causa del aumento que se ha observado en toda Europa.

Entre los planes integrales que se desarrollan frente a las enfermedades de mayor impacto, me gustaría detenerme en el plan frente al VIH-sida y otras infecciones de transmisión sexual, que está planteando nuevas acciones frente a los nuevos retos.

Andalucía está muy cerca de alcanzar los objetivos que la ONU ha establecido para 2020 en VIH-sida, gracias a la calidad de la atención sanitaria pública, que ha permitido que más del 90% de las personas en seguimiento estén bien tratadas y que más del 90% presente prácticamente una carga viral indetectable.

Pero aún tenemos grandes retos en el aumento de la incidencia de la infección por VIH y otras infecciones de transmisión sexual entre hombres que tienen sexo con hombres, así como en el porcentaje de diagnósticos tardíos.

Atendiendo a los resultados de la encuesta de salud y en el marco del Plan Integral de Tabaquismo, se ha observado una disminución en el consumo de tabaco en hombres en todas las edades y algún descenso entre mujeres jóvenes, y es la primera vez que se observa este descenso.

Dentro del Plan Andaluz de Pacientes con Enfermedades Raras, se ha actualizado una guía asistencial para la atención de las personas con esclerosis lateral amiotrófica, ELA, cuya implantación está prevista en los próximos meses y también se ha creado una comisión de trabajo junto con el Plan de Genética y la Federación de Enfermedades Raras, para el abordaje del no diagnóstico, que esperamos que en breve pueda dar fruto.

Además destacaría el hecho de que las resistencias bacterianas se han reducido en Andalucía gracias al programa Pirasoa y los excelentes resultados que tiene este programa, gracias al buen hacer de nuestros profesionales, lo han llevado a ser el espejo en el que se mira Europa. Es un referente a nivel europeo.

Por otra parte, decirles, señorías, que las enfermedades musculoesqueléticas junto con las neurodegenerativas representan la mayor carga de enfermedad en Andalucía, y por ello se ha elaborado en colaboración con las diferentes sociedades científicas y profesionales del sistema el Plan Andaluz de Atención a Personas con Enfermedades Reumáticas y Musculoesqueléticas y se ha actualizado también la Estrategia de Alzheimer. Ambos proyectos se darán a conocer antes de acabe este año.

Y llegado a este punto me gustaría destacar el importante impulso que ha recibido la atención infantil temprana en Andalucía en los últimos años gracias a los sucesivos incrementos presupuestarios. En este ámbito, lo más destacado en 2017 ha sido la desaparición de la lista de espera y la reducción de los tiempos de espera para comenzar a recibir la atención. El número de sesiones se ha incrementado en un 33%, se ha pasado de sesiones de 45 minutos a sesiones de una hora y se han puesto en marcha 11 unidades de valoración en el Servicio Andaluz de Salud.

Señorías, como todos ustedes conocen, los profesionales de la sanidad pública han tenido que hacer durante estos años grandes esfuerzos. En los años que llevamos de legislatura los trabajadores eventuales del SAS han recuperado el ciento por ciento de la jornada laboral y del sueldo. Han recuperado la mayor parte de la paga extra de diciembre de 2012, se ha hecho efectiva a la vuelta a las 35 horas, lo que ha supuesto un incremento de plantilla en el sector sanitario público de unos 3.500 profesionales aproximadamente.

Señorías, Andalucía ha realizado una apuesta clara por el empleo público, estable y de calidad. Y muestra de ello es que serán, con la convocatoria 2017, más de 10.000 plazas las que salgan a concurso público en esta comunidad, desde el año 2013, el máximo que nos ha permitido la tasa de reposición.

Otro ejemplo de la apuesta por la estabilidad es que en el concurso de traslados los 5.200 profesionales han podido optar a cambiar el centro de trabajo, así como el proceso de interinización.

Asimismo, el Consejo de Gobierno aprobó el pasado 3 de octubre una medida que coincidirán conmigo que muestra la sensibilidad del Gobierno andaluz para con sus empleados públicos, y me refiero al decreto que crea y regula el permiso para el cuidado de hijos e hijas con cáncer u otras enfermedades graves.

Para ir concluyendo, con el balance de lo realizado en el año 2007, quiero hacer una mención al esfuerzo realizado para la mejora de la infraestructura y equipamientos en nuestro sistema sanitario público.

Señorías, entre enero y octubre de 2017 se han puesto en marcha ocho nuevas infraestructuras entre hospitales y centros de atención primaria. Me refiero a la apertura de nuevos hospitales como el de Ronda y Línea de la Concepción, y en atención primaria la puesta en marcha de los centros de salud en Jaén, de Bailén y Expansión Norte, y el de Bornos y Jerez en la provincia de Cádiz, así como los consultorios de Padules, en Almería, o el de Torre de Benagalbón, en Málaga.

Además, hemos puesto la primera piedra del hospital de alta de resolución de Estepona. Hemos finalizado las obras en el centro de salud de Arboleas. Y estamos próximos a finalizar las de Garrucha, también en Almería y las del hospital de alta resolución de Cazorla.

A estas actuaciones se suman otras que han permitido avanzar en proyectos que tendrán su continuidad en el año 2018 por lo que les hablaré de ellas más adelante.

Igualmente, durante el año 2017 la sanidad pública andaluza ha seguido trabajando en la mejora tecnológica, concretamente se ha instalado la litotricia del hospital Reina Sofía de Córdoba, la gammacámara del hospital Virgen del Rocío y se está instalando la litotricia del hospital de Valme, en Sevilla. Y estamos reno-

vando los equipamientos para la lucha contra el cáncer, gracias a la donación de la Fundación Amancio Ortega y de acuerdo con el Plan Integral de Oncología que desarrolla la Junta de Andalucía.

A pesar de todo este relato sobre inversiones y sobre programas, no debemos perder de vista que la Consejería de Salud, a través del Servicio Andaluz de Salud y de las empresas públicas sanitarias, ofrece un servicio asistencial y que es a esta actividad a la que se destina el mayor porcentaje presupuestario. Hablamos, señorías, de más de 120 millones de actos clínicos al año realizados por más de 95.600 profesionales sanitarios en 49 hospitales y más de 1.500 centros de salud.

Y esto, señorías, no debemos perderlo de vista. Quiero decir con esto que, aparte de todo lo que he enumerado a lo largo de mi intervención, prestamos asistencia sanitaria de calidad y con niveles de excelencia, donde se combinan lo cotidiano con lo excepcional, y que prestar asistencia sanitaria y mejorar la salud de la población es, señorías, nuestra razón de ser.

En el ámbito de las competencias de consumo saben que estamos finalizando la elaboración del plan estratégico que esperamos poder presentar en los próximos meses. Cuando finalice 2017, se habrán llevado a cabo 27 campañas de inspección para garantizar los derechos de las personas usuarias en productos alimenticios, en productos industriales y prestadores de servicios.

Por otro lado, el servicio de información y asesoramiento de Consumo Responde está recibiendo una media de 4.500 solicitudes de servicio al mes, la mayoría a través del teléfono gratuito. Y esto supone duplicar las del año anterior gracias a la potenciación de la plataforma.

Se está realizando un esfuerzo especial para fomentar el consumo responsable en la juventud a través del concurso anual de Consumópolis y la inclusión de objetivos específicos en las líneas de subvención a las federaciones y asociaciones de personas consumidoras.

Una vez realizado el balance del ejercicio 2017, procedo, señorías, a detallarles las cifras más importantes del presupuesto de la Consejería de Salud para el año 2018, incluyendo el del Servicio Andaluz de Salud y de Consumo.

El presupuesto crece en un 5,4% hasta alcanzar los 9.809 millones de euros, de modo que las políticas de salud suponen un tercio del conjunto del presupuesto, un 29%. Este incremento presupuestario nos permitirá seguir manteniendo nuestra amplia cartera de servicios y atender nuevos ámbitos que requieren mayor financiación, como la atención temprana infantil, nos permitirá mejorar la calidad asistencial, la resolución y la accesibilidad de nuestros centros, incrementar las plantillas de profesionales en atención primaria, renovar la tecnología de la información y comunicación de nuestros centros de salud, mejorar la calidad de nuestras urgencias, realizar obras de reforma en centros de salud que necesitan adaptaciones a las nuevas necesidades, actualizar los planes integrales como en el Código Ictus o Código Infarto, entre otros.

Y es que el presupuesto de la Consejería de Salud acumula un crecimiento de 1.587 millones de euros desde el año 2015, por lo que la apuesta del Gobierno andaluz por la sanidad pública es innegable.

Y por capítulos podemos ver que los 9.809 millones de euros se distribuyen de la siguiente manera.

El capítulo I, que corresponde a gastos en personal, supone, con 4.515 millones de euros, el 46,03% del total de presupuesto, registrando un incremento del 3,55% respecto al año anterior.

El capítulo II, «De gastos de corrientes en bienes y servicios», asciende a 2.537 millones.

El capítulo III, «De gastos financieros», y que ejecuta íntegramente el SAS, asciende a 18 millones de euros.

Señorías, llegado este punto, me gustaría reseñar que, según el informe de julio del Ministerio de Hacienda sobre pago a proveedores, Andalucía se ha situado con 16 días como la comunidad con menor periodo medio de pago en el sector sanitario.

El capítulo IV, «De transferencias corrientes», está dotado con 2.610 millones de euros, lo que supone 171 millones de euros más que en el año 2017. Para las operaciones de capital, capítulos VI y VII, los presupuestos de la consejería ascienden a 128,2 millones de euros.

Como saben sus señorías, el mayor porcentaje del presupuesto de la Consejería de Salud se destina al Servicio Andaluz de Salud, concretamente contará con 9.013 millones de euros. Estamos, señorías, ante el mayor presupuesto de la historia del Servicio Andaluz de Salud, con un incremento, respecto al presupuesto del año 2017, de 434,5 millones de euros, lo que supone un 5,07% más.

Por capítulos, el presupuesto del SAS se distribuye de la siguiente manera: la partida para personal o capítulo I representa el mayor porcentaje del presupuesto, un 48,88%, y está dotado con 4.405 millones. Esto son 153 millones más que el año anterior.

El capítulo II asciende a 2.489 millones y supone un aumento de 161 millones de euros con respecto al año 2017, que van destinados a financiar entre otras cosas la incorporación de los nuevos medicamentos de última generación, la ampliación de los programas de vacunación, el mantenimiento de los centros asistenciales, las mejores condiciones de funcionalidad, la incorporación de nuevas tecnologías y materiales sanitarios, la mejora de la capacidad diagnóstica y de tratamiento mejorando los tiempos de respuesta, así como la aplicación de las guías de cláusulas sociales a la contratación de servicios, potenciando el nivel de calidad de los mismos.

El capítulo IV, que está dotado con 1.985 millones, incluye el gasto en farmacia, recetas médicas, que es el que mayor peso tiene del presupuesto total del Servicio Andaluz de Salud si excluimos el gasto en personal o capítulo I. Mientras que los capítulos VI y VII, «De operaciones de capital», están dotados con 114,3 millones de euros para equipamientos, infraestructuras y realización de acciones prioritarias del Plan de Urgencias. Se mantiene prácticamente en los mismos niveles el esfuerzo inversor.

Como les decía a sus señorías, los presupuestos del Servicio Andaluz de Salud son principalmente, como no podrían ser de otra manera, para prestar asistencia sanitaria. De hecho, el programa 4.1.C, de atención sanitaria, a él se destina el 75,36% del presupuesto. Si bien creo interesante detenernos también en el programa 4.1.K, para la investigación, que se incrementa en 4,3 millones respecto al año 2017 hasta alcanzar los 33,5 millones de euros. Pero el montante total que la Consejería de Salud destina a investigación alcanza los 94 millones de euros cuando incluimos la captación de fondos a través tanto de ensayos clínicos como de convocatorias competitivas.

Las políticas de consumo, señorías, contarán con 14,5 millones de euros.

Señorías, las cifras de este presupuesto reflejan nuestro compromiso por mantener y mejorar nuestro sistema sanitario público, donde los procesos participativos seguirán estando presentes. Este modelo participativo del sistema con la ciudadanía y con sus profesionales sienta las bases de las siete líneas estratégicas, que son nuestra hoja de ruta para la legislatura, y que marcarán por tanto el camino para seguir en el año 2018.

La primera línea estratégica es garantizar un sistema sanitario más cercano, accesible y participativo. La atención primaria es nuestra prioridad, y en 2018 vamos a seguir avanzando en la estrategia de renovación, que la convertirá en el eje vertebrador del sistema. De hecho, a lo largo del año 2018, se pondrá en marcha

el proyecto de alta resolución diagnóstica en atención primaria, que va a permitir mejorar la capacidad diagnóstica y terapéutica de los profesionales de los centros de salud y de los odontólogos de los dispositivos de apoyo de los distritos, para que los pacientes puedan llegar al hospital con un diagnóstico. Y esto va a repercutir en mejorar la capacidad global del sistema sanitario, mejorar su calidad, su efectividad, su eficiencia y, con toda seguridad también, la satisfacción ciudadana y las listas de espera. Por tanto, los centros de salud van a ver incrementada su capacidad de resolución, ya que se potenciará la cirugía menor ambulatoria, y podrán solicitar pruebas diagnósticas que hasta ahora eran exclusivas del ámbito hospitalario. Y también contarán, en el mismo centro, con más tecnología para realizar pruebas diagnósticas, como son equipos de radiología digital o ecografías.

Como ejemplo, se incorporarán nuevos ecógrafos en atención primaria y la sala de radiología digital, y se llevará a cabo una amplia renovación de los terminales informáticos de atención primaria, que supondrán una inversión de 5,7 millones de euros. Asimismo, se realizarán reformas en aquellos centros de atención primaria que requieran adaptarse a las nuevas necesidades asistenciales en el marco de esta estrategia de renovación.

La implantación de la estrategia de los ACG contribuirá a la equidad en la atención, porque permite mejorar la variabilidad clínica y una mejor distribución de la población entre los equipos de atención primaria.

Como ya he mencionado, cada equipo médico-enfermera tendrá asignada una población ajustada según la complejidad, y no ajustada por tarjeta y por edad, como se hacía hasta ahora, sino ajustada a la necesidad y complejidad de sus problemas de salud. Esta implantación supondrá, en algunos casos, la incorporación de nuevos efectivos, para poder equilibrar las situaciones de mayor complejidad.

Para 2018 se incluirán alrededor de unos seiscientos profesionales. Nuestro objetivo es que, desde que comenzamos en este trimestre hasta el primer trimestre de 2019, se incorporen aproximadamente unos mil quinientos profesionales en atención primaria.

Asimismo, seguiremos potenciando la investigación y la innovación en la atención primaria, y daremos un nuevo impulso al Plan Andaluz de Urgencias y Emergencias de Andalucía. Mejoraremos la coordinación entre los equipos del 061 y los dispositivos móviles de urgencia de atención primaria.

Otro de nuestros compromisos es la mejora de los tiempos de respuesta y de la accesibilidad de la población a las consultas de hospital, también de las pruebas diagnósticas y de la cirugía, que se mejorarán gracias a planes específicos que se están poniendo en marcha ya en los hospitales públicos andaluces. Por ello, en el año 2018, vamos a continuar implantando el plan de mejora de la resolución diagnóstica y de la accesibilidad de los pacientes a los hospitales, entre cuyas medidas destacan ampliar el horario para realizar pruebas diagnósticas, pasando paulatinamente de una jornada de mañana y tarde de 8:00 a 22:00 horas, de lunes a domingo, en hospitales que necesitan mayor absorción de pruebas, y la puesta en marcha de una plataforma de aplicaciones móviles en Salud, que va a facilitar el acceso de una forma rápida y segura a los datos de salud, entre otras opciones.

Además, seguiremos trabajando en la internacionalización de pruebas diagnósticas, a fin de poder reducir costes sanitarios. De hecho, respecto a 2017, se ha producido una reducción en el presupuesto para estas partidas del 2,10%.

La segunda línea estratégica tiene por finalidad seguir mejorando la calidad y eficiencia. Y perseguimos una mejora continua a través de la estrategia de calidad y basada en procesos asistenciales integrados. Du-

rante 2018 renovaremos esta estrategia de planes y procesos, junto a la de bioética y la de seguridad del paciente que derivan de ella.

Vamos a potenciar la comisión central para la optimización y armonización farmacoterapéutica, encargada de adoptar medidas necesarias para garantizar la selección y la utilización de los medicamentos en el ámbito de la prestación farmacéutica, para que sea más adecuada y conforme a evidencias científicas disponibles, y la más eficiente y homogénea posible en todos los centros del sistema sanitario.

Vamos a seguir impulsando la receta electrónica e incorporando mejoras que permitan a los profesionales realizar la prescripción, adaptándola a las necesidades concretas de sus pacientes. Y seguiremos también desarrollando medidas que han demostrado que contribuyen a la eficiencia y a la sostenibilidad del sistema sanitario público sin pérdida de la calidad.

Como tercera línea estratégica están las políticas de salud pública. Y nuestro objetivo va a ser actuar sobre los determinantes de salud de la población andaluza, y lo haremos a través del cuarto plan andaluz de salud, con el que abordaremos retos como la cronicidad, la discapacidad o la dependencia, y también los riesgos alimentarios, entre otros.

Destacaré, en este ámbito, la convocatoria de subvenciones para proyectos de participación en salud, que para el periodo 2017-2018 se concederán por una cuantía total de 1.181.000 euros.

La atención infantil temprana es una de nuestras prioridades, y para 2018 cuenta con un presupuesto de 28,8 millones de euros. Un incremento presupuestario que va a permitir mantener el servicio, afianzar las siete sesiones de media por menor, incrementar el precio de la misma a 22 euros, y crear una nueva unidad de valoración en Sevilla. Y pasará esta provincia a tener tres unidades.

Aunque la Encuesta Andaluza de Salud pone de manifiesto que en los últimos años se ha reducido la prevalencia del sobrepeso y la obesidad entre la población infantil y juvenil, en nuestra comunidad este sigue siendo hoy por hoy uno de los problemas más importantes en salud pública. Y, por ello, durante el año 2018 priorizaremos las intervenciones para la prevención y para el manejo de la obesidad en la gestación. Y seguiremos trabajando en la prevención de la obesidad mediante el consejo dietético.

En el ámbito de la protección de la salud, presentaremos una Estrategia de Seguridad Alimentaria en Andalucía y el II Plan Andaluz de Salud Ambiental. Para garantizar la efectividad de los derechos en salud, diseñaremos un sistema de vigilancia que monitorice estos derechos y la información relacionada con el bienestar y calidad de vida de la población.

La cuarta línea está enfocada a nuestros profesionales. Durante el año 2018 vamos a seguir favoreciendo su estabilidad. Les anuncio, señorías, que entre diciembre de 2017 y marzo de 2018 se resolverá la OPE 2013, 2014, 2015, y en el año 2018 sacaremos una nueva oferta de empleo público ordinaria, con unas dos mil quinientas plazas, cumpliendo así con el compromiso adquirido de convocarlas bienalmente.

La oferta de empleo público extraordinaria de consolidación supondrá, para la sanidad pública andaluza, unas dieciocho mil seiscientas plazas de consolidación. Y en cuanto a concursos de traslado, deberá incluir unas siete mil de las plazas que han sido objeto de este proceso extraordinario de transformación de nombramientos eventuales en nombramientos interinos.

En 2018, se pondrá en marcha un conjunto de medidas para incrementar el reconocimiento del trabajo desarrollado en zonas con especial dificultad, de manera que se dé cobertura a estas necesidades asistenciales.

También en 2018 se pondrá en marcha la estrategia de formación del sistema sanitario público andaluz, que ha sido diseñada en este año, y dirigida a que los profesionales puedan adquirir competencias, y fomentando la gestión del conocimiento y la innovación para dar respuesta a necesidades concretas de salud de la ciudadanía.

Mención especial tiene el desarrollo e implementación de las categorías de enfermeras especialistas, en el marco del Plan Integral de Cuidados de Andalucía 2015-2020, y que supone un paso más del sistema sanitario público andaluz, que se suma a la definición de un modelo de enfermería de práctica avanzada.

En este sentido, continuaremos impulsando la acreditación de competencias profesionales, atendiendo a las necesidades presentes y futuras. Y vamos a dar un impulso al modelo de formación de especialistas en Ciencias de la Salud, del sistema sanitario público, avanzando en la calidad de la formación especializada, para que podamos incrementar la capacidad docente de nuestro sistema, y para que haya especialidades en la que sabemos que hoy por hoy existen problemas y tenemos mayor necesidad de plazas y profesionales.

Para el año 2018, tenemos previsto ofertar las plazas de residentes que nos permitan alcanzar las cifras que ya teníamos en el año 2011. Llevamos ya dos años consecutivos mandando las plazas de formación en especialistas.

La quinta línea estratégica se centrará en la investigación y la innovación. En 2018 vamos a mantener el impulso a la investigación y seguiremos impulsando la evaluación de las tecnologías sanitarias y la elaboración de documentos de referencia para la práctica clínica, basada en la evidencia científica, y potenciando el trabajo de evaluación en red a nivel autonómico, nacional e internacional, para aumentar la capacidad de producción de nuestra agencia y hacer más eficiente nuestro trabajo y el del resto de las agencias del país.

Vamos a potenciar el desarrollo de proyectos financiados con fondos Feder para la modernización del sistema sanitario público de Andalucía, con especial énfasis en la incorporación de capital humano en la investigación.

Continuarán los proyectos con financiación europea para la mejora de la Administración electrónica y la modernización de los sistemas de información. Y daremos un nuevo impulso al portal diseñado para la mejora de la formación sanitaria especializada, [...], a la herramienta de gestión de competencias profesionales, «Desarrollate», y el sistema de información de soporte a la gestión de los ensayos clínicos y de la participación de voluntarios interesados en participar en los mismos.

En 2018, culminará la renovación de la estrategia de investigación e innovación, en el SSPA. Se mantendrá la convocatoria general de proyectos de investigación biomédica, y seguiremos potenciando la labor investigadora de profesionales clínicos y el crecimiento de la figura de investigadores profesionales, principalmente a través del programa de Nicolás Monardi.

Continúan los proyectos de investigación biomédicas, que implican incorporación de capital humano, de investigadores distinguidos y postdoctorales. En esta línea destaca la convocatoria adicional para potenciar el capital humano en I+i de la provincia de Cádiz, que implicará la incorporación de una veintena de investigadores y la mejora en la competitividad de los centros de I+i de esta provincia, especialmente en el recientemente creado en Inibica. Y se intensificarán las líneas de transferencia de conocimiento, desde la estrategia de terapias avanzadas a la práctica clínica.

Ordenaremos, mediante decreto, la actividad investigadora sobre biobancos en red; actualizaremos el decreto que regula los órganos de bioética, y seguiremos trabajando en compra pública innovadora.

La sexta línea estratégica se encuentra en nuestro esfuerzo inversor en infraestructuras y equipamientos. Para ello, vamos a poner en marcha un plan estratégico de actuaciones de alto impacto, con un periodo de implantación de dos años, en el que se prioricen actuaciones en todas las áreas susceptibles de renovación tecnológica; diseñar e implementar un plan de huella de energía o baja dosis, potenciando la seguridad del paciente que posicione a Andalucía como una de las regiones más avanzadas en Europa en este aspecto.

Las líneas de trabajo fundamental en las que se concretarán estos dos grandes objetivos serán, por una parte, seguir completando la renovación tecnológica en el área de diagnóstico por la imagen, donde se incluya la incorporación de un nuevo equipo de resonancia magnética en el hospital San Agustín de Linares, cinco en la provincia de Málaga, y continuaremos afrontando la necesaria renovación de los equipos más estratégicos de tomografía computarizada, que nos va a permitir la mejora en los tiempos de respuesta y de calidad, y seguiremos trabajando también en un plan, a dos años, en la renovación de las áreas de ecografía diagnóstica, la progresiva renovación de la sala de rayos en atención primaria y la del área de cardiología y vascular, especialmente de las salas de hemodinámica y de intervencionismo vascular, que se ha iniciado en hospitales de referencia de cada provincia. Continuaremos con el plan de renovación de la oncología radioterápica en Andalucía.

En el ámbito de los bloques quirúrgicos, seguiremos trabajando con una actuación ordenada y planificada a dos años, que nos va a permitir seguir cumpliendo los decretos de garantía, y además iniciaremos la renovación tecnológica de las áreas de soporte vital, UCI..., fundamentalmente en UCI pediátrica y de adultos y en reanimación, y para ello estamos también analizando y priorizando un plan de actuación a dos años.

Estas líneas irán acompañadas con otras actuaciones de renovación de equipamiento y recursos, como la prevista por la Empresa Pública de Emergencias Sanitarias —el EP061— para 2018, que renovará 15 UVI móviles y equipamientos, lo que supondrá una inversión de 1,7 millones de euros.

En materia de infraestructuras, vamos a realizar obras de reforma en centros sanitarios existentes y que requieren de adaptaciones a las nuevas necesidades, y también finalizaremos actuaciones iniciadas e iniciaremos otras nuevas construcciones. Pondré algún ejemplo de las infraestructuras en las diferentes provincias.

Continuaremos con la de Almería, continuaremos con la obra del nuevo hospital materno-infantil y de las urgencias de Torrecárdenas, la reforma y ampliación del centro de salud de Casa del Mar, y se finalizarán las obras del centro de salud de Macael. Se comenzarán las obras de conexión del hospital materno-infantil con el hospital Torrecárdenas, y se adjudicará la redacción del proyecto de nuevo edificio de consultas externas de Torrecárdenas.

En Cádiz, continuarán las obras del centro de salud de Puerto Norte; se iniciará la construcción de los consultorios de El Gastor y La Dehesilla; se culminará la apertura completa del hospital de La Línea, y trabajaremos con las administraciones implicadas para la apertura del hospital de alta resolución de La Janda, que esperamos que sea una realidad a mediados del año que viene.

En Córdoba, se iniciarán las obras de construcción del hospital de alta resolución de Palma del Río, y continuarán las obras de reforma del centro de salud de Avenida América, y concluirán las obras de Huerta de la

Reina. También se redactarán los proyectos del CARE de Lucena y de las consultas externas del materno-infantil del Reina Sofía, y de los proyectos de Alcolea y Montoro.

En Granada, se finalizarán las obras en los centros de salud de Bola de Oro y Gran Capitán, así como las obras que permitirán culminar el proceso de fusión que implantarán dos áreas hospitalarias completas previstas durante este año.

En Huelva, se terminará la tercera fase de los quirófanos del hospital Infanta Elena; se iniciará la construcción del centro de salud de Gibraleón, la licitación e inicio de las obras de construcción del centro de salud de Isla Chica, y la redacción del proyecto del hospital de alta resolución de Bollullos Par del Condado, así como el proyecto del hospital materno-infantil de Huelva.

En Jaén, finalizarán las obras para la eliminación de la tercera cama en el complejo hospitalario, se recepcionará y equipará el hospital de alta resolución de Cazorla, y se iniciará la construcción del centro de salud de Jimena. También tenemos otras actuaciones previstas en atención primaria en Jaén.

En Málaga, se iniciarán las obras del centro de salud San Pedro Alcántara, en Marbella, así como la reforma de las urgencias del hospital regional de Málaga, y finalizará la obra del hospital de alta resolución en Estepona, que está ejecutando el ayuntamiento.

En Sevilla, se iniciarán las obras de ampliación del centro de salud de San Juan de Aznalfarache, la ampliación del centro de salud de Pino Montano A y continuaremos con las obras del centro de salud de Coria y con la reforma de las urgencias y rehabilitación del centro de salud de Las Cabezas, y con la subvención de las obras de reforma del centro de salud de Pruna.

La séptima línea estratégica tiene por finalidad la protección de las personas consumidoras, y en esta línea desarrollamos un nuevo plan estratégico en cooperación con la Administración pública local y en alianza con el ámbito asociativo y empresarial.

El objetivo es priorizar un plan de formación para el consumo informado y responsable, que está dirigido a capacitar a la ciudadanía sobre la mejor elección.

En 2018 vamos a trabajar un nuevo modelo de fomento del asociacionismo de consumo y de las entidades locales, que recogerá un nuevo modelo de financiación para agilizar procedimientos, y vamos a elaborar el decreto por el que se regula la información a los consumidores en los casos de excepción y titulación de los préstamos o créditos hipotecarios, una norma que garantizará aún más los derechos de las personas consumidoras y usuarias en aspectos ya reglados.

Mantendremos los programas de inspección para garantizar los derechos de las personas consumidoras, seguiremos potenciando la plataforma multicanal, Consumo Responde, y trabajaremos con otro departamento del Gobierno en mejorar las habilidades de la gente joven para un consumo inteligente y responsable.

Señorías, estos presupuestos vienen a garantizar aquellas prestaciones y servicios que repercuten más directamente en las personas. Son unos presupuestos que garantizan todos los servicios básicos que constituyen el núcleo fundamental de las actuaciones sanitarias, manteniendo el nivel de inversión y permitiendo el cumplimiento de todos los compromisos adquiridos en materia de personal. Creemos que, así, la ciudadanía andaluza podrá seguir valorando positivamente los servicios sanitarios que recibe y que el conjunto de profesionales que trabajan en la sanidad pública andaluza, y que constituyen su mejor patrimonio, seguirá trabajando con la entrega y disponibilidad que les caracteriza.

Señorías, viendo estos presupuesto, es incuestionable la apuesta del Gobierno andaluz por los servicios públicos y por la sanidad pública.

Muchas gracias.

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señora consejera.

Iniciamos la primera intervención de los grupos políticos, por diez minutos.

Señora Nieto, tiene diez minutos.

La señora NIETO CASTRO

—Gracias, presidente. Buenos días.

Gracias, consejera, por su detallada explicación. Somos, desde nuestro grupo parlamentario, plenamente conscientes de la complejidad que tiene la política pública de salud en Andalucía, un territorio muy extenso, muy poblado y con una población que tiene unas dificultades, que comparte con el resto de la población del país, pero que, en algunos casos, son acusadas; con un deterioro de las condiciones de vida y de trabajo, que tiene también una repercusión en su salud, y por tanto somos totalmente conscientes, desde Izquierda Unida, de la complejidad de la tarea que afronta usted, con su equipo.

Y nada de lo que le voy a decir a continuación quiere hacer de menos esa labor, que consideramos encomiable, porque es verdad que es un sistema de una extremada complejidad. Pero, claro, yo le voy a hablar de algunas cosas que usted no ha mencionado, que ha mencionado muchas, todas ellas las saludamos, pero le queríamos trasladar una reflexión, al hilo de las cuentas, no de su intervención, aunque yo voy a intentar —siquiera brevemente, claro es— seguir un poco el hilo conductos de su intervención.

Usted comenzaba situando el presupuesto global de la Junta de Andalucía, para ya luego explicarnos su departamento. Sabe que nuestro grupo no comparte los presupuestos discursivos de los que parte esta traducción numérica para toda la Junta de Andalucía, no nos parece que la previsión económica que se ha hecho se ajuste a la realidad del día a día de las casas de familias. Sabe usted bien que la economía se ha desacelerado, que lleva haciéndolo tres años consecutivos; que en este año ha habido un incremento de las rentas altas, de un 8,1% —hace dos días conocíamos el número de personas, el porcentaje de personas que, en Andalucía, están en riesgo de pobreza, estaba por encima del 47%, con un salario medio de 1.300 euros aproximadamente, una pensión media de 800 euros—.

Está claro que un modelo de financiación mantenido por el Estado, a sabiendas de que es objetivamente lesivo para los intereses generales de Andalucía, dificulta mucho la labor del Gobierno autonómico, y esto, nosotros y nosotras, no lo ponemos en cuestión, lo que pasa es que nos parece paradójico que, siendo ese el escenario, voluntariamente se desprendan ustedes de recursos que podrían gestionar gracias a su autogobierno, y que se hayan dejado por el camino 700 millones de euros desde que empezó esta legislatura en concepto del tramo autonómico del IRPF y del Impuesto de Sucesiones y Donaciones, que, dado que ya he dicho el dato del salario medio y de la pensión media, desde luego, a la clase trabajadora no le han hecho us-

tedes ningún alivio con esa rebaja fiscal, pero sí un roto a las arcas públicas, que, quizás, les permitiría atender algunas de las dificultades a que se enfrentan.

Usted nos ha mencionado un presupuesto, nos ha dicho el presupuesto más alto de la historia. Es una apuesta clara por la defensa de servicio público. Desde luego, más dinero hay, esto es un hecho objetivo, las matemáticas no tienen piedad. El año pasado también había más

. Usted ha dado el dato además, creo que ha dicho mil..., lo anoté, pero, como habla usted un poco de prisa, como sabe, 1.587 millones, gracias, más desde 2015. Es un dinerito, consejera, es un dinerito.

Claro, usted nos ha hecho el relato de esa aplicación presupuestaria y nos ha hablado mucho de seguir trabajando, continuar haciendo políticas, profundizar en líneas ya iniciadas, culminar estrategias ya avanzadas... Claro, si ustedes tienen más dinero desde 2015... Es una pregunta retórica, pero, bueno. Si ustedes tienen más dinero desde 2015 y desde 2015 se han incrementado paulatinamente los problemas puestos en evidencia tanto por pacientes como por trabajadores y trabajadoras, y aun sabiendo y compartiendo nuestro grupo que a ustedes no les alcanza con lo que tienen porque es mucha población y es mucho equipamiento que mantener y demás, puede ser también que el que tienen no lo gestionen con el talento debido, pudiera ser. De hecho, cuando nos reunimos con asociaciones todos los grupos... Porque, además, se va consolidando la tendencia a que los atendamos en grupo, todos los grupos, a las personas que vienen a hablarnos de los problemas de sanidad. Aunque ahora me referiré con algún ejemplo para ilustrarle la situación que le estoy poniendo en evidencia. Muchos de ellos nos acaban hablando de las personas que dirigen, de los equipos humanos que dirigen las áreas sanitarias o los centros hospitalarios en los que trabajan, si son trabajadores y trabajadoras, o en los que son atendidos, si son pacientes.

Y teniendo en cuenta que hay algunos problemas que vemos en la comisión mes a mes, que son muy cotidianos, yo el año pasado, en la intervención cuando aún era consejero el señor Alonso, le hacía una reflexión que recupero para trasladarle también a usted, para que usted le eche un pensamiento. Porque nos parece extraordinario que el Sistema Andaluz de Salud pueda hacer operaciones o pueda hacer avances en investigación que poner a disposición de la sociedad y que hablan de la excelencia del sistema, nos enorgullece mucho esto. Pero fíjese que el otro día, por ejemplo, atendíamos a asociaciones de personas que están aquejadas de enfermedades neuromusculares y venían también doctoras y doctores, y venía también el Colegio de Fisioterapia, y ahí nos hablaban de una terapia muy importante, con células madre, que es muy beneficiosa para ellos, pero que, cuando ellos son susceptibles de recibir ese tratamiento, muchos de ellos están ya tan deteriorados porque no han recibido sesiones de fisioterapia que este tratamiento ya en poco les puede ayudar a mejorar su calidad de vida. Entonces, la reflexión que yo le hacía al señor Alonso el año pasado y le traslado a usted ahora es si realmente, teniendo problemas cotidianos, tantos, por atender y que afectan a tal volumen de población, si no considera usted que a lo mejor habría que poner un esfuerzo inversor mayor en atender esos problemas cotidianos. Igual usted luego me contesta con la estrategia de atención temprana, digo, perdón, de atención primaria. Y está muy bien, y está muy bien. Pero en la comisión, durante este año, hemos hablado de si estaban bien distribuidas las ambulancias, no hablo ya de las que no están medicalizadas, ¿no?, de por qué habiendo una ambulancia aparcada de un distrito no podía atender una emergencia del distrito de al lado, que tenía su ambulancia atendiendo otra emergencia. Hemos hablado de cosas muy cotidianas en la comisión. Y lejos de mí decirle que no tiene su traducción económica, pero como partimos del

presupuesto de que quizás falla la gestión o la praxis política, una praxis instalada con rumbo fijo que no es muy porosa a los cambios que se están produciendo y a la crispación social, porque también le tengo que decir, consejera, tampoco lo hizo el señor Alonso, por no hablar de las cosas no quiere decir que no existan. Ha habido importantísimas movilizaciones este año, también las hubo el pasado. Usted no ha hecho referencia a ellas, pero esas movilizaciones hablan de un malestar, tanto de personas que trabajan en el sector como de personas que reciben los cuidados en el Servicio Andaluz de Salud. Y usted nos ha hablado..., ha llegado al minuto 31, creo, o 30 de su intervención para decir la palabra participación. Y luego nos ha contado tres..., siete, perdón, líneas de trabajo desarrolladas a través de ese modelo participativo, decía usted.

¿Y con quién consensúan ustedes ese modelo participativo? Si todas las personas que yo modestamente atiendo vienen enfadas porque dicen que no les hacen caso. Quizás ahí también habría que operar un cambio de empatía con la ciudadanía a la que se atiende, y con los trabajadores y las trabajadoras que están en primera línea de fuego, con lo que es objetivo la apuesta para mejorar sus condiciones. Pero le voy a hacer un apunte, consejera, porque también son trabajadores imprescindibles para nuestro sistema sanitario las personas que están en limpieza hospitalaria, las que están en cocina, las que están en lavandería. Y esos pliegos de condiciones... Usted nos hablaba del esfuerzo para que no haya ningún empleado público ganando menos de 1.000 euros. Ve una limpiadora del hospital de La Línea 1.000 euros juntos y baila la conga. Quizás, cuando ustedes hablan de la incorporación de las cláusulas sociales a los pliegos, también tendrán que pensar en ampliar esos pliegos, y en cuantificar esos servicios en lo que cuesta prestarlos. Porque, cada vez que ustedes presupuestan por debajo, quien paga luego esa rebaja es la..., lo digo en femenino porque la mayor parte son mujeres, es la trabajadora. Porque del beneficio industrial no sale lo que ustedes les quitan a los pliegos de condiciones.

Y del mantenimiento hospitalario, que tuvimos hace poco tiempo ocasión de hablar, todo lo que ustedes le quitaron al pliego, pues ya saben también en lo que ha ido, también ha ido en sobrecostes de obras que ha habido que rehacer en hospitales porque no estaban bien hechas, porque el personal que ha trabajado en ello no estaba cualificado, y no lo estaba porque estaba mal pagado y muy precario. Entonces, está muy bien tener una estrategia pública en defensa de la calidad del empleo, hasta ahí podíamos llegar que yo le criticara eso, consejera, pero que cada euro público con el que se paga un contrato debiera de tener la misma loable finalidad, y con dinero público la Junta de Andalucía y también su consejería tienen a trabajadores y a trabajadoras literalmente explotados, y a eso le tendrán que echar un pensamiento también en nuestra modesta opinión.

Le quería hacer un apunte con los conciertos, un clásico de mis intervenciones, consejera...

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Señoría.

La señora NIETO CASTRO

—Y voy terminando, presidente.

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Luego tiene otra intervención.

La señora NIETO CASTRO

—Quisiera que me avanzara... En la memoria se habla de una internalización de conciertos, pero luego también se habla de actuaciones de mejora de las unidades de urgencias de hospitales concertados y de refuerzo de las pruebas diagnósticas, terapia e intervenciones quirúrgicas en hospitales concertados. Quisiera que eso luego me lo abundara.

Y un último apunte, aunque dedicaré de mi segunda parte algo más, porque merece algo más, consumo. De la rebaja de las multas a Pascual le hablaré en el Pleno la semana que viene, luego me referiré a la rebaja en la sanción a los bancos que han estafado a los andaluces y andaluzas con las cláusulas suelo.

Muchas gracias.

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señoría

Señora Albás, tiene diez minutos.

La señora ALBÁS VIVES

—Gracias, presidente.

Consejera, señorías, buenos días.

Pues, un año más comparece la, en este caso, consejera de Salud para exponer su planteamiento, sus presupuestos con respecto a la sanidad pública andaluza. Y se pueden debatir esos presupuestos porque Ciudadanos, un año más, ¿vale?, arrima el hombro y llega a un acuerdo con el Gobierno andaluz para que Andalucía siga teniendo estabilidad. Y en la situación que tenemos a día de hoy a nivel nacional, pues, entendemos que es fundamental la estabilidad de Andalucía para que así pueda percibirse como una comunidad autónoma atractiva, para que pueda haber inversiones y a través de esas inversiones se genere empleo, y a través de esos empleos también se pueda recaudar más dinero para así mantener los servicios públicos, tanto sanidad, educación, como dependencia. Hemos demostrado, lo demostramos en 2016, que bajando dos puntos el IRPF autonómico se recaudaba más. Y así demostraremos también en años consecutivos y venideros que la eliminación de facto del impuesto de sucesiones hará que los ciudadanos tengan más dinero en sus bolsillos y puedan consumir más.

En global, el presupuesto de sanidad, de la Consejería de Salud, pues lógicamente contempla un gasto importante de personal, aumenta considerablemente. Y es algo que, la verdad, recibimos de buen grado porque es una necesidad. Es una necesidad que llevan demandando los profesionales y los pacientes desde hace muchísimos años. Ese aumento presupuestario de 506 millones de euros para este año va a hacer que se sigan, que se puedan seguir devolviendo esos derechos que perdieron hace unos años con la crisis económica.

Y la verdad es que también entendemos una cosa, consejera, Ciudadanos lleva tres años exigiendo al Gobierno andaluz que aumente las partidas presupuestarias para sanidad, para educación, dependencia, justicia, pero también hay que gestionar bien, porque ahora dinero hay. Y lo que ha dicho mi compañera, portavoz de Izquierda Unida, la sensación por parte de los profesionales y por parte de los pacientes, las mareas y demás, no es buena. Entonces, ahí yo creo que, ya que hay dinero, se van a poder contratar a más profesionales, pues creo que deberían realmente... No es que yo diga que no se lo están tomando en serio, pero quizás un diálogo más constante, o de alguna forma, para que estas personas, estos profesionales... Ayer mismo yo me reuní con algunos de ellos, que representaban a un colectivo de aquí de Sevilla, y su actitud no era positiva: estaban cansados, decepcionados, frustrados, y son grandes profesionales.

Entonces, ya creo que hay dinero como para realmente poder devolver sus derechos completamente, y que la gestión también se haga de una forma dialogante, no solamente con los jefes, sino también con los que no son jefes, que yo creo que es fundamental, tanto en una empresa pública como en una empresa privada, el capital más importante que se tiene es el humano. Entonces, hay que cuidar a todos, hay que cuidar a todos los profesionales, empezando desde..., como dice también habitualmente mi compañera de Izquierda Unida, desde las personas que están en limpieza, celadores, administrativos, enfermeras, médicos, absolutamente todos. Y tiene que haber un diálogo constante.

Y también esas promesas que ustedes adquieren con la ciudadanía, que van a llevar a cabo determinadas infraestructuras por todo el territorio andaluz, grande y extenso, que realmente se lleven a cabo.

Me es grato escuchar que en Lucena se va a empezar, después de 10 o 12 años, o a saber —no es culpa suya, yo lo sé—..., pero después de muchos años parece que sí, que se va a llevar a cabo una infraestructura sanitaria en Lucena, puesto que así lo necesitan los luceninos y los ciudadanos de la comarca. Sabemos que los recursos son limitados, pero sí que exigimos que aquellos compromisos que el Gobierno adquiriera realmente los lleve a cabo.

Que argumente también por qué no lleva a cabo otros compromisos que también son necesarios, porque también hay zonas en Andalucía que pueden tener una carencia determinada, y ahora no hay recursos necesarios porque quizás en otra zona sean más urgentes o más importantes, fundamentalmente por la necesidad poblacional.

Hay que dar explicaciones también de por qué no se llevan a cabo, o por qué no se lleva a cabo un tercer hospital en Málaga, o en qué situación se va a encontrar el Hospital Militar de Sevilla. Hay muchas zonas de Andalucía y muchos ciudadanos que están demandando determinadas infraestructuras, y yo creo que quizás el no es no, pues, aquí no cabe. Hay que dar argumentos y hay que explicar por qué se toman determinadas decisiones a través del diálogo.

Algo que nos ha sorprendido considerablemente son los gastos financieros. Ese aumento de 246,55%, eso es porque las cosas no se han hecho bien previamente. No es culpa suya, pero ahora sí que es su responsabilidad. Entonces, ese aumento presupuestario pues, igual que el resto, lo estamos pagando todos los ciudadanos. Hay que gestionar con responsabilidad el dinero de todos los andaluces. Nos parece una auténtica barbaridad ese aumento del 246,55%, y es debido a unas sentencias judiciales que ahora le toca a la consejería pagar. Porque, aunque sí que la Junta de Andalucía está ahora pagando en tiempo y forma a sus proveedores, hace unos años esta consejería no pagaba en tiempo y forma a los proveedores. Y ha habido sentencias judiciales que dicen que tienen que pagar, y ahora vamos a pagar todo eso todos los andaluces.

En cuanto a infraestructuras, según aparece reflejado en el presupuesto, tienen muy buena voluntad, pero yo no sé si con ese importe van a ser capaces de dar cobertura a los compromisos adquiridos de equipamientos estratégicos que provienen de ejercicios anteriores, centros nuevos y actuaciones de reforma o mejora que es necesario acometer en centros de atención primaria. Porque hay alguno, la verdad, que yo creo que ahí no les ha metido mano nadie desde hace muchísimos años, y que nadie que represente a la Consejería de Salud ha pasado por allí, porque entras y se te cae un poquito el alma al suelo.

Si bien es cierto que también, con respecto a la investigación, nos alegramos de que suba la partida presupuestaria, el año anterior, no sé si fue en 2016, en 2016 fue, presentamos dos enmiendas para investigar el cáncer de mama, que han sido ejecutadas. Y ha conseguido unos avances importantísimos, ¿vale? Hoy, además, es el Día Mundial Internacional del Cáncer de Mama, y desde ahí mi recuerdo a todas esas mujeres que trabajan..., vamos, que luchan día tras día por vencer la enfermedad. También dar un aviso, que en la prevención está la solución y también está en la investigación. Entonces, apostar por la investigación es fundamental.

Ayer, además, recibimos otra noticia buena, otra enmienda que habíamos presentado con respecto a la investigación en Cabimer. Pues, también está dando los resultados adecuados, y creemos que esta es la línea que se debe seguir.

No son los presupuestos de Ciudadanos, no. Pero entendemos que tiene que haber presupuestos para que pueda haber aumento presupuestario, para que se puedan contratar a más profesionales, para que se puedan llevar a cabo mejoras concretas y determinadas.

Sí que le hago y le vuelvo a hacer una reflexión: es muy importante realmente gestionar bien. Hay dinero, ya tienen capital, tienen presupuesto. Entonces, esperamos que de aquí a unos meses, pocos, los profesionales y los pacientes realmente noten de primera mano y en persona que ese aumento presupuestario se está gestionando bien, y devolver la credibilidad a la sanidad pública andaluza.

Muchas gracias.

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Señoría, muchas gracias.

Señor Gil, tiene 10 minutos.

El señor GIL DE LOS SANTOS

—Gracias, señor presidente. Gracias, señora consejera.

Según la Consejería de Salud, este es el presupuesto más elevado de la historia del Servicio Andaluz de Salud, que se incrementa en un 5,53% respecto al presupuesto del año en curso. Esto es 449 millones respecto del presupuesto del 2017. Y respecto al presupuesto de 2016, aumenta 884 millones, un 10,8%.

Pero, señora consejera, analizado el presupuesto ejecutado del SAS en los dos años anteriores, nos encontramos con las siguientes contradicciones: primero, no es el presupuesto más alto de la historia del SAS,

porque el de este año, como ocurre desde 2015, incluye los conciertos hospitalarios, JM Pascual y otros, que hasta 2014 se contabilizaban en el presupuesto de la Consejería de Salud.

El presupuesto más elevado del SAS fue y sigue siendo el de 2010: 8.989 millones.

Si al presupuesto de 2018 le quitamos los 161 millones de euros de conciertos hospitalarios se queda en 8.851, y comentar que en esos 161 millones de euros de concierto han tenido que recogerse las obligaciones adquiridas tras el conflicto con la empresa JM Pascual. Un indicativo de la incompetencia y de la impotencia con la que parece actuar el Gobierno andaluz ante una situación que desangra lo público en favor de los intereses privados.

En segundo lugar, para hacer las cosas bien, hay que comparar con las liquidaciones, como comentaba, es decir, con el presupuesto realmente ejecutado. Los presupuestos son cada vez menos creíbles, porque, como nos tiene acostumbrados la consejera de Hacienda, María Jesús Montero, los presupuestos son más un deseo que un ejercicio de planificación económica seria. Así que nos parece un intento de engaño comparar el presupuesto de 2018 con la provisión presupuestaria de 2017. Se aproximaría más a la verdad comparar el presupuesto 2018 con la previsión de liquidación del presupuesto de 2017.

Y aquí tenemos que la propia contabilidad oficial de la Junta de Andalucía nos dice, en su avance de liquidación, a 30 de septiembre de 2017, que el crédito definitivo del SAS es de 8.756 millones de euros a esa fecha, es decir, 177 millones más que el presupuesto aprobado por el Parlamento, incremento realizado vía modificación presupuestaria. Existe esa técnica en los presupuestos y, en este caso, se incrementó. No creemos que dejen de ejecutar esos 8.756 millones de que dispone el SAS, con lo que asumimos que el gasto real de 2017 se ajustará a esas cifras, 177 millones más de lo inicialmente presupuestado en el año en curso. Esto es, con las prestaciones actuales han hecho falta más recursos, así que el presupuesto de 2018 crecerá solo, al contrario de lo que han dicho en prensa y de lo que ha reiterado aquí, solo un 2,94%, es decir, 257 millones sobre lo que la propia Junta prevé que gastará el SAS en 2017, bastante menos de lo que pregona su propaganda.

Y como no dicen cuánto van a costar todas esas actuaciones supuestamente novedosas que van a hacer en 2018, todo se limita a un acto de fe, creernos lo que dicen o ponerlo en duda porque las cuentas no están claras. Y si comparamos con el resultado presupuestario del ejercicio 2016, de la Intervención General de la Junta Andalucía, el ejercicio 2016 el Servicio Andaluz de Salud contabilizó 8.740 millones de gasto, una cifra prácticamente igual a la del avance de la liquidación de 2017.

Con esto queremos decir que el presupuesto de 2018 no soporta todo lo que dicen que van a hacer de nuevo o de más, así que seguirán trampeando, con la máquina de propaganda puesta a marchas forzadas, intentando tapar la realidad.

Ahora, en cuanto a la propia presentación del presupuesto en información que se puede recoger de él de nuevo deficiente, como le he comentado y en muchas ocasiones, de nuevo otro año con el manto de opacidad sobre él. Nos olvidamos de poder conocer las partidas presupuestarias por provincias, pero no solo eso: si queremos consultar medidas que desde su departamento han anunciado que van a reforzar, no tenemos los medios de ponerlo..., de poder comprobarlo. Por ejemplo, ¿cuál ha sido el balance de las subcontratas? Creo que las compañeras y los compañeros del 061 y de Salud Responde, que gritan las injusticias, es algo que da qué pensar en qué tipo de balances se están haciendo con las subcontratas y ejecutando servicios con recursos de terceros, que no son responsables como se están llevando a cabo.

Quiero usar, por tanto, esta comparecencia para consultarle dudas que me es materialmente imposible comprobarlo, por mucho que estudiemos la documentación disponible del presupuesto. Pregunta: ¿cuánto se va a invertir en nuevas contrataciones y cuánto en aumento de horas de personal de formación? ¿Van a seguir los residentes de enfermería, medicina, psicología, etcétera, haciendo trabajos que deberían hacer las personas contratadas? En el apartado 4.1.B del SAS, sobre formación sanitaria continuada y postgrado, dotado con 200 millones de euros, nos parece de nuevo insuficiente para cumplir la política de realizar la formación con medios propios, sin la influencia de la industria farmacéutica. Me gustaría que me aclarara también, señora consejera, qué parte del presupuesto se destinará al mantenimiento básico de los centros y qué parte la reforma de ampliaciones o de mayor calado y cuánto a nuevas construcciones, porque estas cifras, y diferenciarlas, nos serviría para conocer qué tipo de gestión se está haciendo.

Hay que hacer hincapié, sobre todo, en adaptar todas las instalaciones sanitarias a personas con problemas de movilidad. Muchos de nuestros centros sanitarios, señora consejera, no son accesibles, y no solo hablo de las puertas de entrada, sino de camillas, de cuartos de baño, etcétera.

De igual modo, estos presupuestos parecen ignorar el blindaje de los recursos públicos que desde nuestro grupo reivindicamos que se lleve a cabo con un suelo de gastos del servicio sanitario del 7% con respecto al producto interior bruto andaluz, y que estos presupuestos, que lo hemos calculado con todos los datos actualizados, se quedan lejos de esa cifra objetivo del 7%. En concreto, estos gastos, el gasto sanitario total, representan el 5,86% sobre el producto interior bruto.

Y, en segundo lugar, entendemos que solo una atención primaria fuerte hará que la eficiencia del sistema de salud mejore en su conjunto. Para ello se necesita que su peso represente como mínimo el 20% sobre el gasto sanitario total. En estos presupuestos de 2018, ¿qué porcentaje del gasto representa la atención primaria, señora consejera? ¿Y el gasto en salud pública? ¿Qué puntos de la estrategia de renovación de la atención primaria se van a cumplir en el año 2018? Por no hablar de que hay que aunar esfuerzos para transitar hacia un espacio sociosanitario que absorba la presión demográfica, que crece de forma exponencial en personas con enfermedades crónicas mayores de 65 años, y la necesidad de camas de cuidados medios, porque no tenemos camas de cuidados medios. Cada ingreso hospitalario tiene que ser absorbido mediante una cama de agudos, que vale más de 600 euros diarios, y, por tanto, no se están gestionando adecuadamente en las necesidades de cuidados. De esto nada se aprecia en el presupuesto.

En cuanto al presupuesto de las agencias y otros organismos fuera del Servicio Andaluz de Salud, permítame que hable en particular de FAISEM, Salud Mental. En cuanto a los objetivos planteados en la memoria de FAISEM para el año 2018, serán difícilmente alcanzables si no se ven acompañados del correspondiente esfuerzo presupuestario en el capítulo de personal. Ofertar al menos 2.000 plazas en el ámbito residencial y 5.000 plazas en soporte diurno es a todas luces objetivo inalcanzable si no se cuenta con el número adecuado de trabajadores para su correcta atención. Sin embargo, es muy llamativo que, en los presupuestos, FAISEM aumente en casi un 5% y en el capítulo de personal solo el 1%. Ese 1% parece corresponder a la recuperación de derechos de los empleados públicos prevista para el 2018; de hecho, este aumento presupuestario es absolutamente insuficiente para poder favorecer la generación de empleo estable, retenida desde el año 2012, lo que ha supuesto que en esta fundación pública el aumento del empleo precario e irregular haya sido desbordante. Contratos concadenados durante años, sin cubrir de forma estable los avances que se han ido generando,

produciendo en consecuencia la reducción de las plantillas, la sobrecarga de trabajo en las mismas y una merma en la calidad de la atención, aspectos estos todos ellos reiteradamente denunciados por los trabajadores.

Por otro lado, es muy cuestionable que con ese aumento marginal, no solamente en FAISEM sino en todos los organismos del Servicio Andaluz de Salud, de la Consejería de Salud, se pueda cumplir la jornada de 35 horas, la apuesta de la Administración andaluza.

Y ya para finalizar, señora consejera, quiero que tenga presente que el problema de nuestra sanidad pública no son solamente los recursos. Podemos tener diez mil millones de euros, cien mil millones de euros de presupuesto, pero si la gestión sigue adoleciendo de opacidad, de falta de democracia y de participación, si seguimos con el modelo de Unidad de Gestión Clínica, de ocultación de listas de espera, de privatizaciones encubiertas a través de los conciertos, la sanidad pública andaluza seguirá adoleciendo de los mismos problemas que hemos visto hasta ahora.

Muchas gracias.

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señoría.

Señora García, tiene diez minutos.

La señora GARCÍA CARRASCO

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

Me gustaría empezar dando las gracias por la explicación que ha intentado condensar en tan poco tiempo como tiene para algo tan grande como son más de 9.000 millones de presupuesto para el área de sanidad en Andalucía.

No puedo evitar, siendo hoy el día contra el cáncer de mama, pues hacer un reconocimiento de tantas mujeres que luchan y superan esa enfermedad y que, además, después colaboran y ayudan a otras muchas mujeres; a tantos profesionales de la sanidad andaluza que trabajan en las unidades de mama, haciendo un trabajo excelente, y a los investigadores que avanzan y hacen que cada vez más mujeres se salven de este cáncer de mama.

Pero, aparte del reconocimiento, también me gustaría pedirle, señora consejera, en este tema, pues que en esas unidades que tenemos en Andalucía, por ejemplo en la de Jaén, que es una unidad de mama muy buena y que funciona muy bien y cumpliendo muy bien los plazos, se está funcionando bien, la exportemos a otras unidades de mama en Andalucía que sabemos que no están funcionando tan bien, por ejemplo, como esa unidad de mama, y que hagamos un esfuerzo, un sobreesfuerzo, para que las pruebas diagnósticas no sean un impedimento o retrasen el poder empezar tratamientos de quimioterapia, como en algunas unidades pasa.

Es mi reclamo, por ser el día de cáncer de mama. Y perdone que haya empezado por ahí, pero no me podía evadir de ese tema.

Un presupuesto, señora consejera, que vuelve a estar sin provincializar, que nosotros siempre lo pedimos, todos los años, sin nombre y apellidos. No entendemos por qué. Sería mayor transparencia poder nosotros buscar en el presupuesto las inversiones con nombre y apellidos y no tener lo que todos los años nos encon-

tramos. Un adelanto, además, del presupuesto que nosotros no entendemos; nos gustaría también que nos lo explicaran, porque lo aprobemos hoy, mañana o dentro de un mes, el presupuesto va a ser efectivo el 1 de enero del 2018, a no ser que ahora nos digan lo contrario.

No queremos creer que sea porque quieren la foto de la comunidad autónoma que hace el presupuesto la primera. Más bien creemos que es para eludir esa negociación que desde el Grupo Parlamentario Popular se viene pidiendo hace varios meses para hacer un pacto por la sanidad, para hacer un pacto por la educación, para hacer un pacto por las políticas sociales, y eludir el poder sentarse y haber negociado este presupuesto y estos pactos. Un paso hacia delante.

Unos presupuestos que nosotros consideramos por la cantidad de dinero que se va a invertir que son unos presupuestos ambiciosos. Lo que creemos y lo que le pedimos es que sean capaces de gestionar estos presupuestos para dar respuesta a sus compromisos con profesionales sanitarios y con tantas ONG de Andalucía que trabajan día a día —alzhéimer, párkinson, esclerosis múltiple, down, fibromialgia, celiaquía, cuidados paliativos, etcétera—, que trabajan todos los días en nuestra tierra y que gracias a ellos hay mucha gente en nuestra tierra que puede seguir adelante.

Unos presupuestos que tienen que ser una realidad para solucionar los problemas del sistema sanitario público andaluz, los problemas diarios, la falta de personal, la falta de medios y, por supuesto, la falta de tiempo.

Durante el ejercicio 2017 hemos tenido un presupuesto con un 5,4% más, 522 millones de euros, pero que, según lo que escuchamos y según las quejas de los profesionales, no ha venido a solucionar los problemas más graves del sistema sanitario público andaluz. Nosotros creemos que puede ser por dos motivos: uno, por falta o mala gestión, y el segundo por una falta de ejecución presupuestaria.

En los últimos años, desde el año 2012 a 2016, se han dejado de ejecutar en el presupuesto de sanidad en Andalucía 792 millones de euros. En 2012, que, como bien ha dicho Juan Antonio, fue el presupuesto mayor de la Consejería de Salud, se ejecutaron 10.344 millones de euros. Si se hubiese mantenido esa ejecución a lo largo de los años el sistema sanitario público andaluz hubiese tenido 4.653 millones de euros más para gastar, de financiación. En el capítulo primero, el capítulo de personal, hemos visto cómo año tras año dejábamos sin ejecutar dinero. En el año 2015, 98,8 millones. En 2016, 120 millones de euros. Y en 2017, a fecha de 31 de agosto, tal cual se va ejecutando, hablaremos casi de las mismas cantidades. Estamos hablando de personal sanitario. Si dejamos sin ejecutar dinero, cuando sabemos que no se sustituyen vacaciones, que no se sustituyen bajas, que no se sustituyen permisos o no se sustituyen..., no lo entendemos, señora consejera. Si hay dinero, que se gaste y que los profesionales sanitarios puedan tener sus vacaciones y no se sustituyan unos a otros.

En los capítulos VI y VII, que son los de inversiones reales y transferencias de capital, vemos cómo año tras año tampoco se ejecutan los presupuestos. En el año 2015 de un presupuesto de 90,8 millones se dejaron sin ejecutar 78,8 millones de euros y se ejecutaron 20 millones. En 2016, de 102 millones de euros se ejecutaron 43 millones, el 42%, y en 2017 teníamos 132 millones de euros, han hecho dos modificaciones presupuestarias, con lo que el presupuesto se quedó en 109 millones de euros y a 31 de agosto se habían gastado ustedes 16,5 millones de euros, el 12% del presupuesto.

Todo esto que acabo de decir es la consecuencia de lo que luego pasa cuando llegan las ruedas de prensa, donde se anuncian las inversiones de los presupuestos de la Junta de Andalucía en las diferentes provincias.

Nosotros le hemos pedido por activa y por pasiva, y se lo volvemos a pedir, y lo pedimos en una propuesta de resolución que se aprobó, y lo pedimos todos los años y en muchas ocasiones, un plan de infraestructuras, señora consejera, un plan de infraestructuras para finalizar las que están comenzadas y para definir las que necesita nuestra tierra para cumplir con el criterio que..., después se lo voy a leer, porque ustedes en la memoria lo dicen continuamente, la igualdad en el acceso al sistema sanitario público andaluz y que el código postal no influya en ese acceso al sistema sanitario. Plan de infraestructuras, es tan sencillo como eso.

Nos gustaría que nos aclarara..., porque, en ese periplo de los consejeros por las provincias, al final lo que nos queda a nosotros y lo que le queda a la ciudadanía es que casi cuentan cuentos, porque vuelven a repetir un año, y el año siguiente, y el año siguiente... Si nos repasamos las ruedas de prensa, son de nota, señora consejera, de nota.

Yo le voy a pedir que me aclare. Por ejemplo, el 7 de junio de 2017 la presidenta, Susana Díaz, prometió en el debate del estado de la comunidad que en el Presupuesto de 2018 habría una partida para el materno-infantil de Huelva. En ese mismo prometió que para el Presupuesto de 2018 habría equipos provinciales de profesional especializado para la respuesta a las mujeres andaluzas con endometriosis y equipos de intervención para mujeres inmigrantes embarazadas en situación o riesgo de exclusión social.

En la rueda de prensa de Presupuestos del año 2018, en Huelva lo que dice el delegado del Gobierno es que va a haber presupuesto para el chare de Bollullos y del centro de Isla Chica —lo mismo que decían el año anterior, exactamente igual— y que no va a haber partida para el materno-infantil, así de claro lo dice, porque se están analizando las necesidades del centro. Sin embargo, el consejero en la página web de la Junta dice que sí que hay una partida para el materno-infantil de Huelva. Pues usted me lo aclara ahora y así todos nos quedamos tranquilos.

En Sevilla, en el Presupuesto de 2017 decían que iban a tener presupuesto para el centro de salud de San Juan de Aznalfarache, para ampliación del centro de salud de Pino Montano y para rehabilitar y ampliar las urgencias del centro de salud de Las Cabezas de San Juan, en 2017. En 2018 lo mismo, lo mismo, señora consejera. No hemos oído hablar del Hospital Militar, ese que tanto reclamaban ustedes, que se cedió por el Gobierno central, que está desmantelado y que supondría 700 camas para Sevilla, 700 camas para Sevilla.

Si seguimos ahondando, nos pasa igual. Me gustaría también que nos dijera, por ejemplo, el materno-infantil de Almería, ¿cuánto se ha invertido en 2017 en el materno-infantil? ¿Cuánto se ha ejecutado en presupuesto y cuánto tienen ustedes previsto para el año que viene?

Dice usted, en Jaén, el chare de Cazorla, desde el año 2013, si le enseñó las ruedas de prensa, se ha prometido su apertura. Yo espero que de verdad en 2018 sea la apertura, solo eso.

Y dice usted que se va a eliminar la tercera cama en Jaén, que escuchamos a los colectivos y que escuchamos a los profesionales. Pues, mire, se va a eliminar la tercera cama en Jaén, que se podía eliminar de forma definitiva, con una proposición no de ley que se aprobó en este Parlamento sobre la unidad de cuidados mínimos. Y ustedes por su cuenta han decidido hacer una unidad en el neurotraumatológico que no elimina todas las camas triples de Jaén. Con esta solución sí se eliminaban, pero ustedes no han querido escuchar ni a la plataforma sanitaria de Jaén, con la que, por cierto, el consejero se comprometió a sentarse, no él, pero algún responsable de la delegación, y todavía no ha pasado; ni han escuchado la voz de este Parlamento, porque se aprobó una iniciativa que decía eso.

Me gustaría que se hiciera un plan de infraestructuras que de verdad evitara esto, porque un plan de infraestructuras a 10, 15 o 20 años nos evitaría todo lo que yo acabo de decir aquí, señora consejera.

Bueno, en la siguiente intervención seguiré ahondando en el Presupuesto. Gracias.

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señoría.

Señor Vargas, tiene 10 minutos.

El señor VARGAS RAMOS

—Sí. Muchas gracias, señor presidente.

Buenos días, señora consejera.

Lo primero, y antes de todo, es darle las gracias por su comparecencia y por aportarnos todos esos datos que nos ha dado sobre los presupuestos de Salud y de Consumo para el próximo año, para 2018. Y quiero también, cómo no, saludar y darle la bienvenida a todo su equipo, que nos acompaña, y agradecerle ese trabajo para la elaboración de estos presupuestos.

Antes de continuar, quiero hacer..., sobre todo quiero mostrar nuestra opinión sobre la composición de esta comisión, sobre todo porque este Grupo Parlamentario Socialista quiere expresar su opinión sobre la confección de este orden del día de esta comisión, en la que no podemos y no debemos restarle importancia a esta comparecencia de presupuestos por estar en una comisión con orden del día ordinario. Y no debemos, y tampoco podemos, restarle importancia a la presentación de unos presupuestos de Salud que ya se ha anunciado aquí que son de casi diez mil millones de euros. No sé si por la excusa de no perder Comisión de Salud por la importancia que tiene la salud..., no vayamos ahora a invisibilizar los presupuestos de Salud, con la importancia que tiene la salud. Porque no sabemos cuál es el motivo para no permitir que se haga una comisión monográfica de Presupuestos, como siempre se ha hecho, por la costumbre parlamentaria, no sé si es por la nueva política o no sé si es por enfado o cabreo. Y decir también que este Grupo Parlamentario Socialista no ha aportado ninguna iniciativa al debate en el orden del día de esta comisión, lógicamente, por coherencia a eso que hemos expresado.

También quiero hacer referencia —como ya se ha hecho— al día de hoy, al Día Mundial contra el Cáncer de Mama. Y este grupo parlamentario quiere mostrar también el apoyo a todas aquellas mujeres, a todas aquellas enfermas, que son unas valientes, porque se hacen más fuertes con la enfermedad y que además miran al futuro con optimismo y esperanza. Y cada vez estamos más cerca de la curación total de esta terrible enfermedad. Por tanto, queremos darle todo nuestro apoyo y ánimo para que sigan luchando.

Centrándome en la comparecencia de su consejera, y sobre ese presupuesto de 2018, de 34.759 millones de euros, con ese incremento de un 3,9% sobre el de este año, es importante resaltar que este presupuesto que presenta Andalucía, además, demuestra estabilidad política, algo que se echa mucho de menos en un día como hoy también, en el panorama político actual. Porque, con lo que está cayendo, ser políticamente estable, además de transmitir esta imagen, es sumamente importante. De lo contrario, un clima de inestabili-

dad política puede perjudicar la capacidad de esta comunidad autónoma para atraer las inversiones. Y todos saben y todas saben perfectamente que me refiero a la situación que está viviendo actualmente Cataluña.

Por lo cual, insisto en que hay que poner en valor esta estabilidad política de Andalucía, que es fruto de un nuevo acuerdo político con el Grupo Parlamentario de Ciudadanos, para que esta tierra vuelva a tener unos presupuestos que ahora mismo son la envidia de otras comunidades autónomas y, por qué no también, la envidia para el Gobierno central.

Las cuentas presentadas por el Gobierno andaluz juegan un papel fundamental en estos momentos, porque, además de ese valor añadido por el factor de estabilidad —no solo para Andalucía, sino también para el conjunto de España—, lo son porque somos el primer gobierno de España. No es para la foto, no es para otra cosa; lo es porque hemos hecho los deberes.

Para este Grupo Parlamentario Socialista es una noticia importante, una gran noticia, sobre todo en el momento y en el contexto político en el que se produce. Porque, evidentemente, los empleados públicos están tremendamente enfadados con la noticia de que el señor Montoro dijera ayer que se congelaban los salarios para los funcionarios públicos. Por tanto, no es lo mismo tener un presupuesto que no tenerlo. Y nada de foto.

Y, además, hoy podemos decir que Andalucía es un ejemplo de cómo hacer política basada en el diálogo y en el consenso. Porque además, señorías, todos saben la importancia de tener un presupuesto. Pero si, además, su cifra total supera ese récord histórico, es para estar de enhorabuena. Y todo ello, basado en un crecimiento estimado para Andalucía, en 2018, del 2,6%, que se obtiene de esa mayoría de previsiones publicadas hasta la fecha por todos esos organismos oficiales, que son nacionales, internacionales, sobre la evolución y sobre el crecimiento de la economía andaluza, que además lo hace superando el crecimiento económico de los países más avanzados.

Por tanto, es un crecimiento realista y prudente. Un crecimiento prudente que va a permitir la creación de 80.000 empleos, y que además supondrá, con ese crecimiento, que el 80% del total del presupuesto se destine a esas políticas sociales. Además, contando, este Servicio Andaluz de Salud —como bien ha dicho la consejera—, con el mayor presupuesto de su historia.

Pero un año más no ha sido fácil. No es fácil confeccionar un presupuesto, sobre todo cuando siempre hay palos en la rueda. Porque tenemos que recordar siempre el problema que tiene Andalucía con la financiación autonómica, que en 2015 recibió 850 millones de menos que la media de las comunidades autónomas, que, acumulado al total de esos..., acumulando desde el año 2015, hay un total de 5.522 millones de euros, por ese actual sistema de financiación injusto y además que, de forma arbitraria, lo utiliza el Gobierno central contra esta tierra.

Pero, en cualquier caso, este Grupo Parlamentario Socialista quiere felicitar al Gobierno andaluz por el contenido de estos presupuestos, porque para los socialistas —para nosotros, los socialistas— generan optimismo, generan luz y generan oportunidades para el futuro de los andaluces y andaluzas.

Pero no han reaccionado igual todos los grupos de esta Cámara. No. Porque la presentación de estos presupuestos ha supuesto enfado, enojo, y yo diría que hasta cabreo, por no decir que no se lo esperaban, y que les han cogido con el pie cambiado. Incluso culpan al Gobierno de haberlo presentado apenas dos semanas antes; algo poco coherente y muy irresponsable. Porque lo que habría que hacer es felicitar y aplaudir al Gobierno por hacer correctamente su obligación y por estar haciendo sus deberes, que es presentar un presupuesto para poder gobernar, y no criticarlo, como hacen algunos grupos políticos de esta Cámara.

Y a colación de esto, hay que recordarle al Partido Popular cuando el señor Mariano Rajoy aprobó los presupuestos de 2016 en agosto de 2015; aprobados ya. ¿Y qué objetivos tenía? Claramente, objetivo electoral, porque se presentaba una campaña electoral.

Y, por otro lado, el Partido Popular dice que quiere diálogo para negociar los presupuestos andaluces, pero, antes de ver las cuentas, anuncian una enmienda a la totalidad. Con lo que demuestra, una vez más, que vuestra oferta de diálogo y de esos pactos son una muestra más de la política cínica e hipócrita del Partido Popular de Andalucía, y de su jefe, del señor Moreno Bonilla. Y si de verdad quiere hacer algo por Andalucía, si de verdad os importan los andaluces, luchad y pedidle al señor Rajoy que retire la suspensión cautelar sobre las 35 horas semanales de los empleados públicos. Y que dote a Andalucía de esas inversiones que se les debe a Andalucía, y de esa financiación justa que le corresponde a esta comunidad autónoma. Porque mientras ustedes han estado en esa oposición inútil durante 35 años, con el lema de vuestro jefe: «cuanto peor para Andalucía, mejor para nosotros»..., mientras tanto, el Gobierno andaluz ha estado buscando el diálogo, el consenso con las fuerzas políticas que se han ofrecido —en el caso de Ciudadanos—, para realizar este presupuesto y para continuar con la...

Por favor, es que me están interrumpiendo.

La señora LÓPEZ MARTÍNEZ, VICEPRESIDENTA DE LA COMISIÓN

—Por favor, silencio.

El señor VARGAS RAMOS

—... para poder realizar, para continuar con la hoja de ruta marcada por el Gobierno, que es la recuperación económica que llega a las familias, disponiendo de una mayor renta y ofreciéndoles mejores servicios públicos.

Y una vez hecho este análisis, esta valoración global, así como esas reacciones que han tenido los presupuestos, que es fundamental y aclaratoria para poder valorar de forma clara esas partidas de salud y de consumo que hoy nos ha presentado usted, señora consejera... Y ya se han dicho aquí algunas apreciaciones sobre el presupuesto, porque hay que recordarla... Y, sobre todo, nosotros vamos a presumir o a alabarlas, y vamos a estar orgullosos de tener un presupuesto de sanidad que crece más que nunca, con un 5,4%, con 9.809 millones..., a pesar de esa verborrea contable que usted nos ha trasladado aquí, señor Gil... Porque lo que ustedes dicen sí hay que creérselo; el resto no tiene credibilidad. Lo que usted dice sienta cátedra; los demás no.

Y hay que decir que, desde el 2015 hasta este presupuesto, se ha incrementado —como ya he dicho anteriormente— en un 19,3%, y que ha supuesto esos 1.587 millones de incremento, respondiendo a esa prioridad de nuestra presidenta y que ha hecho que todo el crecimiento de ingresos, en los últimos cuatro años, se haya destinado a políticas públicas.

También hay que celebrar que el Servicio Andaluz de Salud cuente con el mayor presupuesto de la historia de esta comunidad autónoma, con 9.013 millones de euros, y que, sin lugar a dudas, permitirá, entre otras muchas cosas, llevar a cabo ese refuerzo de la atención primaria, con la contratación de esos 1.500 profesio-

nales en toda Andalucía, como ya nos ha adelantado usted. Permitirá que podamos seguir con ese plan de mejora de la accesibilidad, tanto en nuestros centros de salud como en los hospitales, con incremento de la tecnología suficiente para el diagnóstico y, por tanto, para poder llevar a cabo este plan. O permitirá también...

La señora LÓPEZ MARTÍNEZ, VICEPRESIDENTA DE LA COMISIÓN

—Debe ir terminando.

El señor VARGAS RAMOS

—Termino en un segundo.

O para permitir también seguir manteniendo vivo ese compromiso por la calidad, por la investigación y por la generación del conocimiento, que, con el conjunto de los profesionales, a través de su participación e implicación, puedan encontrar las soluciones a los grandes retos a los que se enfrenta nuestro sistema sanitario público andaluz.

Muchas gracias.

La señora LÓPEZ MARTÍNEZ, VICEPRESIDENTA DE LA COMISIÓN

—Gracias, señor Vargas.

Segunda intervención de la consejera.

Tiene 15 minutos.

La señora ÁLVAREZ BENITO, CONSEJERA DE SALUD

—Gracias, señoría.

Bueno, intentaré responder a las cuestiones que han planteado. Sí que es verdad que son muchas cuestiones, intentaré hacerlo de forma global, pero no hay inconveniente en que sigamos hablando de las cuestiones que ustedes deseen posteriormente.

Yo creo que, como se ha comentado, la apuesta del Gobierno andaluz por la sanidad pública es innegable, y eso lo podemos ver en los presupuestos, ¿no?

Efectivamente, desde el año 2015, el aumento de un 19,3%, que son 1.587 millones. Y, con respecto al año anterior, son más de 400 millones, lo que supone un 5,4%.

No es válido comparar el presupuesto que tenemos para el 2018 con respecto al gasto que tuvimos en 2017. También hay otros cambios, no solamente el concierto con Pascual, antes, por ejemplo, se incluían en el SAS las agencias públicas. O sea, no se puede comparar de esa manera. Lo que sí es verdad e indudable es que es mayor el presupuesto que tenemos para el Servicio Andaluz de Salud y que cada vez más vamos acotándonos lo que es gasto con presupuesto. O sea, que en este sentido sí que podemos decir que es una mejor dotación económica para el servicio que tiene que prestar.

Intentaré empezar por orden, por los grupos, intentando responder a lo que me dé tiempo. Y como les digo, señorías, no tengo inconveniente en que comentemos cualquier aspecto con más tranquilidad.

Efectivamente, es un presupuesto que es complejo el negociarlo y ejecutarlo. Sabemos que nuestra comunidad es muy compleja, tenemos mucha población y tenemos muchísimos centros y hospitales. Tenemos mucha dispersión y sobre todo muchísima demanda en asistencia sanitaria, cada vez creciente. Con lo cual, es verdad que es complejo y tenemos la dificultad de, efectivamente, de la financiación del Gobierno central. Pero, como les decía, creo que se ha hecho un gran esfuerzo.

Y, atendiendo a lo que comentaba, señoría de Izquierda Unida, efectivamente, nosotros hemos intentado centrarnos y centrar el aumento del presupuesto para este año en los problemas más cotidianos, en los problemas de salud, y por eso hemos intentado centrarnos en el tema de la atención primaria, de accesibilidad, de urgencias y en las personas. En mejorar la dotación de personal, porque eso nos va a permitir dar respuesta a muchos de los aspectos y a muchas de las demandas que actualmente tienen tanto los ciudadanos como los profesionales. Hemos preferido priorizar, frente a inversiones en infraestructuras, priorizar la asistencia sanitaria y priorizar el personal para atender a lo más cotidiano.

Ponía el ejemplo, por ejemplo, de terapia de células madre, que sabemos que hoy por hoy, prácticamente, pues bueno, pues son ensayos clínicos, tienen indicaciones muy concretas, pero pueden llegar a lo mejor tarde porque otros tratamientos previos, más básicos, a lo mejor no se han aplicado. Precisamente por eso, estamos intentando pues dotarlo, dotar de recursos humanos, porque la mayoría del presupuesto se centra en el Capítulo Primero, para que ese aumento de profesionales permita responder a todas las demandas que tenemos, no solamente en pruebas diagnósticas y consultas, en fisioterapia, en cirugía. Pensamos que es el aspecto más importante.

Y hablaba también, efectivamente, de las movilizaciones que ha habido este año, que ha habido el año anterior. Pues, efectivamente, nosotros tenemos en cuenta sus aspectos, pensamos por otra parte que son temas muy complejos y que hay varios aspectos que pueden estar implicados. Pero de lo que no hay duda es de que la población está en la calle y de que tiene problemas. Y es nuestra obligación sentarnos y oír sus expectativas, porque siempre será importante tener la expectativa de los ciudadanos, que son los que usan nuestro sistema sanitario. Nos debemos a ello, para que lo tengamos en cuenta y orientemos nuestras actuaciones. Totalmente de acuerdo. Y le aseguro que intentamos hacerlo, que nos sentamos y oímos sus demandas, y si alguna no se puede hacer, pues también intentamos explicarles por qué no. Y a muchas, que nos parecen, bueno, pues totalmente razonables, pues intentamos dar respuesta.

También hablaba del tema de los conciertos. Siempre hemos comentado, efectivamente, que nosotros hacemos muy poco gasto en conciertos, aproximadamente un 4%, e incluso que nuestro deseo es disminuir esos conciertos. Estamos trabajando sobre todo en pruebas diagnósticas para disminuir la externalización de pruebas diagnósticas aumentando el horario, aumentando el equipamiento, por eso lo he comentado, que nos permita bajar esos conciertos.

Y también hablaba de los profesionales y de las condiciones en las que se hacen esos conciertos. Es verdad que estamos trabajando para tener en cuenta las negociaciones que se llevan a cabo en los convenios colectivos con esas empresas y, la verdad, velar por las condiciones laborales. Y hacemos un gran esfuerzo por trabajar y sentarnos y tener diálogo tanto con las asociaciones sindicales como con todas las asociacio-

nes empresariales en este sentido. Somos los más preocupados en garantizar unas condiciones laborales dignas en nuestros centros.

Hablaba también del tema de consumo. Como lo dijo ya al final, la verdad es que no... Tendremos ocasión para hablarlo en otro momento, porque no entendí exactamente qué es lo que quería decir.

Hablaba también sobre el modelo participativo, y somos conscientes de que tanto la voz de los ciudadanos como la voz de los profesionales es importante tenerla en cuenta, y como han comentado también otras señorías en sus intervenciones, pues no solamente de los jefes, sino de cualquier profesional, sea el perfil que tenga, es importante conocer su inquietudes, conocer su expectativas y conocer su opinión sobre el trabajo que se lleva a cabo en los centros.

Somos conscientes de ello y le aseguro que intentamos hacerlo, si bien verdad que somos también conscientes de que tenemos que seguir avanzando en este sentido.

Cada vez hay más grupos de trabajo para determinadas actuaciones, donde participan muchos profesionales que no son los jefes de servicio, son profesionales que son expertos en determinados temas, y, bueno, efectivamente, muchas veces son administrativos, son otro perfil, pero que se sabe que tienen un papel clave en el proceso que se está llevando a cabo.

Hablaba la doctora Albás, perdón...

[Risas.]

Le he dado un título muy rápido.

[Risas.]

Hablaba de los derechos de los profesionales. Nosotros somos conscientes, yo he intentado reflejarlo en la exposición, como sabemos que los últimos años han sido muy duros para los profesionales, por muchísimos motivos, han tenido una serie de limitaciones tanto de los aspectos retributivos como del tema de jornada laboral, y somos conscientes de que han hecho un gran esfuerzo para que se pueda mantener la cartera de servicios que actualmente tenemos y la calidad de la asistencia que se presta y no limitar los servicios que se ofrecen, y que ahora es el momento en el que empieza la recuperación económica y tenemos que apostar por los profesionales. Por eso, la mayoría de los capítulos pues van orientados a personal y, como decía, a asistencia sanitaria. Estamos apostando por la estabilidad tanto con las OPE como en el proceso de interinización, por mejorar sus competencias, por mejorar su formación, por impulsar la carrera profesional. Pensamos que todos estos aspectos son importantes para los profesionales.

Hablaba también de algunos otros compromisos que adquirimos y de otros compromisos que, efectivamente, a lo mejor están encima de la mesa y, sin embargo, no damos la respuesta y que también tendríamos que explicar por qué.

Efectivamente, nosotros pensamos que los presupuestos son buenos; podrían ser mucho mejores, por supuesto, en sanidad todo lo que dedicásemos, pues realmente existe muchísima demanda en todos los aspectos, pero sí que es verdad que el presupuesto es finito y no nos queda más remedio que priorizarlo. Y priorizarlo sobre las actuaciones que pensamos que son o que van a tener más impacto en salud o que son prioritarias por su morbilidad, por el grupo al que afectan. Y en el tema de las inversiones en infraestructuras, por ejemplo, intentamos tener en cuenta varios aspectos. Por una parte, efectivamente, el impacto que va a tener esa infraestructura, pero por otra parte también el estado administrativo en el que se encuentra

ese proyecto para poder llevarlo a cabo, para poder ejecutarlo. Porque algunos tienen una serie de problemas que sabemos que no se van a poder llevar a cabo durante el año y otros sabemos que es posible ya sacar la licitación, bien del proyecto, bien de la ejecución de la obra, e intentamos tener en cuenta todos esos aspectos a la hora de priorizarlos.

Y sí que es verdad que otros muchos temas, en el tema de infraestructuras, que se han puesto encima de la mesa en otros momentos y que ahora nos lo hemos planteado, bueno, hemos tenido, como le comentaba, teníamos que priorizar. Es verdad que, en concreto, en el tercer hospital de Málaga, que creo que es algo que se ha puesto encima de la mesa y se ha comentado, recientemente había estado en Málaga y ya comenté que la Consejería de Salud y el Servicio Andaluz de Salud tienen un compromiso con Málaga. Saben que hay un grupo de trabajo que está definiendo cuál será el futuro de la atención hospitalaria en Málaga, y nuestro compromiso es aceptar el plan funcional que realice ese grupo, que sabemos que en breve nos va a presentar un avance de ese proyecto, y continuará.

Y nosotros hemos dicho que vamos a responder a ese proyecto, y que vamos a responder sin demora. Y es un compromiso que le hemos manifestado, y no hemos podido dejar una partida concreta porque tenemos que saber de qué proyecto estamos hablando, de qué extensión también estamos hablando, y posteriormente tendremos que trabajar también con el ayuntamiento, adecuar y buscar espacios, pero tenemos previsto, efectivamente, en cuanto esté ese proyecto, dar respuestas sin dilación. Sí que es verdad que todos estos temas son complejos y toda la contratación administrativa de obras públicas pues lleva sus plazos.

Se ha comentado también el hospital militar, por ejemplo, de Sevilla, que es verdad que nosotros ahora mismo no es de los aspectos que hemos priorizado sobre otras infraestructuras que hemos comentado, porque pensamos que las otras infraestructuras se pueden hacer más rápido y porque va a tener más impacto la asistencia sanitaria que prestamos en el día a día. No tenemos especialmente un problema de camas ahora mismo en Sevilla, y hemos priorizado otra serie de infraestructuras.

También comentaba sobre los gastos financieros. Realmente, puede parecer que existe un aumento muy importante con respecto al presupuesto que se incluía en el año anterior, pero realmente, si comparamos lo que va este año con respecto a lo que se gastó el año anterior, al revés, tenemos un descenso importante. Realmente, las sentencias que se pagaron durante este año corresponden a años anteriores, a los años de la crisis. Pero para que tengan efecto y tengan impacto las medidas que se están llevando a cabo ahora, que, como decía, Andalucía es de las comunidades que tiene menor periodo de pago a proveedores, realmente tienen que pasar unos años para que tengan impacto. Si comparásemos el presupuesto de 2018 con el gasto de 2017 veríamos que teníamos un ahorro importante, ¿no? Ese es un aspecto, ¿no?

También hablaba de la importancia de apostar por la investigación, y somos conscientes, porque solamente se puede llevar a cabo un avance y mejorar los resultados en salud si vamos viendo las áreas de mejora de todas aquellas patologías que, hoy por hoy, no tienen una curación, y apostamos por poder investigar y poder tener nuevas soluciones para esas patologías. Y somos totalmente conscientes de ello, y por eso apostamos. Tenemos un presupuesto que es importante, se mantiene en investigación. Por otra parte, tenemos institutos de investigación en muchas de las provincias —algunos son temáticos—. Y con independencia de la financiación autonómica que tienen estos institutos, sabe que también trabajan con una financiación competitiva muy importante a través de la convocatoria pública y a través también de muchos ensayos de investigación.

Se ha hablado aquí también de la importancia de investigar y trabajar en el cáncer de mama, la importancia de las unidades, del nivel de calidad de las unidades de mama, que justo, además, en esta patología es de los ámbitos en los que primero se empezó a trabajar con grupos multidisciplinares. Personalmente saben sus señorías que me he dedicado a esa área y conozco muy bien prácticamente todas las unidades de la comunidad. Yo creo que es un área que incluso ha servido de ejemplo, de referencia de cómo puede ser un abordaje multidisciplinar y cómo puede ser un abordaje coordinado con atención primaria para conseguir algo de lo que planteaba y ponía encima de la mesa, que es acortar los periodos diagnósticos, porque sabemos la importancia que tiene el tiempo de diagnóstico en muchas de las patologías, y especialmente en las patologías oncológicas.

En cuanto... Se ha planteado también el tema de la estrategia de atención primaria. Yo creo que he intentado ser clara en el presupuesto, en la presentación del presupuesto. Tienen una serie de cifras, que les hemos facilitado, y, como les he comentado, no tenemos inconveniente en poder comentar otros aspectos.

Nuestra apuesta es por la atención primaria, y lo hemos dicho en todas estas intervenciones que hemos tenido, porque pensamos que mejorar la atención primaria mejora todo el sistema sanitario en su conjunto. Estamos trabajando con los profesionales, y no solamente pensamos que esta estrategia de primaria es de primaria, exige un abordaje y un trabajo conjunto entre la atención primaria y la atención hospitalaria. Y nuestra apuesta será por aumentar los profesionales —como he comentado—, los profesionales en atención primaria, aumentando..., haciendo una redistribución de profesionales en función de sus pacientes, pero teniendo en cuenta la carga de enfermedad, su morbilidad, la frecuentación que hacen de los centros sanitarios; en las propias tecnologías, que estarán en los centros de salud, o en la posibilidad que ellos tengan de pedir pruebas, y los sistemas de información, porque le va a permitir estar mejor conectada tanto con atención hospitalaria como conectados con los pacientes. O sea, nuestra inversión para el año 2018 se centra prácticamente en atención primaria, uno de nuestros principales objetivos, ¿no?

También es verdad que hacemos una apuesta importante por la accesibilidad —lo he comentado—, se centra nuestro presupuesto en asistencia sanitaria, y además de atención primaria está mejorar la accesibilidad. Tenemos planes especiales, como explicaré en otras de las ponencias que hoy tenemos, planes especiales que se han hecho en los diferentes centros hospitalarios, para dar respuesta a las demoras tanto en lista de espera quirúrgica como en las consultas externas, como en pruebas diagnósticas y en otras áreas, como, por ejemplo, la rehabilitación. Ya ha supuesto un gasto importante para el presupuesto de 2017, y continuará siendo una apuesta importante el presupuesto de 2018.

Yo creo que..., y comentaba la señoría del Partido Popular, creo que siempre se está dispuesto al diálogo, y comentar todas las posibles orientaciones que pueda tener un presupuesto. En ese sentido, yo creo que siempre hemos mostrado que estamos abiertos. Y, efectivamente, hemos intentado centrar el presupuesto para 2018 en los problemas más graves que tiene la población.

Es verdad que, en ocasiones, hay alguna parte de algún capítulo, como el tema de inversiones, que a lo mejor no se llega a ejecutar porque tienen que prevalecer otros aspectos de la propia asistencia sanitaria, como es el propio gasto en capítulo II o en capítulo IV, lo que supone todo el tema de, por ejemplo, la farmacia, que sabemos que cada vez supone un capítulo más importante con todas las innovaciones que estamos teniendo.

Han comentado sobre otros aspectos concretos, por ejemplo, comentaban sobre el hospital materno-infantil de Huelva. Yo creo que lo he nombrado en la intervención que he hecho, que, efectivamente, uno de nuestros compromisos para el año 2018 es el poder licitar la redacción del proyecto para este hospital. Hoy por hoy también están trabajando en Huelva los profesionales, mediante determinados grupos de trabajo que van a permitir tener un plan funcional, por eso no hay una partida específica, pero también hemos mostrado nuestro compromiso de que en cuanto esté el plan funcional que permita la licitación de la redacción del proyecto, es un compromiso que asumimos para este centro.

También se ha hablado, por ejemplo, del hospital materno-infantil de Almería, que, efectivamente, se ha trabajado y se ha invertido en él durante el año 2017, y seguiremos invirtiendo durante el año 2018. Habitualmente, sobre los proyectos en infraestructuras, no se acaban en un año, duran..., tienen un periodo más amplio, y habitualmente la distribución de la inversión pues se calendariza en los diferentes años que sepamos va a durar esa inversión. En concreto, le podría decir —y creo que lo tengo por aquí— lo que se ha invertido para esta estructura tanto en el año 2017 como lo que está previsto invertir en el año 2018. Lo que está previsto para 2018 creo que son 14 millones aproximadamente, y lo que se ha invertido en el año 2017 son cerca de 8 millones, para este centro hospitalario.

Bueno, se hablaba también de otro de los proyectos que he comentado en mi intervención, como es la eliminación de la tercera cama para el hospital de Jaén, que es un proyecto que se ha priorizado en esta provincia, y ya he comentado —creo que en alguna pregunta en el pleno— con anterioridad cómo realmente la solución que se le ha dado para eliminar la tercera cama es un plan funcional que ha surgido del trabajo de los profesionales que están implicados en esa área, y que, efectivamente, conlleva el traslado del neurotraumatológico, porque permitirá, al mismo tiempo, no solamente dar respuesta y eliminar la tercera cama, sino que, por otra parte, también permitirá el hacer un abordaje más concreto al ictus, al proceso ictus.

Es verdad que con esta única medida no se eliminan todas las camas, faltarían algunas más, eso está previsto, y existe otra serie de abordajes funcionales que están contemplados para poder eliminar todas esas habitaciones de terceras camas, que quiero recordar que son setenta y tantas camas, porque lo hemos visto en muchas ocasiones.

Intentaré responder a algunos de los puntos más que me han...

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Señora consejera, tiene 10 minutos más, de cierre.

La señora ÁLVAREZ BENITO, CONSEJERA DE SALUD

—Ah.

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Ya se ha pasado del tiempo.

La señora ÁLVAREZ BENITO, CONSEJERA DE SALUD

—Pues ya está.

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Iniciamos el segundo turno de los grupos.

Tiene 5 minutos.

La señora NIETO CASTRO

—Hubiera estado bien que se estirara un poquito más con la consejera ahora, presidente, que estaba...

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—El presidente lo ha hecho en las dos ocasiones, en la primera y en la segunda.

La señora NIETO CASTRO

—Muchas gracias.

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Se ha estirado, porque, bueno, entendemos que es la consejera de Salud, pero hemos estado 40 minutos en la primera, y ahora iba ya por cerca de 20.

La señora NIETO CASTRO

—Muchas gracias, presidente.

Bueno, para ir a lo concreto de algunas de las cosas que nos ha respondido, y que le agradezco mucho que así haya sido.

No voy a reiterar lo de lo cuantitativo y lo cualitativo, hay más recursos, pero hay que tener un cierto esmero en cómo se gestionan los recursos disponibles para atender a esas necesidades cotidianas del sistema.

Ha hecho usted hincapié en algunos de los elementos que nos trasladaba en la primera intervención, con los que nos decía que cree que se podrá dar satisfacción a esos problemas cotidianos que nos ocupan mucho tiempo en la comisión porque son problemas que padecen muchas personas cuando entran en contacto con el sistema sanitario. Nosotros, desde Izquierda Unida, los tomamos como compromisos asumidos por usted como consejera.

Ha hecho, además, referencia expresa a un ejemplo que yo le trasladaba en cuanto al déficit de fisioterapeutas, y nos dice que está en mente de resolver. Pues nos parece interesante porque eso, además, va a

desbrozar un poco el camino a una iniciativa que tenemos pendiente todos los grupos de plantear con respecto a esa demanda que nos trasladaron hace relativamente poco tiempo.

También ha hablado usted del problema de la precariedad del empleo de algunos de los sectores que están contratados en servicios externalizados de gestión indirecta del SAS. Tomamos también como compromiso suyo, consejera, que se van a revisar esos pliegos al alza, y se va a ser inflexible con las empresas que los incumplen, y que en esto ustedes no van a ahorrar dinero, porque cada vez que se ahorran un euro ahí, como le decía antes, se deterioran las condiciones de trabajo de las personas que los prestan, que son fundamentalmente mujeres.

Le agradecería muchísimo, si es posible, en su última intervención, que nos hiciera alguna referencia sobre el problema de la inspección médica y las altas indebidas. A muchos trabajadores y trabajadoras se les está volviendo a mandar a trabajar cuando todavía no están restablecidos de sus dolencias. Y le agradecería mucho que nos dijese si hay... Sabemos que políticamente se está trabajando en ello. Si hay algo, con su traducción económica correspondiente, que nos permita pensar que este problema va a resolverse o que va a minimizarse al menos.

Consumo. Consumo es un pequeño apéndice de todo el enorme entramado económico, jurídico y administrativo que es salud, pero en realidad gestiona una política que es muy importante, pues las personas, en tanto que consumidoras, nos enfrentamos a muchos problemas, en muchos casos, frente a grandes empresas, frente a entidades financieras, frente a la propia Administración... Y estamos muy descontentos en Izquierda Unida con la gestión que se está haciendo de la política de consumo, consejera, sobre todo, de cómo se están resolviendo los expedientes sancionadores. Que podrían ser una fuente de ingresos, también le digo. Que esas rebajas que se les hacen a algunas empresas son, desde nuestro punto de vista, incompresibles.

Los conciertos. Este año se tomó una decisión, a nuestro entender, muy mala —usted aún no había sido nombrada, consejera— adjudicándosele a Pascual un contrato, finalmente por 95 millones anuales, que estaba inicialmente calculado en 62,5 millones. La verdad es que Pascual manda aquí un taco, si me permite la forma coloquial de trasladárselo. Ustedes sabrán por qué. Y aunque en la estadística global de la comunidad autónoma pesan poco los conciertos privados, en mi provincia pesan un montón y, en fin, a este hombre no le van mal las cosas, por dejarlo ahí.

Y, por último, decía usted que todas las inversiones, la apertura de nuevos equipamientos y demás requieren de una calendarización. Y luego se enfrentan con dificultades que entran en colisión con competencias de otras administraciones. Pero es que eso habría que tenerlo previsto cuando se anuncia la apertura inminente de un equipamiento, porque eso genera una expectativa. Se han hecho anuncios, dos, tres, cuatro, cinco, seis y más veces, de equipamientos, y luego, cuando ha llegado la fecha y no se ha cumplido, se ha dicho que es que había un problema con el ayuntamiento, con la parcela de al lado o con la de detrás. Igual, poner desde el principio esos elementos ante la ciudadanía haría que no se generaran expectativas que luego se convierten en enfado lógico de quienes se sienten engañados, y es fácil trasladarle a la gente las cosas como son, que normalmente si se hace, pues, nadie se enfada.

Y un último apunte, si me permite el presidente, para el portavoz del Partido Socialista, que hoy viene arriba en banderillas, como se suele decir, y la presentación del presupuesto, en cualquier fecha a nosotros nos hubiera parecido igual de mal, porque no compartimos los presupuestos políticos que lo alimentan. Vamos, a

usted también le pilló con el pie cambiado, porque el otro día juraba en arameo, porque no estaba prevista la comparecencia de presupuestos y había que hacer esto y la comisión ordinaria. Así que, igual, tampoco estábamos todos al mismo compás.

Nosotros estamos contentos de que haya una parte... A nosotros nos parece muy bien que haya cuentas, que luego se traduzcan en mejora de las condiciones de vida y de trabajo de la gente nos parece mejor. Pero la evaluación de lo hecho hasta ahora, en esta legislatura, y los índices socioeconómicos que hay sobre la mesa no parecen permitir concluir que, con cuentas animadas por estos presupuestos políticos que nosotros combatimos, se puedan erradicar los problemas que tienen las casas de familia en Andalucía. Y eso no lo dice Izquierda Unida, lo dicen los índices de pobreza y exclusión social que tiene nuestra comunidad autónoma, y nuestros índices de paro. Por tanto, eso es lo que a nosotros no nos gusta de las cuentas, no el calendario, no nos gusta una estabilidad que no le sirva a la gente para mejorar sus condiciones de vida.

Por lo demás, como esto tiene ahora su tramitación, esperemos que este año nuestras enmiendas corran mejor suerte, porque las vamos a presentar en el ánimo de concretar algunos de los compromisos que usted nos ha explicado con tanta amabilidad y precisión.

Muchas gracias.

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señoría.

Señora Albás, tiene cinco minutos.

La señora ALBÁS VIVES

—Gracias, presidente.

Consejera. Señorías.

Pues, en mi segundo turno de intervención, en primer lugar voy a agradecer al portavoz del Grupo Socialista la referencia que hace a mi grupo parlamentario como protagonista de la estabilidad de Andalucía. Algo necesario, más que necesario, dada la situación en la que nos encontramos.

Pero también le digo que también sería interesante que el Grupo Socialista, en el Congreso de los Diputados, por lo menos se abstuviera, para que hubiera presupuestos en España y pudiéramos seguir avanzando. Entonces, la misma responsabilidad que exigen aquí, creo que también hay que hacerla y demostrarla en otros sitios.

Y ahora ya entrando en materia: yo le voy a hablar de gestión, consejera, porque ya hemos visto que ya tenemos presupuesto, hay un aumento presupuestario importante. Tenemos unas cifras que son las mejores de toda la historia, para poder gestionar una sanidad pública de calidad. Pero yo siempre lo digo: no se trata siempre de gastar más, sino de gastar mejor. Y sobre eso le voy a preguntar.

Atención primaria, se ve perfectamente en el presupuesto que ustedes van a apostar durante este año y los venideros por que realmente creen, como el resto de grupos parlamentarios, que es la puerta de entrada al sistema y que hay que reforzar la atención primaria, en primer lugar, para tener los mejores resultados en salud, que es de lo que se trata.

Y, en segundo lugar, también, lógicamente, con criterios economicistas, porque si la atención primaria está reforzada, lógicamente también podrán disminuir las urgencias y también, quizás, la atención hospitalaria.

Quiero preguntarle si ustedes tienen planteado el aumentar el número de —lo ha mencionado la portavoz de Izquierda Unida— fisioterapeutas en la sanidad pública, el número de psicólogos. Creo que todos somos conscientes del aumento de patologías mentales, que han aumentado considerablemente en los últimos años y que cada vez hay más personas que necesitan una atención determinada, y demandan, porque Andalucía no cumple con los números que tiene que cumplir para que haya el número de especialistas en psicología necesarios, pues, demandan los ciudadanos también mayor atención de psicólogos. Y si tuvieran una atención, en atención primaria, directa y pronta, pues, estoy segura que evitaría también mucho consumo de medicamentos e incluso ingresos determinados.

Con el tema de las listas de espera, como luego nos va usted a informar sobre las conclusiones a que ha llegado el grupo de expertos, entendemos que, si ya se están llevando a cabo determinadas medidas, que si además se van a llevar otras medidas a cabo, también conllevará un ahorro. Resultados en salud, pero también ahorro económico, con lo cual a lo mejor a mitad de este año tenemos un ahorro económico que se puede utilizar para aumentar el número de profesionales de determinadas especialidades que son necesarias.

Vuelvo una vez más a decirle: la falta de especialidades, como pediatras, que esa falta es a nivel nacional, y a ver si, de una vez por todas, todos los consejeros de cada una de las comunidades autónomas realmente se comprometen a que esa falta de especialidades se solucione. Porque, a fin de cuentas, al final, quienes lo padecemos somos los ciudadanos.

Y ya para finalizar, hoy además aquí también vamos a debatir sobre una proposición no de ley que presenta Ciudadanos, que presenta mi grupo parlamentario con el único fin que los pliegos de condiciones, cuando se saca una subasta pública, una adjudicación de un servicio determinado, prime lo mismo la calidad del servicio que el precio. Por lo menos, lo mismo. Creo que, con ese planteamiento, se mejorará mucho la situación laboral de los trabajadores, además del servicio en sí.

Muchas gracias.

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Gracias, señoría.

Señor Gil.

El señor GIL DE LOS SANTOS

—Gracias, señor presidente.

En primer lugar, mandar un saludo de afecto y de fuerza a todas las mujeres en este Día Mundial del Cáncer de Mama.

Y, en segundo lugar, una cosa menos entrañable, es lo que se comenta de esa verborrea contable. Y me gustaría aclarar, porque parece ser que no ha quedado del todo claro.

En 2017 ha habido una modificación presupuestaria del presupuesto aprobado en 2017, con un aumento presupuestario de 177 millones de euros. Eso quiere decir que lo que se dice de un aumento de 448 millones

del presupuesto de 2018 al de 2017 es rotundamente falso. Parece que no les duelen prendas a engañar a la cara a los andaluces y andaluzas. Pero el incremento presupuestario, teniendo en cuenta ese incremento presupuestario, esa modificación presupuestaria de 2017, que es donde se tiene que partir respecto a 2018, ha sido de 271 millones de euros.

Ahora, quiero aprovechar el resto de mi intervención, una vez aclarado este punto, cuestiones relevantes que nos gustaría que nos contestara y nos gustaría que tomara nota para, en algún momento, complementar la información presupuestaria con información productiva y útil.

Por ejemplo, me gustaría conocer el desglose del Capítulo Primero de la siguiente manera: primero, por nivel asistencial; segundo, por tipos de contrataciones. Saber el gasto en personal estatutario. Me gustaría saber el gasto en personal fijo, en nuevas contrataciones temporales y desglosado, a su vez, por nivel asistencial, cosa de la que no disponemos. Quiero saber cuánto se incrementa en atención primaria, cuánto se incrementa en servicios hospitalarios. ¿Vale?

Me gustaría también tener sobre la mesa un plan de contrataciones plurianual porque el plan de contrataciones no se puede ajustar solo a un año. Ahora bien, conociendo el plan de contrataciones plurianual, se puede comprobar año a año, a través de los presupuestos, cuál es su grado de cumplimiento. Nos gustaría que esta información se tuviera.

Otra pregunta a la consejería: ¿se ha planteado el pago presupuestario por pagos capitativos, en lugar de pago por proceso? De esa manera se podría incentivar una política ambiciosa en prevención y en promoción de la salud. Ahora, si se incentiva esa política, parece ser que se tienen que adelgazar los presupuestos en cada centro sanitario.

Y al contrario del optimismo de la compañera de Ciudadanos, Isabel Albás, las listas de espera, si ahora se hace una política efectiva en reducción de listas de espera, el gasto a corto plazo hospitalario no se va reducir, se tendrá que ir equilibrando y a largo plazo se reducirá. Pero habrá que mantener y no incrementar el gasto en servicios hospitalarios y sí fortalecer atención primaria comunitaria, salud pública para que esa demanda hospitalaria no se siga incrementando.

Y, dentro de los servicios hospitalarios, habrá que fortalecer, a su vez, las camas de cuidados medios. En la provincia de Sevilla, antes lo ha comentado, el hospital militar se podría utilizar para incrementar la oferta de camas de cuidados medios, que es del todo efectiva y que sí reduce ahorro, aumenta el ahorro a largo plazo.

Otra cuestión: ha comentado determinantes de la salud. Hay que recordar que estrictamente los servicios asistenciales son de los factores que en proporción determinan la salud de la población en menor medida que otros factores. En este sentido, desde la Consejería de Salud, ¿cuáles son las coordinaciones con el resto de consejerías, como puede ser vivienda, como puede ser educación y servicios sociales, cuáles son las actividades inconcretas que se pueden hacer para influir sobre la salud de la población en esos determinantes sociales de la salud, como puede ser pues mejoramiento en viviendas, mejoramiento también en infraestructuras?

No sé si hay un departamento o un equipo de salud en cada una de las consejerías, que no lo hay, pero debería haberlo, que coordine este tipo de actuaciones y que no se permanezca en estos departamentos estanco.

Otra pregunta, en cuanto al...

Ya se me va el tiempo.

Bueno, finalizo con esto: investigación. Ahora mismo hay montado un chiringuito de investigación, a través de múltiples fundaciones de investigación, como pueden ser FIBAO, FISEVI y la Fundación de Progreso y Salud, que no atiende a razones de que, primero, porque es totalmente opaca, están funcionando para colocar a una docena de cargos en cada provincia y no se conocen cuáles son las actuaciones. Desde nuestro grupo instamos al Gobierno a que se reordene este sinsentido de fundaciones de investigación, que no atiende a las razones ni a la transparencia que se merecen los andaluces y las andaluzas.

Muchas gracias.

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señor Gil.

Señora García, tiene cinco minutos.

La señora GARCÍA CARRASCO

—Gracias, señor presidente.

Aunque sean treinta segundos, señor Vargas, no me ha entendido, no me ha entendido porque yo lo que le he dicho es que no creo que ustedes persiguieran la foto del presupuesto, porque no era coherente. Yo lo que les he dicho es que ustedes, en coherencia lo que hacían, era una fuga hacia delante para no negociar y no sentarse a negociar con el Partido Popular. Es lo que le he dicho, ¿vale?

Entonces me dice usted: diálogo, 23 de febrero de 2017, debate de sanidad, propuesta de resolución, pacto por la sanidad. El 23 de febrero, no hoy ni ayer ni..., no, no, el 23 de febrero. ¿Cuál ha sido la respuesta del Gobierno andaluz de Susana Díaz? Ninguna. Entonces, no me diga usted que nosotros es que no tenemos diálogo.

Me dice usted: «falta de financiación». Ya se lo hemos dicho muchas veces: sistema de financiación aprobado por ustedes, aplaudido por ustedes y votado en contra por nosotros. Pero, en estos años, ¿cuánto dinero se ha ahorrado el Gobierno andaluz de intereses de demora por los sistemas de financiación que el Gobierno ha puesto en marcha por todas las comunidades autónomas? Pues en Andalucía nos hemos ahorrado 7.400 millones de euros en intereses, por esos sistemas de financiación, señor Vargas.

Treinta y cinco horas semanales, lo digo siempre, mañana se lo decimos nosotros al Gobierno y hablamos con el Gobierno, pero ustedes mañana les devuelven todos los derechos a los profesionales sanitarios, no en 2020, mañana, igual que las 35 horas semanales, mañana. Claro, lo hacemos todo igual.

[Intervención no registrada.]

Señora consejera, centrándonos en el presupuesto, ha dicho usted que la partida de intereses de demora con respecto a otros años..., y a mí las cuentas no me salen, porque a mí lo que me sale ese que ustedes tenían presupuestados para este año 5 millones de euros, que a 31 de agosto se han gastado 32 millones de euros y que, para el año que viene, ustedes han presupuestado 18 millones de euros, que no serán reales si este año ya se han gastado, a 31 de agosto, 32 millones de euros.

Otra partida que nos ha llamado la atención es la que usted dice que dedican en el Capítulo III al pago de sentencias firmes. ¿Cuántas veces hemos hablado de ese tema? En vez de pleitear con los profesionales que van a los tribunales para defender sus derechos, que después le son reconocidos y que vienen las sentencias todas o casi todas favorables a ellos y vienen encauzadas, que además ustedes recurren, porque piensan que en este momento no tienen que pagar, ya veremos quién paga después. Pues yo les pido que dejen de pleitear con los profesionales, negocien con ellos y que ese dinero, por ejemplo, se pueda dedicar a recuperar los derechos laborales perdidos específicamente en Andalucía.

En atención temprana, usted ha dicho «28,8 millones de euros, un 44% más». A mí no me sale la cuenta porque si miro el programa 3.1.P, en el Servicio Andaluz de Salud, ese programa ahí disminuye. Yo sé que atención temprana está en varias consejerías y sumando, supongo, otras consejerías... Pero en el programa, en la ficha del 3.1.P, disminuye lo que yo he visto. Usted me lo corrige.

En los CAI, en los últimos dos años, a 31 de agosto, solo se habían ejecutado 9,5 millones, de los 20 comprometidos, y en los dos últimos años se han dejado de ejecutar 3,9 millones de euros en lo que es atención temprana, señora consejera.

Como he visto que tiene datos muy concretos, y yo le agradezco que me haya concretado muy bien lo que ha sido el materno-infantil de Almería, pero no me ha quedado muy claro si existe o no existe partida presupuestaria para el de Huelva, aunque sea para el proyecto, existe o no existe, es lo que no me ha quedado muy claro.

En listas de espera no le digo nada porque vamos a hablar después.

Atención primaria. Me ha quedado muy claro, ya sí, que es una apuesta real del Gobierno andaluz, porque la he escuchado hablar de equipos interdisciplinares, un catálogo de pruebas para atención primaria, avances en formación, avances en las cifras para garantizar la continuidad asistencial. Con lo cual, yo creo que lo que siempre hemos estado diciendo y siempre hemos estado todos de acuerdo está encauzado. Pero yo creo que una parte muy importante en el sistema sanitario público andaluz, además de la atención primaria, es la rehabilitación. Y quizás sea el siguiente paso que debemos dar, y en la memoria que yo me he estado leyendo se habla de accesibilidad, e incluso de la fisioterapia a domicilio, y yo creo ese será el siguiente paso que debemos dar, importante, y que a mí me gustaría que me dijera cuánto dinero se va a dedicar este año para seguir avanzando en rehabilitación, importantísimo para enfermos crónicos, para alzhéimer, para párkinson, para ictus, para enfermedades neurodegenerativas, que dará mayor independencia a estas personas y contribuirá en su calidad de vida y, por supuesto, en el sistema sanitario.

Me ha encantado oírle hablar de Jimena, porque soy de Jimena. Es una enmienda que nosotros presentamos el año pasado al presupuesto de la Junta de Andalucía, pero que le pido encarecidamente que estudien el lugar del centro de salud de Jimena, porque existen 600 firmas recogidas para que no se cambie de lugar.

Ciudad sanitaria de Jaén, ¿por qué se la nombro? Como le puedo... O el hospital de La Línea, de Cádiz. El hospital de La Línea, de Cádiz, concreción en la fecha de apertura. Ciudad sanitaria de Jaén. ¿Por qué? Porque ustedes dicen en los objetivos estratégicos que se plantean garantizar el acceso a los recursos en igualdad de condiciones y planificar las políticas teniendo en cuenta las desigualdades existentes. Pues aplíquelo en todo, señora consejera, en infraestructuras, en pruebas diagnósticas...

Hablan después de los PET, de los TAC. Hay provincias en Andalucía que no tienen un PET, no lo tienen. Entonces, si estamos hablando de accesibilidad, de igualdad, de acabar con la inequidad, pues yo se lo pido.

Finalizo. Finalizo. Señora consejera, hablan como novedad de ictus, hablan como novedad de cribado de cáncer de colon. Promesa de 2010, el cribado de cáncer de colon. La última respuesta por escrito que yo tengo del cribado de cáncer de colon son tres centros por cada provincia. Con el presupuesto de 2018, ¿dónde llegamos? Y una pregunta por escrito que hice sobre unidades de ictus, equipos de referencia y unidades de ictus, equipos de referencia y equipos de ictus, ¿cuántos había en cada centro sanitario en Andalucía, por provincia? Y se me contestó en general, diciéndome que en todos los hospitales donde se atiende a pacientes con ictus existen los correspondientes equipos de ictus. No, señora consejera, con el presupuesto de 2018, unidades de ictus, equipos de referencia y equipos de ictus en los centros sanitarios en Andalucía.

Gracias.

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Gracias, señoría.

Señor Vargas.

El señor VARGAS RAMOS

—Sí. Muchas gracias, señor presidente.

Bueno, no queda más remedio que empezar por alguna de las alusiones. Y no está aquí la señora Nieto, pero voy a empezar por la señora Albás. Y agradecerle ese ofrecimiento de pactar por el presupuesto de España. Para eso ya estáis ustedes, que os adaptáis a cualquier presupuesto y a cualquier ideología. A diferencia... Nosotros, a diferencia vuestra, nosotros somos un partido responsable, tenemos nuestro proyecto político y tenemos historia y un legado político por el que regirnos. Es la diferencia.

En cuanto al Partido Popular, bueno, aquí me ha comentado sobre la aclaración de esa fuga para adelante, ¿no? Y yo digo, es como..., usted se refiere a de..., nosotros podemos pensar, es que como que viene el coco, ¿no? Sobre todo porque el pacto que se nos propone de sanidad el problema que tiene es los antecedentes, y graves, de la persona que quiere pactar, que firmó un Real Decreto, el 16/2012. ¿Qué va a aportar ese señor, con esa gestión que hizo..., que hizo cuando fue secretario de Estado, qué nos puede aportar? Por lo tanto, no sé si es esa fuga, como se refería.

Y en cuanto a esa reflexión de la provincialización, yo creo que ha quedado muy claro que la señora consejera ha explicado, en cada una de las provincias, qué infraestructuras se van a llevar a cabo, ¿no? Y sobre todo porque además los presupuestos son para las personas, no son para las provincias, ¿no? Y además ellos insisten en la provincialización y no salen escarmentados, e incluso haber perdido este asunto en los tribunales. Y por tanto siguen pues con ese empeñamiento de seguir con la provincialización.

Referirme a la persona que ha hablado de chiringuitos, yo creo que no es..., que yo creo que es de respeto. Sobre todo lecciones a nosotros de gestión, sobre todo por esa contabilidad, no le voy a hablar de verborrea, lecciones pocas. Porque ustedes... Y menos al Gobierno de Andalucía, porque ustedes gobernáis en pocos lugares, pero en los pocos que lo hacéis a ver cómo lo hacéis, sobre todo en Cádiz. No habéis sido capaces de aprobar ningún presupuesto en los tres años que lleva la legislatura. Seguíis gobernando toda-

vía con el último presupuesto aprobado por el Partido Popular. Será que os gusta, o será que seguís también en esa misma relación de pinza.

Y sobre esa actitud de presentar una enmienda a la totalidad al presupuesto, demuestra lo que les importa nuestra sanidad. A ustedes..., no es que nos quieran a nosotros..., nada con nosotros, ni muertos, como se ha dicho. Porque ustedes lo que tenéis es antisocialismo que os corre por las venas. Pero lo peor es que tampoco queréis saber nada de los andaluces, porque algo habrá en el presupuesto que os guste, ¿no?, algo habrá, me imagino que habrá, porque ese aumento de 505 millones, o los 400 que usted habla, ¿serán positivos, no? Y enmienda a la totalidad significa que no les gusta nada, nada.

Y además otra prueba de ello, de ese ninguneo a esta tierra, y de desprecio que tenéis a los andaluces, esa propuesta de reforma constitucional que planteáis, donde se perfila una reforma con derecho a decidir para Cataluña, para Galicia y para el País Vasco. Y yo les digo que los socialistas vamos a reclamar y vamos a reivindicar que Andalucía como la que más, Andalucía como la que más. Y déjense de esa demagogia, y déjense de esos sueños dogmáticos, irrealistas, que realmente estamos en la política real, que es la que necesitan los ciudadanos y ciudadanas.

Y para acabar decirles que este presupuesto, como bien ha dicho nuestra consejera, apuesta por nuevas infraestructuras. Hay una apuesta para la mejora de la atención primaria, para mejorar las listas de espera, se siguen poniendo en marcha planes integrales de salud, se le va a dar un nuevo impulso al Plan Andaluz de Urgencias, y entre otras muchas medidas que nos ha comentado usted. Por ello, hay una clara voluntad política del Gobierno andaluz de mejorar nuestro sistema sanitario, que ya se ha dicho que tiene aspectos mejorables, pero podemos estar tranquilos y orgullosos del sistema sanitario que tenemos en Andalucía.

Muchas gracias, señor presidente.

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señoría.

Para cerrar el debate, señora consejera, tiene 10 minutos.

La señora ÁLVAREZ BENITO, CONSEJERA DE SALUD

—Muchas gracias, presidente.

Señorías, yo creo que, como se ha quedado claro en las dos intervenciones previas que he tenido, los presupuestos de esta consejería vienen a garantizar la prestación de los servicios que repercuten de forma más directa en las personas, y por otra parte vienen a garantizar que Andalucía siga prestando una asistencia sanitaria pública y de calidad. Y estamos en unos presupuestos en los que se prima realmente la asistencia sanitaria. Por ello el capítulo I y el capítulo II, donde se incluyen recetas farmacéuticas, tiene el mayor..., y personal, son los que tienen un mayor peso porcentual. Dicho esto, voy a intentar dar respuesta a algunos de los aspectos que han comentado sus señorías, que no me dará a tiempo a todas, pero lo intentaré. Y, como les comento, no tengo ningún inconveniente en que sigamos fuera de esta sala comentando cuando ustedes lo consideren.

Por una parte, como no está ahora mismo Izquierda Unida, pues empezaré por... El tema de la fisioterapia, que se ha puesto encima de la mesa yo creo que en varias intervenciones. Comentar que dentro de los recursos que estamos pendientes de aumentar, tanto en atención primaria como en atención especializada, para mejorar la accesibilidad, se cuenta con el servicio de rehabilitación y fisioterapia. Y no solamente en atención primaria, que nos parece importante, sino también en algunos programas que existen más específicos en hospitales. Y de forma similar, los servicios de salud mental, que, como saben, las comunidades terapéuticas están en atención primaria, será otro de los aspectos que fomentemos también, porque están cerca de los ciudadanos y ofrecen una atención de proximidad, que es el objetivo que planteamos con atención primaria. Por ese motivo nosotros en las diferentes intervenciones que hemos tenido relacionadas con atención primaria hemos hecho hincapié en los perfiles profesionales que son más frecuentes en primaria, como médicos, enfermeros, también el tema de trabajadores sociales o matronas, pero sabemos que existen otros perfiles que trabajan con los equipos de atención primaria y que tendremos que contar con ellos para reforzar esos equipos multidisciplinares. Entre ellos, fisioterapeuta.

Y en cuanto al tema de las listas de espera, efectivamente pensamos que mejorar la accesibilidad en listas de espera por supuesto va a mejorar los resultados en salud. Y también un aspecto que nos parece muy importante es que va a mejorar la satisfacción tanto de los propios ciudadanos, de los propios pacientes que reciben esos cuidados, como de los propios..., de los propios profesionales. Es verdad que para que tenga impacto y lo que eso puede optimizar y lo que puede ahorrar pues tiene que pasar mucho tiempo para que de verdad ese impacto en salud tenga un impacto y una vuelta..., una vuelta económica.

En cuanto al tema que comentaba de las urgencias, creo que también se ha puesto encima de la mesa el disminuir las urgencias, el dar más calidad. Efectivamente, este año nosotros estamos planteando una estrategia que abarca atención primaria, pero también se estaba planteando una estrategia para el abordaje de las urgencias, tanto de las urgencias que se prestan en las puertas de los hospitales, de atención especializada, como de las que se prestan en los centros de atención primaria, incluso de los centros de emergencias y urgencias sanitarias, que están coordinados por el centro coordinador del 061. Nuestro objetivo es trabajar dentro del Plan Andaluz de Urgencias y Emergencias, mejorando los protocolos que se llevan a cabo en estos centros, la coordinación entre ellos y sobre todo la coordinación que realiza el 061, que es el que debe valorar las necesidades en cada punto y qué servicios se activan, ¿no?

Y por otra parte, es verdad que potenciar la atención primaria, y sobre todo en determinado grupo de pacientes, pensamos que..., como pacientes crónicos complejos, con lo cual ya se está trabajando con los planes personales, individualizados, pues no solamente mejora los resultados en salud sino que mejora de forma importante la calidad de vida porque serán necesarias menos atenciones en urgencias y también serán necesarias menos interconsultas hospitalarias.

Comentaba la señoría de Izquierda Unida..., a ver si intento responder a alguno de los aspectos que ha comentado, en cuanto a consumo, el tema de los expedientes sancionadores, nosotros no hacemos ninguna rebaja. Le aseguro que se sigue la normativa. No hacemos ninguna rebaja realmente en las multas que se están poniendo, y muchas multas son por infracciones. Además, yo creo que nuestra comunidad es pionera en el cobro del beneficio ilícito de las determinadas entidades. Y yo creo que en ese sentido se está haciendo un esfuerzo que es además ejemplarizante, que es importante. Le aseguro que rebajas..., no se realiza ninguna rebaja, seguimos la normativa que existe en estos temas.

En cuanto al tema de las altas médicas realizadas por la Inspección, tenemos que tener en cuenta que estos profesionales utilizan una serie de criterios clínicos, que es verdad que se tienen que respetar los derechos de las personas que necesiten estar de baja por cualquier problema de salud, pero también tenemos que trabajar evitando que se produzcan fraudes, que sabemos que en ocasiones existen. Nosotros, es verdad que sabemos que existen quejas muchas veces en este sentido, y se realizan inspecciones por nuestra parte, también periódicas, en los determinados servicios provinciales de este..., en cuanto a la Inspección médica.

También hablaba en cuanto al tema de los conciertos que si es verdad que yo planteaba que en nuestra comunidad el porcentaje es pequeño, un 4%, pero bueno, pues usted dice que en su provincia tiene mayor relevancia. Y, efectivamente, eso es así, ¿no? Pero sí que le diría que es verdad que tenemos un concierto, actualmente, con tres hospitales de esta empresa, en esta provincia, pero que ha llegado a tener seis hospitales. Hemos dado un paso más y queremos seguir avanzando en esta línea, es un objetivo nuestro. Tenía seis hospitales concertados y, hoy por hoy, tiene tres hospitales solamente, ¿no?, o sea que yo creo que seguimos dando pasos en la línea que comentaba, de cada vez, de tener menos servicios externalizados.

En cuanto a las fechas que comentaba también, que muchas veces nos comprometemos a determinadas intervenciones de infraestructuras..., realmente se intenta tener efectivamente una previsión, porque, como le comentaba en mi anterior intervención, se calendariza también el presupuesto que hay que dejar para cada año. A veces sabemos la complejidad que tiene un proyecto determinado, las complicaciones o problemas que pueden surgir, pero otras veces, pues, no se conocen hasta que realmente, bueno, pues el problema está ahí. Nos intentamos adelantar y, por supuesto, pues también que me parece importante e intentamos hacerlo, pues, cuando se ve. Y tenemos claro el no engañar a nadie y poner encima de la mesa qué es lo que existe, cuál es el problema, incluso ahora mismo en algunas de las infraestructuras que tenemos y que queremos poner en marcha lo antes posible. Sabemos que están pendientes de algunos trámites administrativos en los que intervienen diferentes instituciones, y es complejo. Y nos estamos sentando con diferentes ayuntamientos, con la diputación, con todas las instituciones que puedan estar implicadas para intentar que, de verdad, que el trabajo en equipo, que el trabajo conjunto permita el objetivo que creo que todos tenemos, y es que esas infraestructuras estén lo antes posible al servicio de los ciudadanos, que realmente es su objetivo, ¿no?

En cuanto al tema que explicaba de la precariedad en el empleo, referente a determinadas empresas que se contratan con conciertos, como le comentaba, estamos intentando incluir las obligaciones de forma clara por parte de las empresas y también las garantías sociales que deben incluir, ¿no? Y realmente, hacer un seguimiento, como le comentaba, de los resultados y del cumplimiento de esos objetivos que se marcaban en el contrato con las determinadas empresas.

Comentaba también, con respecto al tema global de los presupuestos, de que, bueno, que no están de acuerdo y que piensan que no pueden..., probablemente no den respuesta a los problemas que actualmente tiene nuestra sociedad y tiene nuestra población. Pero yo creo que estamos trabajando por ese motivo de forma clara, por un sistema que es universal, que es accesible y que es gratuito, ¿no?, e intentamos que sea equitativo, ¿no? Efectivamente, yo creo que contar con un sistema de esta manera es una garantía de esa prestación sanitaria que necesita cualquier ciudadano con independencia de su nivel socioeconómico o con independencia de su ubicación geográfica.

Señor Gil, realmente tengo que comentarle que creo que es muy fuerte la afirmación que ha hecho aquí, diciendo y llamando a las instituciones que tenemos para la investigación o los institutos para la investiga-

ción que tenemos en nuestra comunidad, que son chiringuitos. Yo creo que debería hacer un esfuerzo y retirar ese término. Creo que es una acusación muy grave, y si usted piensa que no es transparente y que se contrata a cualquiera, yo le agradecería que me dijera a qué personas hemos nombrado a dedo y están en esos institutos de esa manera, porque, le puedo asegurar que todas las personas y todos los contratos que se hacen estas instituciones pasan y están visados por Hacienda. O sea que yo creo que es una afirmación muy grave cuando sabemos que son institutos que tienen un nivel de excelencia, que es reconocido no solamente en nuestra comunidad, sino que es reconocido, y son pioneros a nivel nacional e, incluso, algunos de ellos a nivel europeo. Y que, por otra parte, generan empleo y generan riqueza también en los sitios donde están, como lo demuestran los resultados de muchos de los institutos. Así que, considero que es una afirmación realmente, que es muy, muy grave, y debería, de verdad, retirarla. Creo que es una afirmación francamente muy grave.

Y, en cuanto al tema de la salud pública, comentarles que las estrategias de salud en todas las políticas se coordinan desde la Consejería de Salud. Y, efectivamente, se trabaja con todas las consejerías y el resto de las instituciones, también se trabaja con los ayuntamientos para llevar a cabo estas políticas, que se ha hecho un gran esfuerzo por hacerlo de forma provincial, para poder ajustarse mucho mejor a los problemas de salud que tiene cada provincia. Y realmente, en breve, en el Parlamento se podrán presentar los resultados del IV Plan Andaluz de Salud, que pueden demostrar el impacto que estas políticas tienen en los resultados en salud en nuestra comunidad, que realmente es lo que perseguimos, ¿no?

Dentro de la estrategia de atención primaria, también se está trabajando, aumentando el número de trabajadores sociales que trabajan en atención primaria, porque pensamos que es un aspecto muy importante para valorar todo lo determinante en salud, influir de forma preventiva sobre ellos, para que realmente no lleguen a producirse ciertas patologías, y trabajar de esta forma desde el punto de vista preventivo.

Creo que ya estoy agotando el tiempo —y ya acabo—, lamento no poder contestar a todos los aspectos que han puesto encima de la mesa, pero creo que podremos seguir comentando.

Y, bueno, yo quiero acabar reiterando que creo que tenemos un presupuesto, que sigo insistiendo es un presupuesto bueno. Será el mejor presupuesto que ha tenido en los últimos años la consejería el Servicio Andaluz de Salud, y que realmente da respuesta a los problemas más graves y más cotidianos que tiene nuestra comunidad.

Muchas gracias.

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señora consejera.

Señor Gil, ¿quiere retirar de su intervención alguna palabra?

El señor GIL DE LOS SANTOS

—Nuestro grupo hará una propuesta y vamos a investigar sobre la reordenación de las fundaciones de investigación. Y veremos el grado de hacer las cosas bien o mal que se están haciendo con esta estructura, ¿vale?

Pero vamos, no tengo ningún problema en retirar ese calificativo si molesta tanto...

DIARIO DE SESIONES DEL PARLAMENTO DE ANDALUCÍA

Núm. 434

X LEGISLATURA

19 de octubre de 2017

El señor GARCÍA ANGUIA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—¿Retira el calificativo?

El señor GIL DE LOS SANTOS

—... pero lo que no retiro es mi sospecha de que las cosas no se están haciendo debidamente bien.

El señor GARCÍA ANGUIA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Bien. Entonces, a efectos del acta, el señor Gil retira el calificativo de «chiringuito».

Muchas gracias.

Suspendemos cinco minutos por necesidades fisiológicas.

[Receso.]

10-17/APC-001118, 10-17/APC-001156, 10-17/APC-001167, 10-17/APC-001274 y 10-17/APC-001297. Comparecencia de la consejera de Salud, a fin de informar sobre las conclusiones de la comisión profesional para la gestión de las listas de espera en el sistema sanitario público de Andalucía

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Bien. Reiniciamos la comisión con el punto segundo del orden del día. Quiero indicar que esta comparecencia, que está solicitada por el propio Consejo de Gobierno, también está pedida por el Grupo Parlamentario Socialista, por el Grupo de Ciudadanos, por el Grupo Popular, y también es cierto que en la Mesa, la secretaria, en nombre de su compañero, aportó un escrito que también la pedía, porque también estaba en el inventario. Entonces, a efectos..., porque como es una comparecencia que pide el Consejo de Gobierno todos los grupos intervienen. Pero a efectos de que podamos quitar con la registrada del inventario de Podemos esta comparecencia, esta solicitud de comparecencia, pido a la comisión si están de acuerdo que también se incluya como agrupada por parte del Grupo de Podemos. ¿No hay inconveniente? Pues entonces también..., a efectos prácticos, ¿no?, porque es del Consejo de Gobierno, pero para que la retiremos del inventario.

Pues tiene la consejera quince minutos para exponer.

La señora ÁLVAREZ BENITO, CONSEJERA DE SALUD

—Gracias, presidente. ¿Estamos hablando de la agrupada de las listas de espera, verdad? Sí. Vaya.

[Risas.]

Bueno, pues, señorías, solicité esta comparecencia para informar sobre las conclusiones y las recomendaciones de la comisión experta que ha estado trabajando en el análisis y las propuestas de mejora de la gestión de listas de espera en la sanidad pública andaluza. Y me congratula que podamos hacer este debate agrupado uniendo todas las solicitudes de los distintos grupos parlamentarios sobre esta misma cuestión, porque refleja el interés común que tenemos sobre este tema. Y por otra parte también es un interés y una preocupación para la ciudadanía. El pasado 28 de septiembre ya contesté a una pregunta oral en Pleno sobre este tema, pero hoy vamos a poder profundizar en el trabajo realizado y sobre todo mostrarles las medidas que hemos puesto en marcha de manera inmediata, siguiendo las recomendaciones de esta comisión experta. Antes de seguir avanzando, quiero agradecer expresamente el trabajo que han realizado, por todas y cada una de las personas que han participado en esta comisión, así como las aportaciones que han realizado las distintas organizaciones a través de los miembros que han designado. Gracias a ellas podemos hoy presentar un conjunto de medidas que con toda seguridad van a mejorar la situación de los tiempos de respuesta en la sanidad pública andaluza, garantizando al mismo tiempo la calidad asistencial y la seguridad de los pacientes. Y va a redundar en una mayor satisfacción de la población y también de los profesionales. No partimos de cero. Les recuerdo que Andalucía tiene la tasa de pacientes en espera más baja del país y se sitúa entre las comunidades autónomas con menor tiempo medio de espera. Esta es una de las primeras conclusiones de esta comisión, y es fruto del trabajo continuado realizado por el conjunto de la organización

sanitaria, especialmente sus profesionales, para mejorar la calidad de la respuesta asistencial. Este compromiso permanente con la reducción de los tiempos de respuesta, pues nos llevó a constituir esta comisión de forma inmediata, tan pronto como fue solicitado por esta Cámara. En esta comisión han trabajado un total de 36 profesionales de diferentes perfiles, 14 de ellos son profesionales del sistema sanitario público de las especialidades médica, quirúrgica y también de la especialidad de diagnóstico, tanto de diagnóstico por la imagen como las diferentes áreas de laboratorio. Y han trabajado también junto con enfermería, profesionales de documentación clínica. Y su naturaleza abierta ha permitido que se pudieran incorporar de forma progresiva miembros o personas expertas que, en determinadas áreas, que en un momento dado, pues era positivo que lo hicieran. La comisión incorporó la visión de las sociedades científicas y de los colegios profesionales, a través de miembros designados por 12 sociedades y asociaciones científicas, y los consejos andaluces, tanto de colegios de médicos como de enfermería. El objetivo general que ha guiado su trabajo ha sido mejorar la gestión de las listas de espera en las áreas quirúrgicas, actividad de consulta y pruebas diagnósticas, para dar la mejor respuesta asistencial posible, teniendo en cuenta las demandas de la ciudadanía, y en un marco de seguridad, calidad y eficiencia. El producto final de este grupo de trabajo fue entregado el pasado 13 de septiembre. Realmente lo había acabado un poco antes, pero coincidió verano y se quería recibir a todo el grupo para agradecer su trabajo.

Es un documento integrador, que integra una serie de propuestas y una serie de recomendaciones sobre los aspectos del sistema a modificar para poder mejorar la accesibilidad al sistema sanitario público andaluz, destacando acciones que podrían ser más efectivas y eficientes para el logro de este objetivo. Este documento, no sé exactamente si está colgado en la página del SAS, pero nuestra idea es colgarlo y que pueda estar a su disposición si lo quieren ver de forma más detenida, porque ya verán que tiene muchas recomendaciones generales, alguna para poner en práctica, pero otras van a requerir un abordaje específico por grupos concretos, para desarrollar otras medidas.

Partiendo de la consideración multifactorial de la demanda asistencial, la comisión propone medidas sobre los aspectos en los que podemos influir desde el sistema sanitario y están relacionados tanto con la propia estructura como con la organización, la planificación o el propio modo de trabajar. A continuación voy a detallar las medidas propuestas por la comisión experta, con mención expresa de las que ya se están poniendo en marcha por ser de aplicación inmediata. Quiero recordarles el interés de la Consejería de Salud en seguir contando con la participación de este grupo de profesionales expertos para la implantación y el seguimiento de las medidas, así como para la evaluación de los resultados que se lleven a cabo. Y también, por otra parte, como les he manifestado, hay otra serie..., una serie de medidas que proponen y que son de aplicación inmediata, pero otras necesitan otro desarrollo. Nos parece muy importante que este grupo permanezca y continúe apoyando, tanto a los diferentes centros que están trabajando en planes específicos, y al mismo tiempo evalúen los resultados. Siguiendo las líneas que definió la propia comisión profesional, paso a enumerarles las conclusiones y recomendaciones. También entiendan de forma resumida, pero el documento estará a su disposición de forma completa.

En la primera línea, sobre los decretos de garantía, la comisión propone actualizar esta normativa autonómica, estableciendo el proceso clínico como elemento determinante y no solamente los procedimientos de forma aislada, diagnósticos o terapéuticos, como ocurre en la actualidad. Ya tenemos algún ejemplo en que

se ha trabajado de esta manera y acorta el proceso de forma global. Como saben sus señorías, Andalucía fue la primera comunidad en dar rango normativo a la garantía de los tiempos máximos de respuesta asistencial, lo hizo en el año 2001, y dieciséis años después somos la comunidad más garantista en esta materia, con más de 700 procedimientos quirúrgicos regulados. Tras aquel primer avance se fue ampliando esta garantía a las consultas externas y a las pruebas diagnósticas en el año 2005, y continuamos reduciendo los tiempos máximos en procesos quirúrgicos frecuentes, en el año 2006, así como los procesos quirúrgicos cardíacos, en el año 2016. Y más recientemente hemos ampliado la garantía a procesos de reconstrucción mamaria por mastectomía, en el año 2017, ha entrado en vigor en agosto de 2017. Ahora, y siguiendo las recomendaciones de esta comisión profesional, queremos dar un paso más, revisando la relación de procedimientos y patologías que disponen de un plazo de garantía, según la evidencia científica y las nuevas técnicas que existen ya para su abordaje, y también los tiempos de respuesta establecidos, para incorporar los estándares y las recomendaciones de las sociedades científicas que se consideren oportunas en estos procesos.

Así mismo, se revisarán los tiempos de respuesta para consultas externas y pruebas diagnósticas, diferenciando los cribados poblacionales del diagnóstico de patologías, de la entrega de resultados y de los controles de seguimiento, diferentes tipos de consultas. En este ámbito, la comisión propone incluir el término de «prioridad» como un elemento para disminuir el tiempo de respuesta que el propio decreto establece, y para ello sugiere tener en cuenta aspectos individuales, aspectos laborales o sociofamiliares del paciente. Nos parece una idea muy interesante. Así mismo, recomienda que estos parámetros se incluyan en los sistemas informáticos de alerta, de manera que se facilite el seguimiento de indicadores y el cumplimiento de los estándares. En esta línea, la comisión hace una propuesta, también muy innovadora, y es establecer un plazo de respuesta máximo para todo paciente que esté inscrito en el Registro de Demanda Quirúrgica, o de pruebas diagnósticas y terapéuticas, con independencia de que dicho procedimiento esté o no incluido en decreto de garantías, como un plazo máximo de respuesta con independencia. Sabéis que hoy por hoy hay procedimientos que no están incluidos en ningún decreto. Es decir, garantizar que cada persona..., a cada persona un tiempo definido de espera, lo que va a reducir, indudablemente, la incertidumbre y va a permitir una mejor organización personal en relación con los procesos de cada paciente.

Así mismo, se propone una respuesta en treinta días a los procesos oncológicos con necesidades quirúrgicas, desde la fecha de inclusión en el Registro de Demanda Quirúrgica, y una vez que la indicación quirúrgica quede establecida por el comité específico de tumores de cada centro. Habitualmente, en los centros existen comités de tumores de cada localización.

En la segunda línea, relativa a los procedimientos, la comisión propone elaborar un registro centralizado de indicaciones para todos los procedimientos quirúrgicos, diagnósticos y terapéuticos, y que esté conectado con la historia de salud digital del paciente y así se pueda facilitar la incorporación de procedimientos, garantizar la calidad, la seguridad y la equidad. Así mismo, recomienda implantar un sistema de avisos que permita realizar la confirmación previa de asistencia a citas programadas a través de la red, con el objetivo de disminuir el absentismo. Existen determinadas pruebas que presentan un índice de absentismo importante. Y también que permitan alertar ante posible duplicidad de pruebas en un plazo determinado. Proponen también facilitar la inscripción directa de las solicitudes en sus aplicativos correspondientes, caminando hacia una atención sanitaria sin papel.

Y otras propuestas de mejora están basadas en la formación de los profesionales, sobre manejo de aplicaciones y recursos relacionados. Y una rápida comunicación sobre las actuaciones, así como la elaboración de un documento de consenso para la codificación de determinados procedimientos por especialidad, en colaboración con los profesionales que trabajan en documentación, y esto va a permitir la identificación de los determinados procedimientos por profesionales y va a garantizar la calidad de la información.

En esta línea, las propuestas incluyen la informatización de todos los procedimientos, y no solamente los quirúrgicos, sino también los diagnósticos y los terapéuticos, y la elaboración de los cuadros de mando homogéneos que tengan indicadores, que estén relacionados con la calidad asistencial que se presta y también con la seguridad, con la producción. Y esto nos va a permitir hacer comparaciones por grupos de hospital, por poblaciones, por nivel de la asistencia, y también, por tanto, poder compartir experiencias entre centros.

Una propuesta muy interesante es la creación de un gestor único de citas o procedimientos para un mismo usuario, rentabilizando los desplazamientos y disminuyendo, por tanto, el absentismo, y evitando así también duplicidades o asignación de citas durante periodos de hospitalización, por ejemplo, o citas en la misma semana, a lo mejor, dos o tres citas para pacientes que son crónicos y con dificultad para acudir al centro.

La comisión también realiza recomendaciones para la reducción de la variabilidad en la práctica clínica, protocolizando los procedimientos, según la evidencia científica disponible. Y se propone la constitución de comités multidisciplinarios para patologías y procesos específicos, por ejemplo, cirugía de raquis, que es uno de los procedimientos más frecuentes, cirugía bariátrica, o cirugía oncológica entre otras. Y el fomento de la cultura de *benchmarking*, comparándose con los mejores.

En esta misma línea de procedimientos, se incluyen dos propuestas que ya veníamos trabajando, y es: la potenciación de la capacidad diagnóstica y terapéutica, de la atención primaria y el incremento de la actividad propia, disminuyendo la actividad concertada. Como saben, está muy avanzado el catálogo que permitirá abrir a Medicina de familia la solicitud de pruebas diagnósticas disponibles en el sistema, y se está impulsando la formación en el uso de ecografías para que puedan ser realizadas por los mismos centros de salud. Y habrán visto ya publicada la información sobre un número importante de profesionales de primaria en determinadas provincias que se han formado ya en esta técnica.

Al mismo tiempo, ya les he comentado que en los presupuestos para 2018 se ha incluido una partida importante para equipamiento diagnóstico en atención primaria, tanto ecógrafos, como retinógrafos y los propios equipos de radiología convencional. Pensamos que acercar estas pruebas diagnósticas a la población, a los centros de salud, evitaría muchos desplazamientos y mejoraría mucho la calidad en la asistencia que se presta. Además, hoy por hoy la radiología convencional sigue siendo la prueba radiológica que se hace con más frecuencia en un hospital.

También se está trabajando en potenciar la cirugía menor ambulatoria en atención primaria, tanto por especialistas de medicina familiar, como de profesionales de enfermería que tengan competencias acreditadas. Y desde el mes de junio estamos llevando a cabo un plan de internalización de pruebas diagnósticas que suponen un nivel de concierto elevado, comenzando por las de la alta complejidad, que son habitualmente las que están concertadas, como son el TAC y la resonancia magnética.

Entre otras actuaciones concretas, estamos ampliando el horario de los equipos disponibles, mañana y tarde, de lunes a domingo, y aumentando su rendimiento por cada sección. La planificación realiza-

da nos va a permitir reducir los conciertos de manera importante hasta la práctica eliminación, en el caso del TAC, prácticamente ya.

Otras recomendaciones van en la línea de fomentar la corresponsabilidad en el uso de los recursos, tanto por parte de los profesionales del sistema sanitario, como de la población usuaria y la Administración sanitaria, en el sentido de evitar todo aquello que no aporta valor añadido al paciente y promoviendo el desarrollo competencial e incorporando nuevos roles y nuevas categorías, potenciando las buenas prácticas y las prácticas avanzadas, en concreto, la comisión propone potenciar la enfermería de práctica avanzada o las consultas externas de enfermería, favoreciendo la gestión compartida de la demanda entre enfermería y facultativos en atención primaria, también en algunas consultas especializadas.

Destaca también la importancia de aprovechar al máximo las potencialidades que actualmente tienen las TIC, las tecnologías de la información, y los medios técnicos disponibles para el control de asistencia a citas programadas, permitiendo que puedan confirmar, modificar o anular citas programadas mediante la llamada telefónica, mensajería telefónica, o aplicaciones móviles, y así se aumenta la eficiencia de las agendas, especialmente en consultas y pruebas diagnósticas.

Asimismo, se recomienda la revisión de los circuitos asistenciales para optimizarlo y potenciar la actividad que se viene desarrollando en acto único; potenciar también la asistencia ambulatoria, la cirugía mayor ambulatoria y la cirugía menor ambulatoria, y los hospitales de día, con especial énfasis en el ámbito oncohematológico en pacientes frágiles. Una propuesta cuya implantación se encuentra ya muy avanzada en la elaboración de planes individualizados por centros para la mejora de la gestión de la actividad asistencial, realizado en el seno de comisiones correspondientes: comisión quirúrgica, comisión de consultas externas y comisión de pruebas diagnósticas, que deben estar establecidas en cada centro, para poder abordar los aspectos que les permitan mejorar la accesibilidad y los tiempos de respuesta a la población.

Nuestros centros, especialmente aquellos que tienen una demora más elevada que la media andaluza, han analizado ya su lista de espera y han diseñado planes de mejora de accesibilidad. Son planes individualizados para cada centro. Se trata de una batería de acciones diseñada a medida, según las necesidades de cada hospital, para reducir las demoras evitables. Estos centros con mayor demora presentan unos componentes funcionales, estructurales, poblaciones, que los sitúan en una posición más compleja. Y, por este motivo, cada hospital, según sus características, ha diseñado sus planes de acción individualizada, pero con elementos clave, porque, por una parte, tienen en cuenta las recomendaciones del grupo de referencia, pero, por otra parte, los aspectos propios del centro. Y cada centro ha establecido sus medidas concretas, y adecuando sus agendas y las sesiones quirúrgicas, teniendo en cuenta el aumento de indicaciones en especialidades con mayor demanda, como suelen ser cirugía general, traumatología y oftalmología. Y, todo ello, desde el trabajo colaborativo entre los profesionales, tanto los gestores como clínicos.

La seguridad del paciente también forma parte de las recomendaciones de esta comisión en la detección de puntos críticos y los necesarios acuerdos entre las diferentes áreas de conocimiento. En la línea de recursos e infraestructuras, las propuestas van dirigidas a revisar la dotación y la distribución de los recursos por población para alcanzar estándares recomendables en cada centro y evitar situaciones de inequidad, entre ellas, cabe destacar el Plan Estratégico de Actuaciones de Alto Impacto, que ya les presenté en mi primera comparecencia en esta Cámara, y cuya primera línea será completar la renovación tecnológica en el área de diagnóstico por la ima-

gen. Esta línea se ha iniciado con la incorporación de nuevos equipos de resonancia magnética, fundamentalmente en la provincia de Málaga y Cádiz, y continuará afrontando la renovación de los equipos más estratégicos de TAC, así como el área de ecografía diagnóstica, por niveles de ecografía y situación estratégica de las unidades a renovar, en un plan de actualización a dos años, que también abordarán otros equipamientos tecnológicos.

También hay recomendaciones en el ámbito profesional, en las que ya nos encontramos trabajando, y que están dirigidas a mejorar la estabilidad laboral de los equipos y la incentivación para la cobertura de plazas con especial dificultad.

Otras propuestas de la comisión en esta línea incluyen: explorar nuevas fórmulas de adquisición de equipamientos para optimizar la eficiencia y la equidad; crear nuevos espacios físicos para procedimientos quirúrgicos, diagnósticos o terapéuticos de baja complejidad, y que no requiera el uso de un quirófano; y finalmente en la línea de la continuidad se proponen once medidas dirigidas a reforzar la coordinación y la comunicación entre atención primaria y atención hospitalaria, definiendo espacios de trabajo conjuntos y desarrollando aún más iniciativas para el trabajo colaborativo, priorizando el trabajo en red y aprovechando la potencialidad que actualmente nos dan las tecnologías disponibles ya en el sistema.

En ese sentido, y, como ya le he comentado en la comparecencia de presupuestos, ya está prevista una importante renovación del equipamiento microinformático de atención primaria, y esto va a permitir que los profesionales de atención primaria tengan una mejor conexión y correlación con atención hospitalaria y con los propios ciudadanos. Se pueden hacer incluso consultas telemáticas o consultas compartidas.

Buena parte de las medidas están dirigidas a fomentar la relación entre los dos niveles asistenciales: primaria y hospitalaria, así como entre los hospitales de diferentes niveles pertenecientes en una misma provincia. En esta línea, el documento reitera la importancia de potenciar la capacidad de resolución de atención primaria para evitar desplazamientos innecesarios del centro de salud al hospital, pero también entre hospitales.

Además de las medidas que ya les he comentado, en este ámbito, la comisión experta propone impulsar programas de cribado de cáncer desde atención primaria, basado en avances de las tecnologías diagnósticas, por ejemplo, el cribado de colon, el cribado de cervix o el cribado de mama.

Otras recomendaciones van en la línea de fomentar la gestión clínica y favorecer la autonomía de los servicios para establecer acuerdos de gestión y objetivos compartidos, entre atención primaria y atención hospitalaria, que faciliten la asistencia de los pacientes en acto único.

Y, finalmente, la comisión recomienda potenciar iniciativas que, partiendo de determinadas sociedades científicas, permitan mejorar la continuidad asistencial mediante la firma de acuerdos marco con la Consejería de Salud.

Todas estas propuestas y recomendaciones han de ser implementadas de manera que se garantice la equidad y la corresponsabilidad de toda la comunidad autónoma como valor irrenunciable de nuestra sanidad pública, así lo plantea la comisión experta y así venimos trabajando en Andalucía desde la creación del Servicio Andaluz de Salud.

Muchas gracias.

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Gracias, señora consejera.

Señora Nieto, siete minutos.

La señora NIETO CASTRO

—Gracias, presidente.

Gracias, consejera, por la explicación y por anunciarnos que igual ya está disponible el documento, que, si no lo está, lo va a estar pronto, y que, de no ser así, nos lo facilitarán. Yo se lo agradecería por varias razones: la primera, por poder tener toda la información y verla detalladamente y también por poderla compartir con otras personas de mayor conocimiento que yo misma, porque muchas de las cuestiones que usted nos ha trasladado exceden con mucho del conocimiento que yo tengo de política pública sanitaria. Y, por tanto, entendemos que del conocimiento de las personas que lo han hecho provienen..., que será su evaluación la que nos permitirá saber si son acertadas o idóneas para la cuestión que nos ocupa.

La mejor evaluación la tendrá si baja el índice de insatisfacción de las personas que están esperando pruebas o intervenciones y si eso es un factor evaluable, porque en la memoria de la consejería, bueno, en el relato que se hace, previo a la traducción en número del presupuesto de la consejería, se habla de unos tiempos medios de respuesta y consultas externas de 45 días, unos tiempos medios de respuesta en pruebas diagnósticas de 18 días, que yo no voy a poner en duda, pero dejémoslo en que igual en el entorno en el que yo vivo pues tiene mala suerte la gente. O está todo por encima de la media estadística.

Lo digo también, consejera, por situar las cosas en sus términos. Yo estoy segura de que usted conviene conmigo en que, si estos fuesen los tiempos, no habría problemas con la listas de espera, ¿sabe? Entonces, quizás la manera en la que se contabiliza estadísticamente el tiempo de espera no ha sido hasta la presente adecuada, porque creo que no le va a sonar a sorpresa si le digo que normalmente los tiempos exceden con mucho estos que aparecen aquí.

Dicho eso, todas las medidas que usted nos trasladaba pues nos parecen muy interesantes. De hecho, hemos tenido ocasión de hablar muy recientemente de esto en pleno, porque hubo iniciativas para retomar un grupo de trabajo que ya se propuso en su día, desde nuestro grupo, que cuando se propuso de origen lo vimos bien, en esta ocasión lo descartamos, porque estábamos pendientes de estas conclusiones que nacían además de una petición del Grupo de Ciudadanos para que se abordaran por profesionales esas iniciativas.

Nos ha parecido especialmente interesante, a todos nos parece muy interesante, pero nos ha parecido muy interesante buscar la fórmula que incentive la contratación para que haya personal en algunas de las áreas en las que es difícil generar un cierto atractivo para que los profesionales quieran trabajar allí. Le agradecería mucho que nos trasladase en su segunda intervención un poco más sobre lo que ha mencionado de los acuerdos marco. Era una de las últimas referencias que usted hacía. No me ha quedado claro a lo que se refería y le agradecería si nos lo pudiese aclarar un poco más.

Nos parece muy bien lo del gestor único, todo lo que sea esa coordinación seguro que va a ayudar.

En cuanto a la actualización normativa, entendemos pues que ustedes elaborarán esos cambios para el decreto, aunque en general nos parece muy interesante que todas las personas puedan tener una referencia de un tiempo estándar de espera, con independencia de que se encuentre su dolencia en las pruebas o intervenciones que necesiten entre las actividades catalogadas en el decreto o no.

Y poco más, consejera. Desde nuestro grupo no nos duelen prendas decirle que agradecemos mucho este esfuerzo, que esperamos que realmente sea un esfuerzo que dé sus frutos; que, efectivamente, el año

que viene, cuando usted nos presente los presupuesto en los tiempos de espera que aparezcan en el relato de la consejería, pues nos podamos... ¿no?, no nos echemos una risa.

Y, por último, decir un último apunte. Esto es un sistema generalizado de todos los sistemas sanitarios y tiene mucho que ver con una retirada de fondos a todos ellos, decida por el Gobierno central de manera im-pía y disparatada. Pero esperamos que estas medidas de optimización de los recursos disponibles pues sur-tan el deseado acortamiento de los tiempos de espera.

Muchas gracias.

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señoría.

Señora Albás, siete minutos.

La señora ALBÁS VIVES

—Gracias, presidente.

Consejera, en primer lugar, agradecer su intervención y también desde aquí públicamente quiero dar las gracias a los 36 profesionales que han formado parte de esta comisión, que gracias a su experiencia y sabi-duría, si el Gobierno andaluz, si la consejería toman nota de lo que proponen, seguro que de aquí a un corto espacio de tiempo las listas de espera pasarán a ser historia en Andalucía.

Quiero resaltar la mención que ha hecho usted a la actualización de los decretos de garantía, también al plazo de respuesta máximo, con independencia de que esté incluido o no en el decreto de garantía, me pa-rece un acierto también.

Informatización de todos los procedimientos es fundamental. Si realmente queremos que la atención se haga de una forma ágil, pues será importantísima dicha informatización.

Estoy también de acuerdo con el gestor único para reducir los desplazamientos. Andalucía es muy gran-de, tenemos una extensión enorme, y, lógicamente, aquellas personas que viven lejos de, a lo mejor, un es-pecialista para que le trate tal y como debe ser tratado pues es importante que ese gestor único exista. Los comités multidisciplinarios también.

Luego, también, que generar más actividad, que la atención se haga más a través de los propios recursos del propio SAS más que de los conciertos, también me parece acertado.

Que se aumente la tecnología en el presupuesto, en atención primaria, pues también es fundamental. Y por ejemplo, por poner un ejemplo, si hay que hacer ecografías en los centros de atención primaria y realmente eso reduce además de los tiempos, supone un ahorro económico importante, pues también habrá que verlo.

Yo creo que los análisis que plantean estos profesionales son sensatos y también es algo que estaba de-mandando toda la ciudadanía. No podemos seguir permitiendo que los ciudadanos andaluces tengan en su cabeza como segundo problema la sanidad.

Entonces, yo creo que si realmente se aplica y se toma nota de las medidas que plantean estos profesionales, pues la sanidad pública andaluza pasará a ya no ser un problema para los ciudadanos y seguiremos estando orgullosos de ella.

Gracias.

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señoría.

Señor Gil, tiene siete minutos.

El señor GIL DE LOS SANTOS

—Gracias, señor presidente.

Y muchas gracias, señora consejera, por trasladarnos las conclusiones de la comisión del grupo de expertos que ha estudiado la problemática de la demora insostenible de la lista de espera, tanto de pruebas diagnósticas complementarias como de intervenciones quirúrgicas.

El problema principal y el más importante de todo lo que usted ha expuesto y que creo que no vamos a superar hoy, el problema relevante con mayúsculas, el verdadero problema es de lo que no se habla, de lo que se ignora, el problema es lo que falta. Y falta afrontar el problema con honestidad, presentar las cosas como verdaderamente son, sin trampa, evaluar el punto de inicio, la problemática de origen.

Cuando usted habla de una espera media de 55 días, la gente desconecta, la gente ya no le mira a los ojos, lo único que ve ahí es un pozo negro de incomprensión, señora consejera. Las cifras de las que habla o de las que ha hablado antes, porque hoy ha remitido a las propuestas del grupo de expertos, no pertenecen al terreno de la realidad, trampean primero escogiendo unos procedimientos y no otros, aunque lo ha comentado hoy también, los que figuran en los decretos de garantía del 2001 y 2004 se miden de una forma, los otros de otra manera diferente.

Reducen, por otro lado, la información que muestran tomando las medias e ignorando lo relevante, donde está todo el tajo, las colas de la campana de Gauss. Ahí está el problema, en las colas de la distribución; es decir, los extremos. No solamente vamos fijando las medidas sino cómo se distribuye el tiempo de espera en su conjunto. Que sus expertos hagan un test de normalidad sobre la distribución de las listas de espera y vean si realmente esos extremos son marginales o son significativamente grandes y preocupantes.

No sé si eso lo ha analizado el grupo de expertos.

Por otro lado, parecen minotauros aquellas listas de espera o aquellas esperas por encima del año o casi alcanzando el año. No sé si eso me lo pudiera aclarar si entre los datos que tiene la consejería me admite si esas listas de espera de más de un año son minotauros o existen en la realidad. Me gustaría que ese apunte me lo dijera porque, a lo mejor, son cuestiones menos preocupantes porque la patología no conlleva un agravamiento de la salud, pero cuando se habla de una media de 55 días de lista de espera, ¿qué pasa con esa lista de espera de un año? Hace mucho daño, sobre todo desde el punto de vista de la percepción de la calidad de los miles de andaluces y andaluzas que están en lista de espera.

Por otro lado, los médicos de familia vuelven a solicitar citas como preferentes para, de alguna manera, agilizar. El problema es que, saltadas las listas de espera normales, se encuentran con una larga lista de espera de las preferentes. Entonces, no sé cuál es la solución, si hacer una nueva lista de súper preferentes, porque también apunta ahí que, con cambiarle el concepto y llamarle de otra manera, parece que se resuelve.

La segunda cosa importante, salvada la primera, que me preocupa que no avancemos ahí, en el reconocimiento del problema y la honestidad de cómo se presentan los datos, es reconocer los casos abultados de listas de espera insostenibles, esa falta de transparencia. La falta de transparencia del proceso de seguimiento propio de la cola de espera. ¿Cuándo empieza a contar el tiempo de que se está en espera?, ¿por qué se puede interrumpir esa cuenta?, ¿qué sucede cuando no se cumplen los periodos mínimos?, ¿pasa algo? A esa persona que ha esperado más de la cuenta, ¿se le recompensa de alguna manera? No sé, cuál es, si existe, algún sistema de corrección, de darle un toque de atención a ese centro sanitario que no ha cumplido los tiempos o, simplemente, no pasa nada.

Le hago todas estas preguntas retóricas, señora consejera, porque el proceso no es claro. Si el paciente o el familiar no detona a cada paso, es fácil que el tiempo se pare en un cajón o la cuenta del reloj se reinicie, todo el proceso de espera parece que se resetea. Hasta que esto no esté claro, ni las medias que ignoran sobre esa cola de distribución, sobre esos extremos, sobre esas cosas relevantes, no creo que se pueda avanzar realmente o comparar cuál es el grado de avance sobre un punto de inicio que desconocemos.

Vamos a dar un paso más, y le pregunto lo siguiente: admitido ese problema, ¿se va a estudiar cómo priorizar y qué podrán hacer las personas que lleven meses en espera y su situación se esté agravando? ¿Se va a hacer únicamente por orden de llegada o se modificará según patología?

Ha comentado ya un adelanto de que sí que van a introducir otros factores de los propios del momento de llegada. Me gustaría que eso se publicara de alguna manera. Si se va a modificar tal y como están concebidos los decretos de garantía, me gustaría saber bajo qué regla del juego vamos a empezar a funcionar. Me gustaría que eso tuviera un compromiso de hacerlo público y no se quede en nuevos protocolos que solamente lo saben ciertas especialidades y el propio usuario no sepa cuáles son esas reglas, cuándo se activan y cuándo no se activan.

Por otro lado, entre todas esas propuestas, hay dos preguntas clave. Primero, cuántos son los recursos extra que se van a destinar para solucionar lista de espera porque, para poner en avance estos procedimientos, habrá que tirar de recursos, por lo menos en un primer momento. Me gustaría que lo cuantificara, cuáles son esos recursos, y saber, de entre todos esos procedimientos, cuáles ha valorado la consejería que son prioritarios y factibles ponerlos en marcha.

Y, por otro lado, me preocupa que no haya hablado nada de los cuidados medios, de las camas de cuidados medios. Voy a machacar, en los próximos meses, este asunto.

Le aconsejo, a colación, que estudie un..., que lea un estudio que se ha hecho sobre la reforma en los diez últimos años de Canterbury, en Nueva Zelanda, sobre la reforma de atención primaria y el refuerzo que se ha hecho en camas de observaciones y camas de cuidados medios, que han, entre otras cuestiones, han aligerado la lista de espera y la demanda de servicios hospitalarios de agudos.

Le aconsejo esto, porque en ninguna de esas propuestas se menciona esto. No sé qué expertos son.

Gracias.

El señor GARCÍA ANGUIA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señoría.

Señora Mestre, siete minutos.

La señora MESTRE GARCÍA

—Sí, buenos días, presidente.

Señora consejera. Buenos días, señoría.

Ante todo, agradecerle la explicación que ha arrojado en la mañana de hoy sobre este grupo de trabajo, señora consejera, pero lo cierto es que a nosotros, desde el Grupo Parlamentario Popular, y creo que usted también lo sabe porque así lo hemos solicitado en el seno del Parlamento, nos hubiera gustado poder conocer esos detalles, conocer esas recomendaciones incluso que usted ha aportado, a colación, obviamente, o como resultado del trabajo de este equipo de 36 profesionales, pues, haberlo tratado directamente con ellos también, porque era lo que pretendía el Grupo Parlamentario Popular cuando quería una comisión en el seno del Parlamento andaluz, donde nosotros también pudiéramos conocer e interactuar con los propios profesionales que, al frente de esta comisión, han hecho el trabajo que han hecho. Ni más ni menos, nosotros no íbamos a influir en absoluto, solo queríamos que fuera una comisión de trabajo que arrojara transparencia y que, desde luego, pudiéramos verter también, simplemente, las reivindicaciones y las demandas, que no son pocas, señorías, son muchas. Y, además, creo que todos somos conscientes que, por más que el Grupo Socialista, en cuantiosas ocasiones, haya querido definir nuestra oposición a la gestión del propio sistema sanitario andaluz, realmente nos hacemos eco de las propias reclamaciones de los profesionales, de los sindicatos, de los usuarios... Por tanto, no nos inventamos nada, solo hay que abrir el periódico cada mañana, señora consejera, y eso es un reto que usted tiene y es un reto que tiene el Gobierno que dirige la señora Díaz, que ha sido incapaz de ponerle solución a no solo las listas de espera, sino a tantos y tantos casos que estamos viendo, que cada día hacen que el sistema andaluz de salud se deprima más.

Pero ya le digo que, por más que ustedes quieran insistir, no es cuestión de que el Partido Popular quiera hacer ver a los ciudadanos que hay un problema, sino que es que verdaderamente ustedes tienen el problema. Otra cuestión son los intereses que ustedes tengan para ponerles solución a esos problemas o no, pero, desde luego, no se los inventa el Partido Popular. Ya le digo, solo hay que abrir cada mañana el periódico y solo hay que irse a los centros de salud y a los hospitales para escuchar las vivencias que tienen muchas familias.

Por tanto, nosotros creemos que esas recomendaciones íntegras a las que usted hace alusión, pues, son una utopía, pero que ojalá se ponga en marcha y ojalá sean una realidad, por eso nos gustaría saber, y le insisto a ello, nos gustaría saber el plazo para ejecutar todas estas recomendaciones que hace este grupo de 36 profesionales, a los cuales les mostramos todo el respeto. Y, desde luego, les agradecemos el trabajo y el compromiso que, como usted bien ha dicho, han tenido en trabajar para, como objetivo, reducir las listas de espera en nuestra comunidad autónoma.

Bien, la realidad, señora consejera, es que, desde el Partido Popular, queremos que esta situación cambie. Por tanto, estamos siempre en la senda del diálogo y, por eso, también pedíamos una comisión de estas características, pero ya le digo, nosotros pudiendo interactuar y, además, en el seno del propio Parlamento.

Y nosotros, después de su intervención, creemos que usted es consciente de que lo que usted propone es unos objetivos, pero que la realidad, por la cual se plantea también este grupo de trabajo, es una muy distinta y que, aunque en el seno del Gobierno andaluz y para todos los andaluces y andaluzas, los usuarios del SAS, tenemos regulado por decreto esos tiempos de espera, etcétera, todo está regulado, todo está legislado, pero lo cierto es que tenemos un grave problema para atajar esa situación, por más que se regula, por más que ustedes se ponen plazo, ustedes son incapaces de cumplir los plazos.

Por tanto, algo falla. Entendemos que los criterios economicistas no han hecho ningún favor a esto y entendemos que hay una falta de recursos obvia.

Me baso en ello, por ejemplo, cuando somos conocedores, por el propio SAS, de que los datos que voy a arrojar son reconocidos por el propio sistema, y que dice que, de 69.005 pacientes en lista de espera quirúrgica, 3.275 han superado los 180 días establecidos por el decreto.

También, que de los 30.622 andaluces en lista de espera quirúrgica, dentro del plazo de los 120 días, eso sí, unos 1.746 pacientes han superado también el plazo máximo de los 120 días. Y que 133 pacientes en lista de espera quirúrgica, que no pueden superar, según el decreto, los 90 días, ya los han incumplido un 27%.

Creo que estos datos son, por lo que hoy estamos aquí, y son los que no podemos perder de vista, y no solo podemos conformarnos con esas recomendaciones, sino a que 31.254 andaluces en lista de espera para una prueba de diagnóstico se haya reducido este año, ha tenido como consecuencia, señora consejera, el que se ha aumentado el tiempo medio de atención a estas personas que estaban esperando esa prueba diagnóstica, de 16 o de 18 días se ha pasado a 34. Aquí, claramente, se ve que hay una falta de recursos, porque si se baja la lista de espera, pero el tiempo de atención es mayor, faltan recursos.

No sé si ese informe que entiendo que, cuando lo tengamos, lo podamos estudiar con mayor detenimiento, viene a poner solución al respecto. También conocemos cómo hay desigualdades que creo que nadie estará aquí de acuerdo en que esto continúe siendo así entre territorios, entre provincias. Granada es la que experimenta una mayor subida, por ejemplo, de las listas de espera para una prueba de diagnóstico. Le siguen Málaga y Sevilla, o bien en consultas externas, que sigue siendo Granada la más perjudicada, donde aumentan las listas de espera para una consulta externa con 12.473 pacientes más. Es decir, un 57% más, seguida de Málaga y Jaén, donde crecen ambas un 5%.

La cuestión es que hay una falta de recursos que hace imposible poder cumplir estos decretos y, después, por otro lado, ustedes, gracias también a la presión de los ciudadanos, a la presión del Defensor del Ciudadano en sí, a la presión de los sindicatos, a la presión de los profesionales que ya hablan abiertamente de la realidad que viven en su día a día, ustedes se han visto desbordados y están operando ustedes, por ejemplo, en clínicas privadas para poder cumplir con esos plazos. Ustedes hablan de que están haciendo por tener menos conciertos, por tanto externalizar menos servicios del propio Sistema Andaluz de Salud, pero la realidad es que, para poder cumplir el decreto, el SAS en sí no estaba preparado. Y recurren ustedes, lo cual a nosotros nos parece mal porque, obviamente, hay que ser eficaz y eficiente, pero lo tienen ustedes también que reconocer así.

Yo creo que, en definitiva, de lo que se trata y lo que a nosotros nos gustaría con esta comisión es que de una vez por todas se arrojara la transparencia que requieren las listas de espera y, desde luego, que se obviarán de una vez por todas ya las artimañas que a lo largo de tantos años se han venido haciendo para camuflar las listas de espera, eso es una realidad.

Mire, yo creo que la señora Antón tuvo unas palabras muy desafortunadas hace muy escasas fechas, cuando dijo que las listas de espera eran una leyenda. La leyenda la estamos viviendo todos los días, así se echaron en tromba pues sindicatos, profesionales y todo el mundo para contradecir eso. No es una leyenda, lo padecen las familias, lo padecen las personas que necesitan una prueba de diagnóstico, una intervención quirúrgica, y que ven cómo se les van dando pares y nones, ni más ni menos.

Una cuestión que les quiero introducir también en esta intervención, y es que queremos saber si ustedes van a introducir en el decreto de plazos, por ejemplo, también el garantizar un tiempo máximo a las personas que requieren volver al especialista tras la prueba de diagnóstico, porque ahí es donde se eterniza el diagnóstico definitivo al paciente. Porque si lo previo cuesta, ya volver a la consulta para saber uno cuáles son los resultados de su prueba diagnóstica eso es echarle paciencia. Sin embargo, ustedes demonizan a las familias y a las personas que usan la sanidad privada, pero lo cierto es que se tienen que poner a trabajar para paliar estos déficits, porque sin ningún tipo de duda es una realidad a la que hacen frente las familias, y no es una queja del Partido Popular, es la realidad que le denuncian...

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Señoría...

La señora MESTRE GARCÍA

—Voy terminando, presidente.

... la realidad que les denuncian los andaluces y las andaluzas y que solo con humildad y con la voluntad que usted ha mostrado a la hora de trasladarnos los resultados de este grupo de trabajo se podrá paliar el problema que tenemos en Andalucía con las listas de espera.

Muchas gracias.

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Gracias, señoría.

Señora vicepresidenta, ¿quiere una intervención o dos? [*Intervención no registrada.*] ¿Dos? Pues tiene siete minutos.

La señora LÓPEZ MARTÍNEZ

—Muchas gracias, señor presidente.

Señora Mestre, si este Gobierno se ha caracterizado por algo, desde luego que ha sido porque ha tenido un talante negociador, y lo ha demostrado tanto con el PTS como con las listas de espera, con esta comisión o como con la atención primaria. Y, desde luego, si la sanidad está sufriendo este desprestigio, está alentado por muchos grupos políticos, entre los que no se encuentra el Partido Socialista, eso téngalo claro.

Muchas gracias, señora consejera. Desde el Grupo Socialista desde luego también queremos agradecer su comparecencia, mostrando esas conclusiones de esa comisión de profesionales para el análisis y, por supuesto, para esa posterior mejora de las listas de espera de nuestro Servicio Andaluz de Salud, así como también esas recomendaciones que se realizan, muchas de las cuales ya han sido puestas en marcha, estableciéndose ya en cada uno de nuestros centros hospitalarios un plan propio para abordar y para mejorar la respuesta ante consultas, listas de espera quirúrgicas o pruebas diagnósticas.

Desde luego que las listas de espera es uno de los principales problemas de nuestro sistema nacional de salud. Existen en todas las comunidades autónomas, no solo en Andalucía, y desde luego también se agudizaron con la crisis, influyendo claramente —y esto se ha repetido muchísimas veces aquí, en esta comisión— ese Decreto 16/2012, que no solo lo dice este grupo parlamentario, también las conclusiones de esa Federación de Asociaciones en Defensa de la Sanidad Pública, precisamente cuando analizó las listas de espera y otros tantos temas de gestión de quirófanos, atención primaria, número de camas por habitante..., que precisamente lo que supuso fue una fulminante retirada de miles de millones de euros destinados a servicios públicos, y está precisamente en la base de los problemas que ahora mismo vive la sanidad pública en nuestro país.

Pero además, lo comenté en el Pleno pasado, en la pregunta precisamente sobre las listas de espera, que el Gobierno del Partido Popular sigue evidenciando que la sanidad no es una prioridad, porque en el programa de estabilidad para el periodo 2017-2020 que el Gobierno de España entregó a Bruselas sitúa el gasto sanitario por debajo del 6% del PIB, o sea, que cae un 5,57% hasta el año 2020. Quiere decir que baja, es la primera vez que baja del 6% en diez años.

Por el contrario, aquí en Andalucía se plantea precisamente un suelo de gasto sanitario público en función de ese PIB similar a países de nuestro entorno, que podría estar en buena medida acercándose a ese 7%. Y, como ya conocen sus señorías, y hoy se ha hablado mucho aquí del Presupuesto, se aumenta un año tras otro y este año en concreto en 505 millones sobre el mismo para este 2018.

Ahora también es cuando se devuelve a los profesionales..., comienzan a recuperar salarios, jornada completa, y si ustedes retiran esa suspensión cautelar pues también las 35 horas.

Pero, bueno, estamos hablando ahora mismo de esas conclusiones en cuanto a las listas de espera, y este Gobierno, el Gobierno de la Junta de Andalucía, tiene claro que hay que mejorar esta situación en beneficio, por supuesto, de la ciudadanía y de nuestro sistema, y que debe hacerse no solo con financiación sino que también hay que hacerlo con compromiso y con la incorporación de herramientas que permitan optimizar esos recursos. No olvidemos para qué se ha creado esta comisión, cuyas conclusiones son las que van a servir y las que van a ser punto de orientación para el desarrollo de esas acciones concretas que nos van a ayudar a gestionar las listas de espera de nuestro sistema sanitario público, con los máximos niveles de eficacia, de eficiencia y, por supuesto, de efectividad. Y de la mano de profesionales, por-

que ellos mejor que nadie son los que conocen el sistema sanitario y, por tanto, también saben cómo tratar esos asuntos para la gestión de las mismas, respondiendo a la demanda tanto en la cirugía como consultas, pruebas diagnósticas, etcétera, y sin que la demora desde luego supere el tiempo necesario para que haya una gestión que sea eficiente.

Y son muchos los factores que influyen en esas listas de espera. Usted ya ha ido mencionando en ese informe..., en concreto en el decreto de garantía de respuesta, pues el aumentar esa cartera de servicios. Aunque, como ustedes conocen, nuestro sistema sanitario público fue pionero, precisamente, en establecer un sistema de garantía de respuesta quirúrgica, fue el primero a nivel nacional en dar rango normativo a la garantía de tiempos máximos de respuesta asistencial, actualmente es la comunidad más garantista en esta materia, con más de setecientos procedimientos regulados. Pero, además, la información que ofrece Andalucía es la más completa y exhaustiva que la propia del conjunto del sistema nacional de salud, porque ofrece datos globales, regionales, por provincias, además de la situación por cada centro. Un ciudadano que aguarde una cirugía, una consulta, una prueba recogida en el sistema de garantías puede tener esa información directa y personal de su caso o de su propio centro sanitario sin desplazarse, a través de la oficina InterSAS o telefónicamente con Salud Responde.

También se recomendaba en el informe esa tendencia a la atención sanitaria personalizada, con la adaptación de nuevos recursos, ampliación de derechos a la ciudadanía, con la orden de garantía de plazos para determinados procedimientos relacionados, lo ha comentado, con la cirugía cardíaca o con la reconstrucción mamaria.

Y otro de los factores son esos procedimientos, los sistemas de registro son herramientas básicas para el análisis, para la gestión y para la mejora de recursos, que además permiten disponer de una información actualizada y también para la toma de decisiones, para poder identificar una prueba diagnóstica o cuando no se dispone de una prueba solicitada, porque a lo mejor el paciente ha perdido la cita por olvido, el sistema de SMS que usted ha comentado también para recordar las citas. Desde luego, imprescindible la innovación, nuestro sistema informático de aviso para que también desaparezca esa barrera que ahora mismo existe entre la atención primaria o la atención hospitalaria.

Y algo que ya alberga también..., que se alberga en la ley de garantías y sostenibilidad de nuestro sistema sanitario, ahora mismo en trámite parlamentario, que se plantea una nueva gestión, dado que tanto en atención primaria como en atención hospitalaria pues también ha cambiado un poco lo que es el escenario de atención de pacientes, de tipo de pacientes, han incrementado los pacientes oncológicos, también hay un envejecimiento de la población o disminución de la mortalidad, aumenta también la cronicidad de pacientes, deben garantizarse derechos como la libre elección de médico o de centros y la garantía de tiempos máximos de acceso a todos los servicios.

Pero, bueno, a pesar de seguir manteniendo las demoras medias andaluzas, muy por debajo del conjunto del sistema nacional de salud, y contar con una de las tasas de pacientes en listas de espera más bajas del conjunto de comunidades autónomas, desde luego que este Gobierno, el Gobierno andaluz, sigue buscando esos márgenes de mejora para continuar cumpliendo con los plazos establecidos y desde luego reducir los tiempos, siguiendo esas recomendaciones de esa comisión.

Muchas gracias.

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señoría.

Señora consejera, segunda intervención. Siete minutos.

La señora ÁLVAREZ BENITO, CONSEJERA DE SALUD

—Muchas gracias, presidente.

Señorías, intentaré responder a las cuestiones que han planteado y que han puesto encima de la mesa, a pesar de que son muchas. Yo les podría comentar los resultados de la última publicación que hizo el Ministerio de Sanidad, que es el que permitiría comparar a todas las comunidades, donde realmente se pueden ver nuestros resultados y los resultados de las demás comunidades.

Efectivamente, nosotros tenemos ahí una posición con respecto al resto de comunidades que es buena, y eso no quiere decir que no admitamos que son mejorables y que tenemos que trabajar en ello, porque nos lo demandan los propios ciudadanos, somos totalmente conscientes. No es que estemos contentos con ello, pero sí que creo que es importante que pongamos todo en su justo valor. Y hablamos de nuestros problemas, pero yo le pediría que mirase a otras comunidades, a ver cómo se encuentran otras comunidades, que no me sirve de consuelo, por supuesto, pero que creo que sería justo hacerlo también, ¿no?

Han comentado el tema de algunos datos, lo siento, que algunas de sus señorías no entendían algunos datos, es verdad que son muy técnicos. Y nos obliga esta mecánica a tener que ir muy deprisa, ¿no? El tema de tiempos, de tiempos medios, yo..., nosotros somos conscientes de que los tiempos medios, efectivamente, no identifican a los pacientes que tienen un problema, y realmente son los que tienen una mala sensación de la atención percibida, y son los que tenemos que mejorar.

Por provincias, se ofrece una información muy detallada, se ofrece una información con total de pacientes pendientes, con demora media, mínima, máxima y porcentaje de pacientes que sobrepasan el tiempo. Con lo cual, yo creo que esa información es la que permite saber qué es lo que está ocurriendo en cada sitio y qué medidas deben tomarse. Sabemos que los tiempos medios esconden a ese porcentaje de pacientes en el que no se cumplen.

Comentar también el tema, como se ha dicho, los medios que se están barajando para poner encima de la mesa y poder contratar personal en áreas que son de muy difícil cobertura. Sabemos que hoy por hoy hay determinados especialistas, entre ellos, anestesistas, traumatólogos y algunos otros perfiles, radiólogos, que existen pocos profesionales, y es complejo. Y estamos trabajando en varias vías para hacer ciertas áreas más atractivas y también que determinados pacientes..., pues, determinados profesionales puedan trabajar por la tarde.

Comentaban también el tema de que nosotros..., el tema de la externalización. Efectivamente, yo he comentado que nuestro objetivo es externalizar lo menos posible. Sabemos que determinadas cirugías se hacen en concierto, pero no se han aumentado en estos últimos meses. Nosotros estamos trabajando ya con planes individualizados en cada centro, y esas medidas que se están poniendo en marcha no contemplan aumentar la externalización, todo lo contrario. Todas las medidas que se están llevando a cabo son medi-

das con recursos propios. Y se ha aumentado el número de profesionales, se ha aumentado el equipamiento tecnológico, se han aumentado los horarios. Y ya están en marcha esas medidas. ¿Para cuándo? Ya. Ya he comentado que ya están en marcha esas medidas. Cada centro tiene un estudio específico, porque efectivamente las características de cada centro, en cuanto a pruebas diagnósticas, en cuanto a consultas, en cuanto a cirugía, es muy diferente. Y cada centro hace un plan específico adaptado a sus necesidades. Y se está haciendo con recursos propios. Y se ha invertido, se ha invertido, efectivamente, dinero en esos recursos humanos y en esa tecnología que permite la internalización y aumentar la realización de pruebas de todo tipo.

Se hablaba también de..., bueno, el Grupo Popular comentaba que le hubiera gustado participar. Nosotros siempre pensamos que aspectos como estos, técnicos y profesionales, deben ser resueltos por profesionales, y profesionales con experiencia, que son los que hacen un esfuerzo, además de hacer una actividad asistencial en el día a día, de poner su conocimiento en común y ponerlo encima de la mesa para que se beneficie el conjunto de la sanidad pública. Y se lo agradecemos. Creo que es un tema que es estrictamente profesional. Otra cosa será nuestro compromiso de poner en marcha las medidas y de tener un seguimiento con los resultados, que nos permitan saber si realmente las medidas que ponemos en marcha dan respuesta a esos problemas. Pero considero que debe ser un tema de reclamación.

Hablaban también del tema de los resultados, de la recogida de resultados, que si tenemos establecido cuánto se tardaría después de que se hace una prueba diagnóstica en volver a tener otra consulta para recogida de resultados. Es verdad que voy muy deprisa, pero he comentado que en las consultas existen diferentes tipos de consultas: de primeras, sucesivas, recogida de resultados, seguimiento, y realmente existe un decreto y un tiempo contemplado para una cita de recogida de resultados, que es la que se realiza una vez que un paciente se ha realizado una prueba diagnóstica, y el clínico tiene que valorarlo con los resultados de esa prueba. Y está establecido ya un tiempo máximo de 45 días desde que se ve en consulta.

También, comentaba el señor Gil que cuándo comienza a contar el tiempo. El tiempo para una demora quirúrgica, para una demora en pruebas, para una demora en consulta... Realmente el tiempo empieza a contar desde la inclusión en el decreto, en el decreto y en la base de datos. Para consulta y para prueba diagnóstica es instantáneo, porque prácticamente se está haciendo ya desde los terminales de los propios profesionales, que son los que piden cita de forma automática. Pero el de pruebas diagnósticas se realiza hoy por hoy prácticamente todavía en papel, pero se realiza el mismo día. De hecho, el paciente se lleva un documento justificativo del ingreso en el decreto de lista de espera quirúrgica el mismo día..., el mismo día en el que se incluye.

Y también se comentaba, y comentaba la señoría del Partido Popular, que había comentado la gerente del SAS que si era una leyenda. Realmente no fue exactamente esto lo que me comentó, a ella le hablaron de si las listas de espera eran maquilladas, ella estaba hablando de que los datos eran transparentes. Y esos son los datos, realmente, lo que publicamos. Lo que planteó que no era cierto es el maquillaje de las listas de espera. Insistimos en que nuestros datos son transparentes, y que cada vez se publican más completos, como comentaba, por provincias, y teniendo en cuenta no solamente la demora media sino mínima y máxima.

Por otra parte, comentar también, en el tema de los criterios economicistas, que ha puesto encima de la mesa la señoría del Partido Popular, bueno, yo creo que ha habido muchos problemas en la sanidad pública en los últimos meses, desde luego no son ajenos a otras comunidades, y efectivamente existen mu-

chos motivos, muchos de ellos motivados por el Gobierno central, que nos han hecho tener estos años tan complejos. Pero yo, como le decía, le pediría que mirase a otras comunidades y viesen cómo están en estos resultados. Habla de un determinado número de pacientes que, efectivamente, están fuera de decreto, y nosotros no los escondemos. Somos conscientes del problema que hay. Y precisamente por eso estamos trabajando, y somos transparentes, estamos trabajando en ello, pero no son criterios economicistas. Como le digo, ya están en marcha un montón de planes, que están dando resultados. Y, de hecho, hay provincias que están comentando ya sus resultados, algunas de ellas ya han puesto sus resultados encima de la mesa, de todos estos planes específicos.

Yo creo que ya no hay nada más. Gracias.

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muy bien. Muchas gracias, señora consejera.

Señora Albás, tiene tres minutos.

La señora ALBÁS VIVES

—Gracias, presidente.

Consejera, pues agradecer una vez más el trabajo llevado a cabo por los profesionales, y exigir desde aquí que la consejería realmente tome nota de las propuestas que han puesto encima de la mesa para solucionar el problema de las listas de espera, que es una realidad. A mí, aunque en el resto de España también haya problemas de listas de espera..., el dicho que dice «mal de muchos, consuelo de tontos» es una realidad. Entonces, vamos a intentar que realmente..., pues sí podemos liderar el titular de decir que en Andalucía no existen listas de espera gracias a un planteamiento que han hecho los profesionales, pues, la verdad es que sería lo perfecto.

Muchas gracias.

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señoría.

Señor Gil, tres minutos.

El señor GIL DE LOS SANTOS

—Vale. Gracias, señora consejera.

Ahora toca el día después. Tenemos el estudio, tenemos la voluntad, tenemos declaraciones, pero la consejería, evaluando de nuevo... Y le insto, me alegra que cada vez esos datos pues sean lo más completos posible y que sean más transparentes, que estén provincializados, que no solamente contemplen la media sino también la espera mínima, la espera máxima, ¿vale? Pero teniendo ya los instrumentos, a la consejería aho-

ra le toca medir el punto inicial, que reitero que aun teniendo esa información más completa, habrá que hacer un estudio riguroso sobre el punto de inicio. ¿Y por qué le digo esto? Porque la segunda fase será establecer los objetivos. Igual que se hacen los acuerdos de gestión y se les insta a los trabajadores y trabajadoras que vayan cumpliendo objetivos, ahora le toca hacer los deberes a la consejería. Es decir, poner esos objetivos en cuestión de lista de espera. Y lo tenemos que cuantificar, tenemos que medir hasta dónde se puede llegar y hacer un cronograma, ¿vale?

Entonces, quiero aprovechar esta réplica a que me conteste si se compromete a realizar ese ejercicio, es decir, a establecer los objetivos y establecer los tiempos para ver en qué medida podemos mejorar y en qué medida podemos aligerar las listas de espera; con qué recursos se va a contar; qué compromisos..., cuando habla de internalizar servicios externalizados, vamos a ponerles nombre y apellidos, vamos a ponerle euros, vamos a ponerle cantidades. ¿A cuánto se compromete, a 50 millones de euros en reducción de conciertos?, ¿a 100 millones de euros, a 20? Vamos a cuantificar y vamos a ponernos objetivos. Y después se tendrán que evaluar los objetivos alcanzables. Eso es, creo, un compromiso básico sobre qué se va a hacer con las listas de espera, es decir, vamos a ver qué objetivos nos vamos a plantear, cuáles son, porque una vez con las propuestas en la mesa, cuáles son las posibilidades reales de darle curso con los recursos que tiene la consejería. Así que, bueno, no sé si me va a contestar, pero espero que el día después sea para plantearse objetivos y vamos a ver qué parte de esos objetivos somos capaces de cumplir entre todos y todas.

Muchas gracias.

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señoría.

Señora Mestre, tres minutos.

La señora MESTRE GARCÍA

—Sí, muchas gracias.

Bueno, días después parece ser que no hay, porque ya están todos los planes puestos en marcha en todos los hospitales, o sea, en todos los centros, en definitiva, y entiendo que ya lo que habrá es que ver los resultados, que nos gustaría saber también por cuánto tiempo van a durar estos planes en estos centros.

Y, después, decirle una cosa a la portavoz del Partido Socialista. Mire, la inversión no ha variado, aunque el PIB haya aumentado, eso es una realidad y, por tanto, lo contrario es una mentira. Y decirle que, hombre, yo puedo mirar a otras comunidades autónomas, por supuesto, ¿no?, para valorar la situación global en la que nosotros nos encontramos pero, cuando yo tengo que ir por una dolencia al centro de salud o al hospital, voy al mío más cercano, y precisamente está en mi comunidad autónoma, en Andalucía. Y representamos los intereses de todos los andaluces y andaluzas pero, concretamente, también a los gaditanos y gaditanas, y yo lo único que quiero es que usted vea, señora consejera, no es ni la acritud ni la reivindicación por la reivindicación, simplemente es la realidad. Porque le puedo poner muchos ejemplos. Esos 45 días que usted dice que está establecido en el decreto, lo cual desconocíamos, para recogida de resultados, yo creo que eso

solo está presente en el decreto en sí, yo creo que eso ninguno de nosotros ni de nuestros familiares, ni de las personas que conocemos podemos dar fe de ello, porque eso no es así, porque la realidad es tan diferente, señora consejera, que es lo que creo que más daño le hace al sistema andaluz de salud, el que el propio Gobierno andaluz sea incapaz de reconocer el problema y quiera hacer ver siempre lo blanco, negro. Usted tiene que conocer la situación por la que pasamos los usuarios, por ejemplo, de un punto de extracción de un hospital. Allí ha habido máquinas para mejorar el servicio, por lo tanto se ha mejorado y se ha invertido mucho dinero en ello, por ejemplo, y al final terminamos pues con colas que parece que estamos..., no lo voy a decir porque, encima, me lo achacarán y lo sacarán de contexto, pero la realidad es que son colas de 50, 60 personas para sacarse sangre. ¿Eso cómo lo llamamos en la sanidad del siglo XXI del Servicio Andaluz de Salud? Consultas específicas que tienen que ser atendidos los pacientes cada tres meses, quizás, y además con una asistencia a la farmacia hospitalaria frecuente para conseguir su tratamiento, y tenerles que dar los tratamientos sin el propio papel porque no ha sido visto en los tres meses y, además, tienen el último, la última prescripción de hace nueve meses y, supuestamente, se ha aumentado la atención a esos pacientes, ¿no?, por ejemplo pacientes con soriasis. Bueno, pues hay muchos ejemplos que hacen que se acumule, se acumulen, se acumule y, al final, el sistema va fallando y va haciendo aguas.

Nosotros nos alegramos de que esos planes ya existan en los centros, como usted bien ha dicho, pero desde luego creemos que, igual que hoy todavía es imposible anular una cita, hoy en día es imposible el cumplimiento del decreto, por desgracia. Creo que nadie se alegra de ello, que quiero además que quede muy claro y principalmente a usted, nosotros no nos alegramos de ello, lo que sí queremos es que verdaderamente todas esas buenas medidas que surgen del análisis que se ha hecho gracias a ese grupo de trabajo, pues, que se lleven a cabo de verdad.

Y, no obstante, nosotros no queríamos entrometernos en el trabajo de este grupo de trabajo, no, usted no me ha entendido, lo que queríamos es que, por ejemplo, esos resultados, esas recomendaciones que usted nos vierte aquí hoy las hubiéramos podido tratar con los propios profesionales, porque ustedes mismos les han hecho firmar un documento de confidencialidad, ¿no? ¿Es así? ¿Cuál es el problema para que, por ejemplo, vinieran aquí a comparecer? Yo creo que problema no hay ninguno, otra cosa es el problema que ustedes quieran ver, ¿no? Pero, desde luego, creo que nosotros somos mucho más responsables, mucho más responsables y miramos más por la sanidad pública andaluza de lo que ustedes piensan.

Muchas gracias.

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señoría.

Señora vicepresidenta, tres minutos.

La señora LÓPEZ MARTÍNEZ

—Gracias, señor presidente.

Bueno, brevemente. Bueno, yo entiendo que cuando se habla de una media de plazo es porque unos plazos son antes y otros se alargarán más, y con esas cantidades se hará una media. O sea, creo que, si las matemáticas no engañan, es más o menos así.

Desde luego, si en algún punto también coinciden expertos y organismos internacionales, también es el papel que va a jugar la atención primaria de salud como eje vertebrador también de nuestro sistema sanitario y que va a jugar también en esta minoración de las listas de espera, ¿no?

Las conclusiones del trabajo de la comisión para las listas de espera quirúrgicas, para las listas de espera de consultas externas y pruebas de diagnóstico, desde luego, estamos seguros de que será un instrumento útil, como usted bien ha dicho, señora consejera, para seguir avanzando en mejoras a estos tiempos de respuesta, tanto en las intervenciones quirúrgicas como en las consultas externas y pruebas diagnósticas. Desde luego, la mejor herramienta para garantizar es que nuestro sistema, pues, perdure y, frente también a las tentaciones de privatización que existen, sea un sector público eficaz, que sea transparente y, desde luego, que tenga también un fuerte respaldo de profesionales y, por supuesto, también de la población.

Y, desde luego, sí quería comentar al señor Gil que es verdad que tampoco se puede atacar con especulaciones sobre las listas de espera, que precisamente ya en el año pasado, hablando de las listas de espera de 2016 en sesión plenaria, se habló muchísimo de esas denuncias en Fiscalía, y yo no sé si después ya se supo porque, primero, se habla a bombo y platillo, allí, cuando te está viendo mucha gente, cuando estamos todos los miembros de la Cámara, y se hablaba de esas denuncias por parte de la asociación nacional del Defensor del Paciente, y sí quiero decirle que concluyeron precisamente diciendo que no se observaban indicios de ilícito penal en las actuaciones realizadas por parte de la Administración sanitaria, al mismo tiempo que se cumplen los requisitos y la normativa en cada situación. Que le fueron ofrecidas a la Fiscalía por el Servicio Andaluz de Salud muestras de la gestión de la lista de espera quirúrgica en los centros del sistema sanitario público de Andalucía, se ajusta a la normativa vigente que tiene como finalidad el desarrollo de determinados aspectos del Decreto 209/2001. Bueno, y así podría seguir, leyendo más cosas que dice al respecto, ¿no? Que se ajusta a la normativa, tal, tal... Pero, bueno, simplemente quería hacer constar eso.

Muchas gracias.

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señoría.

Señora consejera, para cerrar el debate tiene cinco minutos.

La señora ÁLVAREZ BENITO, CONSEJERA DE SALUD

—Señoría, transmitirle que no estamos hablando en teoría, que los últimos meses ya se han mantenido reuniones con los centros con mayores dificultad de listas de espera, en los que ya se han planteado diferentes medidas de estabilización de plantillas, de refuerzos estructurales, de refuerzos puntuales y, en todos los casos, medidas de gestión y reorganización. Y, como resumen, en estos centros con mayor complejidad se han autorizado más de trescientas contrataciones, una inversión superior a los dos millones de euros, solo en el

último trimestre. Estas contrataciones se distribuyen entre las especialidades como anestesia, traumatología, oftalmología, radiología, enfermería y personal no sanitario como celadores o administrativos. Se aumenta el número de sesiones quirúrgicas, de agenda de consultas externas y de pruebas diagnósticas, especialmente TAC y Resonancias, para reducir las demoras y aumentar la actividad propia, y se ha aumentado la actividad programada en jornadas de tarde y de fines de semana, sobre todo en pruebas diagnósticas.

Se están diseñando estrategias en colaboración a nivel provincial para atender la demanda de aquellas áreas con especial dificultad de cobertura. Y aún es pronto para evaluar los resultados pero ya comienzan a verse algunos casos, como los hospitales de Huelva, donde ya se han reducido un 10% los pacientes en lista de espera quirúrgica, un 30% los pacientes en consultas externas y un porcentaje similar de los pacientes que están pendientes de pruebas diagnósticas.

Me comprometo a ir actualizando la información a esta Cámara conforme vayamos implantando las medidas que les he resumido, a las que haremos seguimiento con la comisión permanente, y espero que podamos ofrecer buenos resultados en un corto plazo de tiempo.

Comentaba el señor Gil que cuándo es el punto de partida. El punto de partida es que existe una evaluación constante de cómo están los resultados de los diferentes centros, y los objetivos que hemos planteado son los objetivos marcados por los decretos. Estos objetivos los tienen los profesionales en su acuerdo de gestión clínica, los criterios de accesibilidad están en todos los acuerdos de gestión y son un objetivo que es compartido entre los profesionales de la unidad, la dirección del centro y el Servicio Andaluz de Salud; o sea, que son objetivos compartidos con todos.

Por supuesto, comentaban que no nos sirve que otras comunidades tengan los mismos problemas, porque es multifactorial el motivo por el que tenemos muchos pacientes en listas de espera, y, por supuesto, a nosotros nos preocupa nuestra comunidad. Yo coincidí con eso y lo he dicho en mi primera intervención.

Y, por supuesto, si no estuviésemos preocupados, no estaríamos trabajando en este plan. Yo creo —como he comentado— que tenemos que dar tiempo y demostrar los resultados que estamos obteniendo.

Muchas gracias.

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señora consejera.

10-17/APC-001296. Comparecencia de la consejera de Salud, a fin de informar sobre el cambio en la dirección de la Escuela Andaluza de Salud Pública

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Pasamos al siguiente punto del día, que es comparecencia solicitada por el Grupo Parlamentario de Podemos a fin de que la consejera informe sobre el cambio en la dirección de la Escuela Andaluza de Salud Pública. Tiene quince minutos, señora consejera.

Esperamos, si usted quiere.

Muchas gracias.

La señora ÁLVAREZ BENITO, CONSEJERA DE SALUD

—Gracias, presidente.

Señoría, la sustitución del cargo de la dirección de la Escuela Andaluza de Salud Pública está dentro de la normalidad y responde única y exclusivamente a criterios de armonía y confianza en el nuevo equipo del departamento al que represento. Como ya conoce, desde que fui nombrada en mi cargo ha habido cambios tanto en la Consejería de Salud como en el Servicio Andaluz de Salud. Para afrontar la nueva etapa es necesario un equipo multidisciplinar que trabaje en confianza y que dé respuesta a la línea estratégica que actualmente tenemos planteada, y a ello se deben los cambios, y en este caso el relevo en el puesto de la dirección de la Escuela Andaluza de Salud Pública, que se enmarca, por tanto, dentro de un nuevo enfoque, reorientación e impulso que, desde la Consejería de Salud, pretendemos dar a este ente instrumental, acercándolo al ámbito más asistencial.

La dirección gerencia de la Escuela Andaluza de Salud Pública no es un cargo vitalicio, el recambio directivo forma parte de la historia natural de esta entidad, al igual que de cualquier otra organización. De hecho, han sido ocho los gerentes anteriores al señor March, que fue nombrado en enero del 2015. Señoría, la decisión del consejo de administración, de cambiar al director de la escuela, está plenamente amparada y legitimada por sus estatutos de constitución. En un entorno cambiante, las organizaciones que sobreviven son aquellas que son capaces de adaptarse, que son capaces de mejorar, y este es el principal elemento que se ha considerado.

Señoría, la escuela comienza su andadura hace ya más de 30 años, en concreto el 19 de julio de 1985. Y, a lo largo de este tiempo, ha sabido ganarse el prestigio y el reconocimiento que hoy disfruta, que, sin duda, ello ha sido posible gracias al esfuerzo compartido de todos sus trabajadores, profesores y técnicos y a la colaboración de estos con otros profesionales del sistema sanitario público de Andalucía, que han aportado su experiencia en diferentes proyectos de escuela, tanto en la docencia, consultoría, en la investigación y en la cooperación internacional. A lo largo de todos estos años, la Escuela Andaluza de Salud Pública ha consolidado alianzas con sociedades científicas, con asociaciones de pacientes y con otras entidades del sector sanitario, que nos han permitido crecer y obtener ese reconocimiento y prestigio, tanto dentro como fuera de nuestras fronteras.

Los logros que han alcanzado la escuela son consecuencia de un trabajo excelente de todo el equipo de profesionales, algunos de ellos conseguidos con anterioridad al periodo durante el cual ha estado al frente de

la dirección de la escuela del señor March. En concreto, cabe señalar que la acreditación de la Escuela Andaluza de Salud Pública, como centro de formación, con la calificación de nivel óptimo por la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía, que se consiguió en el año 2011.

En 2015 la escuela superó este proceso de reacreditación, y en 2017 se ha tenido la visita de revisión por los valoradores de la ACSA. Por tanto, la política de acreditación en calidad de la formación viene de largo y, durante el periodo del señor March, se ha mantenido el sello de calidad.

La Escuela Andaluza de Salud Pública tiene también una amplia trayectoria como centro colaborador con la OMS, ya que consiguió su primera designación en mayo de 1989, cuando lo fue en políticas de salud, gestión y atención primaria. Posteriormente, el 30 de octubre del 2013 la escuela fue designada centro colaborador en servicios de salud integrados, basado en la atención primaria por la Organización Mundial de la Salud. Y en 2015 consiguió su reacreditación, al igual que la anterior, durante el periodo que el señor March ha estado al frente de la dirección, se ha renovado este reconocimiento.

Es centro colaborador de la Organización Panamericana de la Salud, con quien desde el año 1992 se firmó un convenio, reforzando la vocación internacional, y es miembro de las principales asociaciones internacionales de escuelas de salud pública y de gestión sanitaria, tanto en Europa como en Latinoamérica.

Desde 1988 existe un acuerdo con la Universidad de Granada por el que se reconoce como propios los cursos de máster y expertos que son impartidos por la escuela, y un gran número de instituciones y universidades nacionales y de otros países también mantienen convenios de colaboración con la Escuela Andaluza de Salud Pública.

En 2005, la escuela acogió la Cumbre de Ministros Iberoamericanos en Salud. De ese mismo año, la Unión Europea otorgó el reconocimiento «Erasmus Mundus» al programa Máster en Salud Pública que la escuela desarrolla junto con la Universidad de Granada y en consorcio con otras cinco instituciones europeas.

En 2006 recibió la bandera de Andalucía en reconocimiento a su trayectoria. En 2012 recibió la titulación de Igualdad de Empresa por parte del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, año que se aprobó el primer plan de igualdad de la escuela.

Señoría, como ve, además de con la Consejería de Salud y el Servicio Andaluz de Salud, la escuela trabaja también con sociedades profesionales, hospitales y servicios regionales de salud de toda España, así como para terceros países a través de proyectos con la Unión Europea, Organización Panamericana de la Salud y el Banco Mundial. Por tanto, quiero reiterar, de forma clara y explícita, el reconocimiento al equipo de profesionales de la Escuela Andaluza de Salud Pública y al propio señor March por los logros conseguidos, antes y durante su etapa en la gestión de la Escuela Andaluza de Salud Pública. Sin duda, este profesional continuará aportando su conocimiento y experiencia como docente en la institución.

Quisiera, igualmente, mostrar mi apoyo y confianza a la nueva directora, Reyes Álvarez Osorio, además de competencia y compromiso, dispone de una serie de valores puestos de manifiesto a lo largo de su dilatada experiencia, de más de 25 años como médico y como gestora del sistema sanitario público en Andalucía, entre los que cabe recordar, por una parte, su dilatada formación y experiencia en la dirección de grandes organizaciones sanitarias y de referencia provincial. Desde 2005 ha ocupado diferentes cargos de responsabilidad asistencial en distintos centros sanitarios andaluces, compatibilizando la gestión con su dedicación a la formación continuada, su excelente conocimiento del contexto hospitalario y de atención primaria. Ha sido

impulsora de modelos de gestión innovadores en el sistema sanitario público, como el hospital de alta resolución. Su perfil independiente y de marcado carácter técnico en el campo de la salud pública, como sabe, es especialista en medicina preventiva y salud pública, máster en salud pública y administración sanitaria, realizado en la propia Escuela de Salud Pública, y máster en organización y gestión de la prevención de riesgos laborales por la Universidad de Granada.

Cabe destacar su interés, formación específica y dedicación en el ámbito de la calidad asistencial.

Ha sido miembro de la Junta Directiva de la Sociedad Andaluza de Calidad Asistencial durante cinco años y presidenta de la misma, de 2013 a 2016. Destacando en esta etapa su papel en la coordinación de la evaluación del plan de calidad de la Consejería de Salud, además de la organización de diferentes actividades formativas, jornadas y congresos.

Actualmente, es miembro de la Junta de la Sociedad Española de Calidad Asistencial. Y, por otra parte, ha participado en diferentes proyectos de la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía, como evaluadora externa de procesos de acreditación de centros, unidades de gestión y, últimamente, la actualización de los manuales y evaluación de los mismos.

También tiene experiencia en la gestión de equipos de trabajo, destacando la coordinación de múltiples comisiones asistenciales, tanto hospitalarias como comisión interniveles. Y, finalmente, los últimos años ha trabajado en la dirección asistencial del complejo hospitalario de Torrecárdenas.

Estos valores sustentan la decisión de considerar a la señora Álvarez Osorio, en estos momentos, como la persona idónea para liderar la gestión de la escuela, y estoy segura de que desarrollará una gran labor.

Muchas gracias.

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señora consejera.

Señor Gil, tiene siete minutos.

El señor GIL DE LOS SANTOS

—Gracias, señor presidente.

Y muchas gracias, señora consejera.

Voy a hacer la entradilla, aunque ya he adelantado parte, más que nada por hacer el reconocimiento de la labor del director Joan Carles March.

A fecha de junio del 2017, la Escuela Andaluza de Salud Pública lleva impartidos 200 cursos con casi 17.000 horas docentes. A día de hoy, existen 216 proyectos de consultoría en marcha, un 27% más que en 2014, y casi un centenar de publicaciones científicas de impacto. Este año, la escuela fue acreditada, como bien ha dicho, como centro colaborador de la Organización Mundial de la Salud, por cuatro años más, hasta el 2021. Su docencia fue reacreditada por la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía, ACSA. Además, la escuela ha recibido el distintivo de igualdad de la empresa, por parte del ministro de Sanidad, todo en reconocimiento al esfuerzo en pro de la igualdad de género de la institución.

Todo indica que la Escuela Andaluza de Salud Pública se encuentra en un magnífico momento de su historia, reconocida a nivel nacional e internacional como institución imprescindible en la salud pública.

De hecho, estos y otros indicadores de actividad y logros de la institución fueron presentados en el consejo de administración de la institución celebrado el 23 de junio del año en curso.

En dicho consejo de administración, el aún por entonces director de la escuela, Joan Carles March, fue el encargado de presentar un resumen de la actividad y los logros de la escuela hasta la fecha. La Consejería de Salud, a través de su viceconsejera, Isabel Baena, que presidió el consejo, felicitó y agradeció el esfuerzo de la institución por los logros alcanzados. En este sentido, había ahí lo que ha comentado antes, que había que reorganizar el equipo de confianza. Yo creo que la viceconsejera es de su equipo de confianza y reconoció la labor de Joan Carles March. No entiendo el cambio de criterios, pero bueno, serán cosas más.

El viernes 29 de septiembre, tres meses después de estos reconocimientos y felicitaciones, el director de la Escuela de Salud Pública fue cesado. Horas después del cese del director de la escuela, trabajadores, trabajadoras, significados profesionales del máximo nivel de la salud pública y de la gestión sanitaria, de universidad e instituciones sanitarias de nuestro país, así como miles de profesionales de la salud pública en la gestión sanitaria, cuestionaron y lamentaron el cese.

Así que muy bien lo tiene que hacer la nueva directora, a la cual le deseo la mayor de las suertes, para justificar que al unísono salieran miles de profesionales y personas referentes de la salud pública a cuestionar ese cese. Hasta el día de hoy, hasta que ha comentado y ahora hablaré sobre esas justificaciones, la Consejería de Salud le había dado explicación sobre el motivo de dicho cese, ni siquiera al equipo docente ni tampoco a Joan Carles.

De hecho, nadie conoce a día de hoy qué criterios utiliza la Consejería de Salud para cesar o designar al responsable de una institución académica como la Escuela Andaluza de Salud Pública. Para poder realizar su función plenamente y mantener la credibilidad entre los profesionales del sistema sanitario público de Andalucía, mientras las instituciones de ámbito nacional e internacional que contratan sus servicios de asesoría, la escuela depende de su credibilidad. Y esa credibilidad se basa en la creencia de que la institución realiza sus actividades con el máximo rigor técnico científico. Como ocurre en la gestión sanitaria o en la medicina, no hay credibilidad institucional sin la debida independencia de los profesionales para el desarrollo de su trabajo. Por ello es imprescindible que la máxima autoridad de la institución, al igual que el resto del equipo directivo, tenga credibilidad y solvencia profesional.

La política sistemática del nombramiento del director o directora de la Escuela Andaluza de Salud Pública mediante libre designación y los subsiguientes cargos dependientes, sin utilizar criterios académicos o técnicos públicos, y sin la más mínima motivación, daña la imagen de la institución y compromete su credibilidad. También altera esa credibilidad que no haya una continuidad limitada en años y se cambie de director en un corto periodo de tiempo, que altere también el normal funcionamiento y el contacto con organizaciones de tanto prestigio como las internacionales de la Organización Mundial de la Salud.

Resumo mucho.

Los motivos que ha dado. Ahora parece que la Escuela Andaluza de Salud Pública, que no se dedicaba a la asistencia sanitaria, a nivel asistencial, ahora va a cambiar el enfoque y le va a dar mayor protagonismo a ese ámbito asistencial. No sé si previo a ese cese había motivadores y había estudios o había algún tipo de origen que significara ese cambio de criterios. O no sé si, a raíz del cambio de la dirección, ese motivante,

ese justificante, va también a condicionar no solamente el cese de Joan Carles, sino el cambio de funcionamiento de la Escuela de Salud Pública.

Ha comentado que las organizaciones, para su supervivencia, tienen que cambiar. Eso, en el ámbito del sistema de mercado, de las organizaciones, las que se degüellan unas a otras para la supervivencia, sí que tiene su razón de ser. Pero permítame que, incluso en ese ámbito tan competitivo, cuando las cosas van bien, a ningún consejo de administración se le ocurre cesar al máximo responsable de la organización, cuando tiene, encima, el respaldo de todas las organizaciones con las cuales está colaborando la escuela. A nadie se le ocurre, en la empresa más competitiva, ni en las películas de Hollywood, cuando las cosas van bien, cesan al máximo responsable. Así que esa justificación permítame que no me la trague, permítame que no atienda eso a razones.

Muchas gracias.

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señor Gil.

Señora consejera, tiene siete minutos.

La señora ÁLVAREZ BENITO, CONSEJERA DE SALUD

—Gracias, presidente.

Señoría, la línea estratégica hacia la que la Escuela Andaluza de Salud Pública orientará su actividad en los próximos años está en consonancia con las políticas de la Consejería de Salud, y le mencionaré algunas.

La accesibilidad de la escuela a los profesionales y la ciudadanía. En los últimos nueve años se ha desarrollado una actividad intensa de apertura a la ciudadanía, fundamentalmente a través del proyecto Escuela de Pacientes, que tanto reconocimiento tiene tanto dentro como fuera de nuestra comunidad, y que se configura como un sello distintivo de la escuela, ya plenamente consolidado.

El compromiso con la formación y la capacitación técnica de los profesionales sanitarios, y no solamente con los gestores.

Potenciar el marco colaborativo con el Servicio Andaluz de Salud y favorecer las sinergias con otras entidades formadoras e investigadoras del sistema sanitario público de Andalucía, mediante el establecimiento de una estrategia específica de alianzas en consonancia con el Plan Estratégico de la Formación de un sistema público andaluz y el Plan Estratégico de I+D.

Conseguir una mayor transparencia, mediante el compromiso de la evaluación de los resultados.

Fomentar la creación de redes colaborativas con profesionales del sistema sanitario público andaluz, que contribuyan al desarrollo y ampliación de la cartera de servicios de la propia escuela.

Pero, además, el nuevo equipo tendrá prioridades, como es mantener la credibilidad de la institución a través de la calidad, el rigor metodológico, la eficiencia y la sostenibilidad de todos sus ámbitos de actuación. Fortalecer el reconocimiento externo de la institución, como resultado de la excelencia en la prestación de los servicios y mediante el refuerzo de las políticas de alianza con otras instituciones. Y mantener y reforzar un adecuado cli-

ma laboral y desarrollo de las competencias de los profesionales de la escuela, que son su mayor activo. Y en todo esto, señorías, está centrado ya el nuevo equipo, y estoy segura de que conseguirá buenos resultados.

Somos conscientes de los hitos alcanzados por esta Escuela Andaluza de Salud Pública, tanto en cuanto su actividad, sus acreditaciones, los logros concedidos, la relación con determinadas sociedades científicas con otras instituciones, pero, como les he comentado en mi primera intervención, son logros conseguidos a lo largo de toda su historia. Y no son hitos que sean unipersonales: son hitos conseguidos por todo un equipo de trabajo, y no solamente de los profesionales que trabajan en la Escuela Andaluza de Salud Pública, sino de todos los profesionales del Servicio Andaluz de Salud que colaboran en las actividades de la escuela.

Y esto mismo le fue transmitido al señor March.

Muchas gracias.

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señora consejera.

Señor Gil, tiene tres minutos.

El señor GIL DE LOS SANTOS

—Gracias, señor presidente.

Entre los objetivos que ahora se plantea está mantener la credibilidad que ya se tenía con la labor de Joan Carles. No voy a ahondar en ese debate. Lo que sí me gustaría apuntar es si la independencia de un profesional puede cuestionar su continuidad en una institución que no debería ser politizada hasta tal punto. No creo que eso sea un hándicap, sino más bien todo lo contrario, y todos los profesionales que han respaldado y respaldan a Joan Carles le dirían eso.

Permítame ahora que comente, ya que estamos en el debate de los presupuestos, sobre los presupuestos de la escuela para 2018, que no es una cuestión novedosa sobre el déficit que arrastra todos los años el presupuesto de la escuela, y después lo que se gasta en presupuesto de la escuela.

Para este año, los recursos propios se estiman en 6.100.000 euros. El resto de ingresos necesarios para financiar la totalidad de los gastos previstos se presupuestan como transferencia de financiación proveniente de la Junta de Andalucía, por un total de 5.098.000 euros, cifra muy por debajo de un 37% de los contratos programa cerrados entre la Consejería de Salud y la Escuela Andaluza de Salud Pública en los últimos cuatro años, que era de 8 millones de euros.

Para conseguir esos objetivos que ha planteado, creo que es razonable tener esa financiación garantizada y no disminuirla hasta tal cantidad.

La escuela, de hecho, tiene una plantilla con un coste de más de ocho millones de euros, que no pueden ser cubiertos con la financiación de los proyectos de investigación, pues así se recoge en las condiciones de financiación de los propios proyectos, que especifican a dónde deben ir dirigidos los gastos consignados de la subvención. Así mismo, lo consignado no se corresponde con el PAIF, que presentó la institución en junio. Año tras año —y por eso hacía esta justificación—, se obliga a la Escuela Andaluza de Salud Pública a bus-

car recursos adicionales al margen de su contrato programa, desviando sus esfuerzos de los objetivos académicos y profesionales para los que fue creada.

¿Por qué este maltrato presupuestario todos los años? Me gustaría conocer si la nueva directora piensa corregir esta situación que altera, en mucha medida, el funcionamiento propio de la escuela.

Muchas gracias.

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señoría.

Señora consejera, tiene cinco minutos para cerrar el debate.

La señora ÁLVAREZ BENITO, CONSEJERA DE SALUD

—Gracias, señoría.

Señoría, como ya le he comentado, desde la consejería queremos agradecer a Joan Carles March la labor que ha realizado en los últimos años al frente de la Escuela Andaluza de Salud Pública, donde ha trabajado tanto como profesional como de director de la escuela, y, sin duda, ha demostrado durante toda su trayectoria su compromiso con el sistema sanitario público, y estoy segura de que continuará aportando su conocimiento y su experiencia como docente en la institución.

La escuela se mantiene viva gracias al impulso de todos y cada uno de los profesionales —insisto— que en ella trabajan. Es necesario un equipo que trabaje en armonía y confianza, y que dé respuesta a las líneas estratégicas actualmente planteadas, y a ello responden los cambios, no responden a ningún otro motivo. Y, por supuesto, no es un motivo político, como tampoco lo fue su nombramiento.

Señoría, en la Administración los cargos no son vitalicios, y cada servidor público debemos aportar lo mejor de nosotros mismos. Sin duda, es eso lo que engrandece el sistema y mantiene viva cualquier institución.

Estoy segura de que el nuevo equipo mantendrá lo alcanzado, continuará con la labor realizada en años anteriores y seguirá sumando logros, además de dar un nuevo enfoque e impulso a la escuela, acercándolo al ámbito más asistencial.

Como le comentaba —y usted también ha puesto encima de la mesa—, el presupuesto de la Escuela Andaluza de Salud Pública, como el de todo el sistema sanitario, ha sufrido recortes en los últimos años, y realmente siempre la Consejería de Salud y el sistema sanitario público han estado apoyando a la Escuela Andaluza de Salud Pública, como no puede ser de otra manera y como seguirá realizando. Y es importante aumentar la financiación competitiva del mismo centro.

Muchas gracias.

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señora consejera.

10-17/POC-001756. Pregunta oral relativa a los diabéticos en Andalucía

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Terminado el debate de la tercera comparecencia, pasamos a las preguntas orales en comisión. La primera, de Ciudadanos; la segunda, de Izquierda Unida. Pasamos a la tercera pregunta, relativa a los diabéticos en Andalucía, del Grupo Parlamentario Popular.

Señora García, esperamos que esté preparada la consejera. Que es que no están los dos grupos.

Tiene la palabra la señora García.

La señora GARCÍA CARRASCO

—Gracias, señor presidente.

Señora consejera, sabemos perfectamente cuál es el problema con los diabéticos dentro de un sistema sanitario público andaluz, en el andaluz o el Sistema Nacional de Salud.

Una enfermedad que ha sido calificada últimamente como la pandemia del siglo XXI, por las consecuencias que trae a la sociedad. En Andalucía contamos con casi un millón de personas afectadas por diabetes. De ellas, unas 2.000 son menores de 14 años y hay hasta 300.000 personas, según los últimos datos que yo tengo, que desconocen que son diabéticas.

Yo creo que uno de los mayores problemas de la diabetes es no ser consciente, aunque tengas el conocimiento, no ser conscientes de cuáles son las consecuencias de una diabetes incontrolada y de los órganos diana que pueden ser afectados por esa diabetes.

Se trajo al Parlamento y se aprobó una iniciativa que era para mejorar la situación de los diabéticos en Andalucía. En ese debate hablábamos de los 1.500 pies que en Andalucía, después de 20 años, se seguían cortando, con lo que supone de trauma para esas familias, la falta de calidad y lo que supone también para el sistema y para la sociedad esa persona a la que se le hace una amputación. Y, entonces, se aprobaba una iniciativa, que la pregunta va por ahí, para saber en qué se ha avanzado en esa iniciativa, porque se pedía una unidad de diabetes en todos los hospitales de Andalucía, una unidad de pie diabético en todas las provincias andaluzas... Hablábamos entonces de que no era poner muchos más recursos encima de la mesa, sino organizar, gestionar y entrelazar los recursos que ya teníamos.

Financiar los sistemas de monitorización de glucosa para niños, especialmente para niños, y priorizar los criterios de calidad y valoración técnica a la hora de las compras, para no tener problemas como los que hemos vivido con las agujas, por ejemplo, en los pacientes diabéticos.

Y se hablaba también de un programa de formación de promoción, programa de promoción y de prevención de la salud en los colegios y de atención a los niños.

Pues, la pregunta es muy clara, señora consejera, ¿qué ha pasado con esta iniciativa y en qué hemos avanzado desde entonces?

Gracias.

El señor GARCÍA ANGUIA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Gracias, señoría.

Señora consejera.

La señora ÁLVAREZ BENITO, CONSEJERA DE SALUD

—Señoría, actualmente se está trabajando con acciones concretas sobre cada uno de los puntos que se comentaban en esa proposición no de ley que fue aprobada en el año 2005. Nuestro objetivo es seguir mejorando los resultados en salud, en relación con esta enfermedad, ampliar la cobertura a los pacientes andaluces con diabetes e incrementar los recursos, así también como garantizar una asistencia de calidad a cada uno de los problemas sanitarios..., a uno de los problemas sanitarios más importantes de nuestra sociedad y, como ha dicho, tiene impacto en muchas localizaciones.

Actualmente, existe en la comunidad un plan de diabetes, y se está trabajando mejorando no solamente la asistencia sino la formación, tanto de profesionales de primaria y especializada, como también del propio autocuidado, de los propios pacientes.

Se está trabajando también fomentando la investigación y, si el tiempo me lo permite, con más detalle, en mi segunda intervención le podré comentar algo sobre cada una de estas acciones.

El señor GARCÍA ANGUIA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señora consejera.

Tiene medio minuto.

La señora GARCÍA CARRASCO

—Gracias, señor presidente.

Señora consejera, a mí me gustaría concretar en los puntos que decía la proposición no de ley: unidades diabéticas en todos los hospitales andaluces, crear una unidad de pie diabético y si se han empezado a fi-nanciar los sistemas de monitorización en los niños andaluces, aparte de priorizar los criterios de calidad y de valoración técnica, que precisamente hoy viene también a la comisión una proposición no de ley que va en este sentido.

Gracias.

El señor GARCÍA ANGUIA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señoría.

Señora consejera.

La señora ÁLVAREZ BENITO, CONSEJERA DE SALUD

—Gracias, presidente.

Señoría, uno de los objetivos del Plan Integral de Diabetes en Andalucía es habilitar una unidad de diabetes en todos los hospitales andaluces a lo largo del periodo de desarrollo del plan, y en línea con el proyecto de enfermería de prácticas avanzadas de la Estrategia de Cuidados de Andalucía.

Para ello, se está llevando a cabo una evaluación y homogenización de los hospitales de día de diabetes y su extensión a todos los hospitales regionales y de especialidades.

En los hospitales comarcales se realizan acuerdos de colaboración con las unidades de endocrinología, que funcionan como unidades de diabetes de referencia.

La prevención y la atención al pie diabético es una de nuestras prioridades y, para ello, se están creando unidades multidisciplinarias de atención al pie diabético en todos los hospitales regionales, asegurando al menos una en cada provincia.

Actualmente están funcionando ya en los hospitales de Virgen del Rocío, Virgen Macarena, regional de Málaga, Torrecárdenas, Puerta del Mar, Reina Sofía y complejo hospitalario de Jaén, y se ha iniciado ya el proyecto en Granada.

Los profesionales, tanto facultativos como de enfermería, que participan en estas unidades, reciben una formación continuada en prevención y atención a pie diabético. Y se realizarán tres ediciones anuales de un curso de abordaje multidisciplinar al pie diabético, con tres meses de duración, y que está dirigido a profesionales referentes de diabetes en atención primaria.

Igualmente, en 2018 se procederá a la definición o revisión de todas las vías clínicas locales para revisar la continuidad asistencial y se van a actualizar las recomendaciones específicas relativas a la prevención y al manejo del pie diabético, incluidas en el proceso asistencial de diabetes y en el documento de apoyo específico, prevención y manejo del pie diabético.

Respeto a la financiación de los Sistemas Flash de monitorización de la glucosa, el Plan Integral de Diabetes de Andalucía recoge expresamente la incorporación progresiva de la tecnología avanzada para el control de la glucemia en diabéticos, siempre que exista evidencia científica de su eficacia y de su seguridad, y considerando en su incorporación la eficiencia o coste-efectividad en la adopción de estos avances.

En este sentido, estamos a la espera de los resultados de varios estudios multicéntricos realizados de forma específica en pacientes en edad pediátrica, por lo que sigue vigente el informe del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad de enero de 2017, en el que recomienda posponer la decisión sobre su inclusión en cartera común de servicios hasta que se disponga de más evidencia.

No obstante, del servicio de salud pública de Andalucía se ha realizado ya una valoración del número de pacientes que potencialmente serían beneficiarios y del impacto económico que supondría la adopción de esta medida en la edad pediátrica.

Como recordarán, con objeto de mejorar la accesibilidad de las agujas de insulina y disminuir el riesgo de reutilización de las mismas, el 1 de noviembre de 2016 se comenzó en la provincia de Sevilla un estudio piloto sobre la dispensación de agujas de insulina en oficinas de farmacia, a través de la prescripción en Receta XXI y con cargo al SAS, contando con un alto grado de satisfacción por parte de los usuarios.

Y, actualmente, este sistema se está extendiendo al resto de provincias, comenzando por Málaga, Cádiz, Huelva, Almería, Córdoba, Granada y Jaén, que será la última en hacerlo, el 1 de febrero de 2019.

Asimismo, le informo que se ha establecido un protocolo de colaboración, entre esta consejería y Educación, para facilitar la coordinación entre los profesionales implicados de ambos ámbitos, con el objetivo de implantar un modelo efectivo de soporte al cuidado, cuando el niño o la niña aún no es autónomo, en todas las provincias andaluzas, y está basado en la gestión individualizada de cada caso y la movilización de recursos que precise para ello.

Se ha iniciado ya el pilotaje en cinco áreas y se ha procedido a su evaluación. Se planificará la extensión a todas las provincias andaluzas en el último trimestre de 2017 y a todas las áreas sanitarias en el primer semestre de 2018.

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señora consejera.

Les recuerdo a todos los miembros de la comisión que, en comisión, son dos minutos y medio cada parte, no tres. Eso, en el Pleno, pero en la comisión hay un acuerdo de los grupos, y son dos minutos y medio. Y yo como presidente, y más un día como hoy, tengo que exigir que sean dos minutos y medio.

10-17/POC-001060. Pregunta oral relativa a la tarjeta sanitaria de menores

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Pasamos a la primera pregunta, que ha vuelto la portavoz de Ciudadanos, la señora Albás, relativa a la tarjeta sanitaria de menores.

Tiene la palabra por dos minutos y medio.

La señora ALBÁS VIVES

—Gracias, presidente.

Seré clara, concreta y concisa, presidente.

En los casos de rupturas familiares, consejera, donde la guardia y custodia de los menores es o bien compartida por ambos progenitores, o bien de uno con el derecho de visitas del otro, no existe posibilidad de que ambos progenitores tengan tarjeta sanitaria del menor, con los problemas que puede conllevar cuando dicho menor cae enfermo durante una visita con el progenitor no custodiado.

Pues, la pregunta es bien sencilla: ¿de qué manera resuelve esta consejería dicha situación en la que, por desavenencias de los progenitores, pueden verse afectados los menores en el suministro del medicamento?

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señoría.

Señora consejera.

La señora ÁLVAREZ BENITO, CONSEJERA DE SALUD

—Gracias, presidente.

Señoría, la tarjeta sanitaria es el documento para la correcta identificación de las personas. No es imprescindible para la atención sanitaria, y su titularidad y propiedad corresponden a la persona a nombre de la cual ha sido emitido.

En el caso de los menores, estos son los titulares y propietarios de sus respectivas tarjetas. Por tanto, el adulto, el padre, la madre o el tutor legal, al cuidado del que esté en ese momento el menor, debe llevarla consigo.

Es un documento único y personal, como si del DNI se tratase. El sistema informático que lo gestiona no permite la coexistencia de más de una tarjeta por persona. Debe ser una responsabilidad del padre o la madre.

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señora consejera.

Le quedan dos minutos, señora Albás.

La señora ALBÁS VIVES

—Gracias, presidente.

Y en el Decreto 181/2007, sobre... Se regula la receta médica electrónica... Mi pregunta se la voy a hacer para que lo entendamos todo el mundo.

Cuando hay un niño que tenga cualquier enfermedad crónica, no tenga posesión de la tarjeta sanitaria donde estén las recetas de los medicamentos y se vaya con el progenitor que no posee la tarjeta, ¿qué solución hay? ¿Sabe lo que le quiero decir? Si no tiene la tarjeta, no puede ir a la farmacia a conseguir los medicamentos. Y, cuando los padres no tienen una buena relación, pues, aquí quien sale perjudicado es el niño.

El señor GARCÍA ANGUIA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señoría.

Señora consejera, tiene dos minutos.

La señora ÁLVAREZ BENITO, CONSEJERA DE SALUD

—Gracias, presidente.

Señoría, como le he comentado, la tarjeta sanitaria está concebida como un documento único y personal, así se desprende del Real Decreto 702/2013, del 20 de septiembre, por el que se modifica el Real Decreto 183/2004, de 30 de enero, por el que se regula la tarjeta sanitaria individual.

La aplicación informática que gestiona anula la tarjeta anterior cuando por circunstancias se tiene que emitir una tarjeta nueva, por lo que es inviable la coexistencia de dos tarjetas para una misma persona. Esto evita el uso fraudulento de las tarjetas en caso de pérdida o robo, y, por tanto, es inviable la existencia de duplicados. Los menores son los titulares de las tarjetas y, por tanto, conviene recordar que es responsabilidad de cada uno de los progenitores, es su responsabilidad, el que el menor siempre lleve consigo la tarjeta sanitaria, igual que otro documento intransferible, especialmente en el caso de que el niño tenga algún tratamiento farmacéutico vigente a lo largo de su tratamiento.

El señor GARCÍA ANGUIA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señora consejera.

10-17/POC-001759. Pregunta oral relativa a la dotación de una plaza de pediatra en la Sierra Norte de Sevilla

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Pasamos a la pregunta número 4, del Grupo Parlamentario Popular, relativa a dotación de una plaza de pediatra en la Sierra Norte de Sevilla.

Señora Martínez, dos minutos y medio.

La señora MARTÍNEZ MARTÍN

—Gracias, presidente.

Señora consejera, muy bueno días.

Se ha constituido en la Sierra Norte de Sevilla una plataforma pro pediatra para garantizar la asistencia de un profesional pediatra en el sistema de atención primaria.

¿Qué medidas va a tomar para que esto pueda prestarse de esta manera?

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señoría.

Señora consejera.

La señora ÁLVAREZ BENITO, CONSEJERA DE SALUD

—Gracias, presidente.

Señoría, la zona básica de salud de Cazalla de la Sierra está dotada con una plaza de pediatría. Dicha plaza está ocupada actualmente por una médica de familia pero que tiene formación en pediatría, y por tanto la atención pediátrica de los municipios de esta zona básica está garantizada por este profesional y por los médicos de familia de dichas localidades, tanto en la atención programada como urgente. Y el motivo de no haberse sustituido el profesional que se jubiló es la falta de existencia de pediatras en la bolsa de empleo.

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señora consejera.

Señoría.

La señora MARTÍNEZ MARTÍN

—Señora consejera, yo no comparto, como creo que no comparten las miles de familias que constituyen esta plataforma.

Yo me alegro de que ustedes hayan movido ficha y de que, por lo menos, nuestro trabajo vaya a ser útil y de que esta tarde se haya convocado a la plataforma pro pediatra de la Sierra Norte de Sevilla y a las AMPA de esa zona a una reunión con el director del distrito sanitario, que usted muy bien sabrá. Pero demuestra, como digo, la utilidad del trabajo que nosotros practicamos y de nuestro portavoz, al que quiero agradecerle su trabajo en el municipio, a Fernando Lorenzo, y de mi grupo porque tratamos de hacer una política útil a las personas, útil a las madres con las que nos hemos reunido y a las que ustedes no daban respuesta, porque hace casi un año, casi un año, señora consejera, que las familias de Cazalla no tienen un pediatra que atienda a sus niños. Lo que tienen es una atención no específica, como usted bien ha dicho, y parcial. No específica porque se trata de una médico de familia, la formación la tiene usted que atestiguar, pero, evidentemente, no es la cualificación específica que se requiere porque no es la especialidad de pediatría. Y, por supuesto, respetando el trabajo que esta profesional desarrolla, pero, como digo, no es específica, y es parcial porque solo la tienen lunes, miércoles y viernes por la mañana y los martes tienen que desplazarse a Alánís y a Guadalcanal.

Además, tampoco tienen resueltas las urgencias porque van al hospital de Constantina y no lo tienen resuelto, al final lo que dicen las madres es que, si tienen un problema sus niños, tienen que coger el coche y venirse al hospital Virgen Macarena por esa carretera de sierra.

Yo, por lo tanto, creo, señora consejera, que hay que escucharles y atenderles, y ustedes ni siquiera han contestado a las miles de reclamaciones que han depositado en el SAS, no les han dado ni siquiera una respuesta. Hacen oídos sordos a una plataforma de más de diez mil familias, en una zona muy deprimida que necesita que se les garanticen los mismos servicios sanitarios que a otros niños de otras zonas de la provincia de Sevilla o de la capital.

Por eso ustedes tienen que dejar de hacer propaganda de la sanidad, porque hay carencias muy básicas, como esta, y garantizarla. Y no sigan hablando de la cantidad de plazas que van a convocar porque yo estoy segura de que habrá muchísimos pediatras que quieran ir a Cazalla a prestar sus servicios, por lo tanto ustedes no tienen excusa: háganlo ya, señora consejera.

Pues, mire, este debate es absurdo, como usted comprenderá, salga usted a poner unas condiciones profesionales para que las personas puedan acudir allí a prestar. Y además es su responsabilidad...

[Rumores.]

Perdone, presidente, solicito que pare el tiempo.

¿Puedo seguir?

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Les ruego silencio, por favor.

El derecho a hacer su exposición con respeto y...

La señora MARTÍNEZ MARTÍN

—Mire, señora consejera —gracias, presidente—, señora consejera, con esto termino: es usted la responsable de garantizar que se presten las mismas condiciones de atención sanitaria primaria de calidad con los mismos derechos, ya viva en la Sierra Norte de Sevilla o viva en el distrito de Triana, usted es la responsable y tiene que garantizar y, por lo tanto, poner las medidas para ello. Yo, como madre, no me imagino que mis hijos no hubieran tenido acceso a un especialista en pediatría, por lo tanto comprendo muy bien la situación de impotencia en la que se encuentran estas madres, y llegan a la Junta y se encuentran un muro.

Yo confío en su sensibilidad para que usted tome las medidas necesarias para que cuanto antes se pueda dotar esa plaza de pediatra.

Nada más y muchas gracias.

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Gracias, señoría.

Señora consejera.

La señora ÁLVAREZ BENITO, CONSEJERA DE SALUD

—Le insisto, señoría, en que el médico de familia está capacitado y tiene formación para atender a niños y a pacientes en edad pediátrica, y le puedo asegurar que la atención está garantizada.

La facultativa a la que me he referido en mi primera intervención tiene adscritos un total de 660 niños menores de 14 años, y pasa consulta, efectivamente, tres días a la semana en el centro de salud de Cazalla de la Sierra, y los dos días de la semana restantes pasa consulta en los dos consultorios de Guadalcanal y Alanís, un día en cada uno de ellos, realizando la consulta del niño sano y atendiendo también como consultor a los niños que están asignados a otros compañeros, puesto que los menores de esos municipios están adscritos a sus respectivos médicos de familia, que, como le digo, tienen formación y capacitación para atenderlos; en concreto, 334 niños menores de 14 años en Guadalcanal y 227 en Alanís.

El motivo de que esta plaza de pediatría no esté desempeñada por un facultativo especialista en pediatría es la no disponibilidad de pediatras en el mercado laboral. En el momento en el que existan pediatras en el mercado laboral se procederá a su contratación. En todo caso, nos reiteramos en la afirmación de que la atención pediátrica en esta zona está garantizada, tanto la demanda programada como urgente, ya que se dispone de profesionales formados para tal fin. Y trasladarle que la dirección gerencia del distrito sanitario Aljarafe-Sevilla norte se ha reunido con los alcaldes de los tres municipios, con el fin de informarles de la situación, y comparten estos alcaldes que lo que se está haciendo es lo que se puede hacer y han manifestado que la atención pediátrica es adecuada. Además, sabía que estaba pendiente una reunión con esta plataforma.

DIARIO DE SESIONES DEL PARLAMENTO DE ANDALUCÍA

Núm. 434

X LEGISLATURA

19 de octubre de 2017

Realmente, la plaza sigue abierta. En cuanto haya un pediatra que la pida, la plaza se le adjudica, no hay ningún problema.

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señora consejera.

10-17/POC-001760. Pregunta oral relativa al consultorio de Güéjar Sierra, Granada

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Pasamos a la siguiente pregunta, número 5, también del Grupo Parlamentario Popular, relativa al consultorio de Güéjar Sierra, en Granada.

Señora García, tiene dos minutos y medio.

La señora GARCÍA CARRASCO

—Gracias, señor presidente.

Señora consejera, ¿qué problemas existen para tener los problemas que ahora mismo existen en el centro de salud de Güéjar Sierra, en Granada, para cubrir a los profesionales y, por lo tanto, que haya un déficit asistencial en ese consultorio?

Gracias.

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señoría.

Señora consejera.

La señora ÁLVAREZ BENITO, CONSEJERA DE SALUD

—Gracias, presidente.

Señoría, el municipio de Güéjar Sierra dispone para la prestación de la asistencia sanitaria de un consultorio médico en el que prestan sus servicios dos médicos de familia, una enfermera de familia y un pediatra. Este último, lunes, miércoles y viernes, de 12 a 15 horas. Una de las médicas de familia disfruta de una reducción de jornada al 50% por cuidado familiar desde hace años, y esta media jornada laboral está cubierta desde febrero de 2017, fecha en la que se incorporó un médico de familia al dispositivo de apoyo. Desde julio de 2017, la médica de familia con reducción de jornada está en situación de incapacidad temporal, aunque la plaza está cubierta al cien por cien.

Por tanto, en el municipio de Güéjar Sierra hay actualmente dos médicos al cien por cien para una población adscrita en BDU de 1.930 habitantes, con lo cual se cumplen las ratios. No hay demora en la medicina de familia ni en pediatría, ya que se dispone de citas libres en menos de 24 horas. Y, en caso de incorporación de la médica de familia con reducción de jornada por su incapacidad temporal, está prevista su cobertura, como se ha venido haciendo desde febrero de 2017.

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Gracias, señora consejera.

Señoría.

La señora GARCÍA CARRASCO

—Gracias, señor presidente.

Pues, señora consejera, a mí no me cuadran los datos que yo tengo con los que usted tiene, para nada. Quizá habrá que aclararlo en otro lugar. Porque, mire, los datos que yo tengo es que esa reducción de jornada no está cubierta, no está cubierta, con lo cual existe un profesional al 50% porque la reducción no está cubierta. Usted está diciendo que está cubierta desde febrero del 2017; los datos que yo tengo es que no está cubierta.

Pero es que, además, la baja por enfermedad que usted dice que está cubierta al cien por cien, los datos que yo tengo es que está cubierta al 20% esa baja por enfermedad, con lo cual lo que yo digo es que existe un déficit asistencial, con los datos que yo tengo encima de la mesa.

Se están dando citas a diez días, claro, con los datos que yo tengo es normal que se den citas a diez días, es normal que el consultorio se vea cerrado en algunas ocasiones si el médico o la doctora tiene que salir fuera a atender a otras personas, y lo que sí le puedo decir es que se han recogido hasta 600 firmas en ese pueblo, precisamente, protestando por esta situación que yo estoy poniendo encima de la mesa.

No es la primera vez que pasa algo así en este consultorio de Güéjar Sierra. En las Navidades estuvo cerrado este consultorio quince días, señora consejera, quince días cerrado porque no se pudo sustituir o no sustituyeron ustedes a los dos profesionales, uno por baja por enfermedad, el otro por vacaciones. Se cerró el consultorio. Se seguían dando citas y la gente iba al consultorio, y al final se tenían que desplazar hasta el consultorio de Cenes de la Vega, que está a 15 kilómetros. Con lo cual, no estamos hablando de un problema coyuntural, sino que es un consultorio que viene teniendo problemas en la asistencia sanitaria por parte de profesionales. Por eso, le decía yo en la hora del presupuesto que, a pesar del aumento del 5,4% y los 522 millones más en 2017, no llegan, no llegan.

Gracias.

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señoría.

Señora consejera.

La señora ÁLVAREZ BENITO, CONSEJERA DE SALUD

—Sí.

Señoría, como sabe, de algunas especialidades existe déficit de profesionales y especialmente en algunas áreas son de difícil cobertura, y ya les he transmitido en una de las intervenciones de esta mañana que se

está trabajando para tener un programa que permita recompensar a profesionales que quieren, que puedan desplazarse hasta estas zonas.

Como les he comentado en mi intervención, hay en este municipio, a mí me consta que hay dos médicos de familia al cien por cien para una población adscrita en BDU de 1.930 habitantes, y que no hay actualmente demora y existen citas libres en menos de 24 horas.

Este verano, durante el mes de agosto, se ha cubierto el municipio con un solo médico de familia, sin que se haya producido demoras en la asistencia. Y se hace así desde hace años, con la escasez de médicos de familia en bolsa de trabajo y por la disminución de la demanda, la actividad media diaria de 30 consultas con médico y día. Es verdad que en septiembre ha habido problemas, y no se han podido cubrir 15 días de vacaciones de uno de los médicos de familia por no existir en la falta de contratación. Y se ha reforzado el servicio desplazándose un profesional de Güéjar Sierra, desplazándose a este municipio un médico de Pinos Genil. Es verdad que esto ha generado cierto malestar en el municipio. Y, para evitar en la medida de lo posible situaciones de este tipo, en caso de ausencias puntuales que no se puedan cubrir por falta de profesionales en la bolsa, se dará respuesta con profesionales de la misma unidad de gestión que se desplacen a este municipio.

Finalmente, informar que, para la unidad de gestión clínica de Cenes de la Vega, a la que está adscrita Güéjar Sierra, está previsto un incremento de plantilla que será efectivo en este mismo trimestre, que consistirá en la incorporación de un nuevo médico de familia, una enfermera de familia y una matrona al 50%. Y este incremento de plantilla redundará en una mejora de la accesibilidad y de la calidad de la asistencia.

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señora consejera.

10-17/POC-001785. Pregunta oral relativa a la gestión de residuos sanitarios peligrosos generados fuera de las instalaciones sanitarias

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Pasamos a la siguiente pregunta, en esta ocasión perteneciente al Grupo Parlamentario de Podemos Andalucía, relativa a la gestión de residuos sanitarios peligrosos generados fuera de las instalaciones sanitarias.

Señora secretaria, tiene dos minutos y medio.

La señora BENÍTEZ GÁLVEZ

—Gracias, señor presidente.

Señora consejera, en la actualidad se está desarrollando en Andalucía un problema ambiental y de salud derivado del uso de materiales sanitarios punzantes y cortantes que han estado en contacto con fluidos corporales cuando este uso se produce fuera de las instituciones sanitarias, es decir, fuera de los centros de atención primaria y hospitales.

Personas con enfermedades crónicas, como la diabetes, tienen que usar este material sanitario a diario. En condiciones normales, una persona con diabetes tipo 1 necesita un mínimo de cinco jeringuillas. Necesita también un mínimo de siete lancetas para la medición de glucosa en sangre a lo largo del día y la noche. Evidentemente, el uso de este material sanitario se produce en el ámbito doméstico, como he dicho, fuera de las instituciones sanitarias. Desde hace al menos dos años, los centros de atención primaria y hospitales andaluces se niegan a facilitar la recogida de todos estos residuos sanitarios producidos en el ámbito doméstico, a pesar de que antes sí existían contenedores específicos para este tipo de residuos, tal y como sigue realizándose en otras comunidades autónomas.

En marzo de 2012, Andalucía aprobó el reglamento de residuos de Andalucía mediante el Decreto 73/2012. Acogiéndonos a dicha normativa, entendemos que jeringuillas, lancetas, agujas para la infusión de insulina, de plumas y bombas de insulina están comprendidas en el tercer epígrafe de la calificación que existe. Por tanto, deberían ser objeto de las medidas especiales de prevención descritas en la definición del grupo 3 de residuos sanitarios peligrosos, y que su gestión también se debería someter a dicha normativa, librando a las personas enfermas de esta obligación.

Teniendo en cuenta estos motivos y la falta de respuesta clara y responsable por parte de las instituciones sanitarias y las administraciones implicadas en este asunto, le planteamos esta pregunta, ¿va a cumplir la Consejería de Salud con lo dispuesto en el reglamento de residuos de Andalucía en relación con los residuos sanitarios generados en el ámbito domiciliario por pacientes crónicos? y ¿qué medios van a habilitar para ello?

Muchas gracias.

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Gracias, señoría.

Señora consejera.

La señora ÁLVAREZ BENITO, CONSEJERA DE SALUD

—Gracias, presidente.

Señoría, la gestión de los residuos en nuestra comunidad está recogida en el reglamento de residuos de Andalucía, que está en el Decreto 73/2012, de 20 de marzo, como bien ha indicado. Si bien, permítame que le diga que creo que hay un error en su interpretación de los residuos sanitarios, al referirse a las jeringuillas, lancetas y agujas de pluma y bombas de insulina por las que me pregunta. El reglamento lo define claramente en su artículo 3 como residuos sanitarios: «todos los residuos generados como consecuencia de las actividades sanitarias relacionadas con la salud humana o animal cuya persona o entidad productora poseedora quiera o deba desprenderse, incluidos los envases y residuos de envases en los que contengan o lo hayan contenido». De igual manera, define qué son las actividades sanitarias, y dice así: «las correspondientes a hospitales, clínicas y sanatorios de medicina humana o animal, consulta de profesionales liberales, centros sociosanitarios, laboratorios de análisis clínicos, laboratorios de salud pública, investigación médica, centros de atención primaria, centros de planificación familiar y cualquier otra que tenga relación con la salud humana o animal». Hablamos, por tanto, de un residuo generado en un domicilio como consecuencia del autocuidado de la salud y, por tanto, nos son residuos sanitarios, señoría.

La Consejería de Salud, en su condición de productor de residuos, cumple rigurosamente con todos los requerimientos legales estipulados, con el reglamento de residuos de la Comunidad Autónoma de Andalucía. Es una responsabilidad del municipio.

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señora consejera.

Señoría, tiene 30 segundos.

La señora BENÍTEZ GÁLVEZ

—Es que solo...

¿De cuánto?, perdón, 30, vale.

Eso es lo triste, ¿no? Le voy a explicar el peregrinaje que tienen que hacer estos enfermos crónicos, ¿no? Si una persona utiliza estos utensilios sanitarios, trata de pedir indicaciones a la Administración sanitaria andaluza. Esta no es capaz de dar una petición, los centros de atención primaria indican que es competencia del hospital. El hospital indica que es competencia municipal. Usted acaba de decir que es competencia municipal. Los ayuntamientos manifiestan que ellos no recogen los residuos sanitarios peligrosos, y que se debe

preguntar a la Consejería de Medio Ambiente y Ordenación del Territorio. Y esta consejería termina diciendo a las personas con este tipo de enfermedades que, o vuelven a contactar con sus ayuntamientos, o bien deben contratar un gestor de residuos privados. Y así andamos, dando vueltas, dando vueltas, y esto no se soluciona. Y usted me acaba de decir lo que dice el capítulo IX. Y, efectivamente, dice «residuos dentro como fuera del ámbito del centro generador». ¿Qué hacemos con los residuos que se generan en el ámbito domiciliario? Esa es nuestra pregunta, ¿qué hacemos?, ¿qué soluciones van a dar?, porque hay gente que lo está pasando mal y que quiere respuestas, respuestas que solucionen estos problemas que viven día tras día.

Muchas gracias.

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Gracias, señoría.

Señora consejera.

La señora ÁLVAREZ BENITO, CONSEJERA DE SALUD

—Gracias, presidente.

Señoría, como le comentaba, la Consejería de Salud, en su condición de productor de residuos, cumple rigurosamente con los requerimientos legales que están estipulados en el reglamento de residuos de la Comunidad Autónoma de Andalucía, pero nuestra responsabilidad son los residuos sanitarios. Y los residuos que se generan, como consecuencia del autocuidado, no son considerados residuos sanitarios. Y esa es una responsabilidad del ayuntamiento, del municipio. Nosotros no podemos influir en algo que no es de nuestra competencia. No dudo que haya que solventarlo, pero los residuos a lo que se refiere, los residuos punzantes procedentes de la Administración [...] de medicamentos, podemos señalar dos tipos: los materiales punzantes, como las lancetas y las agujas, derivadas del uso de fármacos como la insulina, y donde estos elementos punzantes se separan del cuerpo de la jeringa, o las conocidas jeringas precargadas, en las que la aguja no se separa, por ejemplo, las de heparina.

El reglamento define en el artículo 3, los residuos domésticos peligrosos, y en su artículo 9, las competencias de gestión de cada tipo de residuo, señalando que corresponde a los municipios la recogida de los mismos. Por tanto, efectivamente han de ser las autoridades locales, a través de los sistemas que estimen oportuno, quienes gestionen la recogida de estos residuos.

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señora consejera.

10-17/POC-001786. Pregunta oral relativa a la unidad de hemodinámica en el Hospital Punta de Europa, de Algeciras, Cádiz

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Pasamos a la séptima y última pregunta, también perteneciente al Grupo Parlamentario Podemos Andalucía, relativa a la unidad de hemodinámica en el Hospital Punta de Europa, de Algeciras.

Señora Benítez, tiene la palabra.

La señora BENÍTEZ GÁLVEZ

—Ya estamos otra vez, y otra vez, señora consejera, otra pregunta. Bien, vamos, primero, a conceptualizar y, después, a contextualizar.

Concepto. La hemodinámica es la parte, usted sabe, de la cardiología que se encarga del estudio anatómico y funcional del corazón mediante la introducción de catéteres finos a través de las arterias y venas, y permite conocer con exactitud el estado de los vasos sanguíneos de todo el cuerpo. Hay un estudio publicado, en la *Revista española de cardiología*, en el que se concluye que los hospitales donde a los pacientes con un infarto de miocardio se les trata precozmente con una angioplastia primaria, un cateterismo terapéutico, la mortalidad se ve reducida a la mitad.

Ahora contextualicemos, el Campo de Gibraltar cuenta con más de 260.000 habitantes, y comprende municipios como Tarifa, Algeciras, Los Barrios, Castellar de la Frontera, Jimena de la Frontera, San Roque y La Línea. Tanto el hospital de La Línea como el hospital Punta Europa de Algeciras forman parte del área hospitalaria del Campo de Gibraltar, que se ocupa de la atención de la ciudadanía de todos estos municipios. Pero en esta comarca ninguno de estos dos hospitales cuenta con una unidad de hemodinámica, y las distancias desde el hospital Punta de Europa de Algeciras, ciudad con una población superior a 120.000 habitantes, hasta el hospital, por ejemplo, de Marbella, Puerto Real, Jerez, y Cádiz son 80, 100, 110 y 115 kilómetros respectivamente, siendo la duración del viaje en coche, a todos ellos, superior a una hora, y cercana a las dos horas en algunos de los casos en función de la temporada y el tráfico.

La inexistencia de unidad de hemodinámica en la zona obliga a la ciudadanía que pudiese necesitar una atención de diagnóstico, en el caso de los cateterismos y de intervención en las angioplastias, que, en la mayoría de los casos, deben ser urgentes, al desplazarse más de 100 kilómetros, con más de una hora de camino hasta el hospital con la unidad más próxima.

Teniendo en cuenta todo lo anterior, la mortalidad por infarto agudo de miocardio en el Campo de Gibraltar puede ser hasta el doble, comparándolo con zonas sanitarias donde sí se hacen cateterismos precoces. Es evidente que en casos urgentes estas distancias y tiempos son totalmente incoherentes y muy peligrosos, señora consejera, dado que sobrepasan los tiempos recomendados y aumentan, de manera significativa, la probabilidad de menos éxito, o muerte, de la actuación.

No nos cabe la menor duda de que su consejería se hizo eco de la importancia de la existencia de esta unidad en el Campo de Gibraltar. De hecho, el pasado 2 de junio, el exconsejero de Salud, Aquilino Alonso, anunció que, a lo largo de 2017, se pondría en marcha una unidad de hemodinámica en el hospital Punta de Europa de Algeciras.

Lo triste y lo desconcertante es que, después de más de cuatro meses, no se haya avanzado nada en este sentido, ni se conoce proyecto alguno para su puesta en funcionamiento.

¿En qué punto se encuentra este proyecto de implantación de la unidad de hemodinámica en el hospital Punta de Europa de Algeciras?

Muchas gracias.

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Gracias, señoría.

Señora consejera, como ha agotado el tiempo, lo hace todo del tirón.

La señora ÁLVAREZ BENITO, CONSEJERA DE SALUD

—Sí. Gracias, presidente.

Señoría, tal como nos hemos comprometido, los pacientes cardíacos del Campo de Gibraltar contarán con una unidad de hemodinámica en el hospital Punta de Europa de Algeciras. Este proyecto está actualmente en fase de estudio técnico, estando previsto el comienzo de las obras en un plazo de dos semanas.

Una vez iniciada las mismas, su plazo de ejecución se prevé de dos meses.

Con la puesta en marcha de esta nueva unidad se mejorará sensiblemente la asistencia sanitaria a los pacientes del Campo de Gibraltar, la de evitarles, como bien ha dicho, los desplazamientos a otros centros hospitalarios.

Le quería comentar también que tenemos un fuerte compromiso, y de hecho, como le he puesto en su conocimiento, el proyecto está en fase de estudio técnico para que puedan comenzar las obras de implantación del equipo.

El sistema que se va a implantar incluye la mayor calidad de imagen y la mejor gestión de dosis del mercado, así como una gran facilidad de posicionamiento. Es uno de los equipos más avanzados en este sentido, que hace que sea el sistema con menor dosis de exploración y además con mejor calidad de imagen.

En relación con el equipo humano, los profesionales que integraran la unidad, en un primer momento serán un facultativo, dos enfermeros y un auxiliar de enfermería, en turno de mañana.

Hasta que dispongamos de esta unidad, la atención hemodinámica a pacientes cardíacos del Campo de Gibraltar está garantizada a través de los hospitales de Jerez de la Frontera, Puerto Real y Puerta del Mar, y está previsto, una vez que se implante y se ponga en funcionamiento, la realización de guardias.

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señora consejera.

DIARIO DE SESIONES DEL PARLAMENTO DE ANDALUCÍA

Núm. 434

X LEGISLATURA

19 de octubre de 2017

Terminado este punto del día, agradecemos el doble esfuerzo que ha realizado en el día de hoy, con presupuestos y orden del día normal [*intervención no registrada*].

La despedimos y seguimos... Y seguimos, que la hora que es..., seguimos con las PNL.

[*Receso.*]

10-17/PNLC-000202. Proposición no de ley relativa a la solicitud de asistencia pediátrica en el centro de salud de Villafranca de Córdoba todos los días laborables

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Señorías, empezamos con el punto cuatro del orden del día, proposiciones no de ley, con la primera, relativa a la solicitud de asistencia pediátrica en el centro de salud de Villafranca de Córdoba todos los días laborables.

Señora Redondo, tiene siete minutos.

La señora REDONDO CALVILLO

—Gracias, señor presidente.

Bueno, esta proposición no de ley que trae aquí el Grupo Parlamentario del Partido Popular no es solamente de una enorme importancia sino de una todavía mayor sensibilidad, desde luego, desde nuestro punto de vista, porque hablamos del derecho de los niños y adolescentes a una atención de calidad de una cartera de servicios, en este caso...

¿Continúo, no?

[Intervenciones no registradas.]

... de una cartera de servicios, en este caso, acorde a la realidad de Villafranca de Córdoba.

Señorías, no existen criterios inequívocos para establecer el número óptimo de niños que puede atender un pediatra, pero sí que existen para defender que es una simplificación inadecuada que va en contra de los derechos de los niños andaluces, y es así por las muchísimas peculiaridades que tiene la atención pediátrica con respecto al médico de familia.

Estas diferencias vienen a complicar evidentemente la gestión de nuestro modelo de atención primaria, pero no por eso podemos obviarla; ni el perfil de la demanda ni las estrategias de gestión de la agenda en consulta de medicina familiar se pueden extrapolar a las consultas de pediatría, y es así pues, por ejemplo, por la mayor frecuentación y la inmediatez que se requiere prácticamente en todos los casos y ocasiones en las consultas de pediatría; por el menor número de consultas burocráticas, que sí que tienen una resolución más rápida; por la alta incidencia de patologías agudas, que aunque, por regla general, acaban en nada, sí que, sistemáticamente, o se obliga a realizar una exploración exhaustiva, lo que conlleva que el pediatra precise de más tiempo.

Las dificultades que supone esa exploración, incluso al vestir y desvestir al niño, redundan en el mismo sentido. La complicación para definir los síntomas del lactante, que normalmente se tiene que obtener la información de un tercero, y la ansiedad que, con cualquier síntoma del niño, se vive desde el punto de vista de la familia; el aumento de patologías psicosociales, como por ejemplo las dificultades en las pautas de crianza, situaciones de violencia familiar, fracaso escolar; los niños que son etiquetados de hiperactivos, niños con problemas de conducta o incluso adolescentes con problemas; problemas que aunque en muchos casos no

son graves, sí que demandan, de forma real y creciente, estas consultas por parte del ciudadano, y que ocupan, como digo, cada vez más tiempo. Además de la realización de consultas periódicas programadas de supervisión de salud en la totalidad de la población.

Aun cuando los datos demográficos nos mostraban una evolución de la natalidad, que tenía una clara disminución de población infantil porcentualmente en el conjunto de la población, aun —digo— cuando eso era así, la demanda de los servicios pediátricos ha ido aumentando en todos esos años, aunque la población infantil disminuía, la demanda de consultas pediátricas y su frecuentación han ido en aumento.

En Villafranca de Córdoba, además, hay que tener en cuenta que, durante la última década, ha aumentado su población en más de un 20%, pasando de 4.074 habitantes en 2006, a 4.918 en 2016, y son más de novecientos los menores de 14 años que viven en esta localidad.

Señorías, todas las encuestas realizadas en los últimos años establecen como cupo pediátrico adecuado el intervalo de 800 a 1.000 niños por pediatra, y no es algo arbitrario sino que está fundamentado en la necesidad del mayor tiempo para la consulta infantil por las peculiaridades que hemos citado anteriormente, porque se deben tener en cuenta las características del niño, de su entorno y la complejidad de la propia exploración física, etcétera.

La petición del cupo entre 800 y 1.000 niños no solo es razonable, siguiendo un criterio de calidad, sino que pensamos que es justa y deseable para todos los niños, además de realista en el estado de bienestar socioeconómico que pretendemos, como en el resto de países del entorno europeo.

También, quiero recordar que son los primeros años cuando se genera, con mucha mayor frecuentación, las consultas y que, además, son en las que se necesita invertir mucho más tiempo.

En el primer año es cuando se da una mayor indefinición de los síntomas del lactante, el mayor riesgo de patologías agudas, una mayor carga de ansiedad familiar, etcétera. Y solo por dar un dato: en 2015, nacieron 49 niños en Villafranca, y se supera con mucho los 300 niños de cero a cuatro años.

Decir, por último, que esta proposición no de ley no ha venido por ocurrencia ni mía, ni de mi partido, sino que está avalada por 1.500 firmas que, aunque no he impreso porque son 76 folios, se han recogido para exigir que sus niños sean atendidos los cinco días de la semana.

En base a ello, solicito que los grupos aprueben esta proposición no de ley.

Muchas gracias.

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señoría.

Por el Grupo Ciudadanos, señora Albás, tiene cinco minutos.

La señora ALBÁS VIVES

—Gracias, presidente.

La portavoz del Grupo Popular ha hecho referencia a la enorme importancia que tiene la demanda de su proposición no de ley, la necesidad de un pediatra en Villafranca todos los días laborables, para que así los niños de esa localidad puedan ser atendidos.

Los datos que refleja en su iniciativa, pues, la verdad es que ha habido un crecimiento muy importante poblacional en la zona, y la verdad es que sería necesario que ese pediatra estuviera más días, estuviera de lunes a viernes.

Pero ¿cuál es la realidad? La realidad es desafortunada y, en ocasiones, muy cruel: que no hay pediatras, no solo en Andalucía, sino a nivel nacional. Es un problema que llevamos debatiendo, yo creo que desde el principio de la legislatura. No se aclaran en el Consejo Interterritorial a, realmente, comprometerse los diferentes consejeros de las comunidades autónomas para poner una solución a estas especialidades en las que nos encontramos con carencias. No solamente hay falta de pediatras, hay falta de más especialidades. Y también tenemos que tener en cuenta que, lógicamente, los profesionales que nosotros queremos que atiendan a nuestros hijos, o a nosotros mismos, queremos que tengan mucha experiencia, que tengan un bagaje, que hayan podido atender a muchos pacientes, porque eso, lógicamente, les da la experiencia y seguridad de desempeñar bien su trabajo, y no que, a lo mejor, una persona recién acabado el MIR no tiene tanta experiencia como otra persona que lleva toda la vida atendiendo a pacientes.

Nosotros estamos de acuerdo con lo que usted demanda, pero la realidad es que no hay. Entonces, simplemente es eso, que todos los ciudadanos, vivan donde vivan en Andalucía, tienen derecho a tener una atención sanitaria de calidad, que no tengan una mejor atención sanitaria según su código postal, pero la realidad es que no hay.

Entonces, lo que hay que exigir realmente al Gobierno andaluz y al Gobierno central es que se concentren para, realmente, solucionar este problema que tenemos a día de hoy.

Muchas gracias.

La señora LÓPEZ MARTÍNEZ, VICEPRESIDENTA DE LA COMISIÓN

—Gracias, señora Albás.

Siguiente turno para el señor Gil, del Grupo Parlamentario Podemos. Cinco minutos.

El señor GIL DE LOS SANTOS

—Gracias, señora presidenta.

La Consejería de Salud ha reconocido la necesidad de fortalecer la atención primaria como uno de los puntos fundamentales para el mejoramiento de la calidad y la eficiencia del sistema sanitario público de Andalucía.

En este sentido, la pregonada estrategia para la reforma de la atención primaria debe hacerse realidad a través de los hechos y no solo de las palabras. Materializarse en recursos y quedar reflejada en los presupuestos hasta alcanzar, como mínimo, el 20% del peso sobre el gasto sanitario público total.

La demanda popular refrendada en el Ayuntamiento de Villafranca de Córdoba, para tener un servicio de pediatría acorde, va en esta línea. Y, por tanto, Podemos Andalucía la va a apoyar. Un cupo de 900 niños y niñas necesita de un o una pediatra a dedicación completa, y la demanda de que haya servicio todos los días está más que justificada.

Invitamos al Gobierno del PSOE de Andalucía a que cumpla con los compromisos de apuesta por una atención primaria fuerte y de calidad. Es por ello que presentamos una enmienda *in voce* como segundo punto a la proposición, que queda reflejada de esta forma.

Punto número dos: «para el debido cumplimiento del punto uno ha de recogerse como una enmienda parcial, en los presupuestos de la Consejería de Salud de 2018, una partida presupuestaria específica, con dotación suficiente».

Muchas gracias.

La señora LÓPEZ MARTÍNEZ, VICEPRESIDENTA DE LA COMISIÓN

—Gracias, señor Gil.

Por parte del Grupo Parlamentario Socialista, señor Ferrera.

El señor FERRERA LIMÓN

—Sí, muchas gracias, señora presidenta.

Señorías, debatimos esta proposición no de ley del Grupo Popular, donde, en su exposición de motivos, hace una serie de exposiciones que me gustaría comentar.

En la primera argumentación que hace de esta proposición no de ley es que la población de Villafranca ha aumentado, de manera significativa, en los últimos años. Y segundo, que entre la población total del municipio se encuentra un número considerable de niños, llegando a más de 900 menores de 14 años, y esto ha supuesto un aumento de solicitud en los servicios de pediatría.

Según la información recabada por este portavoz, también quiero comentar alguna de ellas. Primero, que los menores de 14 años adscritos a este servicio son 777, que el análisis de la población pediátrica, adscrita a este centro por año de nacimiento, muestra una ligera tendencia a la disminución de la natalidad en los últimos años. Y, como ejemplo de lo que digo, de los 777 niños de edad en atención pediátrica, nacieron, en 2009, 60; en 2010, 69; en 2011, 70; en 2012, 59, y a partir de ahí las cifras continúan bajando hasta los 39 de 2016, o los 25 del presente año 2017.

Por tanto, señora Redondo, como puede desprenderse de mi exposición, hay una discordancia entre los datos referidos en su exposición de motivos y la información recabada por este portavoz. Porque una cosa, como usted bien conoce, es la población empadronada en Villafranca de Córdoba, menores de 14 años, y otra bien distinta es la población adscrita a este servicio.

Y, con esto, no quiero decir que los datos a los que usted hace referencia en su proposición no de ley no sean correctos, sino que parte de la población que aparece como posible demandante de este servicio no lo hace a través del centro de salud de Villafranca. Intuyo que pueda ser bien porque estén incluidos en un régimen distinto a la Seguridad Social, o que, estando empadronados en Villafranca, tengan otros lugares de residencia y, por tanto, hagan uso del servicio de pediatría en otros centros de salud, bien por motivos de trabajo de sus padres, bien por otros motivos.

Otro dato que me parece significativo es que la media de las consultas atendidas al día es de 30 usuarios, siendo esta cifra similar a la atendida en el resto de los centros de salud de ese mismo distrito, también con una distribución igualmente estacional. Para argumentar esto que le digo, le facilitaré o le comentaré algunos de los datos sobre la distribución de la media de esta cifra del servicio, desde enero de 2017 hasta agosto: en una media de unas 31 citas al día; en febrero concretamente, fueron 27; en marzo, 30; en abril, 25; en junio 21; en julio, 19, y en agosto, 25.

Por tanto, me gustaría terminar haciendo una serie de consideraciones. Primero, que las consultas actualmente están organizadas en tres días a la semana, todos a jornada completa. Esto quiere decir que la atención prestada en este servicio de pediatría, creemos que es suficiente y responsable en la distribución y aprovechamiento de los recursos públicos. Y que, por otro lado, los recursos públicos, pues, tampoco son infinitos.

La siguiente consideración es que este centro presta toda la cartera de servicios de pediatría, atención a la demanda clínica, consultas programadas para patologías complejas y consulta telefónica, incluido también el programa de seguimiento de salud infantil y adolescencia.

Otras consideraciones que también, bajo mi punto de vista, son bastante importantes, es que durante los turnos en los que no hay un profesional de pediatría en el centro, la atención a la población está garantizada por los profesionales de medicina de familia del centro de salud de Villafranca. Ocurre igual que en el servicio de urgencias de atención primaria, ya que, en el caso de no estar presente el pediatra, los niños son atendidos por médicos de familia, que están perfectamente capacitados para atenderlos, por tanto, tanto en situaciones de urgencia como en la consulta a demanda.

La siguiente consideración es que la dotación de las horas de pediatría de Villafranca es idéntica a las de otros municipios pertenecientes a ese mismo distrito sanitario de características similares.

Otra, que no existe en este momento saturación asistencial en este centro, ni siquiera en épocas epidémicas.

Y, por otro, y ya para ir concluyendo, como conocen sus señorías, pues también nos encontramos con el problema de que no hay disponible esta especialidad, la especialidad de pediatría, en las bolsas del SAS.

Y por último, para terminar, de verdad, como servidores públicos que somos, no creemos problemas al menos bajo el prisma de este portavoz donde no los hay, y en estos momentos, en el municipio de Villafranca de Córdoba, aumentar más días el servicio de pediatría no es algo vital, porque, repito, la demanda está cubierta con pediatras y, en ausencia, por médicos de familia.

Teniendo en cuenta, como decía al inicio de mi intervención, que los recursos son limitados, y por supuesto si la situación actual cambiara y hubiese un cambio de tendencia real en el número de niños y niñas adscritos a este servicio de pediatría, los vecinos y vecinas de Villafranca no deben preocuparse porque existe diálogo permanente entre la dirección de gerencia del distrito sanitario de Córdoba-Guadalquivir con su ayuntamiento. Por tanto, estarán vigilantes por si hubiese cambios considerables en el aumento de la demanda de este servicio, para ir adaptando los recursos a las necesidades reales del mismo.

Muchas gracias.

La señora LÓPEZ MARTÍNEZ, VICEPRESIDENTA DE LA COMISIÓN

—Gracias, señor Ferrera.

Antes de darle la palabra a la señora Redondo, comentarles si están de acuerdo los grupos parlamentarios en que se tramite la enmienda presentada *in voce* por el Grupo de Podemos. ¿Vale?

Tiene la palabra, señora Redondo.

La señora REDONDO CALVILLO

—Gracias, señora presidenta.

Bueno, agradecer a todos los grupos, evidentemente, la sensibilidad y el tono en su intervención. Y, bueno, pues fundamentalmente voy a contestar al Grupo Parlamentario Socialista, porque es quien más obstáculos ha puesto en esta proposición no de ley.

Mire, con respecto a los datos de la moción, si bien es cierto que los datos están transcritos de la moción que se llevó al Ayuntamiento de Villafranca, no estoy de acuerdo en los datos que ha dado usted, porque antes de meterlos aquí pues me aseguré de que los datos eran ciertos, y los datos están publicados. Mete uno datos demográficos de Villafranca de Córdoba y sale la pirámide de población: los niños de 0 a 4 años, 316; los de 4 a 10, 318. Y viene absolutamente todo, con lo cual yo no me lo inventado; en todo caso, se lo habrán inventado ellos.

Con respecto a... Eso, a los 770 de los casi 200 de diferencia que tenemos de unos con otros.

Con respecto a las tarjetas sanitarias, decirle, y además está afirmado por las asociaciones, lo mismo la española de pediatría que la andaluza, que de 0 a 19 años, sobre todo en ese periodo, las tarjetas sanitarias individuales no se corresponden con las personas censadas, son menores. Son menores. Ocurre al contrario de los 19 a los 64 años.

Dice la asociación, además, que la menor captación llega hasta el 83% la que se capta. Hay un 17% que no se capta. Es más, dice que sobre todo son los lactantes los que tardan meses en aparecer en la base de datos de usuarios. Con lo cual, los datos concretos que usted ha dicho del censo, de los que están adscritos, pues no tienen por qué corresponderse. Y evidentemente, si no hay saturación, probablemente sea porque los ciudadanos han buscado pediatra fuera del sistema sanitario público y fuera, incluso, de Villafranca.

Si la demanda estuviera cubierta, no creo, personalmente yo, no firmo ni un documento con mi DNI a una cosa que no existe la demanda. Son 1.500 firmas, y estamos hablando de un municipio que tiene 4.900 habitantes.

Entiendo que si está la firma y sigue para adelante, porque de la moción que se aprobó, por cierto, por unanimidad en el ayuntamiento, hasta ahora ha habido un aumento de 200 firmas más. Y me da que va a continuar así. Entonces, no estoy de acuerdo como usted ha pintado el escenario, de que todo está resuelto, que no hay problema ninguno y que todos los niños están atendidos. Evidentemente, no. No es por hacer demagogia, pero yo tengo cuatro niños pequeños todos, en edad de consulta pediátrica, y le puedo garantizar que es de verdad angustioso, angustioso... Yo, por ejemplo, vivo en un pueblo, en una ciudad en que sí tenemos pediatra todos los días. Pues, aun así, es angustioso cuando te dan la cita para el tercer o el cuarto día, tiene uno que buscar soluciones alternativas antes de esperar a que un niño con fiebre o con cualquier síntoma esté tres o cuatro días en su casa. No estamos de acuerdo con eso.

Con respecto al tema específico de pediatras, lo que se pide en la moción es que se aumente la asistencia pediátrica. Es decir, en la propia moción y en el propio debate del Ayuntamiento de Villafranca ya salió esto,

incluso se valoró si era pediatra lo que se pedía o la mayor consulta pediátrica, que ahora mismo no las está llevando a cabo un pediatra, sino un médico de familia con formación pediátrica.

Aquí lo que se pedía era un mayor número de consultas pediátricas, y, por lo tanto, pues entendemos que no nos vale el hecho de que en la bolsa no haya pediatras, cosa que por otra parte entiendo que, si se mejorara la oferta, probablemente habría también más.

Y bueno, pues nada, decir que evidentemente el problema está; si no, no habría un pueblo demandando esto tanto tiempo y de esta manera. Y, bueno, pues todo el que se haya podido ver en algún momento representado con este problema me gustaría que lo volviera a meditar y le diera una pensada.

Muchas gracias.

Con respecto a la enmienda del Grupo Podemos, yo entiendo que en realidad debería entrar dentro de la reestructuración del presupuesto de la Junta, pero si él quiere que esté específicamente en una enmienda, por nuestra parte no hay ningún problema en admitirla.

Gracias.

La señora LÓPEZ MARTÍNEZ, VICEPRESIDENTA DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señora Redondo.

10-17/PNLC-000315. Proposición no de ley relativa a las modificaciones de los pliegos de contratación en salud que primen la calidad del servicio

La señora LÓPEZ MARTÍNEZ, VICEPRESIDENTA DE LA COMISIÓN

—Pasamos a la siguiente PNL, por el Grupo de Ciudadanos.

Y tiene la palabra la señora Albás, siete minutos.

La señora ALBÁS VIVES

—Gracias, presidenta.

Bueno, la proposición no de ley que presento hoy como portavoz de salud, en nombre del Grupo Parlamentario de Ciudadanos, se refiere a las modificaciones en los pliegos de contrataciones en salud para que prime la calidad del servicio.

La crisis económica ha conllevado en los últimos años la necesidad de reestructurar los diferentes presupuestos de las administraciones públicas, con el fin de optimizar sus costes en periodos de estrecheces económicas.

La Administración pública con competencias en materia de salud no ha estado ajena a estas circunstancias, y ello ha conllevado primar en las contrataciones de distintos servicios lo que concierne al precio por encima de otras variables importantes para la ciudadanía en una materia tan delicada como es la salud.

Así, a modo de ejemplo, se puede observar cómo en los pliegos de condiciones de contratación de servicios de transporte sanitario para hospitales, ambulancias, se ha primado en baremos de adjudicación con 50 puntos a la oferta de importe inferior con respecto al presupuesto base de licitación.

Es decir, máxima puntuación de todo el baremo a este aspecto, a mucha distancia de otros aspectos como, por ejemplo, la calidad del servicio o la mejor adecuación de medios humanos, valorados con 20 y 10 puntos, respectivamente.

Está claro que toda Administración pública debe perseguir el ahorro en la ejecución de sus políticas, pero no a costa de todo. El ámbito de la salud debe tener igual consideración de calidad en los servicios que presta. Esto hace necesaria una modificación de los pliegos de contratación para dichos servicios. Además, es necesario que exista un plan inspección periódico, de grado de cumplimiento entre lo ofertado y contratado, con lo que realmente se está cumpliendo con el fin de tomar las medidas oportunas, que vayan desde obligar al correcto cumplimiento del contrato hasta la resolución del mismo en los casos más graves.

Pues bien, dicho esto, ¿qué pedimos? Pues pedimos que realmente se valore la calidad del servicio, que se valore pues la experiencia de la empresa que vaya a presentar esa licitación, que se valore que realmente esa empresa sea capaz de poder prestar los servicios sin necesidad de subcontratas, que no se prime única y exclusivamente el precio, porque luego nos encontramos con situaciones pues como 061, que compete a esta consejería, o a la Consejería de Justicia el 112, o bien personas que limpian o bien hay tantas y tantas casuística en estas adjudicaciones que la verdad sí que debería primar también la calidad del trabajo, la experiencia que tiene la empresa y no única y exclusivamente el precio.

Porque todos sabemos perfectamente que si única y exclusivamente miramos el precio, los que siempre, lógicamente, van a poder bajar más el precio son las empresas más grandes, las multinacionales, que son capaces, lógicamente, de competir. Pero, con lo cual, están compitiendo en desigualdad. Y las pequeñas o medianas empresas o las empresas que llevan instauradas en nuestras provincias desde hace muchísimos años pues tienen una dificultad a la hora de poder ganar esos concursos porque no pueden bajar precios. Ahora bien, la calidad que ofrecen pues es muy buena también.

Entonces, simplemente, hacer que la consejería revise esos pliegos, esas licitaciones públicas, para que por lo menos se iguale el precio a la calidad del servicio y a la experiencia.

Gracias. Bueno..., y espero, espero contar con el apoyo de todos los grupos parlamentarios. 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.

Para ser sincero, esta proposición no de ley no la hubiese presentado de esta manera. Esto es, se argumenta una modificación concreta, pero parece escapar un abordaje más completo sobre la prestación de los servicios de las subcontratas.

La línea debería haber sido garantizar los medios de transparencia, rendición de cuentas y seguimiento de todos los servicios públicos, y de todos sus factores y condicionantes, e intentar, en la medida de lo posible, prestar con medios propios aquellos servicios que actualmente están siendo ejercidos por terceros en unas condiciones de calidad, según desprende el texto, según se desprende del texto, y no bajo esas condiciones adecuadas.

Para ello hay que recordar que Ciudadanos votó en contra a nuestra propuesta de creación de una comisión de estudio de las subcontrataciones de la Administración andaluza. Un espacio propicio para debatir estas cuestiones, porque traer hoy una propuesta que habla tan ambiguamente de una parte de las contrataciones con medios externos, ignora el resto, aludiendo a que, al menos, se valore la calidad en el servicio en el pliego de condiciones, se antoja una broma de mal gusto. Al menos es cuanto menos incoherente, es decir, traer una propuesta y haber votado en contra de una comisión que estudie esta cuestión y más cuestiones, y que tendría muchísimo más recorrido que una proposición no de ley aislada al final de una Comisión de Salud. Nada sorprendente, por otra parte, de un partido que sostiene al Gobierno y se dice riguroso en sus aportaciones, pero luego a lo que nos enfrentamos son ocurrencias y contradicciones. Y que hoy, hoy mismo, sin ir más lejos, el propio Partido Socialista ha reconocido que se conforman con cualquier presupuesto. Aprovecho el espacio de debate en esta comisión para ponerlo de relieve.

Por nuestra parte, lamentamos se nieguen espacios productivos de trabajo y nos abstendremos ante esta propuesta a medio camino de nada.

Muchas gracias.

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señor Gil.

Señor Valero, tiene cinco minutos.

El señor VALERO RODRÍGUEZ

—Muchas gracias, presidente.

Tomo la palabra para fijar la posición del Grupo Parlamentario Popular en esta proposición no de ley. Y agradecemos al Grupo de Ciudadanos que se hable de este tan importante y sensible tema, tan necesario para las contrataciones de los servicios públicos.

Mucho más, en un órgano de gestión como es el Servicio Andaluz de Salud, que es el que más peso, el que más volumen de contrataciones tiene. Con lo cual, pues compartimos el interés por una política de contratación transparente para garantizar una mejor atención sanitaria para los andaluces y un servicio público de calidad.

Sin embargo, la falta de concreción en la implantación de esos potenciales criterios, a la hora de elegir las distintas ofertas que se presentan, pues la verdad es que nos generan algunas dudas. Porque se hace mención en la propuesta a elementos técnicos, criterios de calidad y también de gestión de recursos humanos, como variables o parámetros, de alguna manera equiparables a los criterios económicos. Pero se hace sin una mayor profundidad y sin un detallado y exhaustivo análisis. ¿Porque qué estándares concretos podemos evaluar? ¿Cómo se mide la eficiencia de una ambulancia, por ejemplo, por utilizar el mismo ejemplo? ¿Y cómo podemos equipararla? Es verdad que es harto complicado, ¿verdad? Pero estamos totalmente abiertos, por supuesto, al debate sobre cómo mejorar los procesos de contratación en el ámbito sanitario, que sin duda son mejorables, pero entendemos que deben ser con criterios y elementos objetivos y cuantificables.

Nuestro voto va a ser a favor, porque no es más que la propuesta que aquí se hace una copia de las propuestas..., de una propuesta de resolución, la número 30, que hizo el propio Grupo Parlamentario Popular, con motivo del debate general sobre el estado de la Sanidad en Andalucía, la número 30 en concreto, en la que se instó al Gobierno, al Consejo de Gobierno, a mejorar la gestión y transparencia en los procesos de control y especialmente en el sistema andaluz, como he dicho antes, por su mayor volumen de contratación.

Por tanto, estamos totalmente de acuerdo que se han de incrementar los criterios técnicos, los criterios de calidad, porque se pueden entrar en lo que siempre se ha llamado, incluso esas bajas temerarias, que ya están previstas, sin duda, en la propia Ley de Contratos del Estado.

Y también que se estén valorando por grupos de expertos esos pliegos de condiciones, tanto de compra de material como de medicamentos, así como la concertación de servicios. Y que haya una mayor profundidad en ese grupo de expertos de inspección, para que podamos tener esa mayor transparencia en la contratación, que tan susceptible y sensible es, sobre todo en estos tiempos, para que podamos tener unos servicios, y se garanticen unos servicios de calidad y también una atención sanitaria de eficiencia y de calidad.

Muchísimas gracias.

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señoría.

Señora Pachón, tiene cinco minutos.

La señora PACHÓN MARTÍN

—Muchas gracias, señor presidente.

Y buenas tardes ya, señorías.

Y adelantarle a la señora Albás el posicionamiento afirmativo por parte del Grupo Parlamentario Socialista a esta proposición no de ley. Y mire, por algo muy simple y muy sencillo, porque el Gobierno andaluz, nos consta a este grupo parlamentario, que va a ir bastante más allá y es mucho más ambicioso en esa mejora de esos criterios que recogen estos pliegos de la Administración andaluza, que de la propia petición que usted nos hace en el día de hoy.

Y usted decía, en su exposición de motivos, que el Gobierno andaluz ha tenido que hacer frente a una crisis económica. Y a muchas cosas más, señora Albás. Por ejemplo, a la infrafinanciación a la que no ha tenido sometidos el Gobierno del Partido Popular, el Gobierno central, adeudando a los andaluces más de 5.522 millones de euros; dejando de existir para el Partido Popular 220.000 andaluces y andaluzas, que ni para el señor Rajoy ni para el señor Moreno Bonilla, aquel que solamente le gusta hacer la oposición haciendo pupa, como ha tenido que decir ayer el señor Moreno Bonilla, cubriéndose de gloria, en torno a la oposición en el Ayuntamiento de Sevilla, a mi compañero alcalde, Juan Espadas.

Bueno, pues esa oposición ha hecho tanto bien a nuestra tierra, a los sevillanos y sevillanas, que han dejado de existir para ellos 220.000 andaluces y andaluzas. Y no solo eso, una Ley de Estabilidad Presupuestaria infame y, además, un pago a proveedores, un préstamo de pago a proveedores que nos han hecho, que nos han pasado a las administraciones, que nos han asfixiado, que han asfixiado nuestra liquidez. Y eso lo que ha pretendido fundamentalmente es que se hubieran mermado nuestros servicios públicos y, en definitiva, nuestro estado del bienestar.

Pero, de hecho, en Andalucía no lo han conseguido. Y yo creo que lo que tienen, en el día de hoy, lo han demostrado en esta comisión, y lo vienen demostrando en las distintas comisiones en sede parlamentaria, es un malestar bastante grande, porque se presentan unos presupuestos para Andalucía que cuentan con más de un 83% para el mantenimiento de nuestro estado del bienestar, de mano de la coherencia también y de la responsabilidad del Grupo de Ciudadanos. Un estado del bienestar, señora Albás, que ha tenido que mantener, como le argumentaba anteriormente, casi a pulmón el Gobierno andaluz, debido a esa financiación del Partido Popular.

Y miren, ha hecho alusión a ello el señor Valero. Independientemente de estos años tan complicados, los pliegos a licitación que han salido por parte de la Administración andaluza han salido con garantías. En primer lugar, porque se han venido recogiendo esas bajas temerarias para no poner en riesgo la prestación del recurso. Y, en segundo lugar, porque se han venido haciendo inspecciones y evaluaciones de esos servicios que están licitados por parte de la Administración andaluza. Porque ya lo destacaba la consejera en esta

misma mañana, y es que el Gobierno andaluz ha puesto..., ha priorizado ese seguimiento, penalizando con el cobro del beneficio ilícito a las licitadas que no acometían su trabajo y sus servicios como debían hacerlo.

Y entrando directamente en los puntos de su proposición no de ley, señora Albás, que le detallaba con anterioridad que el Gobierno andaluz da un paso más. Usted dice, en su *petitum*, que, en las próximas licitaciones de servicios sanitarios, al menos el precio, el criterio del precio sea igual al resto de los criterios. Pues, ya le avanzo que no será igual, sino que el precio, el criterio del precio será inferior a la suma del resto de criterios automáticos y no automáticos a valorar dentro de cada licitación. Donde también se va a tener en cuenta y se va a primar la oferta técnica, la prestación del servicio, la mejora de infraestructuras y todos aquellos ítems que se consideren para la calidad del servicio.

Y, también en el punto 2, usted decía que se hiciera una inspección al menos una vez al año. Pues, ya le adelanto que se va a crear una comisión de seguimiento, formada por el personal facultativo, personal de enfermería y aquellos servicios de gestión de prestaciones y de atención al paciente que no solamente harán esas inspecciones y evaluación anuales, sino que se harán cada tres meses.

Y además, a todo ello debemos sumar, como sabe, la normativa que se aprobó por parte del Gobierno andaluz, de las cláusulas sociales, algo tan importante que lo que viene a recoger es que en todos los pliegos que se liciten por parte de la Administración andaluza, de la Junta de Andalucía, se garantice el cumplimiento obligado de derechos fundamentales en la protección de los derechos laborales. Eso para nosotros, para el Partido Socialista, es fundamental. Pero yo le tengo que decir que desgraciadamente, para otros gobiernos de otras comunidades autónomas, no lo es, porque ojalá aprendieran del ejemplo de nuestra presidenta comunidades como por ejemplo Castilla-La Mancha, la oposición de Castilla-La Mancha, o el propio Gobierno del Partido Popular. Y le digo por qué. Aprobó el Gobierno actual de la Comunidad Autónoma de Castilla-La Mancha precisamente una instrucción para la aplicación de estas cláusulas sociales que velaran por los derechos fundamentales, sobre todo por los derechos laborales de los trabajadores y trabajadoras en esos pliegos de licitación. Y resulta que, automáticamente, al señor Rajoy le molesta mucho que se vele por la perspectiva de género, le molesta mucho que se abonen los salarios en tiempo y forma a los trabajadores y trabajadoras, les molesta mucho que queden recogidos esos salarios según viene estipulado por los convenios colectivos, y automáticamente lo que hace el señor Rajoy, del Gobierno del Partido Popular, es presentar un recurso a dicha instrucción de las cláusulas sociales.

El señor Valero decía que hay que ser especialmente sensibles con las licitaciones que se hagan. Pues, señor Valero, le tengo que afear que su Gobierno no lo tiene tan claro como usted. Me imagino que no compartirá usted entonces la misma ideología política.

Y, señor Gil, usted dice que no está de acuerdo con la externalización. Bueno, pues yo le tengo que decir que la señora Carmena ha querido privatizar un servicio tan importancia sociosanitario como es la promoción y la prevención de la salud, ese programa Madrid Salud. La señora Carmena, que creo que comparte usted ideología política, ¿no es así? Entonces, prediquen menos y hagan más, que de eso se trata.

Apoyar, como ya le venía diciendo a la señora Albás, su proposición no de ley y decirles que van a contar con nuestra mano tendida, por parte del Gobierno andaluz, dando ese paso más allá de lo que nos solicita hoy en su proposición no de ley.

Muchas gracias.

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señoría.

Para cerrar el debate, señora Albás. Cinco minutos.

La señora ALBÁS VIVES

—Gracias, presidente.

Agradecer a todos los portavoces su intervención, francamente más a unos que a otros. Porque lo del señor Gil, portavoz de Podemos, se antoja broma de mal gusto. No sé..., yo es que, francamente, a veces intento escucharle varias veces y no le entiendo. Ahora bien, ahora bien, no le entiendo, y es normal, porque alguien que está dentro de un grupo político que está a favor del adoctrinamiento en las aulas de los niños, que está en contra de la unidad de España y que no cree en las instituciones, le puede parecer broma de buen, de mal o de regular gusto, esa es la realidad.

Con respecto al Partido Popular, al portavoz del Grupo Popular, el señor Valero, pues agradecer su intervención y sus matizaciones. Yo creo que también hubiera sido bueno enriquecer, a lo mejor quizás presentando alguna enmienda, pero yo creo que la oferta técnica y de calidad del servicio se tiene que mirar de forma objetiva. No tiene que ser nadie puesto a dedo quien evalúe eso, sino que realmente tienen que ser los profesionales quienes lo evalúen, y realmente analicen si la empresa tiene la experiencia y la calidad de la que realmente presume y presenta en el pliego de condiciones o no. Aquí no amiguismo sino transparencia, que en eso estamos completamente de acuerdo. Y le agradezco su intervención.

Y con respecto a la señora Pachón, pues también agradecer enormemente su intervención. Me parece muy bien que el Gobierno andaluz tome notas. Si este tipo de iniciativas sirven para mejorar, lógicamente, la gestión, sirven para realmente que los trabajadores tengan mejor calidad laboral, para que los ciudadanos sean atendidos mejor, pues desde luego estamos encantados de que el Gobierno andaluz tome nota y que además lo mejore.

Muchas gracias.

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señoría.

Terminado el debate, pasamos a la votación de las dos proposiciones no de ley. En primer lugar, la perteneciente al Grupo Parlamentario Popular, relativa a la solicitud de asistencia pediátrica en el centro de salud de Villafranca de Córdoba, todos los días de la semana.

La señora ALBÁS VIVES

—Presidente... Votación separada, por favor.

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Pide el grupo votación separada, ¿punto por punto?

Bien, pues pasamos...

Para el punto número 1.

Señorías, se inicia la votación.

El resultado de la votación es el siguiente: ha sido aprobado, al haber obtenido 7 votos a favor, 7 votos en contra, una abstención, por voto ponderado.

Se aprueba por el voto ponderado, al sumar los parlamentarios que forman el Grupo del PP más el Grupo de Podemos. Serían 48 a 47. Se aprueba.

¿Está claro? El señor Vargas se ha quedado así... En caso de empate, voto ponderado: la suma de parlamentarios de los grupos que votan a favor, 33 del Grupo Parlamentario Popular más 15 de Podemos, son 48. Y la suma de su único partido son 47. Por lo tanto, se aprueba. ¿Estamos de acuerdo?

Pues pasamos a la votación de la segunda proposición no de ley, en este caso...

[Intervención no registrada.]

Ah, perdón. Me tienen loco perdido, el señor Vargas me tiene hoy loco perdido. *[Risas.]* El señor Vargas sabe que lo digo con cariño.

El punto 2.

Señorías, se inicia la votación.

El resultado de la votación es el siguiente: ha sido rechazado, al haber obtenido 7 votos a favor, 8 votos en contra, ninguna abstención.

Pasamos a la votación de la segunda proposición no de ley, en este caso del Grupo Ciudadanos, relativa a modificaciones de los pliegos de contratación en salud que primen la calidad del servicio.

Señorías, se inicia la votación.

El resultado de la votación es el siguiente: ha sido aprobada, al haber obtenido 13 votos a favor, ningún voto en contra, 2 abstenciones.

Pues, buenas tardes. Y se levanta la sesión.

[Se levanta la sesión.]

