



PARLAMENTO DE ANDALUCÍA

DIARIO DE SESIONES

Número 430, Serie A

VII Legislatura

Año 2007

PRESIDENTA: ILMA. SRA. DÑA. FRANCISCA MEDINA TEVA

Sesión celebrada el miércoles, 28 de noviembre de 2007

COMISIÓN DE SALUD

ORDEN DEL DÍA

Comparecencias

Debate agrupado de las siguientes iniciativas:

- Comparecencia 7-07/APC-000392, de la Excm. Sra. Consejera de Salud, a fin de informar de la valoración del Gobierno sobre los resultados, en lo que afecta a Andalucía, del *Atlas municipal de mortalidad por cáncer en España 1989-1998*, publicado por el Instituto de Salud Carlos III, dependiente del Ministerio de Sanidad, así como de las actuaciones que tiene previsto emprender el Gobierno para mejorar la salud de los andaluces y, consecuentemente, dichos resultados, presentada por el G.P. Izquierda Unida Los Verdes-Convocatoria por Andalucía.
- Comparecencia 7-07/APC-000406, de la Excm. Sra. Consejera de Salud, a fin de informar sobre la valoración del Gobierno sobre los resultados, en lo que afecta a Andalucía, del *Atlas municipal de mortalidad por cáncer en España 1989-1998*, publicado por el Instituto de Salud Carlos III, dependiente del Ministerio de Sanidad, presentada por el G.P. Popular de Andalucía.

Comparecencia 7-07/APC-000487, de la Excm. Sra. Consejera de Salud, a fin de informar sobre el Plan de Atención de Cuidados Paliativos 2008-2012, presentada por los Ilmos. Sres. D. Manuel Gracia Navarro, Dña. María del Carmen Collado Jiménez, Dña. Rosa Isabel Ríos Martínez, Dña. Silvia Calzón Fernández, D. José Francisco Montero Rodríguez y Dña. Concepción Ramírez Marín, del G.P. Socialista.

Preguntas Orales

Pregunta con ruego de respuesta oral en Comisión 7-07/POC-000454, relativa a derrumbe parcial del techo en el hospital Infanta Margarita de Cabra (Córdoba), formulada por los Ilmos. Sres D. Santiago Pérez López y Dña. María Luisa Ceballos Casas, del G.P. Popular de Andalucía.

Pregunta Oral 7-07/POC-000175, relativa al desmantelamiento imprevisto del servicio 061 de Puente Genil (Córdoba), formulada por el Ilmo. Sr. D. Salvador Fuentes Lopera, del G.P. Popular de Andalucía.

Pregunta Oral 7-07/POC-000290, relativa a los nuevos resultados del diagnóstico genético preimplantatorio, formulada por las Ilmas. Sras. Dña. Rosa Isabel Ríos Martínez y Dña. Francisca Medina Teva, del G.P. Socialista.

Proposiciones no de Ley

Proposición no de Ley 7-07/PNLC-000071, relativa a la construcción de un nuevo centro de salud en el barrio de El Naranjo de la ciudad de Córdoba, presentada por el G.P. Popular de Andalucía.

Proposición no de Ley 7-07/PNLC-000139, relativa al impulso al diálogo y los acuerdos necesarios para la mejora de los dispositivos de cuidados críticos y urgencias del sistema sanitario público andaluz, presentada por el G.P. Izquierda Unida Los Verdes-Convocatoria por Andalucía.

Proposición no de Ley 7-07/PNLC-000198, relativa a la puesta en marcha de unidades de trastornos alimentarios en la provincia de Cádiz, presentada por el G.P. Popular de Andalucía.

SUMARIO

Se abre la sesión a las diez horas, treinta y siete minutos del día veintiocho de noviembre de dos mil siete.

Comparecencias

Debate agrupado de las comparecencias 7-07/APC-000392 y 7-07/APC-000406, de la Excm. Sra. Consejera de Salud, a fin de informar de la valoración del Gobierno sobre los resultados, en lo que afecta a Andalucía, del Atlas municipal de mortalidad por cáncer en España 1989-1998, publicado por el Instituto de Salud Carlos III, dependiente del Ministerio de Sanidad, así como de las actuaciones que tiene previsto emprender el Gobierno para mejorar la salud de los andaluces y, consecuentemente, dichos resultados (pág. 13652).

Intervienen:

Excm. Sra. Dña. María Jesús Montero Cuadrado, Consejera de Salud.

Ilmo. Sr. D. Ignacio García Rodríguez, del G.P. Izquierda Unida Los Verdes-Convocatoria por Andalucía.

Ilma. Sra. Dña. Ana María Corredera Quintana, del G.P. Popular de Andalucía.

Ilma. Sra. Dña. Silvia Calzón Fernández, del G.P. Socialista.

Comparecencia 7-07/APC-000487, de la Excm. Sra. Consejera de Salud, a fin de informar sobre el Plan de Atención de Cuidados Paliativos 2008-2012 (pág. 13668).

Intervienen:

Excm. Sra. Dña. María Jesús Montero Cuadrado, Consejera de Salud.

Ilma. Sra. Dña. María del Carmen Collado Jiménez, del G.P. Socialista.

Preguntas Orales

Pregunta Oral 7-07/POC-000175, relativa al desmantelamiento imprevisto del servicio 061 de Puente Genil (Córdoba). (pág. 13671).

Retirada.

Pregunta con ruego de respuesta oral en Comisión 7-07/POC-000454, relativa a derrumbe parcial del techo en el hospital Infanta Margarita de Cabra (Córdoba) (pág. 13671).

Intervienen:

Ilma. Sra. Dña. María Luisa Ceballos Casas, del G.P. Popular de Andalucía.

Excma. Sra. Dña. María Jesús Montero Cuadrado, Consejera de Salud.

Pregunta Oral 7-07/POC-000290, relativa a los nuevos resultados del diagnóstico genético preimplantatorio (pág. 13674).

Intervienen:

Ilma. Sra. Dña. Rosa Isabel Ríos Martínez, del G.P. Socialista.

Excma. Sra. Dña. María Jesús Montero Cuadrado, Consejera de Salud.

Proposiciones no de Ley

Proposición no de Ley 7-07/PNLC-000071, relativa a la construcción de un nuevo centro de salud en el barrio de El Naranjo de la ciudad de Córdoba (pág. 13675).

Intervienen:

Ilma. Sra. Dña. María Jesús Botella Serrano, del G.P. Popular de Andalucía.

Ilmo. Sr. D. José Manuel Mariscal Cifuentes, del G.P. Izquierda Unida Los Verdes-Convocatoria por Andalucía.

Ilma. Sra. Dña. María Isabel Ambrosio Palos, del G.P. Socialista.

Votación: Aprobada por unanimidad.

Proposición no de Ley 7-07/PNLC-000139, relativa al impulso al diálogo y los acuerdos necesarios para la mejora de los dispositivos de cuidados críticos y urgencias del sistema sanitario público andaluz (pág. 13681).

Intervienen:

Ilmo. Sr. D. José Manuel Mariscal Cifuentes, del G.P. Izquierda Unida Los Verdes-Convocatoria por Andalucía.

Ilma. Sra. Dña. Ana María Corredera Quintana, del G.P. Popular de Andalucía.

Ilma. Sra. Dña. Rosa Isabel Ríos Martínez, del G.P. Socialista.

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

Proposición no de Ley 7-07/PNLC-000198, relativa a la puesta en marcha de unidades de trastornos alimentarios en la provincia de Cádiz (pág. 13685).

Intervienen:

Ilma. Sra. Dña. María Begoña Chacón Gutiérrez, del G.P. Popular de Andalucía.

Ilmo. Sr. D. Ignacio García Rodríguez, del G.P. Izquierda Unida Los Verdes-Convocatoria por Andalucía.

Ilma. Sra. Dña. Rosa Isabel Ríos Martínez, del G.P. Socialista.

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

Se levanta la sesión a las catorce horas, veintiún minutos del día veintiocho de noviembre de dos mil siete.

Debate agrupado de las comparecencias 7-07/APC-000392 y 7-07/APC-000406, de la Excm. Sra. Consejera de Salud, a fin de informar de la valoración del Gobierno sobre los resultados, en lo que afecta a Andalucía, del *Atlas municipal de mortalidad por cáncer en España 1989-1998*, publicado por el Instituto de Salud Carlos III, dependiente del Ministerio de Sanidad, así como de las actuaciones que tiene previsto emprender el Gobierno para mejorar la salud de los andaluces y, consecuentemente, dichos resultados.

La señora PRESIDENTA

—Buenos días, a todos y todas. A continuación, damos comienzo a la Comisión de Salud.

En el primer punto del orden del día, tenemos un debate agrupado de la siguiente iniciativa: sobre las actuaciones que tiene previsto emprender el Gobierno para mejorar la salud de los andaluces y sobre los resultados, en lo que afecta a Andalucía, del *Atlas mundial de mortalidad por cáncer en España de 1989 a 1998*.

A continuación, damos la palabra a la señora Consejera, y, luego, comenzará el turno de palabra.

Señora Consejera, tiene usted la palabra.

La señora CONSEJERA DE SALUD

—Muchas gracias, señora Presidenta.

Señorías, ante este debate, en el que se me pide que haga una valoración del estudio realizado por el Instituto de Salud Carlos III, un estudio sobre mortalidad por cáncer en España y, en concreto, sobre los datos que afectan a nuestra comunidad, creo que, previamente, habría que fijar algunas posiciones en relación a la metodología y a las características del propio estudio; y, por tanto, en función de ello, podemos deducir o podemos expresar cuál es la valoración que hacemos desde la Consejería de Salud.

Bien, como saben sus señorías, los atlas de mortalidad utilizan como métodos de investigación los denominados estudios epidemiológicos descriptivos de tipo ecológico. Son estudios que analizan, de manera agrupada, la mortalidad por diferentes enfermedades, exclusivamente para el periodo del estudio en cuestión. A través de estos estudios, además, se asignan las mismas características de un municipio a todos los fallecidos en el mismo, independientemente de las condiciones individuales sobre estilos de vida, actividad laboral, niveles educativos, renta, y, por tanto, sin que tenga en cuenta este tipo de estudios el contexto epidemiológico de los individuos que se incluyen en el mismo.

Por tanto, señorías, lo que quiero expresar es que son estudios que reflejan una foto fija —en el tiempo— de una zona o de un espacio geográfico, donde la única variable epidemiológica que se analiza son las causas de muerte, y, por tanto, no permiten

establecer relaciones causa-efecto entre diversas variables, fundamentalmente como los elementos que causan mortalidad, que son variables que ocurrieron o que incidieron muchos años antes, como en el caso de los estilos de vida, de la contaminación ambiental o de los genes dominantes.

Es, por tanto, señorías, y es algo que quiero reiterar, una limitación importante de estos estudios, que hay que completar con otros, aunque también generan hipótesis de investigación, para poder relacionar esta mortalidad con sus causas.

En el caso concreto, el estudio que hoy valoramos en este debate, puedo decirles que ya han sido dos las ocasiones en que el Carlos III ha publicado atlas de estas características. El primero de ellos analizó la mortalidad durante el periodo 1978-1992; en aquel estudio, se tomó como unidad geográfica de referencia a la provincia. Y, en este segundo caso, al que nos estamos refiriendo hoy, se toma como unidad geográfica el municipio —esto es un elemento que quería expresarles—, y lo hace también para un periodo distinto: 1989-1998.

Tanto en un caso como en otro, señorías, los autores de estos estudios apuntan factores de riesgo implicados en las principales localizaciones. Pero hay que tener en cuenta que la relación causal con estos factores de riesgo no son conclusiones que puedan extraerse, de ninguna manera, de estos atlas: son hipótesis, y, por tanto, son las evidencias científicas que se hayan establecido con otros estudios complementarios, fundamentalmente estudios de cohorte, casos controles o ensayos comunitarios, los que nos permitan en el futuro establecer algún tipo de relación causal.

En el caso del atlas municipal, así como también en el anterior editado por esta misma institución, las principales causas de mortalidades descritas y que determinan básicamente las diferencias territoriales observadas son debidas a localizaciones tumorales y a enfermedades cardiovasculares o metabólicas, que comparten todas ellas factores de riesgos comunes relacionados, según las evidencias científicas disponibles, con condiciones de vida y estilos de vida, como tabaquismo, alimentación, obesidad o alcoholismo.

Se conocen, señorías, en la literatura científica las limitaciones que presenta el uso de la mortalidad como el único o el principal indicador del estado de salud actual, y, por tanto, es una fuente de datos que hay que usar con prudencia si no se complementa con otras fuentes de información sobre el estado de salud de las poblaciones. La mortalidad, o más concretamente la muerte de una persona, es el punto final de una historia de salud pasada, y, en el caso de enfermedades cardiovasculares y de los tumores más frecuentes —pulmón, próstata y laringe—, existe un largo periodo de latencia entre el inicio de los hábitos de vida o la exposición a posibles factores de riesgo relacionados con su aparición.

Por otra parte, decir, señorías, que el análisis agrupado de la mortalidad en periodos plurianuales, habitualmente de 10 años o más, realiza estimaciones

para el periodo o para el promedio de este periodo; estimaciones que pueden ocultar cambios que se están sucediendo en las sociedades, como ha sido nuestro caso, en las que el gran dinamismo durante las últimas décadas puede haber marcado tendencias significativas en estos indicadores de salud. Esta limitación es aún mayor si además el periodo analizado está ya alejado en el tiempo. No olvidemos que eso ocurre con el estudio al que nos referimos, cuyo horizonte temporal es 1989-1998.

Puedo ponerle, en este sentido, un ejemplo, señorías, en relación a las conclusiones de un estudio epidemiológico realizado por un grupo de investigación vinculado a la Escuela Andaluza de Salud Pública, que se ha basado en el análisis de la mortalidad en municipios andaluces desde el año 1981 hasta 2005. Un estudio que refleja la tendencia seguida en tasas específicas de mortalidad por grupos de edad en cada uno de ellos.

Los resultados de este estudio han puesto de manifiesto una tendencia decreciente en la mortalidad de la mayoría de los municipios. De hecho, se refleja en el dato que, mientras en el año 1981 todos los municipios presentaban unas tasas específicas superiores a las medias españolas, en el año 2005 solo algunos de estos municipios continúan mostrando un más alto nivel de mortalidad en determinados grupos de edad. Esta disminución fue mayor del 1% anual, en la mayoría de municipios andaluces, para todos los grupos de edad y los dos sexos. El mayor descenso se produjo en los municipios de Andalucía occidental y, especialmente, en los grupos de edad más jóvenes.

Estos datos, además, señorías, son coherentes con los resultados de estudios previos que ya ponían de manifiesto el descenso constante, desde el año 1975 al año 2003, de la mortalidad prematura en Andalucía, tanto en hombre como en mujeres, para el conjunto del cáncer y para sus principales localizaciones, observándose descensos más acusados entre las mujeres, en provincias de Granada y Sevilla, y en los hombres, en la provincia de Cádiz y Sevilla.

En los últimos años, el Gobierno andaluz, fundamentalmente, además, a través de la Consejería de Salud y Medio Ambiente, viene realizando estudios para detectar la existencia de riesgo para la salud y conocer el estado de las poblaciones residentes en las áreas industrializadas de Andalucía. Se han puesto en marcha planes de calidad ambiental para las rías de Huelva y para el Campo de Gibraltar, en donde desde la Consejería de Salud se vienen realizando, desde el año 2003, siete estudios, que están relacionados con estas provincias, en Cádiz y en Huelva, sin que se hayan detectado posibles relaciones causa-efecto con factores medioambientales.

En concreto, señorías, en la provincia de Huelva se han realizado estudios: uno sobre mortalidad y otro sobre exposición a metales pesados de la ría de Huelva. Igualmente, en la provincia de Cádiz se han realizado cinco estudios para obtener información sobre factores que puedan influir en la salud de los

habitantes de la zona, tanto mortalidad, en Campo de Gibraltar, situación de salud actual y determinante, así como alergia en población infantil, exposición a metales pesados e incidencia de patología relacionadas con exposición crónica al benceno.

Les tengo que comentar, señorías, que ninguna de estas investigaciones ha permitido determinar una relación causa-efecto entre las condiciones medioambientales y la mortalidad, aunque la Consejería de Salud va a continuar impulsando estudios, atendiendo a los resultados, a las conclusiones que se vayan obteniendo. Dicho de otra manera, seguiremos formulando hipótesis que nos permitan seguir profundizando sobre todos estos elementos.

Las actuaciones del Gobierno andaluz en este ámbito se han materializado, además, con la puesta en marcha del Plan de Salud y Medio Ambiente, dirigido a prevenir riesgos y a promocionar hábitos de vida saludable. El plan abarca el periodo 2007-2012, y, entre sus medidas, se encuentra la puesta en marcha, recientemente inaugurado, del Observatorio de salud y medio ambiente, que, como recordarán sus señorías, tiene su sede en el Campo de Gibraltar. Este observatorio nos va a permitir hacer un seguimiento continuo de los avances científicos que se produzcan en este ámbito, así como también novedades en información, prácticas de gestión, indicadores de salud, formulando nuevas hipótesis, como decía, que permitan orientar los estudios de investigación.

Las líneas prioritarias de este plan se centran en proteger y en promocionar la salud y en la mejora de los sistemas de información con protocolos de actuación, que permitirán, como les decía, profundizar en aspectos medioambientales en los que se pudiera o se tenga un impacto en la salud de los ciudadanos.

También, señorías, decirles que por parte de la Consejería hemos puesto en marcha el II Plan Integral de Oncología, que permite hacer especial hincapié en la fase preventiva de los tumores. No solamente tendremos que seguir formulando hipótesis de estudios medioambientales, sino que también tendremos que atender, de manera específica, aquellos ámbitos territoriales en donde tenemos constancia de que existe una mayor incidencia de determinados tipos de cáncer, y, por tanto, permitir actuar en esa población con niveles, si me permiten, mucho más específicos de detección precoz e, incluso, de impulsos de hábitos de vida y de estilos de vida que pudieran incidir positivamente en la salud de la comunidad. Entre ellos, los planes de lucha contra el tabaquismo y también la obesidad infantil.

Decirles, por otra parte, señorías, que hemos puesto en marcha registros poblacionales de cáncer en las provincias de Cádiz y de Granada, y que, próximamente —se está tramitando—, se pondrán en marcha los de Sevilla y los de Huelva. El objetivo de este registro es conocer, de manera muy exhaustiva, el comportamiento de esta enfermedad o de este grupo de enfermedades, como son el cáncer de los diferentes ámbitos y localizaciones, así como fomentar la investigación y la información en esta materia.

Por último, señorías, trasladarles también que la Consejería de Salud cuenta con una completa red de vigilancia epidemiológica que funciona 24 horas, 365 días al año, y que ha adaptado el III Plan Andaluz de Salud, en donde se pretendía enmarcar en el contexto local todas estas actuaciones políticas generales que les acabo de comentar y que conocen ustedes en detalle, porque ha sido un trabajo desarrollado durante toda esta legislatura, también, por esta Comisión.

Por lo tanto, señorías, contamos en nuestra comunidad con un amplio conjunto de instrumentos que tratan de mejorar, desde diferentes ángulos o perspectivas, los indicadores de salud de los andaluces y andaluzas que están determinando una mejora sustancial de los parámetros de mortalidad en Andalucía. Y ello lo podemos deducir de la evolución de la mortalidad en nuestra comunidad en los últimos años, porque el mapa de mortalidad general en los municipios andaluces muestra una tendencia convergente con las tasas de mortalidad de España en todos los grupos de edad y también en ambos sexos.

En concreto, las causas de mortalidad en las provincias de Huelva, Cádiz y Sevilla se corresponden con las del resto del Estado y de los países más desarrollados de nuestro entorno, y se centran, además, señorías —un dato muy importante—, en las personas mayores de 65 años. Así mismo, en las provincias de Cádiz, Huelva y Sevilla, el promedio de vida de los últimos veinticinco años ha aumentado también en seis años.

Es cierto, señorías, que en algunos segmentos de edad de algunas zonas de Huelva, Cádiz y Sevilla hay una mortalidad superior, por diversas patologías, a otros segmentos de población en otras zonas de Andalucía. Hay que tener en cuenta que esta mayor incidencia se registra en personas mayores de 65 años, y que todo ello requiere completar estos estudios con factores socioeconómicos y condiciones de vida que se registraban hace cinco o seis décadas.

Decirles que, entre el año 1981 y 2005, la mayor parte de los municipios de Andalucía ha presentado sistemáticamente tasas específicas de mortalidad, masculina y femenina, inferiores o similares a España entre los menores de 45 años. Y decirles, también, que, desde mediados de la década de los años noventa, las tasas específicas de mortalidad en los municipios andaluces en relación con España comenzó a descender, especialmente, entre los municipios que habían presentado un exceso de mortalidad.

Darles solamente algún dato: para el año 2005, en el caso de los varones, el 98% de los municipios de Andalucía presentaron tasas específicas de mortalidad en menores de un año por debajo de España. El 96% de los municipios la presentaron para los varones entre 1 y 14 años. El 75% de los municipios registraron una tasa específica de mortalidad por debajo de España entre varones entre 15 y 44 años.

Decirles, por tanto, señorías, que todos estos datos, relacionados con edades y con sexo, se pue-

den poner de manifiesto, como digo, en los estudios que se han desarrollado por parte de la Consejería de Salud, concretamente por la Escuela Andaluza, y que, como digo, reflejan claramente la tendencia de la sociedad andaluza a una clara convergencia con la tasa de mortalidad de nuestro entorno, fundamentalmente en los patrones que puedan asimilarse con otras sociedades con las mismas características que la andaluza.

Por tanto, señorías, en relación al motivo de esta comparecencia, para que se valorara el estudio del atlas de mortalidad, a modo de conclusión, puedo realizar las siguientes afirmaciones:

Valoramos positivamente, sin duda, el trabajo realizado por el Instituto de Salud Carlos III, ya que supone una importante fuente de conocimientos para el conjunto del sistema sanitario del Estado, porque el nivel de detalle y abundancia de datos constituyen instrumentos útiles para conocer cuál ha sido el patrón de mortalidad en nuestro país en un periodo 1989-1998.

También decir que el uso de la mortalidad como indicador del estado de salud tiene que ser utilizado con prudencia en la medida en que refleja una historia de salud pasada. En el caso de tumores, por ejemplo, como les he dicho, existe un largo periodo entre la exposición a los factores de riesgo y la aparición de la enfermedad o la muerte.

Que mediante los estudios realizados en nuestra Comunidad, no se desprende una relación causa-efecto entre las condiciones medioambientales y la mortalidad, por lo que habrá que seguir investigando. Que esta misma relación causa-efecto tampoco puede extraerse de los estudios publicados por el Instituto de Salud Carlos III. Que dichos estudios asignan las mismas características de un municipio a todos los fallecidos en el mismo, independientemente de las condiciones individuales.

Que los estudios para periodos cortos de año pueden ocultar cambios que se están produciendo en las sociedades, más aún con el gran dinamismo que hemos experimentado en las últimas décadas.

Que los indicadores de mortalidad en nuestra comunidad evolucionan permanentemente hacia rangos similares en nuestro entorno nacional e internacional.

Que el Gobierno andaluz ha puesto en marcha actuaciones e instrumentos que, sin duda, están incidiendo en una mejor calidad de vida de todos los ciudadanos y en la práctica de hábitos de vida más saludables, que favorecerán una evolución de la mortalidad de manera homogénea en el conjunto de Andalucía.

Por todo ello, no hay razones de carácter general que nos lleven a la conclusión de que la mortalidad en el conjunto de Andalucía manifieste cifras muy diferentes a las del resto de España.

Y, por último, señorías, habrá que seguir promoviendo estudios de investigación que nos permitan abundar en todas estas causas.

Muchas gracias.

La señora PRESIDENTA

—Muchas gracias, señora Consejera.

En ausencia del Grupo Andalucista, toma la palabra el Grupo de Izquierda Unida para defender la iniciativa.

Tiene la palabra el señor Ignacio García.

A continuación, tiene usted la palabra.

El señor GARCÍA RODRÍGUEZ

—Sí. Gracias, señora Presidenta.

No voy a defender nada, porque no hay nada que defender, sino simplemente debatir esta cuestión.

Gracias, señora Consejera, por la información aportada —que, sinceramente, sigue sin tranquilizarnos demasiado— sobre lo que es la actuación de esta Consejería, de su Consejería, en una materia que tiene muy preocupada a la sociedad andaluza en general y especialmente preocupada, y se lo garantizo como gaditano, a la provincia de Cádiz, tanto a la comarca de la Bahía de Cádiz, como a la comarca del Campo de Gibraltar.

Bien. Usted, en sus conclusiones finales, ha valorado el estudio Carlos III. Menos mal, porque al principio parece que no lo valoró tanto: habló de hipótesis, no de conclusiones. Bueno, es un estudio serio, es un estudio hecho por un organismo dependiente del Ministerio de Sanidad y es un estudio que, además, viene a coincidir en sus conclusiones generales o hipótesis generales, como usted las quiera llamar, con otros estudios realizados, en este caso, pues, por la Universidad Pompeu Fabra de Barcelona y por otros organismos, incluso el Instituto Nacional de Estadística, etcétera, que inciden siempre en una mayor mortalidad y morbilidad en Andalucía occidental y, más concretamente, en Huelva y en la provincia de Cádiz..., en las dos comarcas que he dicho y, quizás, también, en Sevilla.

Bueno, usted, sistemáticamente —no es la primera vez que tratamos estas cuestiones—, alude a cómo esta mortalidad, especialmente por procesos tumorales, tiene mucho que ver con estilos de vida, tiene mucho que ver con situaciones anteriores; lo cual es cierto, pero yo no acierto a ver ninguna diferencia significativa, al mismo nivel de los resultados, entre los estilos de vida de Andalucía o de la provincia de Cádiz y de la provincia de Córdoba, por ejemplo. Pues no, no, no la acierto a ver. Y no sé si usted tiene estudios que lo demuestren, que es como se deben hacer las cosas, con estudios que lo demuestren —luego le diré por qué le digo estudios que lo demuestren—. Es como se deben hacer las cosas, con estudios científicos que demuestren lo que se dice en el Parlamento de Andalucía, especialmente por parte de una consejera. Yo no lo acierto a ver, no lo acierto a ver.

Como no acierto a ver el por qué, sistemáticamente, se tiende a ocultar o a minimizar la posible relación causa-efecto entre determinadas condiciones medioambientales y estos resultados de mortalidad, donde

yo sí veo con claridad diferencias entre unas provincias y otras, donde sí se pueden ver con claridad.

Evidentemente, las condiciones medioambientales en el Campo de Gibraltar no son las mismas que en la provincia de Jaén o que en la provincia de Córdoba. Que usted no quiera ver ninguna relación entre eso y que la mortalidad para determinados tumores sea mayor en la comarca del Campo de Gibraltar o en la Bahía de Cádiz que en otra provincia, sinceramente, es su problema, señora Consejera, pero no nos va a convencer, mientras no nos presente un estudio serio y documentado, de lo contrario.

Mire usted, ha hablado poco del estudio de la Pompeu Fabra. Yo voy a resumir algunas conclusiones, lo tengo completo, cosa que, por cierto —luego, se lo repetiré—, no tengo de ningún documento de la Consejería, de ninguno. Tengo el estudio de la Pompeu Fabra, tengo el estudio del Instituto Carlos III íntegro, y no tengo ninguno de esta Consejería, a pesar de haberlo pedido reiteradamente. Usted me dirá por qué, porque me lo ha prometido muchas veces y no me lo ha dado.

Mire usted, aparecen una serie de tumores con alta incidencia, en concreto, en municipios de la provincia de Cádiz, dentro de un entorno geográfico más amplio: Andalucía occidental o Andalucía, incluso, y Extremadura. En este bloque, podemos situar tumores relacionados con la cavidad bucal y faringe, esófago, laringe, pulmón, tejido conjuntivo, vejiga, incluso la tuberculosis, que hace un estudio también, aunque no es exactamente un proceso tumoral.

El bloque 2, que yo llamo bloque 2, es decir, otro grupo de tumores, sí aparece con alta incidencia en municipios de la provincia de Cádiz, pero de forma llamativamente aislada en el entorno; es decir, aparece en comarcas muy concretas, no en toda Andalucía occidental, no en toda Andalucía y Extremadura. En este caso, cabe situar tumores colorectales, pleura, útero, mama, ovario, próstata, riñón, tiroides, especialmente en la Bahía de Cádiz, tiroides —y habrá que explicar por qué, sobre todo a las mujeres, porque es un tipo de incidencia especialmente en las mujeres el tema de tiroides—, estómago, etcétera, etcétera.

En fin, le podría leer párrafos concretos. El cáncer de pleura: bueno, se relaciona..., en este caso, hay una relación directa... Sí, hace relaciones directas a temas medioambientales. Por ejemplo, se relaciona con la presencia durante muchos años de astilleros u otro tipo de industrias que empleasen asbestos, y, entonces, lo sitúa en las mayores incidencias en municipios como Ferrol, Cartagena, Cádiz, Avilés y Santander. Hombre, sí hay una relación con cuestiones medioambientales.

Cáncer de tejido conjuntivo y otros tejidos blancos: tres grandes zonas con riesgo elevado en la provincia: Galicia, Asturias y la mayor parte de Andalucía, siendo especialmente llamativo el caso de Huelva y Sevilla —estoy leyendo, ¿eh?, no me estoy inventando nada—.

Cáncer de útero: Islas Canarias, La Palma y Gran Canaria, municipios de Tarragona, costas atlánticas

de Andalucía, principalmente de Cádiz, y algunos municipios asturianos y gallegos.

Cáncer de mama, zonas de alta mortalidad: costa suroccidentales de Cádiz, de Huelva, Sevilla y algunos municipios de su entorno.

Cáncer de vejiga: los municipios que muestran un riesgo superior a 1'30 son 101 en hombres y 36 en mujeres, perteneciendo en su mayor parte a las provincias de Cádiz, Sevilla, Huelva, Barcelona y Almería.

Cáncer de tiroides: ligero exceso de riesgo en ciertos municipios de Lleida y Cádiz, en mujeres —otra vez Cádiz—, y Baleares, en hombres.

Y podríamos seguir. Pero es que ese estudio de la Carlos III, además de estas cosas, sí hace un estudio de la contaminación industrial en España, sí incluye ese estudio de la contaminación industrial en España. Perdón, por lo menos la versión que yo tengo. Yo no sé la versión que tiene usted: yo tengo esta versión, que está publicada en Internet, y le voy a entresacar algunos párrafos.

Y algunos párrafos dicen, por ejemplo: «La mayor parte de los complejos industriales que emiten sustancias contaminantes al aire en España están ubicados en las comunidades autónomas de Aragón, Andalucía y Cataluña».

Otro párrafo: «Los complejos industriales que emiten sustancias contaminantes al agua de manera directa en España registrados se sitúan, principalmente, en Cataluña, País Vasco y Andalucía».

Y podemos seguir: «Los componentes industriales que emiten sustancias contaminantes al agua de manera indirecta: Cataluña, País Vasco y Andalucía».

Y lo mismo podemos decir en datos de contaminación, recogidos en el EPER, grupos de sustancias incluidos en el grupo de temas medioambientales: Andalucía, Aragón, Asturias, Castilla-La Mancha, etcétera, etcétera, etcétera.

La contaminación industrial a las aguas de manera indirecta, a través de depuradoras, es más intensa en temas medioambientales en Andalucía. Para otros compuestos orgánicos, Andalucía, Cataluña y País Vasco. Y para otros compuestos, Andalucía, Cataluña y País Vasco.

Todo eso está ahí también.

Por tanto, sí parece que debería ser considerada, al menos sin despreciar o sin desestimarla en un primer instante, al menos, la relación entre esta más alta mortalidad y morbilidad, que, insisto, con independencia de que efectivamente pueda haber influencias de estilo de vida, es muy difícil encontrar diferentes estilos de vida entre —repito— Cádiz y Córdoba, o Cádiz y Sevilla, o Cádiz y Málaga, o Cádiz y Jaén. Es muy difícil encontrar distintos estilos de vida más allá del ambiente, efectivamente, donde se vive.

Bueno, cuando hemos tratado estas cuestiones, cuando hemos tratado estas cuestiones, ustedes nos han respondido, y nos costó, ¿eh?, que hicimos preguntas por escrito, pregunta oral, no contestaban, y tuvimos que recurrir a uno de los artículos del Reglamento que protegen al diputado, que es obligar a

una consejería a contestar en una comisión cuando transcurre un determinado plazo y no se ha contestado una pregunta por escrito. Y, efectivamente, nos dieron una información sobre los estudios que habían hecho, en concreto en el Campo de Gibraltar, a través de la Escuela de Salud Pública. Un resumen, perdón, perdón, un resumen, en donde habla de mortalidad en los municipios del Campo de Gibraltar, año 2004, Escuela Andaluza de Salud Pública, y en donde dice, pues, que no pasa nada, que no existe ningún patrón de mortalidad relacionado con una posible hipótesis de origen medioambiental. Eso es lo que dice el resumen o conclusión que ustedes nos mandan.

Y luego, un estudio sobre la situación de salud y sus determinantes en 2004, también Escuela Andaluza de Salud Pública, donde dice que hay una incidencia menor en alergias y asma que en Sevilla, Madrid y Asturias —en el Campo de Gibraltar estoy hablando—, aunque mayor que en el resto de Andalucía, y sí hay mayor prevalencia de bronquitis que en Andalucía y en la provincia de Cádiz.

Estos son los dos estudios de los que ustedes han hablado de la Escuela Andaluza de Salud Pública. Tengo la respuesta aquí, si usted la quiere ver.

Y luego, sí dice que hay una serie de estudios en realización, en ese momento, no sé si habrán concluido, que van, bueno, desde prevalencia de alergias, exposición a metales pesados, niveles de exposición a benceno, etcétera, que estaban en marcha en el momento de la respuesta. Es decir, solo hay en este momento dos estudios...

Bueno, pues, señora Consejera, si usted dice que no, explíqueme por qué. Cuando el Grupo Parlamentario de Izquierda Unida, el 18 de mayo de 2005, le pide copia de los estudios epidemiológicos sobre cualquier enfermedad o patología que se hayan realizado en los últimos quince años en el Campo de Gibraltar, no hay respuesta. No hay respuesta, mire usted. No, no, no ponga esa cara. Es que se lo he pedido, y aquí, y aquí, y aquí se lo he pedido varias veces. Está en los *Diarios de Sesiones*. Nada.

Pero es que el 27 de junio de 2005 le pido copia de estudios epidemiológicos totales o parciales ya no que haya hecho la Consejería, sino de los que disponga la Consejería en relación con las comarcas del Campo de Gibraltar y la Bahía de Cádiz. No hay respuesta. ¿Qué es, que no tiene ninguno, o es que a este diputado no le quiere dar información? Hombre, le ruego que me lo aclare, porque me parece que es la tercera vez que le digo lo mismo.

Pero es que, además, cuando recibimos esta respuesta, insisto, acogiéndonos a un artículo del Reglamento, que nos permite una cierta defensa ante los silencios de determinadas consejerías, como nos da un resumen, le pido: Señora consejera, por favor, deme copia de esos estudios, pero íntegra, a lo que creo que tengo derecho como ciudadano, en primer lugar, porque no son documentos secretos, o no deben serlo, pero seguro como diputado. Señora Consejera, se lo pedí el 24 de mayo de 2007, y estamos en noviembre. ¿No ha tenido tiempo de hacer las fotocopias? ¿Por qué

no nos da esta información, que, según usted, debe tranquilizar a todo el mundo? ¿Por qué no nos la da? Yo le ruego que me lo explique. Como yo le pido, y se lo pediré por escrito también, se lo pediré por escrito, pero se lo pido formalmente para que figure en el *Diario de Sesiones*, que nos dé copia, porque me parece un estudio interesante, de esos datos a los que usted ha aludido de tasas de mortalidad en función de sexo y edad. Me parece muy interesante. ¿Nos la va usted a dar? ¿O vamos a tener que esperar dos años, como con esto? Por supuesto, con otra legislatura, y a lo mejor con otro diputado y otra consejera, a lo mejor con otro diputado y otra consejera, pero lo vamos a seguir pidiendo, se lo aseguro.

Yo solo puedo llegar a una conclusión, señora Consejera, lo mismo que usted ha llegado a esas conclusiones.

Segundo, Izquierda Unida —y se lo digo..., me puede usted creer o no, pero se lo digo con total sinceridad, para que evite expresiones que a lo mejor se le escapan alguna vez— ni pretende cargarse el turismo ni la industria. Se lo digo para que lo tenga claro. Ni pretende cargarse el turismo ni pretende cargarse la industria: simplemente queremos disponer de la información y que los ciudadanos dispongan de la información para optar, optar, optar, porque tienen derecho a optar democráticamente, entre un Gobierno que oculta información o que la distorsiona y la decisión de tener determinadas industrias o determinados procesos que afectan a su salud y a la de los suyos. Esa es la cuestión, no otra. No otra, esa es la cuestión.

Yo tiendo, tengo la tendencia, a lo mejor porque soy muy ingenuo, a creer todo lo que usted me dice, fíjese. Pero lo que no entiendo es que todo lo que usted me dice no me lo dé refrendado por papeles, como le he pedido desde el año 2005. Insisto, y desde mayo lo último. ¿Qué ocurre?

Por cierto, señora Consejera, por cierto, no conforme con pedírselo, me he dirigido al Servicio de Documentación de este Parlamento, que funciona muy bien, por cierto, que funciona muy bien y que encuentra en las piedras. Me ha dicho: «No encontramos nada de lo que nos estás pidiendo». Nada. Pues, mire usted, le estoy diciendo que el Servicio de Documentación del Parlamento no encuentra nada, que usted no me da la información que pido, a la que tengo derecho en primer lugar como ciudadano y en segundo lugar como diputado. Conclusión: o no existen esos estudios o no tienen la suficiente seriedad, o usted no quiere que se conozcan y que se sepan, porque a lo mejor las conclusiones no son tan optimistas como usted pretende.

Yo lamento tener que emplear estos términos, pero, señora Consejera, ya está bien, ¿eh?, desde mayo, que usted no me haya facilitado una información, y ya está bien que se siga empeñando el Gobierno —y hablo de todo el Gobierno de la Junta de Andalucía— en no establecer, sea como sea, ninguna relación entre condiciones medioambientales y condiciones de salud.

Muchas gracias.

La señora PRESIDENTA

—Muchas gracias, señor García.

A continuación, toma la palabra para el debate el Grupo Parlamentario Popular, con su portavoz al frente, doña Ana Corredera.

Tiene usted la palabra.

La señora CORREDERA QUINTANA

—Gracias, señora Presidenta.

Bueno, estamos hablando hoy del estudio o del *Atlas municipal de mortalidad por cáncer en España 1989-1998*, que para este Grupo es un estudio serio y preocupante. Serio y preocupante que, además, arroja datos alarmantes para Andalucía, aunque la Consejera no los vea tan alarmantes. Por lo menos a este Grupo le alarmó ver los datos resultantes que ahora vamos a analizar brevemente, porque yo creo que aquí ya se han dicho muchas cosas, tanto por parte de la Consejera como por el portavoz de Izquierda Unida, que algunas compartimos y otras no, pero, bueno, algunas compartimos.

A nosotros nos parecen realmente preocupantes los datos que arroja, porque es grave para cualquiera de nosotros saber que no tiene el mismo riesgo de contraer un cáncer dependiendo del municipio en que viva o en que no viva. Eso, para empezar. Y, aparte de factores genéticos, de factores de estilo de vida, como hacía alusión la señora Consejera, de hábitos saludables o de predisposición familiar, hay otros factores que están incidiendo en que se produzca o no un cáncer o en que aparezca o no un tumor, y parece que la residencia condiciona más de lo que creíamos que condicionaba, o por lo menos eso es lo que parece arrojar este estudio. Y aquí se ve, pues, que ha destapado que grandes aglomeraciones, como los casos —y aquí se ha hablado ya— de Cádiz, de Huelva, de Cataluña, de Asturias o del País Vasco, pero nosotros nos vamos a centrar evidentemente en Cádiz y en Huelva, que es lo que nos afecta como diputados en este Parlamento, que parece que solo se pueden explicar por contaminación industrial. Y a nosotros sí nos ha sorprendido que la Consejera, en su posicionamiento, nos diga que los planes especiales que se han hecho de estudio en Cádiz y en Huelva, en esos siete estudios que ha realizado la Consejería, no han detectado ninguna causa-efecto con factores medioambientales, donde, lógicamente, entrarían los factores industriales o las condiciones industriales, mientras que este estudio sí parece arrojar que esa contaminación industrial puede afectar de alguna manera. Eso es lo que se puede desprender de alguna manera.

Hay tumores, como el de útero, por ejemplo, que aparecen con más frecuencia en zonas costeras del Mediterráneo. Pero yo creo que lo importante es saber que hay cáncer de tejido conjuntivo, cáncer de vejiga o cáncer de pulmón que en Andalucía tienen una gran incidencia, y mayor, que en otras comunidades autónomas.

Decía el responsable del estudio, en unas declaraciones que le leí, que los genes no explicaban estos patrones de distribución y que hay claras desigualdades ambientales. Y eso lo decía el que ha realizado el estudio. Por eso yo decía que sí había factores medioambientales, por lo menos sacábamos esas conclusiones desde el Grupo Popular. En cambio, la Consejera sí ha desestimado esos factores claramente en su intervención. O, por lo menos, en los estudios que ha realizado la Consejería. Vamos a dejarlo ahí.

En el cáncer de tejido conjuntivo, el mayor riesgo se da en Andalucía occidental y en Galicia, y, según estos estudios, lo han relacionado con sustancias químicas usadas como herbicidas o insecticidas, con dioxinas y con los clorofenoles. Digo yo que algo tiene que ver, entonces, el tema industrial.

El cáncer de vejiga, que España es el primer país europeo en casos de cáncer de vejiga, Cádiz, Sevilla, Huelva, Barcelona y Almería son las provincias de mayor riesgo; es decir, de las cinco provincias con mayor riesgo, cuatro son andaluzas.

Del cáncer de pulmón, que se lo decía antes también, tabaco y algo más, las zonas más afectadas: Cádiz, Huelva, Málaga, Sevilla y Extremadura. Volvemos a decir que, de las cinco provincias más afectadas de España, cuatro están en Andalucía. Por lo tanto, son factores a tener en cuenta. Es verdad que en otros tipos de cáncer no, también hay que decirlo. Es verdad que en algún otro tipo de cáncer Andalucía está entre las últimas. También es bueno saberlo.

Pero a nosotros sí nos preocupan los datos que aquí se han dado. Otro de los casos, y lo sabe, lo hemos manifestado, es el cáncer de útero, donde la costa atlántica de Andalucía es principalmente una de las zonas donde se produce, y especialmente en Cádiz. Había un artículo, de esos que todos recopilamos cuando estamos buscando la información para preparar nuestras comparecencias, que a nosotros nos llamó profundamente la atención, porque era una crítica, un poco, a la actuación que está siguiendo la Junta de Andalucía, o a los trabajos que está realizando, o a las acciones que está tomando. De hecho, decía..., se llamaba «El secreto a voces del suroeste», y decía: «Andalucía occidental encabeza casi todas las listas de tumores», y decía: «En la mayoría de los veintidós mapas detallados sobre tipos de cáncer en España, se repite que Huelva y Cádiz salen en rojo, lo que significa que el riesgo de enfermar allí es casi un 50% superior a la media».

Pero a lo que voy, a la parte de crítica, evidentemente. Decía el catedrático de Salud Pública de la Universidad Autónoma de Barcelona, Miquel Porta, así, es claro: «Eso era un secreto a voces que la Junta de Andalucía ha intentado poner sordina». Eso nos preocupa. Nos preocupa que la percepción que hay fuera sea que la Junta de Andalucía esté mirando para otro lado y no enfrentándose a los datos que arrojan este tipo de estudios, ¿no? Y nos preocupa, además, que venga de un catedrático de la Universidad. Por eso se lo he puesto en sus palabras, tal y como él

las decía. Y decía: «Y es que el desarrollo industrial es progreso, empleo y crecimiento económico, pero también genera problemas de salud, que ahora empezamos a conocer y que tenemos que estudiar más, porque es la mejor prevención».

En Huelva hay un gran polo químico, y en Algeciras, Cádiz, otra gran zona industrial. Ecologistas, vecinos y afectados llevan años denunciando los casos y pidiendo estudios epidemiológicos.

Está claro que a nosotros nos preocupa que los resultados que arroja este estudio no coincidan con los resultados de los estudios que realiza la Consejería. No sé si es que los principios de estudio son distintos, no sé en base a qué está estudiando la Consejería, que sí le agradecería que nos lo dijera en su intervención ahora la señora Consejera y que nos lo aclarara, o a qué achaca, entonces, la Consejería los datos de este estudio. Porque, evidentemente, los datos sí están ahí.

Y nos decía la Consejería que las acciones que ha puesto en marcha es el Plan de Salud y Medio Ambiente 2007-2012 —es decir, un plan que empieza a aplicarse este año, con un poquito de retraso, diría yo—; ese Observatorio de salud y medio ambiente, que pretende proteger y promocionar salud, información y protocolos de actuación —a mí me gustaría saber qué ha empezado o en qué ha empezado a trabajar este observatorio de la salud—. Y luego, hablaba de los planes integrales de oncología, del Plan de Lucha Contra el Tabaquismo o del Plan de Prevención de la Obesidad Infantil. Yo creo que son planes importantes, pero también creo que tenemos que hacer una actuación especial en las zonas de Cádiz y Huelva, donde ese farolillo rojo está encendido, porque está claro que con lo que venimos haciendo hasta ahora no hemos logrado parar esos índices de mortalidad tan importantes. Decía antes que se había reducido un 1% en todos los municipios, me ha parecido entender de sus datos, pero me gustaría aclararlo.

Hablaba de que se están creando los registros de poblaciones de cáncer en Cádiz y Granada, y que pronto se van a hacer también en Sevilla y Huelva. Creo que eso es tremendamente importante para conocer de verdad cuál es la situación en Andalucía y qué acciones queremos acometer y dónde queremos centrarnos y en qué tipo de cáncer, a lo mejor, incluso, ¿no? O hablaba de la red de vigilancia epidemiológica, que también es tremendamente importante si queremos detectar cuanto antes los casos que se están produciendo.

Pero no creo, sinceramente, señora Consejera, que contemos con un amplio conjunto de instrumentos en nuestra Comunidad: creo que contamos con unos instrumentos básicos que no nos están permitiendo poner coto a una situación tremendamente importante.

Ha dicho usted que no hay datos que digan que en Andalucía se produce más mortalidad. Me ha parecido escuchar eso en su última intervención, cuando ya estaba haciendo la valoración. No es eso lo que se desprende de este estudio; a lo mejor yo lo he entendido mal cuando lo ha dicho. Lo que sí está claro

es que a nosotros este tipo de estudios nos parecen tremendamente importantes, porque arrojan datos que nos permiten establecer cuáles son las acciones o ir diseñando las acciones que tenemos que realizar y, sobre todo, dónde tenemos centrarnos para evitar esas situaciones de más mortalidad en nuestra propia comunidad autónoma.

Y yo lo que sí diría es que es verdad que estamos al final de esta legislatura, que ya poco podemos decir de lo que se va a hacer hasta que no se comience una nueva legislatura, y el que esté gobernando o el que lleve esa Consejería, sea usted o sea otra persona, tenga en cuenta cuáles van a ser sus prioridades para los próximos cuatro años, pero está claro que hay que actuar, y que hay que hacerlo de forma inmediata, porque no es justo que por vivir en una zona u otra de Andalucía uno tenga más riesgo de contraer un cáncer o tenga más riesgo de morir antes. Eso no creo que sea justo para ninguno, independientemente de que yo viva en Málaga, que no es precisamente la más afectada. Creo que no es justo que en Andalucía se puedan producir diferencias, sencillamente, por el municipio en donde uno vive.

La señora PRESIDENTA

—Muchas gracias, señora Corredera.

A continuación tiene la palabra el Grupo Parlamentario Socialista, cuya portavoz es la señora Calzón.

Tiene usted la palabra.

La señora CALZÓN FERNÁNDEZ

—Muchas gracias, señora Presidenta.

En primer lugar, en nombre del Grupo Parlamentario Socialista, agradecer la comparecencia ante esta Comisión de la señora Consejera de Salud, y agradecerlo especialmente porque su intervención nos tranquiliza.

Decimos esto porque, con frecuencia, de los medios de comunicación se extraen determinadas frases que parecen las grandes conclusiones sobre un tema, y que pueden llevar a la confusión una vez que se sacan de contexto. Son temas complejos que requieren de explicaciones largas, e incluso yo diría que técnicas en algunos de sus aspectos.

Sin ninguna duda, tenemos la obligación hoy de ser especialmente responsables cuando nos encontramos ante un tema tan importante como este y que tanta preocupación causa en la sociedad. No podemos olvidar que, pese a que la supervivencia ante esta enfermedad va aumentando con el transcurso de los años, todavía en el imaginario colectivo la palabra «cáncer» la solemos asociar con la palabra «muerte», se ha convertido en una palabra tabú, evitamos pronunciarla los ciudadanos y ciudadanas.

En nuestros pueblos todavía se dice «no sé que vecino, tal vecino, murió de una cosa mala»; en los

medios de comunicación todavía un periodista da la noticia de que un famoso ha muerto tras una larga enfermedad. Tal es el miedo y el respeto que tenemos ante el cáncer que, incluso, huimos de pronunciar la palabra. Y por eso, precisamente, porque es un tema que preocupa especialmente a los ciudadanos, debemos ser responsables y debemos darle la importancia que tiene, y huir de hacer comentarios fáciles y de caer en errores.

Lo primero que no podemos olvidar es cuál es el objeto del debate, que, en este caso, es un atlas municipal de la mortalidad por cáncer en España, y precisamente analizar qué tipo de estudios estamos viendo, sobre el que estamos discutiendo, qué metodología se ha utilizado, cuál es el objeto, en el fondo, con el que se diseña un tipo de estudio u otro.

Creo que la señora Consejera de Salud en su intervención ha resaltado varios aspectos en este sentido que son fundamentales.

En primer lugar, las fechas. Estamos hablando de un periodo concreto de tiempo, el que va desde 1989 a 1998. Es decir, los datos más recientes que se analizan corresponden a hace casi una década, casi diez años.

El segundo lugar, el tipo de estudio que estamos analizando. Se trata de un estudio epidemiológico descriptivo de tipo ecológico, y hay que tener claro lo que significa esto para poder interpretarlo, ¿no? En este tipo de estudio, la unidad de análisis son los grupos de individuos, no son los individuos, y, precisamente, este tipo de estudios, como todos los estudios descriptivos, que describen la frecuencia de un problema de salud, sirve de base, que es lo realmente importante —es la utilidad—, para posteriores estudios analíticos.

Como todos los estudios, pues tiene sus ventajas y sus limitaciones. Y tiene una gran ventaja, que es que permite describir diferencias en las poblaciones. De hecho, este estudio las pone de manifiesto, y esas diferencias, con posterioridad, podrán ser estudiadas con más detalle, y empezaremos ya a buscar causas para identificar factores de riesgo con otro tipo de estudios. Tiene sus limitaciones también: los datos. Son promedios de poblaciones, y en este caso se usan medidas aproximadas de la enfermedad, que, en este caso concreto, es la mortalidad en lugar de la incidencia.

Estos aspectos los ha resaltado la señora Consejera en su intervención, porque no es lo mismo hablar de prevalencia o de incidencia de casos nuevos que hablar de mortalidad. Por eso tenemos que intentar no caer en errores.

Decía la señora Corredera: «No se tiene el mismo riesgo de contraer un cáncer según donde se viva». En realidad, en puridad no podríamos extraer esa conclusión del estudio, que habla de mortalidad, no de contraer enfermedad, en cuyo caso estaríamos hablando de incidencia.

En este sentido, desde el Grupo Parlamentario Socialista queremos resaltar también el gran trabajo que significa la elaboración de este atlas, porque, más

allá de ser un único atlas, son en realidad 21 mapas distintos, de los distintos tipos de tumores, que, como sus señorías conocen, aunque hablemos en general de cáncer, en función de la localización o del tipo histológico, la enfermedad tiene comportamientos totalmente distintos y se relaciona con factores de riesgo diferentes, ¿no?; esas relaciones de las que siempre se habla del cáncer de mama con los antecedentes familiares, del de cuello de útero con el virus del papiloma humano, etcétera.

Sin ninguna duda, señor García, nosotros no ponemos en duda que se trate de un estudio serio, y valoramos que realmente este atlas es un trabajo estadístico de un enorme valor que se convierte en un instrumento sumamente útil, pero no olvidando a lo que se ciñe, y que no está, precisamente, diseñado por sus características para poder establecer con claridad relaciones de causa-efecto.

Decía el señor García que las cosas se deben hacer con estudios científicos y estudios serios. Eso lo compartimos por completo. Es más: y distintos estudios científicos y distintos estudios epidemiológicos, según qué es lo que queramos demostrar y qué hipótesis queramos rebatir. Y por eso, precisamente, porque aquí no estamos hablando de un artículo de opinión que apareció en cualquier periódico, sino que estamos hablando de un documento científico, de un trabajo científico serio, hay que tratarlo con el rigor necesario, y conviene conocer la metodología y la finalidad con la que se diseña.

Señoría, es más: la asociación estadística no es un sinónimo de causalidad, sino que deben cumplirse los criterios de causalidad, y hay estudios específicos, no los de este tipo que establecen esa relación. Es aventurado que, mediante un estudio de este tipo, se intente hablar de una relación entre un factor de riesgo y una enfermedad, que sí se podía, a lo mejor, plantear en otro tipo de estudios, como los de corte transversal, y, aun así, siempre todas estas hipótesis y todas, digamos, estas líneas que se nos marcan hay que demostrarlas y tienen que ser verificadas por estudios analíticos, a los que hacía referencia la señora Consejera, los estudios de cohorte o los estudios de casos control, por ejemplo. Es decir, concretamente —insisto—, este tipo de estudios no está diseñado para establecer las causas y demostrarlas, sino que, como leí en uno de esos artículos a los que hacía referencia la señora Consejera, nos habla, a lo mejor, de los sospechosos, pero ahora tenemos que identificar claramente quién es el asesino.

Otro de los aspectos sobre los que la señora ha insistido en su intervención, y que es importante para el Grupo Parlamentario Socialista, es el tiempo. Hablaba de una foto fija en un periodo concreto de tiempo, y, efectivamente, nos encontramos ante una sociedad dinámica, no solo desde el punto de vista de los indicadores socioeconómicos, sino también desde el punto de vista de los servicios y de las prestaciones en materia de salud que se ponen en marcha cada vez en mayor medida. No me refiero solo a lo asistencial, a las nuevas tecnologías y a los tratamientos, sino

también a la prevención, tanto primaria, con la prevención de los factores de riesgo, como secundaria, ¿no?, con los diagnósticos precoces.

No podemos conocer, señora Corredera —porque hacía referencia a eso—, cuál ha sido la incidencia de las políticas que se han puesto en marcha en esta materia, a las que hacía referencia la señora Consejera, desde hace casi diez años para acá: no podemos conocerla, porque, además, los datos se refieren, como muy pronto, a hace diez años.

Precisamente quisiera hablar de lo que está haciendo y de lo que queda por hacer, porque yo creo que es la finalidad de la epidemiología, el conocer cómo se comporta nuestra población con los temas de salud y enfermedad, pues la finalidad última, como decía la señora Corredera, es poner en marcha mecanismos para mejorar la situación; la finalidad última, pues, es la medicina preventiva y la salud pública.

En este sentido, se han repasado la gestión y las iniciativas de la Consejería de Salud en los últimos años sobre el cáncer. Si nos fijamos de nuevo en la mortalidad, se hacía referencia a ese estudio de la Escuela Andaluza de Salud Pública, de un estudio que cubre hasta 2005 y que nos habla de una tendencia descendente. Se han realizado estudios de la Consejería de Salud y de Medio Ambiente para detectar la existencia de riesgo en la población de las áreas industrializadas. Nos tranquiliza al Grupo Parlamentario Socialista saber que desde hace cuatro años se han puesto en marcha siete estudios distintos en las provincias de Cádiz y Huelva. No obstante, compartimos con la Consejera la necesidad de que desde la Consejería se sigan impulsando estudios de este tipo.

Pero, como decía, para nosotros es muy importante no solo que se continúe con los estudios, sino que también se sigan poniendo en marcha políticas, desde el Gobierno de Andalucía, para ir cercándole el camino a esta enfermedad. Por eso valoramos de forma positiva iniciativas como el Plan de Salud y Medio Ambiente, el II Plan Integral de Oncología o los planes integrales de tabaquismo y de obesidad infantil.

La preocupación de la Consejería por la salud en nuestros municipios andaluces y el compromiso de vigilar quedan patentes con la puesta en marcha de esos registros poblacionales, así como las redes de vigilancia epidemiológica.

Animarle, por lo tanto, a seguir promoviendo ese tipo de estudios —es algo que nos preocupa—; darle el valor, un valor importante al estudio, pero sin olvidarnos de lo que estamos hablando cuando hablamos de este atlas del cáncer, y, sobre todo, seguir animándola a que ponga en marcha políticas para detectar precozmente la enfermedad, lo que es más importante para que nadie llegue a sufrirla, evitando los factores de riesgo.

Nada más y muchas gracias.

La señora PRESIDENTA

—Muchas gracias, señora Calzón.

Tiene a continuación la palabra, para terminar el debate, la señora Consejera.

La señora CONSEJERA DE SALUD

—Sí. Gracias, Presidenta.

Yo hacer alguna apreciación general y luego algunos elementos en detalle.

Decirles, en primer lugar, a ambos representantes, los portavoces de los grupos políticos que han intervenido, en primer lugar, una cuestión que creo que todos tenemos que tener presente.

A mí algunas veces me sorprende, señorías, escuchar que ustedes asisten con perplejidad a afirmaciones del tipo de que, dependiendo de los municipios donde uno vive, de sus rentas, de sus hábitos de vida, de sus condiciones familiares, uno tiene mayor o menor riesgo de enfermedad o de morir. Pues eso es una obviedad de la salud pública desde hace muchísimos años. O sea, esto no es nuevo. El hecho de que un ciudadano tenga más o menos riesgo de padecer una enfermedad, o de morir, en función de condicionantes socioeconómicos, eso ha sido, digamos, la madre de la salud pública de nuestro país y del conjunto de la literatura internacional. Uno no se muere fundamentalmente porque tenga un mejor o peor sistema sanitario: uno se muere, fundamentalmente, porque tiene unas condiciones socioeconómicas que hacen o favorecen el que uno tenga una mayor esperanza de vida, un mayor riesgo de enfermedad o una mayor mortalidad. Entonces, creo que hago la autocrítica, ¿eh?, incluso a mí misma, y a mi Consejería, de que a veces no somos suficientemente pedagógicos en este Parlamento para intentar expresar que, efectivamente, esos son los elementos, y se estudia, se estudia en las profesiones sanitarias, que inciden de una manera mucho más importante en la salud y en la mortalidad de una población: alimentación, hábitos de vida, renta...

El factor renta es un factor que está —eso sí que está demostrado, en relaciones causa-efecto—, que tiene una mayor o menor incidencia en el riesgo de contraer enfermedades y de mortalidad. Entonces, me sorprende a veces que sus señorías asistan con un cierto asombro a que, efectivamente, dependiendo de dónde uno vive, lo que uno come, el dinero que gana, la vivienda que habita o la familia que tiene, tiene mayor o menor riesgo de tener enfermedades o de tener mortalidad. Eso es el catón de la salud pública, y, por tanto, no solamente no negarlo, sino decirles a ustedes que bienvenidos a ese mundo de la salud pública, porque, efectivamente, es así. Y eso es lo que nosotros queremos poner de manifiesto y hay que poner de manifiesto.

Decirle, señor García, que —no sé si usted al final ha concluido o no— yo valoro en positivo el atlas, por si hay alguna duda: muy en positivo. Me parece que todos los estudios de investigación que vengan a aportar datos que permitan hacer un acercamiento a la realidad de la enfermedad y de la mortalidad en

España, por parte de esta Consejería, todos nuestros parabienes. Evidentemente, si el rigor metodológico y científico es el correcto, todos nuestros parabienes, y este lo tiene. Lo que no tiene rigor, ni metodológico ni científico, son las afirmaciones que usted intenta hacer a raíz de este tipo de estudio. Eso es lo que yo pongo en cuestión, no el estudio, señor García. Además, entre otras razones, porque el Instituto de Salud Carlos III, le recuerdo a su señoría que es un instituto de todas las comunidades autónomas, no es un instituto del Ministerio de Sanidad, pertenece a todas las comunidades autónomas, y estamos presentes todas las comunidades autónomas dentro de ese organismo. Por tanto, señorías..., porque me gusta expresar por mí misma lo que digo, no me gusta que usted luego intente poner en mi boca palabras que yo no he dicho.

Repito: el atlas de mortalidad, bienvenido, excelente instrumento, metodología seria y rigurosa; las conclusiones que usted pretende extraer del atlas de mortalidad son erróneas, señoría. Pero no por una cuestión, sino porque parece que usted no conoce para qué se hace el estudio. El estudio es descriptivo. Significa que no pretende, con ese estudio, establecer las relaciones causa-efecto: apunta a posibles elementos.

No, señor García, no es lo que usted ha dicho. Es que no es lo que usted ha dicho ni lo que viene manteniendo Izquierda Unida desde hace ya mucho tiempo: es que no es eso lo que ustedes mantienen. Ustedes mantienen que esos estudios ponen de manifiesto una relación causa-efecto. No es correcto, señoría. Léaselo usted y estudie usted el método científico, que es lo que le permite afirmar, como a mí, que los estudios descriptivos se tienen que complementar con otro tipo de estudio para permitarnos asegurar que exista una relación causa-efecto.

Se lo digo, señoría, porque, escuchándole a usted, al final de su intervención y la mayor parte de su intervención, parece que su señoría quiere reproducir una teoría de la conspiración, de la confabulación o del ocultismo en relación con el atlas de mortalidad. Bueno, imagino que es lo que toca a Izquierda Unida en este momento, que parece que no toca, como usted decía, el tener... o vivir una amenaza en relación con la industria o el turismo...

Yo ahí no voy a entrar, señor García. Evidentemente, si la renta es un factor muy importante para la salud de los ciudadanos —y lo es—, todo lo que promueva el desarrollo económico de las poblaciones y de los pueblos será bienvenido por esta Consejería, siempre y cuando existan elementos de control que permitan que industrias que puedan tener agentes contaminantes estén perfectamente dentro del marco de la legalidad. Y creo que eso, un grupo como el suyo, lo puede y lo debería compartir, porque, como le digo, dar oportunidades de empleo a los ciudadanos de una zona implica también hacer una apuesta por la salud, porque hay una relación directa entre esos factores y el riesgo de enfermedad.

Pero decirle, señoría, que, cuando usted empieza... y escuchamos su exposición, usted parece

que pretende ignorar que hay un tipo de industria que provoca un tipo de agente contaminante que, a su vez, produce una enfermedad. Esto lo digo con palabras muy sencillas. Una industria tiene que tener unos riesgos descritos que provocan un tipo de sustancia, o que expulsan o generan un tipo de sustancias que provocan determinadas enfermedades, y no otras, señoría, y no otras. Cada cáncer tiene un tipo de factores de riesgo descritos que se asocian a determinados riesgos medioambientales, y no otras. Y no nos las podemos inventar en el Parlamento: son los científicos los que tienen que determinar ese tipo de cuestiones.

¿Por qué le digo esto, señoría? Porque le voy a decir.

Huelva. ¿Qué tiene Huelva? Polo industrial. ¿Qué tipo de industria? Química. ¿Qué agente contaminante tiene esa industria de Huelva? Metales pesados: cadmio, cromo, arsénico y níquel. ¿Qué es lo que tenemos que estudiar? La acumulación de metales pesados, señorías; no podemos estudiar el que haya o no haya una relación que se me ocurra a mí esta mañana. Lo que tenemos que estudiar entre la población es si existe acumulación de metales pesados que nos pueda llevar a afirmar que esa acumulación de metales pesados, procedentes de la industria, está causando estas enfermedades. Y así es como hacemos los estudios científicos la comunidad científica, señorías, no a partir de hipótesis que se nos ocurren todas las mañanas.

En Huelva, ¿qué estudios se han realizado para determinar esto y no otra cuestión? Es: esa industria con esos agentes, y, dos, comparación de la mortalidad por cáncer en la ría de Huelva con respecto al resto de capitales de provincias andaluzas.

El Consejo Superior de Investigaciones Científicas, señorías —que no lo he hecho yo, Consejo Superior de Investigaciones Científicas—, en el año 2002—. Resultado: el patrón de mortalidad en estas zonas es similar al resto de España y de países europeos, predominando enfermedades cardiovasculares. ¿Qué averiguó el Consejo Superior de Investigaciones Científicas? Que la gente en Huelva se muere, señorías, por razones similares al resto de Andalucía y de países desarrollados. No se muere por metales pesados: se mueren por enfermedades cardiovasculares.

Segundo estudio: nivel de exposición de la población de la Ría a metales pesados y a metaloides, a las sustancias que la industria está emitiendo y que pudieran establecer la relación causa-efecto. Consejo Superior de Investigaciones Científicas, 2004. Resultado: no existen diferencias relevantes entre los niveles de metales pesados entre la población de la Ría y el resto de capitales de las provincias de Andalucía, señorías.

Por tanto, por esto, y no por otra cuestión, yo afirmo que no existen en este momento estudios que vengán a demostrar una relación causa-efecto entre ese exceso de mortalidad y la presencia de una industria contaminante en la provincia de Huelva. Por eso, no porque a mí se me ocurra, o porque yo le tenga más

o menos aprecio a la industria, que, precisamente, señorías, no es un campo de mi especial interés.

Campo de Gibraltar. Tipo de industria: petroquímica y de acero. Agentes contaminantes: metales pesados y benceno. Efectos que tienen este tipo de agentes. Pues el estudio de enfermedades que nos permitieron hacer un estudio de mortalidad en los municipios del Campo de Gibraltar vino a decir lo mismo que ocurría en Huelva: no se encuentra un patrón de mortalidad distinto.

La gente, cuando está expuesta a agentes medioambientales del tipo que comentamos, señoría, suele tener —y se lo he dicho muchas veces en esta Comisión— problemas derivados de la inmunodepresión del sistema inmunológico. Nosotros no encontramos en nuestros estudios científicos el que esta población tenga una mayor predisposición a tener leucemia, a tener linfomas..., a las enfermedades que se derivan de ese tipo de contacto o de riesgo.

Hicimos otros estudios más: la percepción de la salud en relación a la población del Campo de Gibraltar y al resto de Andalucía; estudios de contaminación ambiental —el tercer estudio en el Campo de Gibraltar, del Consejo Superior de Investigaciones Científicas—; estudio de exposición a metales pesados, con la Escuela Andaluza de Salud Pública; estudios de patologías relacionadas con el benceno; estudio de prevalencia de alergias de la población infantil en el Campo de Gibraltar, y estudio de población, en benceno, en población infantil en barriadas cercanas a zonas industriales en el Campo de Gibraltar —este último, señorías, que se está realizando en la actualidad—.

Decirles, señorías, que, de todos los estudios que se han promovido para intentar buscar esa relación causa-efecto, el único que ha aportado un dato positivo o, digamos, de resultados positivos —que no es que sea positivo en términos de valoración— para la población, es que hay una percepción de síntomas de alergia por parte de los ciudadanos superior a la que se detecta en otras provincias de Andalucía; situación que estamos confirmando ahora a través de estudios clínicos.

Una cosa es que uno crea y piense que tiene síntomas compatibles con la alergia y otra cosa es que a uno le hagan la prueba, los test cutáneos, que permitan determinar que, efectivamente, ese ciudadano tiene una alergia. Pero incluso me quedo con ese estudio, señorías. Si los ciudadanos tienen una sensación y una percepción de que tienen una enfermedad superior en relación con las alergias, yo no los he descartado: los he dado por válidos y he ido a buscarlos.

¿Qué les quiero decir con todo esto, señorías? Que nosotros tenemos que ser serios. Nosotros, desde la Consejería de Salud, no podemos hacer afirmaciones que nos impidieran o que hicieran establecer unas relaciones de unos agentes en relación con unas enfermedades que la ciencia no lo pueda demostrar. Nosotros sí tenemos que hacer un ejercicio de seriedad que permita decirles a los ciudadanos que todos

los estudios, todos los estudios que hasta la fecha se han realizado, no permiten afirmar que exista una relación entre esa mortalidad en esos municipios... Que, lo vuelvo a decir, es superior.

Ustedes nunca me habrán escuchado a mí decir —hombre, sería una tontería que yo dijera eso—, me han escuchado a mí decir que no reconozco que, en esos municipios, que en los atlas sale una mortalidad superior. Claro que sale. Y que lo que nosotros hemos puesto en marcha son estudios que permiten conocer por qué se producen esas mortalidades. Se producen por un patrón de mortalidad similar al del resto de mundo desarrollado: enfermedades cardiovasculares y enfermedades oncológicas, que es de lo que se muere la gente en el mundo desarrollado. Pero le digo más, señorías, los planes integrales, si cogen ustedes los planes integrales, los mapas que describen la incidencia de diabetes, la incidencia de obesidad, la incidencia de tabaquismo, la incidencia de enfermedades cardíacas en nuestra Comunidad, se superponen a estos atlas; es decir, coinciden todos esos factores de riesgo con los resultados que tiene el atlas de mortalidad. Por tanto, no solamente no es que no lo valoremos en positivo: es que llevamos años trabajando en esta materia.

Por tanto, señoría, portavoz de Izquierda Unida, yo no voy a volver a reiterar estos argumentos que le he dado ahora y que le he dado cada vez que usted me ha preguntado.

Y usted sigue insistiendo en que nosotros le ocultamos los datos. No los ocultamos. Si hay algún... Sí, si yo sé lo que usted me ha dicho, señoría, perfectamente. Sí hay, pero que nada de ocultación de datos ni de teorías de la conspiración, ni de confabulaciones, ni de algo que se le parezca, señoría; o sea, que tenemos suficientes elementos en los que ocuparnos los políticos para andar inventando teorías que nos hagan despistar a los ciudadanos en relación con la tarea para la que nos eligen, que es, justamente, para ser serios y para ser rigurosos.

Yo, a la señora Corredera, del Partido Popular, quería, en primer lugar, agradecerle la seriedad a la hora de la exposición de los datos. Creo que, en contraste, en contraposición con algunas afirmaciones que se plantean en un tono de afirmación sin rigor, creo que usted comparte la preocupación que puede compartir el Gobierno de Andalucía, o el Grupo Socialista a través de su portavoz, en relación con la necesidad de seguir estudiando y de seguir trabajando en todo aquello que nos permita profundizar en las causas de mortalidad o en las causas de enfermedad que en la población andaluza, en su contexto, se puedan trasladar.

Yo sí creo, señora Corredera, que tenemos que ser nosotros, los que tenemos responsabilidad en política sanitaria, y los grupos políticos, que tienen también su responsabilidad en esta materia, tenemos que ser extremadamente prudentes y cautelosos cuando expresamos esas opiniones cara a la opinión pública. Lo digo porque, evidentemente, si uno no —y no tiene oportunidad siempre— tiene oportunidad de poder

detallar, en cada uno de los elementos, cuáles son los riesgos reales, se puede dar una imagen falsa de que los ciudadanos tienen un riesgo inminente de tener una enfermedad que no es ni lo que creo que la señora Corredera ha querido comentar, ni es lo que esta Consejera, por supuesto, a lo largo de esta comparecencia, ha querido determinar, teniendo muy claro, señorías, que todos los estudios intentan aportar hipótesis de investigación y de estudio, como decía la señora portavoz del Grupo Socialista, que permitan seguir investigando. Es que eso es una obligación, también, de los científicos. Por eso, en todos los mapas de atlas de mortalidad existen anexos, anexos, que nos permiten establecer la obligación que tiene el científico a algunas cuestiones.

Pero fíjese, señor García —se me ha olvidado antes decirle—, qué contradicción en las exposiciones que usted hace. ¿Cataluña, en este atlas de mortalidad, es una de las zonas que tiene mayor mortalidad? No. Sin embargo, todos los párrafos que usted ha leído expresan a Cataluña en relación con ese tipo de industria que se pone de manifiesto. No, alguna no, señoría. Complejos industriales que emiten sustancias contaminantes al aire: Cataluña. Complejos industriales que emiten sustancias contaminantes al agua de manera directa: Cataluña, País Vasco, Andalucía... Claro. Usted solamente ha hecho hincapié en la parte de Andalucía. Y Cataluña y País Vasco; zonas en donde esa mortalidad superior no está registrada.

Se lo digo, señoría, por intentar ilustrar su afirmación, ¿eh?, para que usted comprenda que, cuando el investigador o el científico hace esta afirmación, no está estableciendo una relación causa-efecto: está describiendo que existen industrias en estas zonas que tienen esa incidencia o que emiten ese tipo de sustancia, pero hasta el punto de que hay municipios que registran la mortalidad y otros que no. Si fuera una relación tan directa, Cataluña tendría que estar igual que España en relación con la sustancia que se plantean dentro de ese anexo.

Pero le decía a la señora Corredera que, efectivamente, hay un riesgo distinto en Andalucía de contraer un cáncer u otro dependiendo de los municipios donde se vive. Y dirá su señoría: Pero eso ¿cómo puede ocurrir? ¿Cómo un municipio determina el riesgo de contraer una enfermedad? Eso, en la literatura de la salud pública, está perfectamente descrito: tiene que ver con hábitos culturales, dietéticos, preventivos, niveles de renta..., y también tiene que ver con tipos de agentes contaminantes.

A mí no me gustaría trasladarle a esta Comisión una impresión errónea en relación con que los agentes contaminantes no inciden en la salud. Claro que inciden en la salud. Claro que tenemos que luchar contra la contaminación acústica, ambiental, del tráfico y de la industria. Y, de hecho, el Gobierno andaluz viene, desde hace mucho tiempo, emitiendo decretos y leyes que permiten controlar el tipo de sustancias que se emiten en relación con el medio ambiente.

Y decirles, señorías, que, además, hoy mismo se está celebrando en Sevilla —vengo de allí— un

congreso de sanidad ambiental que está poniendo de manifiesto algo que me preocupa aún más, que es el cambio climático.

El cambio climático, en este momento, está produciendo y están empezando a visualizarse síntomas en los que tenemos que estar muy alertas a que no solamente ese tipo de comportamientos de los países y de las personas están devastando el Planeta, sino que está empezando a tener un efecto sobre la salud de los ciudadanos: en el cambio de vectores, en la lengua azul, en un tipo... —se traduce primero en los animales—, en un tipo de vectores, de agentes contaminantes, de mosquitos y de microbios, y que, con motivo del cambio de las temperaturas, se están empezando a producir enfermedades que anteriormente no conocíamos, con lo que le quiero poner de manifiesto que, lejos de tener que bajar la guardia en esta materia, tenemos que seguir haciendo hincapié.

Y decirles también, señorías, que los investigadores pueden decir, evidentemente, en su libertad de expresión, aquello que estimen oportuno. Nuestra obligación, simplemente, es poder intentar y poder trasladar el que se haga de una manera seria y de una manera rigurosa.

Se lo digo porque el señor Miquel Porta, al que usted hacía referencia, sí que a la Directora de Salud Pública le planteó —pero es lo de menos— que no era eso lo que él había querido... Lo que siempre, lo que siempre se dice ¿verdad?, en relación con lo que recogía una publicación que había dicho, de sordina o de que el Gobierno andaluz quiere ocultar algo. Digo que, hombre, tenemos demasiada tarea entre manos para andar aquí especulando a propósito de teorías de ocultamiento o de conspiración. Me parece, señorías, que es un elemento que no...

En lo que sí coincido con todos los grupos políticos y con la portavoz del Grupo Socialista es, en primer lugar, en que tenemos que hacer entre todos un esfuerzo por intentar trasladar a la opinión pública un mensaje claro, serio, riguroso, en relación con todas estas cuestiones.

Decirle también, señoría, que, en ese sentido, me parece muy importante que sigamos estableciendo hipótesis de investigación en relación con agentes contaminantes y con otro tipo de elementos. Puede ser, puede ser que existan sustancias contaminantes, que no tengamos descritas, que puedan estar incidiendo sobre determinadas poblaciones; pero tendremos que aclararlas, tendremos que ponerlas sobre la mesa y tendremos que analizarlas bajo el rigor científico.

Y agradecer también a la portavoz del Grupo Socialista la seriedad en relación con el análisis, sobre todo en la afirmación de que todos estos tipos de instrumentos —bienvenidos sean— nos sirven como hipótesis de partida, y que en el futuro lo tendremos que seguir desarrollando para asegurar que todos los controles que la ciencia determina como correctos en nuestra Comunidad Autónoma están especialmente vigilados, porque a todos nos ocupa y nos preocupa seguir convergiendo en relación con esa mortalidad.

Muchas gracias.

La señora PRESIDENTA

—Muchas gracias, señora Consejera.

Los grupos proponentes, Izquierda Unida y PP, desean un segundo turno. ¿No es así? Pero solo de cinco minutos. Y, por favor, sean escuetos.

El señor GARCÍA RODRÍGUEZ

—Nos ampara el Reglamento, señora Consejera.

La señora CONSEJERA DE SALUD

—Sí, pero se podía haber comentado antes en la Mesa, ¿no?, por cuestión de orden.

El señor GARCÍA RODRÍGUEZ

—Yo creo que ha habido un error por parte de la Mesa, pero...

La señora PRESIDENTA

—Yo he dado un turno generoso pensando en tener un solo turno, hasta que he visto que usted deseaba un segundo turno y, entonces, como sé que le ampara el Reglamento, pues se lo he comunicado tarde a la Consejera.

En fin...

La señora CONSEJERA DE SALUD

—Pero no me hubiera extendido, claro, en los otros...

El señor GARCÍA RODRÍGUEZ

—Lo siento, señora Consejera, pero, muy brevemente, bueno, pues simplemente, decirle que, en el mismo tono que ha empleado usted, no prejuzgue cuáles son las intenciones de Izquierda Unida ni nuestra posición.

Mire usted, nosotros, simplemente, lo que venimos demandando desde hace mucho tiempo, desde antes de que yo fuera diputado, por supuesto, es un estudio epidemiológico en el Campo de Gibraltar y un estudio epidemiológico en la bahía de Cádiz, de manera global; cosa a la que sistemáticamente se ha negado la Consejería, y lo ha sustituido por pequeños estudios que, por cierto, no ha hecho públicos ni ha entregado a este diputado. Se lo voy a decir cuantas veces me parezca oportuno, cuantas veces me parezca oportuno, porque usted tiene la obligación de dármele y yo tengo el derecho de exigirselo. Tiene la obligación de dármele, se lo recuerdo.

No voy a hablar de ciertas alusiones sobre la formación científica. Mire usted, más que usted no, pero menos tampoco, precisamente. Lo digo por alguna insinuación que ha hecho. Hasta clases de método científico he tenido que dar en mi vida; o sea, que... Digo para que no haga determinadas afirmaciones jugando con, bueno, con su posición un poquito más elevada físicamente en este momento.

En este sentido, en este sentido, hombre, hemos de decirle que tenemos muy clara nuestra interpretación de lo que es este atlas. Este atlas es un atlas —por lo tanto, es un mapa—, y describe, y no establece ninguna relación causa-efecto. Es que... No, no, es que yo nunca he dicho eso, nunca he dicho eso. Por eso, porque, si lo hubiera dicho, no le pediría que realice el estudio epidemiológico y que analice las causas de por qué, evidentemente, en Andalucía, por qué, evidentemente, en Andalucía, y en determinados municipios, se da esa mayor mortalidad, porque, si no, no se lo pediría, porque ya lo tendría hecho. Lo que sí dice el estudio, lo que sí dice el estudio —y lo dice con bastante claridad—, es que, hombre, en paralelo, Andalucía aparece en todas las zonas, aparece en casi todos los elementos de contaminación como entre las comunidades autónomas de España donde más se produce esa contaminación.

Y usted dice: «No, no hay ninguna relación». Mire usted, yo traigo aquí la voz del ciudadano, y el ciudadano se lía, se lía. Porque aparece este estudio, que usted reconoce como serio y riguroso, y dice: «La mortalidad en Andalucía, y, en concreto, en la provincia de Cádiz» —también en Huelva— «es superior al resto de municipios de España». Y usted no hace más que... Lo ha repetido, citando al CSIC, citando a no sé cuántos, y dice: «No, pero el patrón de mortalidad no es diferente». Mire usted, eso no le consuela al ciudadano. Al ciudadano lo que le consuela es saber por qué en su comarca —y ya no hablo de municipio— se da una mayor incidencia de determinado tipo de tumores. Y el ciudadano piensa: ¿Qué es diferente en mi comarca del resto? Pues lo fundamental son esos elementos contaminantes.

Y no me sirve, no me sirve dar por asumido que una industria tiene un determinado riesgo: no me sirve —es cierto—. Pero ahí está el papel del sistema público de salud: el combatir, el combatir que esa industria no invierta lo suficiente en la emisión de esos elementos contaminantes. Ese es el tema, y eso es a lo que muchas veces ustedes vuelven la cabeza. Y hablo del Gobierno, no hablo de su Consejería. Ese es el tema.

Usted sabe que, en el Campo de Gibraltar, no solo hay benceno y metales pesados: muy frecuentemente hay vertidos en el mar, muy frecuentemente hay emisiones de sulfhídrico y de sulfuroso que provocan gran alarma social: muy frecuentemente. Yo no sé si eso se ha estudiado o no —parece que no—; pero lo que es cierto es que, en el Campo de Gibraltar en concreto, y en la provincia de Cádiz, en la bahía de Cádiz, donde no hay ese tipo de emisiones, porque ahí no hay industria petroquímica —no hay industria petroquímica—, también se produce, por ejemplo, una

incidencia del cáncer de tiroides superior a la normal, especialmente en mujeres. Y no me diga usted que las mujeres fuman mucho. Posiblemente ahora fuman mucho —algunas—, pero hace 25 años las mujeres no fumaban lo que se fuma ahora: todos conocemos el patrón de conducta que había entonces, y no el que hay ahora.

El problema, señora Consejera, es cuál es el papel de la salud pública, de un sistema público de salud, y en eso deberíamos coincidir.

Evidentemente que existen riesgos, que están descritos en la literatura médica; pero lo que hay que hacer es luchar contra esos factores de riesgo, o, mejor dicho, combatir las causas inherentes a esos factores de riesgo.

Y perdóneme que le diga una cosa: Desde el punto de vista de la izquierda, un objetivo debería ser que la renta, la renta nunca fuera un factor de riesgo. Debería ser un objetivo. ¿Por qué? Porque eso garantizaría un sistema sanitario igual para todos y para todas.

Ya está bien, ya está bien...

La señora PRESIDENTA

—Vaya terminando, señor García, por favor.

El señor GARCÍA RODRÍGUEZ

—Voy terminando.

Ya está bien de asumir que el pobre se tiene que morir antes: ya está bien. Sí, sí, eso es lo que se dice, es lo que se deduce del tema de la renta, del elemento de la renta: ya está bien.

Por tanto, hay que asumir, hay que asumir y hay que luchar por que el sistema sanitario garantice las mismas posibilidades de salud a todos.

Y quiero terminar con una cuestión que no quiero que distorsione el debate.

Termino. Termino, de verdad, señora...

La señora PRESIDENTA

—El tiempo ya ha sido excedido dos veces.

El señor GARCÍA RODRÍGUEZ

—Sí. Termino, señora Presidenta. Es un minuto, un minuto nada más.

Mire usted, hay unos datos. Se refieren al conjunto de...

La señora PRESIDENTA

—Vamos a dejarlo, porque ya se ha terminado, ha tenido tiempo.

El señor GARCÍA RODRÍGUEZ

—Termino, solo un dato.
Mire usted...

La señora PRESIDENTA

—Pero es que se ha terminado el tiempo, el primero que le concedí, generoso, y estos cinco minutos no corresponden...

El señor GARCÍA RODRÍGUEZ

—Sí. Dos segundos, señora Presidenta, dos segundos.

La inversión en investigación en relación con el cáncer en Europa es de 3'42 euros per cápita. España ocupa la posición 19, con 0'92: no sé la que ocupa Andalucía.

El tiempo al acceso a determinados tratamientos relacionados con el cáncer en Francia, por ejemplo, es una media de 1'3 años, en disponer de los nuevos tratamientos; en España es 2'6. Hombre, se lo digo por lo de Cataluña. A lo mejor hay otros factores, a lo mejor hay otros factores de materias...

La señora PRESIDENTA

—A continuación tiene la palabra la señora Corredera.

La señora CORREDERA QUINTANA

—No pretendo reabrir el debate, pero decía la señora Consejera que era una obviedad que el municipio incida en la mortalidad. Es evidente: es una obviedad para todo. Es decir, el estilo de vida, como hemos dicho aquí, la riqueza, las causas medioambientales... Es evidente. Lo que ya no creo que sea tan obvio es que haya dos provincias andaluzas, de las ocho, que estén con el farolillo rojo en toda España: Cádiz y Huelva. Eso ya me parece que no es tan obvio como que algún municipio, puntualmente, pues las causas de ese municipio incidan, evidentemente, en que se produzcan más tipos de cáncer o en que se produzca, haya más mortalidad, ¿no?

De todas formas, simplemente decirles que todos somos conscientes de que este es un estudio descriptivo, y que no busca la causa-efecto; pero también es verdad que apunta algunas conclusiones que son tremendamente interesantes, y que yo creo que tenemos la necesidad y la obligación de seguir estudiando en todo lo que permita seguir profundizando en esas causas y en las soluciones, analizar todos los factores, porque yo creo que, en este caso más concretamente, gaditanos y onubenses nos lo agradecerán.

Pero, independientemente de eso, sí estoy de acuerdo con una cosa que ha dicho la Consejera: no crea que eso es bueno, que nosotros traslademos, quizás, la imagen de que hay un riesgo inminente en esas dos provincias, a lo mejor, de contraer una determinada enfermedad: creo que eso no es serio y riguroso por nuestra parte. Pero sí es verdad que, al final, lo que estamos analizando es que determinados municipios, determinadas zonas, pueden determinar el tipo de riesgo, el tipo de riesgo de contraer esa enfermedad, y que creo, sinceramente, que tenemos que hacer un gran esfuerzo, serio, por trasladar nosotros las opiniones y las preocupaciones, pero también un esfuerzo por seguir investigando, por llegar al final a cuáles son las causas y los efectos, y, sobre todo, a poner las soluciones, que, en definitiva, es lo que creo que queremos todos: solventar esta situación y que, bueno, que seamos más iguales en algunas cosas, como, en este caso un poquito, la salud.

La señora CALZÓN FERNÁNDEZ

—No sé si puedo intervenir también. No, es muy corto. Bueno, pues nada.

El señor GARCÍA RODRÍGUEZ

—Que conste que Izquierda Unida no pone ninguna pega a la intervención de la portavoz socialista.

La señora PRESIDENTA

—Muchas gracias, señor García.
A continuación pasamos al segundo...

La señora CONSEJERA DE SALUD

—Yo tendré que intervenir, ¿no?

La señora PRESIDENTA

—Disculpe, disculpe por segunda vez, señora Consejera.

Tiene usted la palabra para terminar definitivamente esta iniciativa.

La señora CONSEJERA DE SALUD

—Muy bien.

Evidentemente, ¿no?, hay que ordenar un poquito el debate; si no es imposible poder abordar con rigor cada una de estas materias.

Señor García, no se enfade, no se enfade. Yo le he intentado expresar... Y creo que se ha enfadado usted porque, efectivamente, hemos puesto de manifiesto

algo que algunas veces Izquierda Unida se cree que es patrimonio suyo, pero no lo es: la salud pública en relación con los agentes, con los elementos, con las condiciones de vida que pueden condicionar la capacidad de enfermar o la capacidad de morir, y parece que a su señoría le ha dado coraje o no lo ha entendido.

La renta no es porque uno tenga un mejor sistema sanitario, señoría. Que no es eso, que el tema de la renta es porque condiciona un estilo de vida.

Y dice su señoría: «Acabemos con que los pobres se mueran antes». Acabemos con los pobres, señoría. Si queremos, seguimos haciendo alharacas y pronunciamientos de estos grandilocuentes, que creo que a los ciudadanos, en este momento, no le aportan nada. Pero, si usted quiere, yo se lo hago. Voy más allá que usted: no acabemos con las enfermedades de los pobres —digo, acabemos con los pobres, porque ahí está la raíz de una enfermedad. Pero, bueno, podría ser hasta divertido ese tipo de debate, pero creo que no es el objeto de esta comparecencia.

Decirle, señoría, que yo me alegro de que, después de todo este debate, usted haya hecho afirmaciones que nunca le había escuchado antes, señor García, y que yo, francamente, me alegro, porque nos van a permitir coincidir en algunos de los elementos.

Ha dicho el señor García —creo que es la primera vez que se lo escucho a Izquierda Unida, y por eso me alegro, señoría— que, efectivamente, el mapa de mortalidad no establece una relación causa-efecto. Yo, señoría, me alegro, porque yo le había entendido siempre mal: creo que todo el mundo le habíamos entendido mal y creo que su afirmación había sido siempre confusa en ese término. Usted lo ha aclarado y yo lo comparto, señoría; es lo que he intentado decir desde el principio de la comparecencia. Si la comparecencia le ha servido a su señoría para que conozcamos ahora que estamos de acuerdo en que el atlas de mortalidad del Carlos III no permite establecer una relación causa-efecto entre la industria que está ubicada en Huelva y en Cádiz en relación con la mortalidad, yo, señoría, por mi parte, me doy por satisfecha con el motivo de esta comparecencia.

Pero solamente me gustaría aprovechar esta segunda intervención para decir algo más.

Me gustaría decirles a los ciudadanos, señoría, que Andalucía tiene en la actualidad mejores tasas de mortalidad —Andalucía, no España—, mejores tasas de mortalidad que otros países y regiones europeas como Dinamarca, Bélgica, Escocia, Irlanda, Normandía o Alemania. Lo digo por que los ciudadanos sepan que viven en una comunidad autónoma y viven en un país donde se vive más y se contraen menos enfermedades que en el resto del mundo, por muy desarrollado que esté. Y creo que ese elemento también se lo tenemos que decir a los ciudadanos, no vaya a ser que demos la impresión de que se está viviendo en circunstancias o en un momento distinto al que estamos viviendo.

Andalucía se encuentra, según Eurostat —señorías, no lo dice esta Consejera—, entre las zonas del mundo y de la Unión Europea con mejores indicadores de salud. Y eso yo creo, señorías, que, partiendo de donde venimos, pues tenemos que alegrarnos todos, porque se ha hecho gracias al esfuerzo del conjunto de la sociedad andaluza.

Y decirles solo, señorías, apuntarles dos elementos: que en breve vamos a presentar el estudio que se está ultimando de mortalidad de los municipios, el atlas de mortalidad de Andalucía, donde vamos a poder comprobar cómo se ha ido traduciendo y cómo evoluciona en el tiempo, que es como se hacen los estudios de mortalidad, en relación con la dinámica poblacional de Andalucía. Y decirles solamente, señorías, apuntarles una primera conclusión del estudio, como digo, que presentaremos en profundidad: que el estudio dice y plantea, como dato significativo, el hecho de que todos los municipios andaluces, en los datos de mortalidad en menores 35 años, están por debajo de la media nacional. Y ese elemento me parece tremendamente positivo porque plantea un punto de inflexión, señoría, en relación con todos los atlas de mortalidad que se venían poniendo de manifiesto en décadas anteriores. El que hemos analizado en el día de hoy es de hace una década, y el que analiza esta década que le acabo de comentar y que explicaremos con detalle pone de manifiesto por primera vez que, en población menor de 35 años, la mortalidad se encuentra por debajo del resto de comunidades autónomas y de municipios de Andalucía. Y eso es un dato tremendamente positivo.

Por lo tanto, señoría...

Y otro dato, señoría, porque le he creído escuchar que la Consejería no maneja datos en relación con los hábitos de vida. Yo le voy a decir un dato que yo no sé si a usted le parece importante o no: en el año 1987, hace veinte años, el 86% de los varones de Huelva eran fumadores y ex fumadores; el 86%, señoría. Y en Cádiz este porcentaje se situaba en el 83%. Se lo digo porque su señoría me ha afirmado en su intervención anterior que la Consejería no tenía datos en relación con los estilos de vida. Tiene datos, señoría, el que le acabo de expresar, que pone de manifiesto que hace veinte años había un nivel, una tasa de fumadores en nuestra comunidad autónoma altísima: el 83%, señoría. Y le quiero poner en relación a su señoría que el cáncer de pulmón, el cáncer de laringe y el cáncer de vejiga, tres de los cánceres en donde Andalucía se encuentra por encima del resto de comunidades de España, esos tres cánceres están directamente relacionados con el consumo de tabaco. Y me parece tremendamente importante poder explicárselo a su señoría.

En conclusión, señoría y señores diputados, solamente trasladarles que seguiremos trabajando, y que espero y deseo que los grupos políticos tengan seriedad y rigor a la hora de trasladar los datos de los estudios científicos al conjunto de los ciudadanos.

Muchas gracias.

Comparecencia 7-07/APC-000487, de la Excm. Sra. Consejera de Salud, a fin de informar sobre el Plan de Atención de Cuidados Paliativos 2008-2012.

La señora PRESIDENTA

—Muchas gracias, señora Consejera.

Pasamos a la siguiente comparecencia. La comparecencia está propuesta por el Grupo Parlamentario Socialista, y tiene la palabra la señora...

La señora CONSEJERA DE SALUD

—Consejera.

La señora PRESIDENTA

—... Consejera.

La señora CONSEJERA DE SALUD

—Sí. Gracias, Presidenta.

Intentaremos ser breves, para no agotar la paciencia y el tiempo de los señores diputados.

Y trasladarles que el motivo de la comparecencia que plantea el Grupo Socialista, los cuidados paliativos, me parece que es uno de los elementos fundamentales, de mayor trascendencia, en lo que se refiere al desarrollo futuro de los sistemas sanitarios, por la necesidad de aliviar el sufrimiento y, por tanto, tener la capacidad de dar un especial apoyo a las personas que entran en un momento final de la vida o en una situación que les provoca una angustia y un sufrimiento añadido.

Son situaciones, señorías, que, como ustedes bien conocen, no solamente vive el paciente, sino que también las protagoniza el entorno familiar, y, por tanto, la vida cotidiana que estructura a estas personas se vuelve muy vulnerable cuando un enfermo o un familiar querido entra en una situación que requiere permanentemente del acompañamiento de uno de los miembros del grupo familiar, de tal manera que permitan superar, o por lo menos aliviar, en la medida de lo posible, esos momentos difíciles que las personas, en algunas cuestiones o en algunas circunstancias, viven.

Esto ha logrado, señorías, o ha propiciado un debate que considero muy interesante, en relación con la conveniencia o no de que los cuidados paliativos se desarrollen en diferentes ámbitos; me refiero, fundamentalmente, al ámbito hospitalario o al ámbito del domicilio. Y, como saben sus señorías, es un debate que viene a poner de manifiesto que, cuando la familia o la situación del entorno desborda la propia capacidad de apoyo que ese tipo de pacientes requiere, es necesario, aunque sea por periodos cortos,

la hospitalización del enfermo; pero, salvando estas circunstancias, en líneas generales, el debate experto concluye que los pacientes, las personas que están en esta situación, expresan un deseo de poder vivir esos momentos finales de la vida en el entorno más inmediato, habitualmente su domicilio, rodeados por las personas que habitualmente conviven con ella. Por eso, señorías, si todos ponemos el acento en la necesidad de que este, el deseo de la persona enferma, sea el elemento que priorice todas las actuaciones de la Consejería de Salud, creo que de manera sencilla se podrá entender cuáles son los elementos que acompañan este Plan de Cuidados Paliativos.

Decirle, señoría, que en el año 2001 se planteó en nuestro país, en el Sistema Nacional de Salud, un conjunto de elementos básicos que tenían que contemplar los planes de cuidados paliativos. Y, además, en junio de este año, se hizo pública la estrategia nacional en relación con esta materia.

Decirle, además, que en nuestra comunidad autónoma partimos ya de una situación previa en relación con la existencia de unidades de soporte y de cuidados paliativos, que se recogían tanto en el Plan de Oncología, porque sabe su señoría que los pacientes oncológicos son pacientes que a veces requieren de un apoyo en cuidados paliativos de una manera más intensa que otro tipo de enfermedades. Y también, desde el Plan de Calidad de la propia Consejería, se establecía como una prioridad la necesidad de avanzar en todo este tipo de medidas.

Me parece, por tanto, señoría, que tenemos que enmarcar todas estas actuaciones dentro de ese derecho que sustenta a los ciudadanos de tener los mejores medios tecnológicos disponibles para aliviar el dolor y el sufrimiento, un elemento y un derecho que se vieron consagrados en el nuevo Estatuto de Autonomía que consiguió el apoyo mayoritario de todos los grupos políticos presentes en esta Cámara y de todos los diputados que están presentes, justamente, hoy en esta Comisión de Salud. Y que es obligación de los poderes públicos promover todo un tipo de iniciativas que nos permitan hacer efectivo ese derecho estatutario de que todas las personas tengan derecho a una muerte digna o tengan derecho a recibir todo el soporte tecnológico y psicológico que permite vivir las condiciones adecuadas durante los últimos momentos de su enfermedad.

Por dimensionar este tema, señoría, decirle que se estima que en España, por cada millón de habitantes, fallecen anualmente unas 10.000 personas, de las cuales, 2.500 lo hacen por cáncer. De estas aproximaciones, podemos deducir que unas 2.000, a su vez, necesitan cuidados paliativos. Eso, traducido en términos estadísticos, nos permite afirmar que, entre 3.000 y 3.500 personas por cada millón de habitantes, van a requerir un tipo de cuidado paliativo que representa una cifra muy importante en relación con todas las personas que fallecen en nuestra comunidad.

Por tanto, señoría, es por ello que nuestra Consejería apostó por el desarrollo de un Plan de Cuidados Paliativos que conllevara un dispositivo y

una estructura de sistema sanitario con unidades de cuidados y equipos de soporte, en el que, en total, señoría, a la fecha de hoy, le puedo comentar que existen un total de 50 dispositivos sanitarios, entre públicos y privados, que nos permitan —privados concertados, me refiero—..., que permitan que podamos atender a todos estos pacientes, con independencia de si se encuentran en domicilio o si se encuentran dentro del hospital.

Estos recursos, señoría, en el nuevo plan se van a ver incrementados con 11 nuevas unidades, tres unidades hospitalarias y ocho que serán de soporte domiciliario. Las nuevas unidades se van a ubicar en los hospitales de San Cecilio, Macarena y Reina Sofía, y estarán disponibles en el primer cuatrimestre del año 2008. Los equipos de soporte domiciliario se ubicarán en Punta de Europa, La Línea, Infanta Elena, Riotinto, Ronda, Axarquía y Vélez-Málaga, y estarán operativos los de Ronda, Axarquía y Riotinto inmediatamente, y el resto, antes de que acabe el año 2008.

Este incremento de recursos, señoría, nos va a permitir, con los que ya existen, dar una mejor y una mayor cobertura a todos los pacientes que requieran este tipo de asistencia sanitaria, y además va a venir completado, va a venir complementado con la nueva Ley de la Dependencia, que sobre todo para aquellos pacientes de larga enfermedad, aquellos que previamente a entrar en el estadio terminal estuvieran ya catalogados como personas dependientes, les va a proporcionar un soporte adicional en relación con esa continuidad asistencial.

Expresar también, señoría, con motivo de mi comparecencia, la labor que se ha desarrollado por parte de ayuntamientos, ONG y también los servicios sociales, que muchas veces han prestado un apoyo muy importante, tanto en lo que significa proveer servicios directamente como el apoyo psicológico y social que requieren esas familias que, en un momento determinado, se desestructuran con motivo de esa atención tan absorbente que requiere la persona que se encuentra dentro de esta situación.

Y decirle también que, dentro del plan, nos gustaría expresar con mayor cuidado, o con mayor mimo, todo lo que se refiere al niño, por ser el cuidado paliativo en la infancia uno de los elementos prioritarios que tendremos que seguir desarrollando en el futuro, por cuestiones obvias de vulnerabilidad de todos los niños de Andalucía, pero de vulnerabilidad de la enfermedad, del sufrimiento, de la angustia y de la agonía añadida en que se encuentran los niños que tienen este problema, y que tenemos que acompañar, si me permite su señoría, mejor que a ningún otro colectivo, para que transiten ese momento final de la vida en las mejores condiciones, a fin evitarles el sufrimiento.

Por tanto, señoría, con el plan que preguntaba su grupo político, estamos intentando abordar expectativas de profesionales en relación con la formación que tiene que acompañar ese momento de la atención, no solamente en el aspecto del manejo de todas las terapéuticas —manejo del dolor, manejo del sufrimiento—, sino también el apoyo psicológico

que el sistema sanitario le tiene que otorgar a ese tipo de profesionales, porque la implicación que se tiene en la vida cotidiana con el paciente hace que los profesionales de los cuidados paliativos sufran un desgaste profesional superior al que tiene otro tipo de especialistas, y eso también requiere el que tengamos que hacer un abordaje psicológico para evitar esa tensión o para aliviar el sufrimiento que a veces acompaña este tipo de función, imprescindible para el sistema sanitario.

En la misma línea, señoría, lo haremos con las cuidadoras y con los cuidadores, donde creemos conveniente posibilitar no solo todas las estrategias que en esta materia tenemos en relación con que las cuidadoras podamos ocuparnos de su salud y, por tanto, tener un paso privilegiado por el sistema sanitario, sino que también, y, en ese sentido, tener la oportunidad de que todo ese tipo de personas tengan un apoyo psicológico que les permita hacer efectivo todo el apoyo psicológico, el apoyo social, el apoyo necesario que este colectivo tiene que tener en relación con su especial vulnerabilidad.

Muchas gracias.

La señora PRESIDENTA

—Muchas gracias, señora Consejera.

A continuación tiene la palabra la señora Collado.

La señora COLLADO JIMÉNEZ

—Gracias, señora Presidenta.

Señora Consejera, cómo no, en primer lugar agradecerle, en nombre de mi grupo parlamentario, la información que nos ha facilitado; información en relación al Plan de Cuidados Paliativos que su Consejería ha diseñado para los siguientes años, y un plan que supone un avance con respecto al proceso de cuidados paliativos, que, completado con la guía sobre *Sedación paliativa y terminal*, está en vigencia actualmente.

Supone un avance porque amplía la atención a otros pacientes terminales que no tienen como causa el cáncer, y por esa atención especial que va a dedicar a los niños y niñas, y también por el importante incremento de recursos y servicios novedosos que incorpora.

Usted ha realizado una pequeña reseña histórica al principio de su intervención, que me ha hecho recordar cómo vivían y sufrían esas etapas terminales en las décadas anteriores, ochenta, noventa, no mucho más lejos, en el sistema sanitario, que tenía también, como ahora, por supuesto, que dar una adecuada respuesta, la mejor asistencia posible, poniendo a disposición los medios y recursos disponibles en aquel momento, y la ciencia.

Como sus señorías saben, y usted también, señora Consejera, mi vida profesional ha transcurrido en un hospital público andaluz. Tal vez por ello, la percepción

y la posición que tengo respecto a las políticas sanitarias sea más realista y más personal. Obviamente, uno no se puede quitar, pues, la experiencia, y las experiencias profesionales nos marcan, queramos o no. Durante años, en mi desarrollo profesional he cuidado a muchos pacientes en las fases terminales de su enfermedad, en la mayoría de los casos enfermedades oncológicas, pero también por otras causas. He asistido a situaciones muy dolorosas y terribles, donde el dolor y el sufrimiento eran enormes para los pacientes y para sus familiares. Por supuesto que entonces, igual que ahora, el sistema sanitario procuraba abordar estas situaciones con una atención personalizada, cercana y humana, y también, como ahora, se procuraban minimizar el dolor y el sufrimiento, en la medida de lo posible. Pero entonces, en esos años a los que yo me refiero, no teníamos Internet, o por lo menos no en la extensión que lo tenemos ahora. Tampoco podíamos tener telemedicina, ni historia digital, ni Receta 21, ni Salud Responde. No se había creado aún la figura de la enfermera de enlace ni de la enfermera comunitaria; tampoco teníamos planes oncológicos, ni planes de cuidados a las personas cuidadoras, eso no lo teníamos en cuenta porque no podía ser. Y la atención domiciliaria no tenía la dimensión que actualmente tiene; tampoco había unidades específicas de tratamiento del dolor, ni planes específicos de cuidados paliativos, ni mucho menos telefonía móvil para un servicio de 24 horas, como el que contempla el plan que usted nos ha presentado hoy; tampoco había equipos domiciliarios de cuidados paliativos.

En aquellas circunstancias, lógicamente, las familias, abrumadas y desbordadas por la situación, optaban, como la mejor opción, por la hospitalización, porque era la forma que entendían..., sentían la seguridad, la garantía de que el paciente recibiría la atención necesaria en todo momento.

Señorías, señora Consejera, he visto a muchos pacientes pasar días, semanas, incluso meses, postrados en una cama de hospital, lejos de sus amigos, de su entorno habitual..., lejos de todo lo que ha formado y había formado parte de su vida; también he visto a sus mujeres, a las hermanas, a las madres..., a la familia más cercana, vivir día a día en una fría e impersonal habitación de ese hospital, durmiendo en un sillón noche tras noche, acompañando a ese paciente, porque tampoco había habitaciones individuales como ahora, específicamente destinadas a este tipo de pacientes, tenían que compartirlas. A veces nos preguntábamos quién sufría más, si el paciente o esa familia que pasaba tanto tiempo junto a él, al lado de su cama.

Supongo, señora Consejera, que usted comprenderá perfectamente de lo que estoy hablando porque usted también está ligada a la profesión. Por ello no puedo hacer más que una valoración extrema y positiva de este plan que usted nos presenta hoy: los cuidados paliativos que, con el conjunto de todas las medidas y todos los servicios, los nuevos recursos, más avanzados, que el sistema sanitario

pone a disposición de estos pacientes, suponen un cambio profundo en la misma esencia, en la misma concepción de lo que supone la asistencia sanitaria a estos pacientes.

Hago esto porque creo necesario que, a veces, es importante mirar hacia atrás para, con justicia y con realismo, valorar mejor el esfuerzo que el Gobierno, los profesionales y la sociedad en su conjunto, han hecho para que nuestro sistema sanitario haya mejorado y haya llegado a las cotas de calidad que hoy tiene; porque a veces, nos pasamos mucho tiempo mirando la paja, o buscando la paja, la aguja, perdón, en el pajar, y no somos capaces de ver la evidencia de la realidad, con sus defectos y sus virtudes, lógicamente.

Señora Consejera —como decía—, en nuestro Grupo parlamentario, y de forma especial esta diputada, valoramos sobremanera este Plan de Cuidados Paliativos. Lo hacemos, en general, de todas medidas que usted no ha anunciado; todas las que de forma directa, especialmente, van a contribuir a aliviar el sufrimiento y el dolor; las que van a aportar dignidad al paciente, y van a favorecer ese apoyo psicoemocional y social que se necesita en cada una de las fases del proceso terminal.

Sin duda, las ocho medidas que usted nos ha explicado son importantes y necesarias, pero nos quedamos fundamentalmente, con ese incremento sustancial de los recursos que va a suponer este plan, la formación a los profesionales, el fomento de la investigación, etcétera; y de manera especial, consideramos importantes las medidas dirigidas a los cuidadores, a las cuidadoras de estos pacientes, como es el hecho de que van a disponer de ese teléfono las 24 horas del día, para todo aquello que necesiten. Estas medidas son las que van a contribuir de forma importante a dar, a facilitar esa seguridad necesaria a las cuidadoras, para que no se sientan desbordadas y no tengan la necesidad de tener que acudir a la hospitalización, como método habitual, y solo se acuda cuando sea estrictamente necesario para el paciente; en este sentido, y para evitar que las cuidadoras lleguen a desbordarse también, porque tampoco podemos pasarnos al extremo opuesto y cargarlas excesivamente, nos parece muy positivo el hecho de que se haya tenido en cuenta el respiro familiar, es importante también, porque —como digo— no podemos pasarnos al extremo opuesto.

También son importantes los planes individualizados a cada paciente y su familia, a los cuidadores..., y esa especial atención a los niños a los que usted ha hecho mención. Creo que sobran las palabras en este caso; cuando estamos hablando de un niño o una niña en fase terminal, sencillamente sobran las palabras.

En otra comparecencia, también en esta Comisión, hace un par de años —creo—, también hablando de los cuidados paliativos, coincidíamos usted y yo, también, en la importante labor y en la importante profesionalidad de todos los que, de alguna forma, están implicados en el cuidado de estos pacientes y de

sus familias. Por eso también quiero valorar —seguir valorando— a esos profesionales, y también el hecho de que se contemplen en este plan, precisamente, estos profesionales, se les de ese apoyo a través de la formación, y se les ayude, con medidas como la rotación y la formación, a evitar ese estrés que provoca esa implicación tan grande, que es inevitable que se tenga cuando se trata de estos pacientes.

Bueno, creo que —como usted ha dicho— es un plan que va a atender a un número importante de población. O sea, que estamos hablando no solo de a qué tipo de pacientes va dirigido..., la importancia en sí misma de a qué pacientes va dirigido, sino también al número tan importante —usted ha hablado de 30.000 a 60.000 andaluces—; sin duda es un plan que va a dar una asistencia a un gran número de ciudadanos.

Y para finalizar, me gustaría —si me lo permite, señora consejera— hacer otro tipo de valoraciones, porque estamos al final de esta legislatura. Y me gustaría decirle que hemos asistido, hemos visto cómo usted ha intentado dirigir —lo ha hecho su Consejería— con rigor, firmeza y seriedad. Sus decisiones..., en algunas ocasiones hemos visto que no han sido compartidas por algunos grupos de este Parlamento, se han cuestionado en muchas ocasiones, eso es algo habitual y que comprendemos. Pero desde nuestro Grupo parlamentario, tenemos que decirle que comprendemos que, cuando se está en la responsabilidad de gobernar, se tienen que tener en cuenta todos los factores, máxime si estamos hablando de la salud de los ciudadanos; y estamos hablando de que, además de ofrecer unos servicios de la mayor calidad posible, tenemos que pensar que tenemos un sistema sanitario público, gratuito, universal, que pretende..., y que es solidario y equitativo, y que los que gobiernan tienen la responsabilidad de mantener y seguir..., que eso siga así en el futuro, es decir, tienen que velar por la sostenibilidad del sistema. Y en eso, le digo también, que desde nuestro Grupo parlamentario, nos sentimos partícipes y compartimos esa responsabilidad en todo momento.

Decía que ha dirigido usted su Consejería con firmeza, seriedad y rigor, pero yo también le digo —porque así lo he visto y lo he podido apreciar— que bajo esa firmeza también hay una gran sensibilidad, un gran compromiso con los sectores más desfavorecidos de nuestra sociedad, y una prueba evidente de ello es este plan. Este plan no se puede diseñar si no hay una gran sensibilidad y un gran compromiso con las personas más vulnerables y con las personas que más sufren de nuestra sociedad. Por eso, señora Consejera, doblemente la tengo que felicitar a usted de nuevo, a toda su Consejería, y a todas las personas —ONG, ayuntamientos y demás— que han participado en la elaboración de este plan y, por supuesto, a todos los que, de alguna forma, van a ponerlo en marcha y van a seguir trabajando para que las personas en fase terminal tengan un final lo más digno posible, en el entorno que ellos elijan, porque ya es duro... Es cierto que hay que morir pero se puede morir de muchas formas.

Muchas gracias.

La señora PRESIDENTA

—Muchas gracias, señora Collado.

A continuación, tiene la palabra, la señora Consejera.

La señora CONSEJERA DE SALUD

—Sí. Presidenta.

Un minuto solamente para expresar que comparto íntegramente la reflexión que hacía la señora Collado. Y también, ¿no?, agradecer su testimonio directo, porque siempre son humanos, ¿verdad?, los trabajos de esta Comisión; el hecho de que podamos traer aquellos elementos del día a día que cada uno, particularmente, ha vivido en su historia vital. Y, por supuesto, cómo no, agradecer las alusiones personales en relación con el periodo de esta legislatura.

Gracias.

Pregunta con ruego de respuesta oral en Comisión 7-07/POC-000454, relativa a derrumbe parcial del techo en el hospital Infanta Margarita de Cabra (Córdoba)

La señora PRESIDENTA

—Muchas gracias.

Pasamos al siguiente punto del orden del día, que son preguntas con ruego de respuesta oral. Y antes de comenzar, dejar claro que ha sido retirada la pregunta relativa a desmantelamiento imprevisto del servicio 061 de Puente Genil, de Córdoba, formulada por el Grupo Parlamentario Popular. Y la pregunta que era referente al municipio granadino de Churriana de la Vega, al servicio de urgencias, ha sido modificada por urgencia y va a ser la pregunta que a continuación describo, relativa al derrumbe parcial del techo del hospital Infanta Margarita de Cabra, en Córdoba.

Tiene la palabra la señora María Luisa Ceballos.

La señora CEBALLOS CASAS

—Muchas gracias, señora Presidenta.

Señora Consejera, puede que sea la última vez que se hable del tema del hospital Infanta Margarita de Cabra en esta legislatura, en la cual sabe usted que hemos hablado en muchísimas ocasiones del mismo, sobre todo por el tema del Plan de Modernización.

Y yo —se lo digo, sinceramente—, lamento que mi última intervención no sea para felicitarla por la casi terminación de las obras —que tenían que terminar en el año 2008—, sino que lo sea para tratar del tema del derrumbe parcial de una zona, de una estancia de acceso a la zona de quirófanos.

Y sinceramente, señora Consejera, le rogaría que, en este tema, se utilizase la demagogia lo menos posible. Usted sabe bien que yo he realizado una visita al hospital, al que no pude entrar, como en tantas ocasiones nos ocurre a los diputados, dentro del hospital, pero bien, lo conozco porque soy usuaria del mismo. Y en ningún caso utilicé la demagogia cuando realicé las intervenciones en prensa, sino que, únicamente, hice referencia a lo ocurrido, y a cuál iba a ser una nuestra actuación, que no era otra cosa sino traer esta pregunta a esta Comisión. Y sobre todo, porque nos preocupa por dos puntos de vista diferentes.

Por un lado, el tema del derrumbe, que puede ser un tema menor —estamos hablando de un falso techo—. En un caso de inundaciones como las que hubo en aquellos días, puede ocurrir en cualquier obra; pero lo cierto es que..., esto, nos da la impresión de que con estas lluvias, únicamente lo que ha ocurrido es que se ha intensificado una situación que lleva arrastrando muchos años.

Recuerdo que en esta misma fecha, hace un año, hablé con algunos profesionales que estaban realizando intervenciones quirúrgicas en estas mismas fechas, y me comentaban que caían gotas por lo que era la zona de iluminación de los quirófanos, lo cual era bastante preocupante. Estamos hablando de hace un año, y usted debería tener conocimiento porque se trasladó. Pero es que hace unos días, antes de comenzar..., por lo menos, antes de intensificarse las lluvias, ya llovía o caiga agua por la zona de las paredes del quirófano; incluso, en ese mismo momento, no estaba el gerente y se le trasladó al jefe de guardia —que creo que es la persona que, en este caso, hace las funciones— para que viese lo que estaba ocurriendo. Lo cierto es que no es un suceso aislado, sino que ha ocurrido muchas veces en los últimos años.

Y por otro lado, está lo del tema del Plan de Modernización, que —como usted sabe— recuerdo que, en el año 2004, en una intervención —incluso creo que fue de su grupo parlamentario—, se hacía referencia a que en el tema del Plan de Modernización se iban a comenzar las obras por la zona de UCI, quirófanos y toda esta parte, que era la más necesaria de estas reformas. Lo cierto es que usted planteó, bueno, que las obras iban a ser inmediatas y que comenzarían por esta zona de UCI y quirófanos.

Yo la verdad es que me alegré de aquella iniciativa. Lo cierto es que, dos años después del año 2006, que yo interviene en una comparecencia suya, en el mes de junio, se nos dijo en ese mismo momento que, bueno, que la idea de empezar la obra, por otro lado, según su punto de vista, era un criterio técnico, no político, y que, bueno, que ya les preguntaría usted a los técnicos por qué se empezaban esas obras.

Yo se lo decía y se lo digo con sinceridad absoluta, señora Consejera, porque yo conocía en el estado en el que estaba aquella zona y porque yo he visto cómo caía agua durante muchos años porque arriba había una terraza, como usted sabe bien, y llevaban este tema aguantándolo mucho tiempo. El tema está en

que, después de aquello de que se iban a comenzar las obras en el mes de octubre del año 2006, comenzaron en el mes de junio del año 2007. Lo cierto es que en el mes de septiembre yo estuve allí, no se habían cubierto aguas, y estamos en la situación que estamos en este mismo momento.

Es muy preocupante, y nosotros solamente hemos solicitado un informe técnico por parte de la empresa. Esto, unido a todo lo anterior, es por lo que le pedimos, en este mismo momento, que se pronuncie sobre las medidas urgentes que se van a llevar a cabo con esta estación de derribo parcial del acceso a zona de quirófanos.

Muchas gracias.

La señora PRESIDENTA

—Muchas gracias, señora Ceballos.

A continuación, tiene la palabra la señora Consejera.

La señora CONSEJERA DE SALUD

—Sí. Muchas gracias, Presidenta.

Señoría, en primer lugar, y como creo que es lo procedente, quiero lamentar la ocurrencia de este hecho, que, afortunadamente, no ha tenido consecuencias sobre las personas que se encontraban en ese momento en el hospital.

Efectivamente, el pasado jueves 22 noviembre, como su señoría ha relatado, se produjo el desplome de una placa de pladur de un falso techo de la zona intermedia del quirófano 5 y del 6 del hospital Infanta Margarita, de Cabra.

Como sabe señoría, porque lo ha comentado, en la actualidad estamos en una fase importante de la obra, que va a suponer una mejora importante en términos de calidad de la asistencia y también en la dotación de infraestructuras. Yo, señorías, no me voy a detener en esta pregunta, por la brevedad del tiempo, volviendo a recalcar el porqué de los retrasos de la obra, pues creo que hemos tenido ocasión su señoría y yo misma de discutir a propósito de este tema en diferentes ocasiones. Por tanto, pues, los mismos argumentos que en su día expresé siguen sido válidos.

Pero sí decirle, señoría, que, a tenor del análisis de lo sucedido, la hipótesis que tiene más relación con lo ocurrido ha sido la acumulación de agua procedente de las intensas lluvias que se produjeron durante esos días y que, por alguna causa, motivaron una filtración, que es la que ha causado el consiguiente desplome.

Ante tal hecho, como su señoría ha comentado, se solicitó a la empresa la revisión de todos los falsos techos de la zona, para comprobar y, sobre todo, para garantizar que no había más puntos que pudieran verse afectados por la acumulación de aguas procedentes de la lluvia. En este sentido, señorías, la empresa garantizó que el estado del techo, el estado

del techo no presentaba riesgo alguno de que pudiera producirse algún tipo de desprendimiento.

También, señoría, decirle que no ha habido consecuencias en relación con las instalaciones de los quirófanos, y eso ha hecho que no haya sido necesario interrumpir la actividad asistencial que tenía prevista el hospital.

Por otra parte, el mismo día 22, se realizó una inspección de seguridad por los miembros de la Unidad de Prevención de Riesgos Laborales, con objeto de realizar una relación y una revisión visual exhaustiva de la zona afectada.

Y también, señoría, decirle que el análisis de las causas posibles que se ha realizado indica, como causa más probable, la entrada de agua a través de la junta existente entre distintos conductos que atraviesan un forjado, justo encima de la sala que se vio afectada.

Decirle, por otra parte, que las medidas que se adoptaron en relación a la revisión del resto del techo y también el análisis de la Unidad de Prevención de Riesgos Laborales garantizan la estabilidad de la zona afectada y colindante, para impedir que vuelvan a ocurrir este tipo de hechos.

Solamente comentarle, señoría, en relación con alguna afirmación que usted me ha dicho o que usted ha comentado, dos cuestiones que me parece que son absolutamente obvias: En primer lugar, evidentemente, señorías, las obras no se empiezan por un sitio o por otro dependiendo de un criterio político, yo creo que eso cualquier grupo parlamentario lo puede entender: se empiezan siempre por criterios exclusivamente técnicos. Y, por otra parte, decirle, señoría, que tengo una absoluta certeza de que los profesionales de un quirófano no continúan una actividad asistencial si existe agua que se esté filtrando por la lámpara o si existe agua que se esté filtrando por las paredes. Ni siquiera voy a poner aquí en valor mi propia credibilidad; voy a poner la de los profesionales: es imposible, porque eso afecta a la seguridad del paciente y pondría la mano en el fuego de que ningún profesional de quirófano va a continuar una actividad asistencial si hay en ese momento filtraciones de agua, cuando se está desarrollando una actividad. Creo que usted se refería a la zona intermedia entre ambos quirófanos, lo quiero dejar claro, para salvaguardar también la seguridad jurídica de los profesionales que trabajan en el ámbito del hospital de Cabra.

Muchas gracias.

La señora PRESIDENTA

—Muchas gracias, señora Consejera.

Doña María Luisa Ceballos, para ir terminando la pregunta.

La señora CEBALLOS CASAS

—Sí. Muy brevemente, señora Presidenta.

Señora Consejera, yo, sinceramente, le agradecería que, cuando visite la comarca de Cabra, como estuvo usted, dos o tres días antes, donde tuvo una reunión, creo que en la sede del Partido Socialista, con algunos colectivos y usuarios, también tuviese esa visita o esa intervención con los profesionales del hospital. Y, cuando le hablo de los profesionales del hospital, no le hablo del gerente ni de cargos directivos: le hablo de los médicos, de los enfermeros y de los auxiliares de esta zona, porque le dirán, y se lo dirán claramente, igual que me lo dicen a mí... Y además ellos, incluso, incluso, en muchas ocasiones, dicen: «¿Esto lo conoce la señora Consejera?» Pues claro, imagino que sí lo conoce la señora Consejera.

Señora Consejera, el agua cae dentro, pero no solamente cae dentro, sino que el otro día se descolgó otra de las lámparas de allí. Si usted va allí en pleno verano verá las manchas de humedad de la zona de quirófanos y paritorios, y no me lo estoy inventando, vaya usted y lo ve. Si está ahí, si por desgracia no se ha hecho nada en esa zona durante los últimos diez años, si es que las manchas son históricas.

Lo que quiero decir es que esto, actualmente, solamente, solamente es una estructura que se está realizando en la zona de encima. Usted ha visto en las fotografías la acumulación de aguas. Es una auténtica piscina lo que hay en la zona superior. Es normal que esté ocurriendo esto.

Yo lo que le decía desde un primer momento, desde un principio, es que se actuase en esa zona. Y si se iban a intervenir, además, las obras desde el punto de vista técnico en aquel lugar, que se trasladase lo que se estaba en aquel momento utilizando, que, en este caso, serían los quirófanos, por el bien de los usuarios, pero también por el bien de los profesionales.

¿Usted sabe perfectamente que se han tenido que suspender intervenciones porque tienen las maquinarias justamente encima? Y usted, que es profesional —yo no—, sabe perfectamente, imagino, las condiciones en las que se tiene que estar trabajando en el hospital. La verdad es que es muy cuestionable y, sobre todo, muy preocupante lo que está ocurriendo actualmente. Pero lo más lamentable, de verdad, y se lo digo con sinceridad, lo digo con la sinceridad de que no sé si voy a volver a intervenir en esta comisión, ni en este Parlamento ni en esta Cámara, en el momento en que estamos políticamente. Le digo, de verdad, yo no sé si su grupo o el Partido Socialista van a estar gobernando durante los próximos cuatro años, lo cual yo espero que no sea así, pero le voy a asegurar una cosa: los retrasos en el hospital Infanta Margarita, de Cabra, pasaron por el señor Arboleya, por el señor Vallejo y, en este caso, usted ha intentando, quizá, hacer un plan de modernización que también lleva su retraso. Pero el hospital no puede aguantar más la situación que tiene, ni la saturación, ni las condiciones de las obras, ni mucho menos la situación en la que viven diariamente los sanitarios. Y solamente se lo digo para que ustedes se lo planteen de forma seria, hablen con los profesionales, no hablen con los cargos directivos, sino con el que día a día tiene

que estar trabajando en las condiciones en las que se vive en el hospital Infanta Margarita de Cabra. Y no me lo invento, señora Consejera: pase usted, siéntese y hable con ellos.

Muchas gracias.

La señora PRESIDENTA

—Muchas gracias, señora Ceballos.

A continuación tiene la palabra, para terminar la pregunta, la señora Consejera.

La señora CONSEJERA DE SALUD

—Sí. Gracias, Presidenta.

Yo también creo que la señora diputada y algunos diputados puede ser que sea la última comisión en la podamos intervenir. Creo que hay alguna otra, pero, claro, una última intervención no puede ser un desahogo, señoría, se lo digo con todo mi respeto. Se lo digo porque, evidentemente, hemos empezado la obra; o sea, me parece que ese discurso o lo que usted acaba de comentar, pues, se le puede aplicar a los años precedentes, pero no ahora, es extemporáneo, pues hemos empezado la obra en el verano y se acabará en el verano del 2009. Y le he dicho que no iba a seguir ahondando en los motivos del retraso, que lo podemos hacer, señoría. Pero es que, como otras veces lo hemos compartido, no que usted coincida conmigo, sino que hemos compartido esa información, pues tampoco creía que el motivo de esta pregunta iba en ese sentido.

Yo creo, señorías, que, efectivamente, ha habido un desgraciado incidente que, afortunadamente, no ha tenido consecuencias personales, pero que ha logrado y ha puesto de manifiesto que el plan de modernización es un elemento prioritario para la Consejería de Salud. Es una obra de importante envergadura, ocho millones de euros, se venía trabajando ya en una importante reforma del hospital de Cabra. No es verdad que hasta este verano no hayamos empezado a hacer ninguna actuación, sino que se habían hecho actuaciones anteriormente por un importe de una cantidad similar, de ocho millones de euros, pero es verdad que el plan lleva retraso. Eso siempre se lo he reconocido, no es un elemento que sea novedoso, pero es que las obras ya han comenzando.

A mí lo que sí me gustaría, señoría, es que hemos tenido en los últimos días, hemos asistido a desgracias personales y también materiales de muchos ciudadanos de Andalucía, con motivo de las fuertes lluvias que se han venido sufriendo, que han afectado desde instalaciones industriales, hasta agrícolas, hasta los propios domicilios de las personas; desgraciadamente, al hospital de Cabra también, pues ha tenido, en relación con esa materia, un incidente que no causó ningún problema personal, pero que ha posibilitado que también se hayan revisado todos esos falsos techos.

Decirle, señoría, que el informe que ha emitido la empresa responsable de toda esta obra está a su disposición, cuando esté lo necesite, y también el informe relativo a la Unidad de Prevención de Riesgos Laborales. Yo creo que lo importante que queremos resaltar es que las obras se están realizando, pero que en este momento tanto la empresa adjudicataria como la unidad de prevención garantizan la seguridad del conjunto del hospital Infanta Margarita, de Cabra, que creo que es, en definitiva, lo que les interesa a los ciudadanos.

Muchas gracias.

Pregunta Oral 7-07/POC-000290, relativa a los nuevos resultados del diagnóstico genético preimplantatorio.

La señora PRESIDENTA

—Muchas gracias, señora Consejera.

A continuación, la siguiente y última pregunta, relativa a los nuevos resultados del diagnóstico genético preimplantatorio, propuesta por el Grupo Parlamentario Socialista.

Su portavoz, Rosa Ríos, tiene la palabra.

Adelante, señoría.

La señora RÍOS MARTÍNEZ

—Muchas gracias, señora Presidenta.

Sí, señora Consejera, esta pregunta la planteábamos en julio, porque fue, precisamente, el 9 de julio cuando nacieron en el hospital Virgen del Rocío, de Sevilla, dos bebés sin una enfermedad genética hereditaria, concretamente, la fibrosis quística, como resultado del diagnóstico genético preimplantatorio.

No eran los primeros bebés que nacían, en la sanidad pública, sanos y libres de la enfermedad genética de la que eran portadores sus padres. Y, en ese sentido, queríamos decir que la Comunidad Autónoma de Andalucía es la única del país que tiene regulada esta técnica como un derecho de los ciudadanos y que la oferta en su cartera de servicios, a través de la sanidad pública; un derecho que a nosotros nos parece importantísimo porque permite que las parejas andaluzas con enfermedades genéticas graves puedan tener hijos sanos, si existen procedimientos técnicos que lo permitan.

Por lo tanto, no solo le queríamos hacer esa pregunta, concretamente, la valoración que hace la Consejería de Salud de este hecho concreto y de los demás, sino lo que es más importante: el balance que realiza usted, como titular de la Consejería, de esta técnica desde su aplicación.

Muchas gracias.

La señora PRESIDENTA

—Muchas gracias, señora Ríos.

A continuación tiene la palabra la señora Consejera, para contestar.

La señora CONSEJERA DE SALUD

—Gracias, Presidenta.

Sí, señoría, como la señora Ríos ha expresado brevemente, efectivamente, el diagnóstico genético preimplantatorio consiste en la realización de un análisis genético a preembriones, que se obtienen por fecundación in vitro antes de transferirse al útero materno, para poder seleccionar aquellos que están libres de cargas genéticas asociadas a determinadas enfermedades.

Decirle, señoría, efectivamente, que la sanidad pública introdujo este procedimiento como una prestación propia del sistema sanitario público de Andalucía en el año 2005 y que, además, se creó la Comisión Andaluza de Genética y de Reproducción. Lo que se pretendía era, señoría, que cualquier pareja que tuviera una enfermedad que previamente hubiéramos determinado cuál es la genética que está posibilitando esa aparición se pudiera beneficiar sin tener que acudir al ámbito privado, como venía ocurriendo hasta este momento.

Decirle, además, señoría, que como la información siempre nos supera, y por hacer honor, si me permite la broma, al Partido Popular, creo que Valencia ha incorporado la técnica. Lo digo porque creo que ha dicho usted... Creo que es Valencia, no recuerdo, pero hay una Comunidad Autónoma que la ha incorporado y que, es verdad, también siguiendo la broma, ha seguido la estela de Andalucía en relación con esta materia.

Pero yo creo que es verdad que los distintos territorios del Estado español van a ir incorporando una prestación que requiere de un alto grado de especialización por parte de los profesionales, de unos recursos adicionales, pero, sobre todo, requiere el que se pueda desarrollar una técnica dirigida a unas parejas que, como digo, tienen un grave riesgo de que la descendencia pueda tener la enfermedad que tiene un hermano o la enfermedad que tiene cualquiera de los progenitores que, en ese momento, se están atendiendo.

Decirle también que hemos actualizado el listado de las patologías que componían toda la cartera de servicios del diagnóstico genético, por eso la Comisión tenía como misión evaluar permanentemente todas aquellas enfermedades sobre las que la ciencia pudiera ir dando pistas de que, efectivamente, hay ya localizado el gen que las provoca, y que permitan la selección del preembrión. Y concretamente, hemos ampliado ese tipo de derechos a cinco nuevas patologías, que son la distrofia miotónica de Steiner, el síndrome X frágil, que tuvimos oportunidad de hablar con la asociación de representantes de esta patología,

el síndrome de Marfan, la poliposis adenomatosa y la ataxia espinocerebelosa. Hay otras patologías que requieren de la autorización de la Comisión Nacional pero que espero, señorías, que en los próximos meses podamos obtener la debida autorización para seguir aplicándola.

Y solamente, felicitarnos por tener en el hospital Virgen del Rocío de Sevilla, en nuestra Comunidad Autónoma, una unidad que tiene tanta excelencia profesional, como la que dirige el profesor y el doctor Guillermo Antiñolo, que ha hecho posible el nacimiento —como usted bien comentaba— de..., hasta la fecha, cinco personas libres de este tipo de enfermedades, algunas de ellas enfermedades muy importantes y que tienen una prevalencia..., yo diría mayor que otras enfermedades de este grupo de patologías, como las personas que puedan tener hemofilia o la fibrosis quística, y que, por tanto, señorías, yo creo que tener la capacidad, en Andalucía, de beneficiarnos de este tipo de excelencia técnica, cualificación profesional y, por otra parte, de derechos de los ciudadanos, pone de manifiesto, también, la apuesta que está haciendo el Gobierno de Andalucía por el sistema sanitario público en nuestra Comunidad.

Muchas gracias.

La señora PRESIDENTA

—Muchas gracias, señora Consejera.

¿Desea añadir algo? No. Vale, pues muchas gracias.

Hemos dado por terminado este punto del orden del día y el anterior, y nos vamos a tomar un pequeño receso para poder despedir a la Consejera y poder asistir a los servicios, quien lo desee, durante tres minutos.

A continuación empezaremos con la proposición no de ley.

Muchas gracias.

[Receso.]

Proposición no de Ley 7-07/PNLC-000071, relativa a la construcción de un nuevo centro de salud en el barrio de El Naranjo de la ciudad de Córdoba.**La señora PRESIDENTA**

—Comenzamos de nuevo el orden del día de la Comisión, siguiendo con las proposiciones no de ley. En primer lugar, la relativa a construcción de un nuevo centro de salud en el barrio El Naranjo, en la ciudad de Córdoba. Para ello tiene la palabra por el Grupo Parlamentario Popular, la señora Botella Serrano.

Muchas gracias.

Señora Botella, tiene usted la palabra.

La señora BOTELLA SERRANO

—Muchas gracias, Presidenta.

Bien, señorías, esta iniciativa que trae hoy aquí el Grupo del Partido Popular, es para hablar de una de las muchas carencias en equipamientos sanitarios que tiene la ciudad de Córdoba. Y esta iniciativa no es solo para hablar de esta necesidad, sino también para exigir y para reivindicar la solución urgente de esta necesidad; y esta necesidad pues se solucionaría de una manera muy clara, que es construyendo un nuevo centro de salud en el barrio del Naranjo de la ciudad de Córdoba.

Miren ustedes, la Consejería de Salud, desde hace muchos años, antes del inicio de esta legislatura, tiene unas previsiones y tiene hecho un diagnóstico de las necesidades de la ciudad de Córdoba, en lo que se refiere a la construcción y arreglo de centros de salud. Y hay que decir que el balance de estas previsiones es un balance..., yo diría que muy, muy, deficiente. Porque en estas previsiones que la Consejería —insisto— tiene desde hace años, habla de la necesidad de construir cinco nuevos centros de salud en la ciudad de Córdoba y de arreglar tres. Bien, pues de los cinco nuevos centros de salud de los que vienen hablando desde hace ya mucho tiempo en esta legislatura, solo ha conseguido inaugurar y poner en funcionamiento uno, concretamente, el centro de salud de la calle Lucano de nuestra ciudad; y de los tres arreglos de los que hablaba, no ha iniciado el arreglo de ninguno. Y luego, por supuesto, además de estas previsiones de las que hablaba la Consejería, pues han tomado cuerpo, en los últimos años, otras necesidades, y una de estas necesidades es de la que yo quiero hablar, hoy aquí, que es la del centro de salud del barrio del Naranjo.

El barrio del Naranjo de la ciudad de Córdoba es un barrio de la zona norte de la ciudad, que está mal comunicado y tiene una población en torno a cuatro mil habitantes, y sobre todo, y lo más digno de resaltar, es que ya está teniendo un incremento muy importante de población, en torno a novecientas setenta y cinco familias, fruto de una actuación urbanística que ha habido en esa zona de nuestra ciudad. Por lo tanto, si ya era pequeño este consultorio, pues ahora, con el incremento de población, de en torno a novecientas setenta y cinco familias, el centro de salud ya sí que se ha quedado absolutamente insuficiente.

Este consultorio pertenece a la zona básica de salud de Santa Rosa, y el propio director del distrito sanitario, de este distrito sanitario de Córdoba, pues ya reconoció públicamente que este consultorio se había quedado pequeño, pequeño tanto desde un punto de vista de espacio físico disponible, como del personal, de los profesionales sanitarios que prestan sus servicios en él.

En este consultorio solo hay un médico y un ATS para atender —insisto— a una población de más de cuatro mil habitantes. La ratio que se supone..., vamos, que se reconoce que existe por la Delegación de Salud, es de 1.781 pacientes por médico, siendo la ratio ideal de 1.500; pero en realidad, la ratio del

médico que pasa consulta en este consultorio es mucho mayor de 1.781, y digo que es mucho mayor, porque este consultorio, hasta el mes de marzo del año 2007, ni siquiera estaba informatizado; no estaba informatizado y, por lo tanto, tampoco se sabía con certeza cuáles eran los pacientes que eran atendidos por los profesionales que prestan allí los servicios.

En fin, la indignación del barrio es grande y lo llevan así manifestando desde hace mucho tiempo. Y en el mes de marzo de este año, aprovechando la visita que hizo el Defensor del Pueblo Andaluz allí, al barrio, a una conferencia en el centro cívico, pues hicieron una recogida de firmas y entregaron el papel de queja al Defensor del Pueblo. Y el Defensor del Pueblo, creo recordar que contestó a esta queja, reconociendo que las necesidades sanitarias del barrio eran evidentes y notorias.

Yo, señorías, con esta proposición no de ley lo que pido, evidentemente, es que el Gobierno andaluz y la Consejería se tomen en serio a la ciudad de Córdoba, y se pongan las pilas porque, realmente, la actuación de la Consejería de Salud con la ciudad de Córdoba es inadmisibile, es inadmisibile y este es uno de los muchos ejemplos que podría poner. Un ejemplo más, y lo quiero decir porque viene a cuento de la enmienda que el Grupo Parlamentario Socialista ha presentado, es que por ejemplo uno de los centros de salud que está pendiente, que es el del barrio de Poniente, de la avenida del Aeropuerto, está pendiente desde hace muchos años, y el Ayuntamiento tiene cedido el solar a la Consejería de Salud desde el año 1999, y estamos ya a finales del año 2007 y el centro de salud de esta calle, de la avenida del Aeropuerto, todavía ni siquiera se ha iniciado, y la excusas que ponen la Consejería, son las catas arqueológicas que se han tenido que realizar.

Por eso, señorías, yo les pido que apoyen esta iniciativa de la misma manera —y ya lo adelanto— que nuestro grupo pues va a aceptar la enmienda del Grupo Parlamentario Socialista, en el sentido de que se añada un nuevo punto para que, bueno..., digamos que el Parlamento inste al Consejo de Gobierno a decidir y acordar con el Ayuntamiento de Córdoba, la ubicación y cesión de los terrenos necesarios para la construcción del nuevo centro de salud en la zona del barrio del Naranjo.

Nosotros, por supuesto, apoyamos esta enmienda porque es natural, y es además la mecánica normal de funcionamiento, que para la construcción de cualquier centro de salud en un municipio, en primer lugar, el ayuntamiento tiene que ceder y poner a disposición los terrenos. Por supuesto, esto lo aceptamos porque es una obviedad, y también aceptamos la pequeña modificación que se hace al punto, al acuerdo de la proposición no de ley inicial, en el sentido de que se ponga «a la mayor brevedad posible» y que se incorpore, también, el tema de que, lógicamente, antes de la realización de la construcción del centro de salud, hay que hacer los estudios técnicos y redactar los proyectos. Esto, lógicamente, como es también obvio, pues también lo aceptamos.

Pero, señorías, quiero insistir en que la conducta del Gobierno socialista de Andalucía con los equipamientos sanitarios de ciudad de Córdoba es inadmisibles. Y no pongan la excusa de la necesidad de disponer de los terrenos, porque les puedo repetir lo del centro de salud de la avenida del Aeropuerto, que tiene los terrenos cedidos desde el año 1999 y todavía ni siquiera se ha iniciado la construcción; o podemos hablar de la construcción del centro de salud de Noreña, cuya cesión se firmó a través de un convenio en el año 2003, que entonces era algo urgentísimo y prioritario, para que se construyera allí un centro de salud, y han pasado cuatro años, ha pasado una legislatura entera, y el centro de salud de Noreña, pues todavía no se ha sacado ni siquiera a licitación la obra.

Podemos hablar de otros muchos. Podemos hablar también del de Huerta de la Reina, podemos hablar de la necesidad de arreglar el del Parque Figuerola, podemos hablar de la necesidad también de construir uno nuevo en Cerro Muriano, podemos hablar de la necesidad también que hay de arreglar el centro de salud del Sector Sur o del barrio del Levante, en la calle Carlos III... En fin, son muchas las necesidades —insisto—, y con esta iniciativa queremos aportar un impulso político a uno de los barrios de nuestra ciudad, que está muy necesitado de una atención por parte de la Consejería de Salud, y necesita ya, y en cuanto antes, un nuevo centro de salud.

Yo por mi parte nada más y muchas gracias.

La señora PRESIDENTA

—Muchas gracias, señora Botella.

A continuación tiene la palabra el señor Mariscal, el portavoz de Izquierda Unida.

Adelante, señor Mariscal.

El señor MARISCAL CIFUENTES

—Gracias, señora Presidenta.

Con mucha brevedad para, en primer lugar, expresar el apoyo de nuestro grupo a la proposición no de ley que se nos trae hoy a esta Comisión de Salud, poniendo de manifiesto algo que ya ha dicho la señora Botella, y es la necesidad de mejora de las infraestructuras sanitarias, sobre todo lo que tiene que ver a nivel de atención primaria en la ciudad de Córdoba, algo en lo que ya la portavoz del Grupo Parlamentario Popular se ha centrado.

A mí me gustaría centrarme en otra cuestión, en la cuestión de que no solamente es la Consejería de Salud la que tiene olvidado al barrio del Naranjo; el barrio del Naranjo es un barrio que tiene unas características muy especiales de ubicación geográfica, que obliga, y ha obligado, tradicionalmente, a las distintas administraciones a hacer un especial esfuerzo, para atender las necesidades sociales de sus vecinos y vecinas; es un barrio luchador donde los haya, tradi-

cionalmente luchador; un barrio rojo de toda la vida... —es cierto, ¿o no es cierto? Es cierto—; y un barrio que tiene, por lo tanto, un nivel de movilización social y de articulación social en torno a sus colectivos vecinales muy importante, que de hecho es lo que le puede quedar después de tanto *rojerío* durante tantos años, lo cual es tremendamente importante.

Hay una cuestión que se plantean los vecinos de El Naranjo siempre, y es que su ubicación geográfica es como si estuvieran apartados de la ciudad, o sea, es como una cuestión de insularidad, cierto derecho de insularidad, a todos niveles. Es decir, no es lo mismo que El Naranjo tenga un centro de salud allí, por mucho que el centro de salud esté..., haya un centro de salud en el barrio de Santa Rosa, hay que ir al barrio de Santa Rosa, pero está a una distancia determinada y tienen una manera de ubicarse, perdón, de organizarse los transportes que no es lo mismo que si estuvieran —digamos— en el núcleo de la ciudad.

Esos espacios entre el barrio y la ciudad se vienen rellenando, o se están empezando a rellenar, con infraestructuras verdes y también —consecuencia de la aplicación del nuevo Plan General de Ordenación Urbana— con viviendas, lo que va a suponer un incremento notable de la población en este barrio, adscrita a este barrio. Lo cual, desde nuestro grupo, provocó que ya el 9 de noviembre del año 2005, presentásemos una serie de preguntas por escrito a diversas consejerías, con cuestiones relacionadas con el barrio de El Naranjo, en las cuales, o en una de las respuestas, se nos decía que la atención que se prestaba desde ese centro de salud y desde el consultorio, es la adecuada a las necesidades de la población adscrita a dichos centros, y la dotación de personal también es adecuada al número de usuarios, respuesta que, cuando trasladamos a los compañeros y compañeras de la asociación de vecinos, pues generó gran indignación porque, desde luego, lo que sí está claro es que hay un crecimiento futuro y que viene a que, a pesar de que..., para ser justos, que en ese 17 de enero de 2006, cuando se me responde a la pregunta, se dice que se están haciendo las gestiones para la búsqueda de un nuevo local más amplio donde ubicar el centro de salud, sí es cierto que —insisto— esta respuesta es del 17 de enero de 2006 y han pasado ya, prácticamente, dos años.

Por ir concretando, nosotros nos congratulamos, enormemente, primero, de que el Grupo Popular haya traído esta proposición no de ley; segundo, de que el Grupo Socialista parezca estar dispuesto a apoyarlo, en función de que el Grupo Popular acepta las enmiendas, pero decimos lo de siempre: hace voluntad, hace falta acuerdo entre administraciones y hace falta, sobre todo, presupuestos, para que no estemos mareando la perdiz desde lo que es la mitad, prácticamente, de una legislatura, hablando de las necesidades sanitarias, en este caso, en el barrio de El Naranjo de Córdoba, que también tenían que ver con la presencia de un pediatra en este centro de salud, que también tienen que ver con la necesaria construcción de un instituto, en el

futuro, de un instituto de Enseñanza Secundaria, para poder hacer frente a todo el crecimiento de población que se va a producir allí —insisto—; que también se viene exigiendo un centro de día de mayores, y que también se viene exigiendo por parte de los vecinos una piscina. Cuestiones todas ellas que afectan a diversas consejerías y que, no les quepa ninguna duda, que seguiremos apoyando, al menos desde el Grupo de Izquierda Unida, para que el barrio de El Naranjo esté a la altura de servicios del conjunto de la ciudad de Córdoba.

Nada más y muchas gracias.

La señora PRESIDENTA

—Muchas gracias, señor Mariscal.

A continuación, toma la palabra la portavoz del Grupo Parlamentario Socialista, doña Isabel Ambrosio.

Señora Ambrosio, tiene usted la palabra.

La señora AMBROSIO PALOS

—Muchas gracias, señora Presidenta.

Pues el Grupo Parlamentario Socialista aborda hoy este debate de la proposición de no ley que nos trae el Grupo Parlamentario Popular sobre la construcción de un nuevo centro de salud en el barrio de El Naranjo, desde la tranquilidad que da el saber que nosotros y nosotras, el Grupo Parlamentario Socialista en Córdoba, ya había hecho la tarea. Y una tarea que comenzó hace algún tiempo, que lo hemos realizado de una manera programada, con mucha cautela y, sobre todo, con muchísima discreción.

Insisto en que hay grandes diferencias entre la manera de actuar del Grupo Parlamentario Popular y el Grupo Parlamentario Socialista a la hora de intervenir sobre este tema y, en general, sobre todo, pero en esta ocasión siguen poniéndose de manifiesto esas diferencias. Y quiero poner algunos ejemplos sobre esas diferencias, sobre todo, con respecto a la rigurosidad que se establece a la hora de abordar un tema como este.

El Grupo Parlamentario Popular describe, en la parte dispositiva de su proposición no de ley, los recursos sanitarios con los que cuentan los cordobeses y las cordobesas que residen en la zona del barrio de El Naranjo; y yo puedo entender que en una iniciativa que se registra en el mes de marzo, y que no se debate hasta el mes de noviembre, esté desfasado el texto, pero me llama poderosamente la atención que a lo largo del debate, en la intervención de la portavoz del Grupo Popular, no haya hecho una explicación de cómo se han modificado estos datos ocho meses después.

Esta zona de Córdoba, la del barrio de El Naranjo, se encuentra enmarcada sanitariamente —lo han dicho ya los portavoces que me han precedido en el uso de la palabra— en la zona básica de salud de

Córdoba, y pertenece al centro de salud de Santa Rosa. La población asignada que tiene este consultorio local, y que presta sus servicios en el barrio, es de 1.825 personas; el resto de los ciudadanos que hacen uso, al igual que el resto de los cordobeses y de las andaluzas, de la libre elección de facultativos, están atendidos en otros centros de salud, mayoritariamente, en el centro de salud de Santa Rosa.

Sobre esa falta de rigor a la hora de explicar los temas y de actualizar los datos, en cuanto a las dependencias en las que se viene prestando la atención sanitaria, sus señorías deberían conocer, porque lo conocen ya los vecinos, con lo cual si lo conocen los vecinos debe ser algo que nosotros, que estamos hoy hablando sobre un tema que les atañe a ellos directamente, deberíamos tenerlo en cuenta, que desde hace unos meses y desde la dirección del distrito sanitario, se viene buscando una nueva ubicación para el consultorio, una ubicación que sea más amplia y que pueda prestarse un servicio más adecuado. Y este mes de noviembre ya se ha firmado el contrato de arrendamiento de un nuevo edificio, que va a sufrir una pequeña obra, para poder adecuar el inmueble a un consultorio y a unas instalaciones de consultas del personal sanitario y de salas de espera. Este nuevo espacio va a constar de cuatro consultas, de un espacio para los trámites administrativos, y esas salas de espera correspondientes. Con lo cual, ya es un detalle más en el que hemos avanzado.

Sobre los profesionales que desarrollan su trabajo, como personal sanitario y no sanitario, en este consultorio, ustedes también deberían conocer porque —insisto— también lo conocen los vecinos, que está previsto que en esta misma semana, a finales de esta semana, la plantilla se amplíe incorporando dos profesionales médicos más, dos enfermeros más y un auxiliar administrativo, con lo que la plantilla quedaría en dos médicos, dos enfermeros y dos auxiliares administrativos.

Y quiero aquí resaltar que cuando insistía al principio de mi intervención, en que tengo la tranquilidad de que hemos hecho la tarea durante el tiempo previo al debate de esta iniciativa, es que estas dos actuaciones —el nuevo espacio de consulta y la ampliación de la plantilla— son fruto de ese diálogo que en primera instancia lo establecen los vecinos del barrio de El Naranjo, sobre todo, a través de su asociación de vecinos La Palomera, y la Delegación de Salud, a través de su director del distrito sanitario; y ese diálogo continuo, y que se mantiene desde hace tiempo, ha conseguido que los vecinos expresen sus demandas y que desde la Administración sanitaria se les busque las soluciones al momento actual.

Otro dato erróneo más que me ha llamado la atención en la exposición es que no se habla sobre cómo se ha modificado la informatización de los datos en este consultorio. Desde comienzos del 2007, este consultorio tiene ya instalada la historia de Salud Digital, Receta XXI y Salud Responde, ustedes conocen perfectamente que es una herramienta básica para que los cordobeses y las cordobesas, precisamente,

que viven en aquella zona, en El Naranjo, puedan pedir una cita telefónica sin tener que trasladarse al centro de salud de Santa Rosa, o el elemento novedoso de Receta XXI, que para una población que es mayoritariamente mayor, es mayor de 65 años, y en algunos casos con tratamientos crónicos, no tengan que buscar ese desplazamiento al centro de salud para renovar su medicación.

Sobre la cartera de servicios que presta este consultorio local también hay algún error en la iniciativa, y al que no se le ha dado ninguna importancia en las intervenciones de los dos compañeros que han intervenido con anterioridad. Además de la asistencia sanitaria a demanda sobre patologías crónicas, desde primero de mayo se están haciendo extracciones de sangre, se están haciendo electrocardiografías, están realizándose también espirometrías, determinar la glucemia capilar y se cuenta, en este momento, también, con un desfibrilador.

Pero, aún así, con estas incorrecciones y para manifestar cuál va a ser el posicionamiento del Grupo Parlamentario Socialista sobre esta iniciativa, le decía al inicio de mi intervención, que abordamos, desde esa tranquilidad del trabajo hecho, este debate, y no solo sobre lo inmediato, sobre el debate de esta iniciativa, en la que el Grupo Parlamentario Socialista registró dos enmiendas al texto, a las que agradezco desde aquí al Grupo Parlamentario Popular que haya tenido a bien aceptarlas, porque esas enmiendas recogen ese compromiso para la construcción de un nuevo centro de salud, en la zona de la ciudad de la que venimos hablando, en la del barrio El Naranjo, pero sí ordenando las distintas etapas que tienen que preceder a esa futura construcción y es, primero, que se definan los terrenos y, en segundo lugar, que los estudios técnicos se puedan proceder con respecto a ese terreno, y con posterioridad los proyectos necesarios.

Pero si no..., si no lo hiciéramos con ese orden, podríamos cometer el error que da la improvisación y, en ese sentido, yo quiero también comunicarles que, para que se pueda agilizar la redacción de ese estudio primero y de ese proyecto, ya hay un inicio, ya se ha dado un paso por parte de la Consejería de Salud, a través de la Gerencia de Urbanismo: se ha hecho una solicitud de una parcela para uso sanitario —esa solicitud ya se realizó en el mes de marzo—, una parcela que va a contar con unos 1.200 a 1.500 metros cuadrados, que está ubicada en la zona de expansión del barrio El Naranjo, con lo cual, ya hay algún paso más que hemos dado en ese sentido. Pero ya digo que para abordar este tema con rigurosidad y con coherencia, también debemos cumplir con todos y cada uno de los pasos que hay que dar con posterioridad a este debate y, en este sentido, el Grupo Parlamentario Socialista registró el pasado lunes una enmienda a los presupuestos de la Junta de Andalucía, al proyecto de presupuestos de la Junta de Andalucía, para que se materializara este compromiso, para que el próximo año, para la realización del estudio del futuro centro de salud del barrio El Naranjo, se pueda contar ya con una partida; una enmienda que es a la sección

17.31, que tiene una nueva descripción, que está unida a otros centros de salud de la capital cordobesa, junto con el de Huerta la Reina y con el de Poniente; viene también el estudio del centro de salud del barrio El Naranjo con una cuantía de dos millones y medio de euros, y que ese es el compromiso que se materializa hoy después de este debate.

Y mi sorpresa también, le decía la portavoz del Grupo Parlamentario Popular, que en la relación de sus enmiendas —que las tengo aquí y que las he analizado con tranquilidad—, me llama poderosamente la atención que no haya solicitado ninguna medida para la puesta en marcha de este centro de salud. Se acomete con carácter urgente la construcción de un nuevo centro de salud en el barrio El Naranjo, eso es lo que usted solicita en el acuerdo, en el texto de su iniciativa, pero luego no se hace el paso siguiente, que es el de dar garantía, materializar y realizar el recorrido que debe tener una iniciativa que, desde el Grupo Popular, entiendo en todo momento que se plantea de forma rigurosa, y desde la certeza de que es una necesidad real que tienen los ciudadanos de barrio El Naranjo. Y me llama mucho la atención que las enmiendas que realiza el Grupo Parlamentario Popular para la construcción de nuevos centros de salud, en ningún lado aparece este centro de salud para el barrio El Naranjo.

Con lo cual, vamos a apoyar, sin duda, esta iniciativa, porque nos parece que las enmiendas del Grupo Parlamentario Socialista lo que vienen es a complementar y a definir, en mayor medida, cuáles son los pasos que hay que dar para que ese proyecto sea una realidad, porque entendemos perfectamente, que la ciudad de Córdoba está creciendo, y esa necesidad que existe sobre una asistencia sanitaria más cercana es posible en este momento y en esta zona.

Y a partir de ahí, pues agradecer también al Grupo Parlamentario Popular que haya tenido a bien atender estas enmiendas, directamente desde el Grupo Parlamentario Socialista.

Nada más y muchas gracias.

La señora PRESIDENTA

—Muchas gracias.

Pasamos a la siguiente proposición no de ley...

Ay, perdón.

Termina el debate el grupo proponente, cuya portavoz es doña María Jesús Botella.

Puede usted terminar el debate. Perdone.

La señora BOTELLA SERRANO

—Muchas gracias, señora Presidenta. Y no pasa nada, eso nos pasa a todos de vez en cuando.

Bien, yo, en primer lugar, pues agradecer a los dos grupos, tanto de Izquierda Unida como Socialista, el apoyo a esta proposición no de ley y se lo agradezco, pues, sinceramente, y lo agradezco en nombre de

los vecinos y de las familias del barrio de El Naranjo. Porque..., señor Mariscal —yo creo que en ese tono, pues tan agradable, diría yo, y tan distendido al que nos tiene acostumbrados—, es un barrio de familias trabajadoras, de familias a las que les cuesta mucho sacar, pues, a su familia adelante todos los días. Él, con todo el cariño del mundo, los ha calificado de *rojetes*, porque para él eso es algo... Yo no sé si son..., no sé de qué color son, yo la verdad es que cuando voy allí lo que veo es gente buena, gente trabajadora y gente que se merece, pues, un trato digno y un trato igualitario. Y es verdad que viven en un barrio que está aislado, pero muy bonito, está aislado del centro de la ciudad, y la verdad es que carecer de cualquier equipamiento, pues si a esto se le añade la distancia que tienen al centro de Córdoba, pues el perjuicio se multiplica por dos, ¿no?

Miren ustedes, la señora portavoz del Grupo Socialista, que ha apoyado la iniciativa y que yo se lo agradezco, sin embargo, ha dicho una serie de afirmaciones que a mí también me han llamado la atención, ¿no? Dice que con esta proposición no de ley..., que esta iniciativa política es un ejemplo de las distintas formas de actuar del Grupo Socialista y del Grupo Popular, y dice que el Grupo Socialista pues como que trabaja en silencio y con discreción, incluso con cautela, ha llegado a decir, para conseguir determinados objetivos y solucionar determinados problemas. Y nosotros como que lo hacemos a bombo y platillo y dándole publicidad.

Pues, mire usted, señora Ambrosio, con todos los respetos, creo que si usted trabaja en silencio y con discreción debe ser la única de su grupo que lo hace, debe ser la excepción, vamos, al Gobierno, al Gobierno que su partido apoya, ¿no? Porque desde luego, yo creo que la manera de trabajar del Gobierno socialista en Andalucía, si por algo se caracteriza es por la publicidad, es que publicita el anuncio del anuncio, publicita que viene el anteproyecto, luego el proyecto, luego publicita las obras, luego publicita que se acaba el primer tramo; en fin, publicita absolutamente todo y —desde mi punto de vista y desde el punto de vista de todo nuestro grupo— lo hace de una manera excesiva, y lo hace además, de una manera que supone un derroche y supone una frivolidad, porque mucho de lo que invierte en publicidad y en propaganda bien lo podría destinar a la construcción de equipamientos como este del barrio de El Naranjo, que tendría que estar ya terminado un centro de salud en condiciones desde hace mucho tiempo, ¿no?

Y mire usted, si el Grupo Popular no hubiera dado cierta propaganda, dentro de las escasísimas posibilidades que tenemos, de las necesidades de construcción de un nuevo centro de salud en el barrio de El Naranjo, pues a lo mejor, ustedes no hubieran actuado y no se hubieran puesto las pilas; porque ustedes, con todos los respetos, lo que necesitan a veces es ponerse las pilas, porque llevan tanto tiempo gobernando y llevan tanto tiempo acostumbrados, bueno pues..., a que todo lo tienen al alcance de su mano, que parece que les cuesta trabajo ponerse en el lugar, en el lugar

de quien no tiene las cosas tan fáciles, como son los vecinos del barrio de El Naranjo, ¿no?

Y usted dice que le ha llamado la atención, pues, a lo mejor, determinadas inconcreciones y determinados desfases del contenido de la Exposición de Motivos, en relación con la situación actual de la atención sanitaria en el barrio de El Naranjo. Pues sí, posiblemente haya inconcreciones, pero mire usted, señora Ambrosio —y lo tendrá que entender y yo estoy segura que lo entiende—, nosotros no disponemos de la misma facilidad para obtener la información de una manera inmediata de la que dispone usted, ¿no?, y en cualquier caso, yo me siento satisfecha con que esta proposición no de ley, con sus imperfecciones y con sus inconcreciones, pues haya salido aprobada por unanimidad. Porque aquí estamos para dar la cara, para dar la cara por las necesidades de gente que no está aquí, y si cuando damos la cara, pues, a veces nos la tienen que poner un poco sonrojada, porque en alguna cosa hemos metido un poquito la patita, pues no pasa absolutamente nada, porque yo creo que eso es también un desgaste que yo creo que todos tenemos que estar dispuestos a asumir, ¿no? Lo que pasa es que no todo lo que usted ha dicho es así, porque sí que he comentado en mi intervención que el tema de la..., no, incluso lo pone en la propia Exposición de Motivos, la Exposición de Motivos es de 14 de marzo de 2007, y pongo en la Exposición de Motivos que está informatizado el consultorio desde el 12 de marzo, es decir, dos días antes de que se elaborara esta proposición no de ley.

Usted dice que el tema está ya en vías de solucionarse porque ya se dispone, en breve se va a disponer de un nuevo local para pasar allí consulta de una manera más amplia y de una manera más digna. Yo espero que esta solución provisional sea una realidad cuanto antes, y espero que esta solución provisional no sea algo que se consolide en el tiempo y que tengamos que ver la solución provisional convertida, pues, casi en la solución definitiva a las necesidades sanitarias del barrio de El Naranjo.

Y ya para terminar les quiero también decir, de la misma manera que lo ha hecho el portavoz de Izquierda Unida, que este barrio pues no solo necesita el centro de salud, necesita otras muchas cosas, como muy bien ha dicho él, equipamientos educativos...

La señora PRESIDENTA

—Vaya terminando, señora Botella, por favor.

La señora BOTELLA SERRANO

—¿Cómo?

La señora PRESIDENTA

—Que vaya terminando.

La señora BOTELLA SERRANO

—Sí.

Y, bueno, como estamos al final de la legislatura, espero que la próxima legislatura no pase en blanco para este barrio de la misma manera que esta legislatura ha supuesto para estas familias, ¿no?; en esta legislatura no han conseguido de la Junta de Andalucía ni un solo equipamiento nuevo y necesario desde hace muchos años. Es un ejemplo de esta política social que tanto publicita el Gobierno socialista, pero que tanto se echa en falta en algunos lugares como es el barrio de El Naranjo, en la ciudad de Córdoba. Esperemos que la próxima legislatura sea mejor para los cordobeses, en general, y para el barrio de El Naranjo, en particular.

Muchas gracias.

Proposición no de Ley 7-07/PNLC-000139, relativa al impulso al diálogo y los acuerdos necesarios para la mejora de los dispositivos de cuidados críticos y urgencias del sistema sanitario público andaluz.

La señora PRESIDENTA

—Muchas gracias, señora Botella.

Calificadas ya las enmiendas, habiendo dicho que sí y habiendo hablado con los portavoces, vamos a trasladar la votación al final de la iniciativa.

Entonces pasamos directamente a la siguiente proposición no de ley, relativa al impulso al diálogo y los acuerdos necesarios para la mejora de los dispositivos de cuidados críticos y urgencias del sistema sanitario público andaluz, propuesta por el Grupo de Izquierda Unida y cuyo portavoz aquí en la sala y va a tener la palabra, en unos segundos, será el señor Mariscal.

Tiene usted la palabra.

El señor MARISCAL CIFUENTES

—Muchas gracias, señora Presidenta.

Las urgencias en Andalucía están en conflicto, están en conflicto desde el mes de febrero, y están en conflicto tras la firma de un acuerdo sindical entre el Servicio Andaluz de Salud y algunos sindicatos, de los cuales, incluso, una vez que firmaron, alguno de ellos se desligó, y que además ha provocado que se haya organizado una serie de trabajadores del conjunto de las urgencias en torno a una asociación, que sea capaz de defender sus intereses.

Hoy queremos centrarnos —después de haber traído el debate sobre el conflicto de las urgencias en Andalucía a esta Cámara, a esta Comisión, al Pleno a través de preguntas—, queremos centrarnos

en la cuestión de las urgencias extrahospitalarias. Urgencias extrahospitalarias en las que se ha creado la figura de dispositivos de apoyo, una especie de servicio que serviría para todo, que lo mismo atiende atención primaria que atiende pediatría de primaria, cuando ocurre alguna eventualidad o sustituciones de cualquier tipo, como también desempeñan atención urgente extrahospitalaria, tanto en dispositivos móviles como fijos. Y esta figura vendría a sustituir a los dispositivos de cuidados críticos y de urgencias. Unos dispositivos que habían venido desarrollando un trabajo con un servicio altamente cualificado, que han sido creado hace tan solamente cinco años, y que es desmantelado condenando a sus profesionales a integrarse o bien en la atención primaria, o bien persistir como elementos a extinguir, y fuera de toda mejora y fuera de toda promoción.

El Plan Andaluz de Urgencias y Emergencias, que es un ente de la Administración que depende de la Consejería de Salud, y en el cual están integrados, sobre todo, los jefes de servicio de intensivos, y provoca y viene provocando que determinados jefes de intensivos controlen las urgencias, y que gracias a este plan las urgencias se han convertido en Andalucía, prácticamente, en el patio trasero de las unidades de cuidados críticos, de cuidados intensivos, perdón. Pero su más esplendoroso fracaso, el más esplendoroso fracaso en este plan es la disolución de los equipos especializados en urgencias extrahospitalarias, los llamados DCCU, los Dispositivos de Cuidados Críticos y de Urgencias, al ser desmantelados en nuestros acuerdos a los pocos años de su formación, después de haber invertido tiempo y recursos humanos técnicos con un grande e importante derroche económico.

Lo que nosotros trasladamos aquí, hoy, es..., aparte de un llamamiento al impulso, al diálogo y a los acuerdos necesarios para la mejora de estos dispositivos —que es tal y como aparece en nuestra proposición no de ley—: que la organización de los turnos y la jornada laboral compatibilicen el trabajo con la vida personal y familiar; que los servicios se doten de plantillas suficientes para garantizar su adecuada cobertura, considerando la viabilidad del mantenimiento de una bolsa única de empleo diferenciada para los DCCU; en tercer lugar, que se garantice el derecho inexcusable al saliente de guardia computándose como jornada de trabajo efectiva, y una vez reconocida la voluntariedad de adscripción a la jornada complementaria; en cuarto lugar, que se equiparen las condiciones retributivas del personal de urgencias extrahospitalarias a la de los profesionales de atención primaria, incluido pago por TAE, [...] geográfica, etcétera; en quinto lugar, que se oferten plazas a traslado a los dispositivos de cuidados críticos de urgencias, así como plazas a la oferta pública de empleo que garanticen la continuidad del modelo con personal diferenciado, identificando y resolviendo, en este sentido, la situación de los reingresos profesionales con la plaza DCCU; y en último lugar, la persistencia del modelo DCCU para la gestión de las urgencias y emergencias extrahospitalarias.

Somos conscientes, y ya sabemos perfectamente, que el Grupo Parlamentario Socialista va a rechazar absolutamente esta proposición no de ley, porque ha entrado en una espiral cabezota, en una espiral de ausencia de oídos absoluta a las movilizaciones de los trabajadores, y a una apuesta por la que cree, que el modelo por el cual se está avanzando en la gestión de las urgencias extrahospitalarias, es lo más adecuado. Es muy posible que en la intervención de la portavoz socialista se nos haga un recuerdo conciso de cuáles son los números de servicios de cuidados críticos, de los dispositivos de cuidados críticos y de urgencias..., me contará que tenemos 372, que tenemos 28 equipos terrestres y cinco equipos aéreos, ocho centros de coordinación; que las urgencias en Andalucía funcionan maravillosamente y que funcionan muchísimo mejor que hace unos años. Y son datos a los cuales nosotros no podemos plantear ningún tipo de discusión, porque son datos objetivos.

Pero creemos, sinceramente, que hay que hacer caso a los trabajadores que, desde el ámbito de las urgencias extrahospitalarias —específicamente quisiera que el debate hoy se centrara en eso—..., hay una serie de quejas, expresadas en la Exposición de Motivos de nuestra proposición no de ley, y que invitarían —lo que sería una buena señal por parte del Gobierno, por parte del Grupo Socialista— a dar el apoyo, al menos, al diálogo, la apertura de una puerta de esperanza que permita que estos trabajadores no estén permanentemente dándose de bruces con los oídos sordos que la Administración les está haciendo a sus demandas.

Gracias.

La señora PRESIDENTA

—Muchas gracias, señor Mariscal.

A continuación tiene la palabra el Grupo Parlamentario Popular, cuya portavoz es la señora Corredera.

Tiene usted la palabra.

La señora CORREDERA QUINTANA

—Gracias, señora Presidenta.

Mucho me temo que el señor Mariscal tiene razón y que el Grupo Socialista, mayoritario en esta Cámara, no va a apoyar esta iniciativa. Yo le adelanto que este grupo sí.

Y sí, primero, porque él lleva razón. Y aunque no me voy a centrar, sí le voy a recordar que hemos tenido importantes debates. Hemos debatido en esta Comisión con la consejera, sobre las urgencias y sobre ese acuerdo de reordenación de las urgencias; hemos debatido en Pleno una interpelación con la Consejera, moción...; ha habido preguntas, por parte de su grupo, por el nuestro... Y está claro que lo que ha faltado, por parte de la Administración, ha sido diálogo. La Consejería ha demostrado su intransigencia, y ha permitido que haya meses y meses de conflicto y de reivindicaciones, sin

ni siquiera sentarse a hablar con ellos; movilizaciones que hasta ahora han servido de poco, si no para que a algunos les abran algún que otro expediente, que ahí están los datos. Yo creo que ha faltado cintura política, por parte de la Consejería y de la Administración, para, simplemente, sentarse a hablar con ellos.

Hoy nos ha pedido el portavoz de Izquierda Unida, que nos centremos en esos dispositivos de cuidados críticos y urgencias, en esas urgencias extrahospitalarias. Y este grupo lo va a hacer así. Es cierto que hace cinco años se crea esta figura y ahora se le cortan las alas de golpe. Lo ha dicho el portavoz de Izquierda Unida: a extinguir, son una especie, una especialidad a extinguir por parte de la Consejería; y ya no solo esa formación, que se puede o no perder, o esos recursos, que se pueden tirar a la basura..., lo que está claro es que tendrán que reciclarse o morir, o desaparecer, porque, por parte de la Administración, no se les está dando ninguna otra salida.

Antes, incluso, de que se produjera esa reordenación de las urgencias, tuvimos un debate con la Consejera, porque los trabajadores de estos dispositivos tenían problemas con su jornada laboral, con sus condiciones laborales, con la escasa conciliación de vida familiar y laboral que tenían y que siguen teniendo, o con aquella saliente de guardia que, con esta reordenación, se intentó arreglar; pero que le recuerdo que en algunos municipios rurales es imposible, y no están teniendo derecho a ello, porque es que no hay médicos ni posibilidades de que les cubran esos descansos. Y esa es la realidad de lo que está ocurriendo.

Yo no me voy a enrollar, pero sí decirles una cosa: compartimos todas las propuestas que hace aquí Izquierda Unida: hace falta más plantilla, hacen falta facilidades para conciliar la vida familiar y laboral, hace falta que se les garantice ese derecho inexcusable al descanso, al saliente de guardia, y hace falta que tengan unas condiciones retributivas dignas, las que se merecen, ¿no?; y que sigan saliendo plazas, que no tiremos a la basura la formación de estos profesionales en los últimos años, que el modelo permanezca. Por eso este grupo le va a apoyar, porque creemos que estos profesionales hacen una gran labor, magnífica labor, porque merecen todo nuestro apoyo y, sobre todo, porque merecen ser escuchados, algo tan simple como lo que pide esta iniciativa: diálogo. Y una Administración no se puede negar a escuchar a sus trabajadores.

La señora PRESIDENTA

—Muchas gracias, señora Corredera.

Por el Grupo Parlamentario Popular, la señora Ríos Martínez tiene la palabra.

La señora RÍOS MARTÍNEZ

—Por el Grupo Parlamentario Socialista.

La señora PRESIDENTA

—Perdón.

Hoy llevamos un día de gazapos.

La señora RÍOS MARTÍNEZ

—Muchas gracias, señora Presidenta. Era una broma.

Volvemos a hablar otra vez, efectivamente, a debatir otra vez sobre la ordenación de la atención urgente en el Servicio Andaluz de Salud. Y aunque el señor Mariscal, poco menos que me ha marcado lo que yo tengo que decir y lo que no tengo que decir, obviamente, voy a decir lo que creo que tengo que decir: desde luego, lo que avala y defiende el Grupo Parlamentario Socialista.

En este caso, el formato de una proposición no de ley me parece que es lo menos importante. Y por cierto, una proposición no de ley que —supongo— preparó el señor Cabrero Palomares, y no por eso quiero decir que esté bastante confusa, pero es verdad que es muy llosa y parece que no se corresponde bien lo que dice la Exposición de Motivos, con lo que luego dice en la parte dispositiva. Pero es verdad que en este tema, tanto el señor Mariscal como el señor Cabrero Palomares hablan indistintamente, y tengo que decir, además, que le dan un enfoque bien distinto, siendo del mismo grupo parlamentario, que esto, ciertamente, también es algo habitual que ocurra en el Grupo de Izquierda Unida. Pero, como digo, tampoco esto es importante.

Nosotros lo que sí queríamos denunciar en primer lugar, desde mi grupo, es que ustedes, tanto el Partido Popular como Izquierda Unida —como lo hemos dicho en muchas ocasiones—, se apuntan a todas las reivindicaciones que determinados colectivos plantean, y que a mí me parece que son reivindicaciones a título particular, cada una de ellas legítimas... Pero claro, lo que decimos siempre, al final se puede caer en contradicción. Y yo les digo a ustedes que caen en contradicción al apuntarse a todas las reivindicaciones que hacen los distintos colectivos.

E insistir en una cosa que es obvia, que la hemos mantenido y que la defendemos tajantemente: existe un diálogo permanente entre la Consejería..., pero a través de la mesa sectorial de sanidad existe ese diálogo. Y en ningún caso compartimos que existe, ni muchísimo menos, que existe una cabezonería por parte de la Consejería de Salud. Bien saben ustedes que eso no es verdad, entiendo que lo que tienen que decir, pero saben que no es verdad.

Nosotros, al igual que otras veces, desde que empezó este debate, en todas las veces que hemos tenido que intervenir, defendemos la ordenación que viene realizando la Consejería de Salud en este tema, en términos generales; porque lo que pretende —les guste o no—, precisamente, es mejorar mediante una red de ordenación, esa atención sanitaria que se presta a la urgencia y a la emergencia. Y además,

ustedes son los que más dicen que la urgencia era un tema que había que arreglar, nosotros estábamos de acuerdo..., quizá no era de lo más satisfechos nos sentimos... Y la Consejera también lo ha dicho: que de cómo funcionan las urgencias no es de lo que, especialmente, se siente satisfecha. Y precisamente por eso se intenta reordenar y estar atento a esta cuestión todos los días, facilitando, además —no lo deben olvidar—, la aplicación de la Directiva europea sobre la ordenación de los tiempos de trabajo y el régimen de descanso de sus profesionales, compatibilizando el modelo de asistencia, con la garantía de descanso de 12 horas entre dos jornadas de trabajo. Y esto es, señor Mariscal y señora Corredera, sin duda, una medida para compatibilizar la vida laboral y familiar, que es una de las cuestiones que usted plantea en su iniciativa.

Porque volvemos a lo mismo: siempre que defendemos en mi grupo iniciativas de esta índole... Que nosotros no apoyemos su iniciativa, que, como ustedes sabían los dos, no la vamos a apoyar, no quiere decir que no estemos avanzando, y no quiere decir que muchas de las cosas que ustedes planteen no se estén defendiendo y no se estén llevando a cabo en este modelo de reorganización; lo que sí está claro es que nosotros no compartimos cómo ustedes lo plantean. Y desde luego, no podemos asumirlo, porque, como les digo, caeríamos en la misma contradicción en la que ustedes caen, sin ninguna duda.

Muchas de las cuestiones —como le digo— que usted plantea están incorporadas. Y sabe también —y no le voy a dar los datos, porque a usted no le gusta— que esto va a permitir poner a disposición de los ciudadanos andaluces, muchísimos más profesionales que, sin ninguna duda, van a redundar en una mejora de la atención, tanto en atención primaria como especializada —qué pena que tengo aquí los datos, pero que usted no quiere que se los diga—... Bueno, sí, usted los tiene, pero yo los podía repetir.

Se conseguirá una mayor estabilidad en el empleo —le guste a usted o no le guste—, a través de dotaciones de plazas de plantilla y convocadas a concurso oposición, tanto de médicos de familia, de los Equipos Básicos de Atención Primaria, de enfermeros de EBAP —Equipos Básicos de Atención Primaria—, lo que va a permitir la fidelización de los profesionales a su zona de referencia y a sus ciudadanos.

Los profesionales, además, se benefician ya de mejoras retributivas introducidas en los acuerdos. Y ahora ya, con toda la seriedad, hay que recordar esos acuerdos que ya se han alcanzado, porque han aumentado, por ejemplo, el complemento al rendimiento profesional, prácticamente, en un ciento por ciento; porque hay un aumento muy importante del precio de la hora de jornada complementaria; porque hay un aumento de dicho precio —un 20%— en las zonas aisladas para la atención primaria; porque hay un aumento en atención primaria de más de un 20% de las tarjetas, en las zonas necesitadas de transformación social; porque el incentivo especial de los acúmulos de cupos, con hasta dos mil euros mensuales en el

caso del personal médico y hasta 1.280 en el caso del personal de enfermería, es muy importante, etcétera, etcétera. Y no es porque yo lo quiera repetir, de verdad, es porque le cuestan muchísimo esfuerzo a nuestro sistema sanitario todas estas mejoras, y es muy importante que no se nos olviden ni las perdamos, en ningún momento, de vista.

Y yo no le voy a hablar de los acuerdos firmados, pero lo ha dicho usted: algunos acuerdos fueron de una manera unánime; y los acuerdos, en mesa sectorial, sobre las condiciones laborales retributivas para el médico de familia, en plazas diferenciadas de servicios de cuidados críticos y urgencias, fueron por tres sindicatos, que son los sindicatos mayoritarios. Y le vuelvo a repetir —se lo ha dicho la Consejera en muchas ocasiones—, le guste a usted, o no le guste: son los que están en la mesa sectorial de sanidad. Y creo que no debemos perder nunca de vista que esto lo tenemos que respetar.

La aplicación de esta reorganización, reordenación, va a significar —como le decía al principio— que se les asegure a los profesionales un descanso de 12 horas entre el final de una jornada de trabajo y el comienzo de la siguiente, y que, en ningún caso, los profesionales van a trabajar más de cuarenta y ocho horas semanales, en cómputo semestral, exceptuando, lógicamente —y lo hemos dicho también—, aquellos profesionales que manifiesten, explícitamente y por escrito, el interés que ellos tienen de superar este máximo de horas, indicando, en todo caso, en cuanto a horas quieren superarlo, y en cuánto tiempo.

Y a ver..., señor Mariscal, incidir en algunos aspectos: en el caso de atención primaria, era alrededor del sesenta y cinco por ciento de la hora de atención continuada de urgencia..., era cubierta por los propios Equipos Básicos de Atención Primaria, es decir, por los médicos de familia y por la enfermería, y el resto —un 35%— era cubierto por el personal específico del Dispositivo de Cuidados Críticos y de Urgencias; en este ámbito es donde se produce esa reorganización y modernización de estos Dispositivos de Cuidados Críticos y Urgencias en Andalucía, en atención primaria, y también en atención especializada, que no solo se va a materializar —como usted sabe— en la atención a urgencias —y esa puede ser la gran diferencia—, sino que también en la atención que, diariamente, se presta en los centros de salud andaluces. Y esta reorganización ha supuesto muchísimas ventajas, una de la ventajas es la red de los 122 equipos movilizables, es una de las ventajas importantísimas, y nosotros la tenemos que poner en valor; porque el dotar de esas ambulancias medicalizadas, de estos equipos, va a suponer un crecimiento en las plazas de los médicos y enfermeras para esta atención en las urgencias y emergencias, y —como le decía— para el tiempo que los profesionales pueden dedicar a sus pacientes, que va a aumentar, precisamente, por estos nuevos dispositivos. Esta reorganización va a permitir una disminución del número de pacientes asignados a los profesionales que trabajan en los centros de salud andaluces, y va a mejorar así la asistencia que se

presta a los ciudadanos, no solo —como digo— en urgencias y emergencias, sino también en su actividad habitual.

Y señor Mariscal, señora Corredera, por ser más concreta en alguna de las cuestiones que a ustedes más les preocupan —y que es una cuestión que nosotros no compartimos—, es decirles que en aquellos lugares donde existen profesionales que, específicamente, solo trabajan en urgencias —es decir, los profesionales médicos de familia en plazas diferenciadas del Dispositivo de Cuidados Críticos de Urgencias, y enfermeros en plazas diferenciadas de Dispositivos de Cuidados Críticos y de Urgencia—, se les va a ofertar —como ustedes conocerán—, según lo establecido en el acuerdo del 3 de enero, que se integren, voluntariamente, y con carácter provisional, como médico o enfermera de los Equipos Básicos de Atención Primaria, o bien adscritos a la zona básica de salud, o bien al dispositivo de apoyo del distrito y las retribuciones que percibirán, una vez que estén integrados, serán, tal y como se recoge en el acuerdo, la retribución propia de los médicos de familia de [...], incluyendo, incluyendo, señor Mariscal, la dispersión geográfica, incluyendo la continuidad asistencial en modalidad A y la medida del factor TAE de su distrito en el caso de que no se le asigne un cupo específico.

No obstante, a todos aquellos, y quiero que ponga atención en esto, que me escuche bien, todos aquellos que voluntariamente decidan seguir en su actual puesto, se mantendrán en las mismas condiciones retributivas —es decir, el sueldo, el complemento, el rendimiento profesional, la carrera profesional, etcétera, y laborales— que tenían hasta este momento, y puesto que en ningún momento se va a declarar a extinguir o va a amortizar estos puestos diferenciados del dispositivo de cuidados críticos y urgencias.

Yo creo que eso usted lo sabe, y eso es lo que nosotros queremos poner en valor. Esto va a ocurrir exactamente así, y no de ninguna otra manera.

En todo caso —yo voy terminando—, recordar que la implantación de este modelo de ordenación urgente en atención primaria se está haciendo de manera progresiva, de una manera progresiva desde marzo de este año, y que se está haciendo con la flexibilidad suficiente. Quiero decir con esto que se está buscando el consenso profesional, quiero decir que, en aquellos servicios donde existan dificultades para aplicarlo en estas fechas, se puede posponer hasta que se solucionen los problemas, y que en cada centro, además, y usted lo sabe, se ha constituido una comisión de seguimiento donde están los equipos directivos y los sindicatos firmantes de este acuerdo, cuyo objetivo central será velar y estar siempre atento por esa correcta implantación de este nuevo modelo de atención urgente.

Y sí que es verdad que también desde el Grupo Parlamentario Socialista estaremos pendientes, como siempre lo hacemos, de que esto sea así y, también, de intentar solucionar o intentar abordar cuestiones que todavía preocupan, intentando plantearlo de la manera más clara, pero, desde luego, con seriedad,

con rigor y, desde luego, no entrando en contradicción entre una y otra.

Así que, por mi parte, nada más. Muchas gracias.

La señora PRESIDENTA

—Muchas gracias, señora Ríos.

Para terminar el posicionamiento, tiene la palabra el señor Mariscal.

El señor MARISCAL CIFUENTES

—Sí, muchas gracias.

Con toda la seriedad y todo el rigor que uno es capaz de tener, hasta que no alcancemos el conocimiento del grupo mayoritario, me imagino que no será posible tener la seriedad y el rigor en nuestras intervenciones que ellos suelen tener, pero sí para opinar políticamente de lo que aquí se ha dicho, que creo que es, sobre todo, de lo que se trata.

Señora Ríos, si se está haciendo todo lo que está aquí expreso, voten a favor, es así de sencillo, voten a favor del texto. Porque también ustedes han comentado, no sé por qué, a cuento de qué, dos maneras distintas de traer la cuestión de las urgencias, los dispositivos críticos de urgencias a esta Comisión y al Parlamento. Evidentemente, somos un grupito pequeñito, pero lo suficientemente amplio como para ser plural, y cada uno tenemos nuestro estilo y nuestra manera de llamar a las cosas.

Pero en lo que desde luego no nos movemos un ápice, ni nos hemos movido este grupo ni uno ni otro, ha sido en los planteamientos concretos que hemos venido realizando en esta cuestión, en la cuestión de las urgencias y en la cuestión de la defensa de los dispositivos de cuidados críticos y de urgencias. ¿Que usted me dice que los que no se integren van a ser, no van a ser elementos a extinguir, que no van a ser elementos fuera de toda mejora y promoción? Eso no lo sabe ni usted ni yo, señora Ríos. Es más, si nos tenemos que imaginar algo y ponernos a pensar, es muy posible que lo que yo he dicho sea la verdad, es muy posible que sea la verdad. Pero, bueno, el tiempo, como siempre, pone a cada uno en su sitio y pone, sobre todo, los argumentos en su sitio.

La proposición no de ley lo único que hace es pedir diálogo, a que promueva el necesario diálogo. Se echa mano del acuerdo de la mesa sectorial. Las sociedades científicas no saben nada de este acuerdo. ¿Cuál es la evidencia científica de la eficiencia mayor en el terreno científico de este acuerdo? Ninguna. Las sociedades científicas no se han sumado a esta reordenación.

Se dice que se ofrece más dinero, sí, se ofrece más dinero, pero a cambio de aceptar como jornada ordinaria toda la franja horaria, y se obliga a realizar más horas cambiando todo el organigrama ya consolidado. Y hay que acordarse en este momento, sobre todo, de las enfermeras, de los dispositivos de

cuidados críticos y de urgencias, porque son quizás ellas las que tienen mayores problemas para conciliar la vida laboral y a las que esta reordenación les ha sometido a un mayor estrés familiar; y, sobre todo, lo que tiene que ver con el mantenimiento y desarrollo de la categoría diferenciada de enfermera [...] en el sistema sanitario público de Andalucía, «para posibilitar el desarrollo científico de la enfermería de urgencia y emergencia en un nivel asistencial, que se identifique con infinitas posibilidades de avanzar —y estoy leyendo la exposición de motivos de mi proposición—, en la que la Sociedad Española de Enfermería de Urgencias y Emergencias propugna la aplicación del método y proceso enfermero contextualizado al área de las urgencias y emergencias en el nivel de la atención primaria».

Y una última cuestión, que tiene que ver con cómo se han plasmado posteriormente los acuerdos. Los acuerdos de la mesa sectorial han sido lo suficientemente ambiguos, lo suficientemente amplios como para que se haya dejado a merced de la interpretación de jefes y de gerencias. Y eso está provocando que, sobre todo en determinados sitios, la falta de obediencia o la simple rebeldía a cualquier cuestión o, simplemente, el ejercicio legítimo y democrático del derecho de huelga se esté viendo absolutamente mermado a través del papel autoritario y dictatorial de estas gerencias, que están abriendo, sistemáticamente, expedientes. Y de eso también hemos hablado aquí. Y eso es algo que no se puede permitir y que, desde luego, no se debe permitir en un gobierno que se llama de izquierdas y en un gobierno que dice defender la sanidad pública y la dignidad de los trabajadores y trabajadoras del sistema público sanitario en Andalucía.

Nada más y muchas gracias.

Proposición no de Ley 7-07/PNLC-000198, relativa a la puesta en marcha de unidades de trastornos alimentarios en la provincia de Cádiz.

La señora PRESIDENTA

—Muchas gracias, señor Mariscal.

Pasamos a la siguiente proposición no de ley en Comisión, relativa a la puesta en marcha de unidades de trastornos alimentarios en la provincia de Cádiz. El grupo proponente es el Grupo Parlamentario Popular y su portavoz, cómo no, es la señora Chacón.

Tiene usted la palabra, perdona.

La señora CHACÓN GUTIÉRREZ

—Gracias, señora Presidenta.

Señorías, en primer lugar, me gustaría excusar a mi compañera Carmen Pedemonte, diputada gaditana de este grupo parlamentario, que tenía interés en

llevar esta iniciativa, pero que, por motivos ajenos a su voluntad, hoy no se encuentra en la Cámara. Y dicho eso, pues asumiré yo, en nombre del grupo parlamentario, el llevar esta iniciativa.

Pero, con el permiso de la señora Ríos, me voy a apuntar también yo a las reivindicaciones de los colectivos; entre otras cosas, señora Ríos, porque es mi obligación, aunque soy consciente de que enfrentarse a veces al tótem, que es el Gobierno del señor Chaves, a veces es difícil, y no para esta diputada que les habla, porque a mí me va en el sueldo, sino para los colectivos que se ponen enfrente. A veces, la vida no les resulta tan fácil el enfrentarse al tótem.

Decía que el Grupo Parlamentario Popular presenta esta iniciativa convencido de que la anorexia y la bulimia son dos enfermedades que se han convertido en un grave problema para la sociedad actual. Las cifras de enfermos en España van en aumento, los números se han equiparado a los del resto de Europa. Estamos hablando, señorías, de que estas enfermedades se han situado en la tercera enfermedad más frecuente entre niños y entre adolescentes.

El 1% de los jóvenes entre nueve y dieciocho años cae en la anorexia y un 2'4% en la bulimia. Es una evidencia que las personas que tienen trastornos alimentarios precisan un tratamiento multidisciplinar, en donde tienen que participar de forma activa tanto endocrinos como psiquiatras, nutricionistas, psicólogos y trabajadores sociales.

En concreto, en la provincia de Cádiz, son las asociaciones las que realizan un gran trabajo para luchar contra estas dos enfermedades. Una de ellas, ADAB, de San Fernando, nos ha trasladado que de nada vale su esfuerzo si las administraciones no se implican más. Y sus peticiones son muy concretas: ven urgente que se pongan en marcha unidades de tratamiento por parte de la Administración autonómica, por parte de las consejerías afectadas, porque este grupo parlamentario entiende que tanto la Consejería de Salud como la Consejería para la Igualdad y Bienestar Social tienen que intervenir, ya que se trata de enfermedades que tienen un gran contenido social.

Señorías, la sanidad andaluza tiene un protocolo de trastornos de conducta, pero una evidencia clara es que no sirve. Y no funciona porque ni hay un número suficiente de profesionales especializados; porque tampoco hay una capacidad hospitalaria suficiente, y porque no se hace un seguimiento adecuado a los pacientes cuando vuelven a sus domicilios, lo que provoca la recaída de muchos casos. También es cierto que muchos casos no son tan graves, son leves, que remiten con el tratamiento oportuno; pero también es verdad que el paciente tiene que ser tratado a tiempo, porque, con la ayuda oportuna, casi el 65% se pueden llegar a curar.

Por eso, señorías, merece la pena prestarles la atención adecuada, y necesitan ese tratamiento multidisciplinar al que me refería.

En la provincia de Cádiz, hay más de siete mil enfermos, muchos de ellos sin diagnosticar, los que acuden para recibir atención médica y, después de la primera

consulta hospitalaria, reciben el resto de atenciones, con el tiempo de más de un mes entre consultas de endocrinos, psicólogos y terapia nutricional. Yo creo, y hago la primera denuncia, ¿no?, que la falta de continuidad en la manera de actuar es evidente.

Esta diputada que les habla no deja de sorprenderse día a día en esta Cámara. Y lo digo, señorías, sin ninguna acritud, porque sobre iniciativas como las que hoy estamos debatiendo —bulimia, anorexia en la provincia de Cádiz— se produjo un primer debate el 27 de octubre del año 2004; un segundo debate, el 9 de febrero del año 2006; y hoy, 28 de noviembre del año 2007, estamos en el tercer debate. La parte dispositiva, idéntica en todas las iniciativas presentadas: dos son de mi grupo, pero hay otra que es del Grupo Andalucista. Esto, realmente, lo me parece es preocupante y lamentable, a la vez. Porque parece que la Consejería de Salud mira para otro lado y no quiere ver y reconocer a estos enfermos gaditanos.

Por eso presentamos de nuevo esta iniciativa con tres puntos claros: primero, que el Consejo de Gobierno cree más unidades de día de trastornos de conducta alimentaria en la provincia de Cádiz; que se dote a estas unidades de profesionales necesarios, como son psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales, nutricionistas y endocrinos, para atender a la amplia demanda existente, y un tercer punto, que sería prestar atención, ayuda e información a los familiares que la soliciten y lo necesiten.

Por eso, señorías, pedimos el apoyo de todos los grupos a esta iniciativa que hoy presentamos, en aras de salvaguardar la salud endocrina de los gaditanos, en este caso concreto, y, por ende, de todos los andaluces. A mí no me cabe más que esperar el voto favorable de todos los grupos, y estaré atenta al debate para que eso se produzca.

Por mi parte, nada más. Muchas gracias.

La señora PRESIDENTA

—Muchas gracias, señora Chacón.

A continuación, tiene la palabra el Grupo Parlamentario de Izquierda Unida, cuyo portavoz es el señor García.

Señor García, tiene usted la palabra.

El señor GARCÍA RODRÍGUEZ

—Sí. Gracias, señora Presidenta.

Desde Izquierda Unida, como no podía ser menos, vamos a apoyar esta proposición no de ley, al entender que este tipo de enfermedades parten de patologías, en ocasiones psicológicas, que derivan en grandes consecuencias y problemas físicos, y se da la circunstancia de que cada vez son más frecuentes los casos, tanto de anorexia como de bulimia, que son las dos principales manifestaciones de trastornos de la conducta alimentaria. Cada vez, insisto, son más frecuentes en Andalucía.

Pero, frente a esta circunstancia, y lejos de avanzar en el tratamiento de estas enfermedades, Andalucía carece de medios y dispositivos específicos que permitan ofrecer una atención sanitaria adecuada. Y, lamentablemente, la única alternativa que tienen los enfermos, cuando llegan a un determinado nivel de gravedad, es acudir a la medicina privada, con el alto coste económico que ello conlleva y al que la mayoría de ellos no puede hacer frente. El tratamiento de este tipo de enfermedades se tiene que basar en una asistencia psicológica adecuada y en un control dietético de la alimentación, para lo que es necesaria una continuidad, vigilancia y especialización asistencial. Sin embargo, ante la falta de unidades para la atención de este tipo de enfermos, lo que hace el sistema andaluz actual, el SAS, es limitarse a ingresar a los enfermos de anorexia y bulimia cuando su cuadro se agrava, intubándolos para, en muchas ocasiones, obligarles a alimentarse contra su voluntad. Cuando superan la fase de peligro, se les da de alta sin más, sin que haya conexión entre el tratamiento médico y el psicológico, con lo cual se les aboca a una nueva recaída, con el resultado de que se está convirtiendo en crónica, se está cronificando, la enfermedad de estos pacientes.

Desde hace años, los familiares de enfermos, asociaciones de defensa contra la anorexia y la bulimia, y la sociedad en general, demandan un dispositivo más adecuado que permita tanto la detección temprana de este tipo de patologías como su tratamiento integral. Se da la circunstancia de que, a partir de un caso concreto de una joven anoréxica en San Fernando, desde la Junta de Andalucía se anunció en 2003 la creación de una unidad específica de atención multidisciplinar en el Hospital Clínico de Puerto Real, y, claro, entonces era, como hoy, a escasos días de las elecciones autonómicas. El Delegado Provincial de Salud en Cádiz anunció su puesta en marcha, que, efectivamente, con meses de retraso, en mayo de 2004, con carácter provisional, y porque hubo otro caso crítico de una enferma de anorexia, se puso en marcha en el Hospital Clínico de Puerto Real. Empezó a funcionar y, sin embargo, pocos meses después esta unidad se desmanteló, con el argumento del SAS, tan convincente, de que no era rentable su existencia.

Lamentable. Lamentable, pero estos son datos objetivos, porque el anuncio está ahí, la puesta en marcha está ahí y el desmantelamiento o cierre está ahí. El número de pacientes se puede jugar con lo que se quiera. Se puede diagnosticar, como hace..., tengo aquí bastante material, tengo aquí respuestas por parte de la propia Consejería, respecto a casos tratados, por ejemplo, en la provincia de Granada. Se habla de ingresos primarios, ingresos secundarios, anorexia nerviosa de un tipo, bulimia nerviosa de otro tipo, etcétera, etcétera. La realidad es que los propios datos detectan un aumento constante de este tipo de casos y detectan lo que yo llamaría bastante inconsistencia estadística entre unas provincias y otras, en relación con la población. Lo que, simplemente, viene a ser un detalle de que no existe un sistema adecuado

para el tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria en Andalucía, cosa que sí existe en otras comunidades autónomas, como Cataluña, Navarra, Valencia, Galicia, Madrid incluso, etcétera.

Bueno, aquí se puede decir, hay teorías que cualquiera puede formular al respecto, de que el sistema actual, el Servicio Andaluz de Salud, el sistema sanitario en su conjunto, es capaz de asumir a estos enfermos, bueno, como a unos enfermos más, mediante la coordinación de los distintos servicios. Eso sobre el papel está muy bien, y seguramente esa va a ser la respuesta del Partido Socialista. El problema es...

¿No le salen las cuentas, no, para votar? Voy a ver si corro y así llego antes, pero bueno.

El problema es que, desde luego, no son capaces de hacer una actuación coordinada entre la asistencia psicológica y la asistencia propiamente médica, con lo cual, los enfermos y enfermas tienen que esperar durante meses, durante meses, para que una consulta producida o remitida desde un servicio anterior pierda su efectividad al no existir ninguna coordinación y al no existir o al cambiar sustancialmente las circunstancias que llevaron a esa consulta. Estamos, pues, en una situación donde se demuestra que el Servicio Andaluz de Salud, el Servicio Andaluz de Salud..., perdón, el sistema sanitario público andaluz, para este tipo de enfermos, aun teóricamente contando con los medios, no es eficaz, por su falta de coordinación y por la falta de flexibilidad y agilidad para, bueno, tratar a este tipo de enfermos que necesitan simultáneamente la asistencia de distintos servicios.

Lo que sí parece bastante claro es que no es de recibo que una unidad que se ha puesto en marcha, sin llegar a que adquiriera sus condiciones de velocidad de crucero, sus condiciones de rodaje, a que funcione en plenitud de facultades, en pocos meses se desmantele con el argumento de que no es rentable. Nosotros somos de los que pensamos que el número de pacientes no puede mandar en la sanidad pública. La rentabilidad económica nunca debe ser un criterio, con independencia de que deba apostarse por la máxima optimización de recursos, pero no puede ser un criterio. Y, ante un problema como este, está absolutamente injustificado que se haya producido el cierre de la unidad específica de San Fernando.

Por tanto, señorías, desde el Grupo Parlamentario de Izquierda Unida vamos a apoyar esta proposición no de ley, y si lamentablemente no se atienden estas reivindicaciones, que nos parecen muy razonables, continuaremos también peleando por el tema.

Muchas gracias.

La señora PRESIDENTA

—Muchas gracias, señor García.

A continuación tiene la palabra el Grupo Parlamentario Socialista, cuya portavoz es la señora Ríos.

Señora Ríos, tiene, a continuación, su palabra.

La señora RÍOS MARTÍNEZ

—Sí. Muchas gracias, señora Presidenta.

Yo, en primer lugar, no me puedo resistir y tengo que decirle a la señora Chacón que ese tótem, ese tótem que ella dice al que se enfrentan los ciudadanos, lo forman y son el reflejo, precisamente..., hay detrás personas que son las que libre y democráticamente han votado los ciudadanos. Entonces, ese tótem tan inasequible lo formamos nosotros, a los que nos han votado, como digo, libre y democráticamente.

Pero sí quería decir, manifestar también, en segundo lugar, que este tema también lo quería llevar mi compañera, la diputada por Cádiz que hay en esta Comisión, que es la señora Collado, tenía muchísimo interés en llevarlo, pero desde el Grupo hemos considerado que era muchísimo más conveniente que no fuese así, porque este tema no es una cuestión de negarle nada a la provincia de Cádiz, si no que de lo que estamos hablando es decir que no, porque no compartimos ese planteamiento, a unas unidades específicas de trastornos alimentarios; es decir, no cuestionar, ir en contra de algo para la provincia de Cádiz, sino que es muchísimo más amplio.

A mí me gustaría que fuesen ustedes, la señora Chacón y el señor García, quienes nos expliquen a nosotros cuál es la diferencia, cuando hablamos de anorexia y de bulimia, de estas terribles enfermedades, cuál es la diferencia entre la provincia de Cádiz y el resto de las provincias andaluzas, porque nosotros, sinceramente, sinceramente, no la vemos.

Y decirle también al señor García que él con mucha frecuencia hace una serie de afirmaciones, como ha hecho, que, en fin, yo no suelo..., no las entiendo, sino que son brutales. Y además se queda él tan pancho, además de permitirse el lujo, como le decía antes, de permitirse el lujo, con mucha frecuencia en los grupos parlamentarios de la oposición, de decirnos al Grupo Parlamentario Socialista, que somos el grupo mayoritario —y, le repito otra vez, porque nos votado los ciudadanos—, lo que tenemos y lo que no tenemos que decir. Es que se tiran los diez minutos diciéndonos lo que tenemos y lo que no tenemos que decir. Nosotros defendemos los planteamientos en nuestro tiempo con toda la libertad.

Bien. Les guste o no, desde la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía y desde el Servicio Andaluz de Salud, tanto en Atención Primaria como Especializada, se han tomado y se están tomando las medidas necesarias para dar una atención integral, una atención integral y de calidad a los trastornos de la conducta alimentaria, que se van a concretar y que se concretan en actuaciones, por un lado, en el Plan de Calidad del SAS, que se ha marcado, sin ninguna duda, como línea estratégica. Eso no quiere decir que no haya que seguir mejorando, eso no quiere decir que no estemos del todo satisfechos con esta cuestión, ni muchísimo menos, pero se ha concretado, como digo, en líneas estratégicas, como la gestión por procesos asistenciales, siendo el proceso de los trastornos de conducta alimentaria prioritarios para

nosotros, prioritarios para el SAS, para la Consejería de Salud en su implantación, o con el impulso de las unidades de gestión clínica común, instrumento fundamental.

También, señores diputados, en el Plan Integral de Salud Mental, aprobado por nuestra Consejería de Salud, que hace, como digo, un especial hincapié en la atención a los trastornos de la infancia y de la adolescencia, y que plantea la gestión específica de atención a la salud mental, según los procesos asistenciales integrados, priorizando el proceso de los trastornos de la conducta alimentaria.

Desde este programa de Salud Mental se está incidiendo, además, se está impulsando, también, en la línea que hace la Consejería, como digo, la creación de un área de gestión clínica —en este año 2006, en el pasado 2006, ya se acreditaron 24 unidades de gestión clínica de Salud Mental. ¿Las suficientes? No. Nosotros queríamos o nos gustaría que fuesen muchísimas más, pero yo creo que este dato es importante, entre cuyos objetivos prioritarios, como digo, se contemplaba la implantación de este proceso de trastornos de conducta alimentaria.

También desde la gerencia de los hospitales andaluces y direcciones de distrito de Atención Primaria se plantearon como objetivo prioritario el de estos contratos-programa, la implantación y el desarrollo de este proceso de trastornos de conducta alimentaria, con el impulso que ha supuesto la implantación de los procesos asistenciales integrados en Andalucía y las unidades de gestión clínica que se han puesto en marcha en los últimos años.

Se está intentando, señorías, créanme, dar, desde las instituciones sanitarias públicas de Andalucía, una asistencia de calidad, basada en la eficacia y la eficiencia, con un especial interés —no me voy a cansar de decirlo esta mañana— en la satisfacción del usuario, entendido siempre, como digo, en el centro del sistema. Con medidas concretas, con medidas en las que ahora no me voy a detener.

Pero sí quería decir que se han incrementado los recursos para la atención de estas patologías en los equipos de salud mental y en las unidades de salud mental infantojuvenil, con programas de hospital de día y hospitalización completa. En el proceso de esos trastornos de conducta alimentaria se garantiza el inicio del tratamiento especializado en un plazo razonable desde que se pide la cita, con una protocolización de las actividades terapéuticas a realizar, personalizadas y evaluables. Y, como ustedes compartirán, hay que compatibilizarlo con la atención a otras patologías infantiles, que también tienen importante prevalencia, incidencia, en nuestra comunidad, como podrían ser los trastornos de conducta, los trastornos generalizados del desarrollo, la psicosis de inicio en la infancia y adolescencia, que tampoco podemos perder de vista.

Yo estoy de acuerdo con ustedes, me gustaría que los compartiésemos, que estas patologías son muy complejas, que es verdad que producen un sufrimiento en los pacientes y en los familiares, y

que, sin ninguna duda, son estas circunstancias las que..., en estas circunstancias, los recursos sanitarios públicos nunca parecen ser suficientes. Es verdad que nunca parecen ser suficientes, pero tampoco podemos perder de vista el esfuerzo que hacen todos los días los profesionales y el esfuerzo que hace nuestro sistema para intentar, como digo, resolver y avanzar en una patología que es muy, muy compleja. En muchas ocasiones, el abandono de los tratamientos, o la búsqueda de unas soluciones más rápidas ante problemas tendentes a la cronificación y a la angustia de los familiares, nos hacen que podamos perder esto de vista. Hace que se puedan buscar soluciones en todas las direcciones, y no siempre con una información necesaria que les permita acceder a una atención sanitaria que garantice la profesionalidad y la eficacia de estos tratamientos.

Señorías, sin ninguna duda, las instituciones sanitarias públicas deben dar respuesta, y están dando respuesta, a estos pacientes y a sus familiares desde la serenidad y desde el convencimiento, y a eso apelo yo al resto de los grupos también, desde la serenidad y el convencimiento de que estas patologías, repito, son muy complejas y que están siendo abordadas de una forma adecuada, sin despertar ninguna alarma social y, desde luego, sin generar el sensacionalismo que, con mucha frecuencia, los medios de comunicación provocan o plantean sobre este tema. Yo creo que en este tema sí que debemos ser muy, muy, muy serios.

No obstante, yo le decía al principio, señora Chacón, que no se justifica. Nosotros no compartimos ese planteamiento, ni clínica ni epidemiológicamente, la creación de unidades específicas para la atención a los trastornos de la conducta alimentaria, con un carácter exclusivo. Y esto lo decimos con claridad y con contundencia. El Servicio Andaluz de Salud dispone de una red de servicios diversificados de atención a la salud mental, en los que se atienden todos los problemas de salud mental de la población, entre los que se incluyen los trastornos de la conducta alimentaria, y que, en función de la gravedad, de la edad y de las necesidades asistenciales específicas en cada caso, se va a atender en uno o en otro dispositivo de la red, desde atención primaria a la red de salud mental. Y no le voy a relatar los dispositivos asistenciales ni lo que hemos avanzado en este tiempo.

Algunos datos muy breves. Los equipos de salud mental en la provincia de Cádiz atendieron 233 casos de trastornos de conducta alimentaria en el 2005; en el 2006, 203; asimismo esa unidad de salud mental infantil atendieron un total de 43 casos, en el 2005, y 59 en el 2006. Y estas cifras, como usted comprenderá, no son acumulativas, ya que estos casos son derivados, en su mayoría, desde las estructuras que así se organizan.

Por todo lo dicho, y reconociendo, a pesar de las dificultades y siendo conscientes de ellas, nosotros creemos y confiamos que en el programa de salud mental de Andalucía se está trabajando bien, que se va a continuar trabajando siempre para mejorar la atención

que se presta a estos problemas, adecuando los dispositivos, los profesionales a la realidad actual que tenga la enfermedad mental, en general, y, desde luego, sin ninguna duda, adaptando y estando siempre alerta a los trastornos de la conducta alimentaria en particular.

Así que, por mi parte, y esperando, esperando, como digo, que en este tema seamos los más serios... Y fíjese que siempre pedimos ser serios y rigurosos, porque nos parece que es algo fundamental, pero de verdad que en este caso sí que tenemos que ser todos conscientes de que tenemos que plantear las cosas con mucha sutileza. Así que mi Grupo no va a apoyar la proposición del Partido Popular.

Muchas gracias.

La señora PRESIDENTA

—Bueno, pues, tiene la palabra la señora Chacón, para terminar el posicionamiento de todos los grupos y decidir si se acepta o no el apoyo.

Muchas gracias.

La señora CHACÓN GUTIÉRREZ

—Gracias, señora Presidenta.

En primer lugar, señora Ríos, yo simplemente he excusado a mi compañera, la señora Pedemonte, porque no se encuentra en la Cámara. Ni sé ni me importa por qué no lo lleva la señora Collado, pero, si me permite, y ya que usted ha sacado ese debate, pues, quizás, y voy a dar una opinión personal, es porque un papelón para ella, sin duda. Y es un papelón para ella porque posicionarse en contra de esta iniciativa, pues, tiene un doble problema: primero, por su condición de gaditana, y, segundo, por su condición de sanitaria. Así que bastante complicado tenía llevar esta iniciativa.

Y, para no empezar de forma desagradable, yo comparto con usted, señora Ríos, que se trata de enfermedades complejas, sin duda, pero que no basta con lamentarse. Usted ha hecho aquí un alarido, prácticamente, de la situación tan compleja y de lo que sufren los familiares, pero es que a usted no le basta con eso; usted, como persona que sustenta al Gobierno de la Junta de Andalucía, debe y es su obligación poner soluciones encima de la mesa para que el Gobierno de la Junta de Andalucía las ponga en marcha. Porque, le guste o no, es su responsabilidad. Y también es su responsabilidad el no hacer del Gobierno de la Junta de Andalucía.

Mire usted, usted ha dado unas cifras que, desde luego, no las comparto porque una cosa son los diagnósticos que pueda haber, pero también ha habido muchas muertes de personas que han muerto de anorexia, que en el certificado de defunción aparece un fallo cardiovascular. Efectivamente, mueren por fallo cardiovascular, pero lo que no cuentan es que ha sido una enferma de anorexia durante un montón de tiempo.

Y usted ha dado algunos datos que no se corresponden con la realidad. Pero es que, mire usted, señora Ríos, aunque fuera verdad un solo caso, un solo caso de anorexia o de bulimia, es motivo de alarma y es motivo para que el Gobierno andaluz haga sus deberes y se ponga a trabajar.

Y, mire usted, se quedan solos, se quedan solos diciendo que las unidades específicas no es a criterio del Gobierno andaluz lo fundamental y lo necesario. Y se quedan solos diciéndolo porque no lo dice esta diputada —que también—, sino que lo dicen los familiares, lo dicen las asociaciones, se lo están diciendo los propios profesionales: son necesarias las unidades específicas para tratar estas enfermedades. Pero, desde luego, señora Ríos, no hay más ciego que el que no quiere ver.

No me sorprende para nada que el Grupo Socialista intente, intente, porque, desde luego, no lo consigue, tapar las vergüenzas del Gobierno, ese Gobierno que los andaluces, evidentemente, han votado, de eso no tengo ninguna duda, pero que se ha ubicado en la complacencia de decir: «Haga lo que haga, aquí no pasa nada, porque estoy con la soberanía del pueblo. Aquí estoy y hago lo que me place, en un momento determinado». Y eso se ha convertido, desgraciadamente, en una práctica habitual de los gobernantes andaluces.

A lo largo del debate de esta iniciativa, no había perdido la esperanza de que esta iniciativa se aprobara por unanimidad, pero no ha sido así. Y decía que no había perdido la esperanza porque, en breve, se van a celebrar en esta Comunidad Autónoma elecciones autonómicas, y le ha hecho un recorrido perfectamente el portavoz de Izquierda Unida. Mire usted, como pasó en septiembre del año 2003, el señor Delegado Provincial de Salud de Cádiz se comprometió a crear una unidad multidisciplinar en el hospital de Puerto Real. En noviembre del año 2003, se dijo que crearía antes de final de ese año, y no se hizo. En febrero del año 2004, tras una reunión con el delegado de salud, el coordinador de salud mental y el gerente del hospital, se confirman incluso las habitaciones que estarían dispuestas para esa unidad multidisciplinar; en concreto, señora Ríos, la 318 y la 317 del servicio de Medicina Interna. En marzo del año 2004, el gerente dice que se trasladarían esas habitaciones al servicio de Psiquiatría. Luego vienen las elecciones, se terminan los contactos, se terminan las declaraciones públicas de esos altos representantes, y a la asociación se le da la espalda, a esa asociación que le estaban haciendo sus reivindicaciones. Y desde entonces poco se ha hecho, y lo lamentable, señora Ríos, es que poco piensan hacer.

Me parece que la iniciativa que presenta mi grupo parlamentario aquí no se puede decir que no sea rigu-

rosa, que no sea seria y que la estemos abordando, como ustedes siempre las califican, con otras ideas que ustedes se sacan de la manga para tapar sus vergüenzas por no apoyar iniciativas como esta.

Yo, simplemente, decirles —ustedes verán lo que hacen— que las soberanías también se pierden, señora Ríos. Y, ahora, que yo no había perdido la esperanza, porque se celebran elecciones autonómicas, porque ustedes muchas veces se mueven con esos resortes, tenían la oportunidad de haber aprobado esa iniciativa, y tampoco lo han hecho, a pesar de eso.

Así que, simplemente, para acabar, y para acabar en positivo, agradecer al Grupo Parlamentario de Izquierda Unida que haya apoyado esta iniciativa; iniciativa que, sin duda, se pone al lado de las personas que tienen una enfermedad tan dramática como pueda ser la anorexia o la bulimia, y también al lado de sus familiares, de todas las familias gaditanas que lo están padeciendo.

Por mi parte, nada más, y muchas gracias.

La señora PRESIDENTA

—Muchas gracias, señora Chacón.

A continuación, procedemos a las votaciones de las tres proposiciones no de ley.

Comenzamos por la primera proposición no de ley, relativa al centro de salud del barrio del Naranjo, en la ciudad de Córdoba.

Se inicia la votación.

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

Muy bien. Pasamos a la votación de la siguiente proposición no de ley, relativa al impulso al diálogo y a los acuerdos necesarios para la mejora de los dispositivos de cuidados críticos y urgencias del sistema sanitario público andaluz, propuesta por el Grupo de Izquierda Unida.

Se inicia la votación.

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

Pasamos a la votación de la tercera proposición no de ley, relativa a la puesta en marcha de unidades de trastornos alimentarios en la provincia de Cádiz, formulada por el Grupo Parlamentario Popular de Andalucía.

Se inicia la votación.

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

Pues nada, finalizado el orden del día al completo, damos por finalizada la sesión. Que tengan un buen viaje, y nos vemos el mes que viene.

Hasta luego.

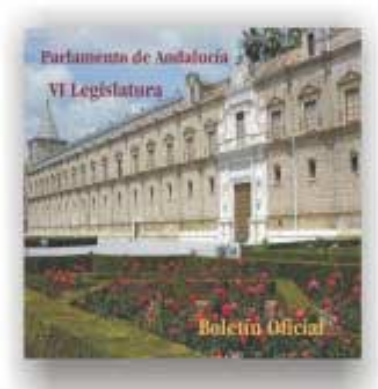
PUBLICACIONES OFICIALES EN INTERNET



El Servicio de Publicaciones Oficiales es el encargado de editar el Boletín Oficial y el Diario de Sesiones del Parlamento de Andalucía. En el ámbito de la página web institucional de la Cámara andaluza Vd. podrá encontrar la siguiente información en relación con estas publicaciones oficiales:

- *Boletines Oficiales del Parlamento de Andalucía*
- *Secciones del BOPA*
- *Diario de Sesiones de las Sesiones Plenarias*
- *Diario de Sesiones de las Comisiones Permanentes Legislativas – Serie A*
- *Diario de Sesiones de las Comisiones Permanentes no Legislativas – Serie B*
- *Índices de Plenos*
- *Índices de Comisiones*
- *Índices y Estadísticas de la actividad parlamentaria*
- *Colección legislativa*
- *Textos Legales en tramitación*
- *Textos aprobados*

PUBLICACIONES OFICIALES DEL PARLAMENTO DE ANDALUCÍA



Edición, diseño y composición:

Servicio de Publicaciones Oficiales

Información:

Servicio de Publicaciones Oficiales

Pedidos:

Servicio de Gestión Económica
c/ Andueza núm. 1
41009-Sevilla

Teléfono:

34 (9) 54 59 21 00

Dirección web

<http://www.parlamentodeandalucia.es>

Correo electrónico:

diariodesesiones@parlamentodeandalucia.es
boletinoficial@parlamentodeandalucia.es



PRECIOS

CD-ROM o DVD

<i>Boletín Oficial</i>	3,61 €
<i>Diario de Sesiones</i>	3,61 €
<i>Colección legislativa</i>	7,21 €

PAPEL (Sólo suscripción anual)

<i>Boletín Oficial</i>	60,10 €
<i>Diario de Sesiones</i>	60,10 €
<i>Suscripción conjunta</i>	96,16 €

