

COMISIONES



Núm. 98

IX Legislatura

Año 2012

SALUD Y BIENESTAR SOCIAL

Presidencia: Ilmo. Sr. D. Francisco Menacho Villalba

Sesión celebrada el miércoles, 5 de diciembre de 2012

ORDEN DEL DÍA

CÁMARA DE CUENTAS DE ANDALUCÍA

Debate agrupado de las siguientes iniciativas:

- 8-11/OICC-000009. Informe especial de la Cámara de Cuentas de fiscalización del proceso asistencial integrado del cáncer de mama, ejercicio 2009.
- 8-11/OICC-000010. Informe especial de la Cámara de Cuentas de análisis y seguimiento de los servicios concertados del sistema sanitario público de Andalucía, Consejería de Salud, ejercicio 2008.
- 8-11/OICC-000020. Informe especial de la Cámara de Cuentas de auditoría operativa del área de gestión sanitaria del Campo de Gibraltar, ejercicio 2009.
- 8-11/OICC-000021. Informe especial de la Cámara de Cuentas de seguimiento de las recomendaciones incluidas en el informe de fiscalización de las residencias de mayores concertadas con el IASS.
- 8-12/OICC-000003. Informe especial de la Cámara de Cuentas de análisis y seguimiento de los servicios concertados por el sistema sanitario público andaluz, Servicio Andaluz de Salud, ejercicio 2009.

COMPARECENCIAS

9-12/APC-000111. Comparecencia de la Excm. Sra. Consejera de Salud y Bienestar Social a fin de informar sobre la deuda de la sanidad pública andaluza, presentada por el G.P. Popular Andaluz.

9-12/APC-000174. Comparecencia de la Excm. Sra. Consejera de Salud y Bienestar Social a fin de informar sobre la situación sanitaria en la provincia de Cádiz, tanto en atención primaria como en atención especializada, presentada por el G.P. Izquierda Unida Los Verdes-Convocatoria por Andalucía.

9-12/APC-000386. Comparecencia de la Excm. Sra. Consejera de Salud y Bienestar Social a fin de informar sobre el estado actual de las donaciones y trasplantes en el sistema sanitario público de Andalucía, presentada por los Ilmos. Sres. D. Francisco José Álvarez de la Chica, D. José Muñoz Sánchez, D. Jesús María Ruiz García, Dña. María Luisa Bustinduy Barrero, Dña. Clara Eugenia Aguilera García y Dña. María Cinta Castillo Jiménez, del G.P. Socialista.

PREGUNTAS ORALES

9-12/POC-000171. Pregunta oral relativa a la atención en el aérea sanitaria, formulada por los Ilmos. Sres. D. Jesús María Ruiz García y D. Alfonso Rodríguez Gómez de Celis, del G.P. Socialista.

9-12/POC-000386. Pregunta oral relativa a los sistemas informáticos del SAS y las agencias públicas, formulada por el Ilmo. Sr. D. Manuel Baena Cobos, del G.P. Izquierda Unida Los Verdes-Convocatoria por Andalucía.

9-12/POC-000387. Pregunta oral relativa a la reducción de jornada al personal eventual del SAS, formulada por el Ilmo. Sr. D. Manuel Baena Cobos, del G.P. Izquierda Unida Los Verdes-Convocatoria por Andalucía.

9-12/POC-000494. Pregunta oral relativa a impagos a los dependientes discapacitados, formulada por la Ilma. Sra. Dña. Amelia Palacios Pérez, del G.P. Popular Andaluz.

PROPOSICIONES NO DE LEY

9-12/PNLC-000224. Proposición no de ley relativa al impulso III Plan Andaluz sobre Drogas y Adicciones, presentada por el G.P. Socialista.

9-12/PNLC-000233. Proposición no de ley relativa a la urgente necesidad de acometer la terminación de las obras del centro de salud José Gallego Arroba de Puente Genil, Córdoba, presentada por el G.P. Popular Andaluz.

SUMARIO

Se abre la sesión a las diez horas, diez minutos del día cinco de diciembre de dos mil doce.

Cámara de Cuentas de Andalucía

8-11/OICC-000009, 8-11/OICC-000010, 8-11/OICC-000020, 8-11/OICC-000021 y 8-12/OICC-000003. Informes especiales de la Cámara de Cuentas de fiscalización del proceso asistencial integrado del cáncer de mama, ejercicio 2009 de análisis y seguimiento de los servicios concertados del sistema sanitario público de Andalucía, Consejería de Salud, ejercicio 2008 de auditoría operativa del área de gestión sanitaria del Campo de Gibraltar, ejercicio 2009 de seguimiento de las recomendaciones incluidas en el informe de fiscalización de las residencias de mayores concertadas con el IASS de análisis y seguimiento de los servicios concertados por el sistema sanitario público andaluz, Servicio Andaluz de Salud, ejercicio 2009 (pág. 5).

Intervienen:

D. Antonio Manuel López Hernández, Presidente de la Cámara de Cuentas.

D. Manuel Baena Cobos, del G.P. Izquierda Unida Los Verdes-Convocatoria por Andalucía.

D. Jesús María Ruiz García, del G.P. Socialista.

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

Comparecencias

9-12/APC-000111. Comparecencia de la Consejera de Salud y Bienestar Social a fin de informar sobre la deuda de la sanidad pública andaluza (pág. 20).

Intervienen:

Dña. María Jesús Montero Cuadrado, Consejera de Salud y Bienestar Social.

Dña. Ana María Corredera Quintana, del G.P. Popular Andaluz.

9-12/APC-000174. Comparecencia de la Consejera de Salud y Bienestar Social a fin de informar sobre la situación sanitaria en la provincia de Cádiz, tanto en atención primaria como en atención especializada (pág. 29).

Intervienen:

Dña. María Jesús Montero Cuadrado, Consejera de Salud y Bienestar Social.

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

9-12/APC-000386. Comparecencia de la Consejera de Salud y Bienestar Social a fin de informar sobre el estado actual de las donaciones y trasplantes en el sistema sanitario público de Andalucía (pág. 35).

Intervienen:

Dña. María Jesús Montero Cuadrado, Consejera de Salud y Bienestar Social.

D. Jesús María Ruiz García, del G.P. Socialista.

Preguntas orales

9-12/POC-000171. Pregunta oral relativa a la atención en el aérea sanitaria (pág. 38).

Intervienen:

Dña. Clara Eugenia Aguilera García, del G.P. Socialista.

Dña. María Jesús Montero Cuadrado, Consejera de Salud y Bienestar Social.

9-12/POC-000386. Pregunta oral relativa a los sistemas informáticos del SAS y las agencias públicas (pág. 40).

Intervienen:

D. Manuel Baena Cobos, del G.P. Izquierda Unida Los Verdes-Convocatoria por Andalucía.

Dña. María Jesús Montero Cuadrado, Consejera de Salud y Bienestar Social.

9-12/POC-000387. Pregunta oral relativa a la reducción de jornada al personal eventual del SAS (pág. 41).

Intervienen:

D. Manuel Baena Cobos, del G.P. Izquierda Unida Los Verdes-Convocatoria por Andalucía.

Dña. María Jesús Montero Cuadrado, Consejera de Salud y Bienestar Social.

9-12/POC-000494. Pregunta oral relativa a impagos a los dependientes discapacitados (pág. 42).

Intervienen:

Dña. Amelia Palacios Pérez, del G.P. Popular Andaluz.

Dña. María Jesús Montero Cuadrado, Consejera de Salud y Bienestar Social.

Proposiciones no de ley

9-12/PNLC-000224. Proposición no de ley relativa al impulso III Plan Andaluz sobre Drogas y Adicciones (pág. 46).

Intervienen:

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

D. Manuel Baena Cobos, del G.P. Izquierda Unida Los Verdes-Convocatoria por Andalucía.

Votación: Aprobada por unanimidad.

9-12/PNLC-000233. Proposición no de ley relativa a la urgente necesidad de acometer la terminación de las obras del centro de salud José Gallego Arroba de Puente Genil, Córdoba (pág. 50).

Intervienen:

D. Manuel Baena Cobos, del G.P. Izquierda Unida Los Verdes-Convocatoria por Andalucía.

D. Jesús María Ruiz García, del G.P. Socialista.

Votación: Aprobada por unanimidad.

Se levanta la sesión a las catorce horas, cincuenta y un minutos del día cinco de diciembre de dos mil doce.

8-11/OICC-000009, 8-11/OICC-000010, 8-11/OICC-000020, 8-11/OICC-000021 y 8-12/OICC-000003. Informes especiales de la Cámara de Cuentas, de fiscalización del proceso asistencial integrado del cáncer de mama, ejercicio 2009; de análisis y seguimiento de los servicios concertados del sistema sanitario público de Andalucía, Consejería de Salud, ejercicio 2008; de auditoría operativa del área de gestión sanitaria del Campo de Gibraltar, ejercicio 2009; de seguimiento de las recomendaciones incluidas en el informe de fiscalización de las residencias de mayores concertadas con el IASS de análisis, y seguimiento de los servicios concertados por el sistema sanitario público andaluz, Servicio Andaluz de Salud, ejercicio 2009

El señor MENACHO VILLALBA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Buenos días.

Vamos a dar comienzo a la Comisión de Salud y Bienestar social dándoles, una vez más, la bienvenida al Presidente de la Cámara de Cuentas y a su equipo.

Como quedamos en la Mesa, va a ser una información agrupada de los cinco informes. Después, vais a tener cada uno de los portavoces de los distintos grupos una primera intervención de 15 minutos, interviene el Presidente de la Cámara y, después, tendréis otros siete minutos para aquel portavoz que quiera hacer uso de ellos.

Así que, sin nada más, empezamos la Comisión dando la palabra al Presidente de la Cámara de Cuentas.

El señor LÓPEZ HERNÁNDEZ, PRESIDENTE DE LA CÁMARA DE CUENTAS

—Buenos días.

En primer lugar, quiero agradecer la presencia también en la comparecencia de la Consejera Carmen Iglesias, de la Cámara de Cuentas, y de parte del equipo de Presidencia, que está aquí también presente.

Bien, como se señala, es una comparecencia agrupada, y voy a ir refiriéndome seguidamente a cada uno de los informes. Las fiscalizaciones a las que voy a ir refiriéndome se corresponden con planes de actividades incluidas en los planes de actuación de 2009 y 2010, y voy a intentar exponerles los principales aspectos de cada una de ellas.

La que hace referencia al análisis y seguimiento de los servicios concertados del sistema sanitario público andaluz, Consejería de Salud, ejercicio 2008, concretamente, se incluyó en el plan de actuación de 2009 y fue aprobada por el Pleno de la Cámara en marzo de 2011. El concierto se configura como un instrumento complementario de apoyo al sector público, motivo

por el cual los hospitales concertados se consideran como una herramienta más que contribuye a garantizar los plazos de respuesta en la demanda quirúrgica, en la demanda para los procesos asistenciales, en las primeras consultas en atención especializada y en los procedimientos diagnósticos. Esta figura se formaliza mediante un contrato de servicio público con un periodo de vigencia de un máximo de cuatro años, en el que, junto con la determinación de la cartera de servicios que se contratan en cada centro, se establece, además, un límite económico global.

En el momento de realizar este informe, la Consejería de Salud tenía suscritos conciertos con diversas entidades privadas, titulares de 17 centros hospitalarios homologados, situados en las provincias de Almería, Cádiz, Córdoba, Huelva, Granada, Málaga y Sevilla. El régimen asistencial contratado en todos los centros es el hospitalario y el ambulatorio, aplicable en este último a las consultas externas especializadas, a la unidad quirúrgica ambulatoria, a los servicios de rehabilitación y a los servicios generales clínicos del hospital.

El gasto presupuestario derivado de la prestación de servicios hospitalarios concertados se contabiliza en el presupuesto de la Consejería de Salud dentro del programa de atención sanitaria con medios ajenos. Durante el año 2008, el volumen de recursos dedicados a la financiación de los servicios asistenciales concertados alcanzó 157 millones para una cobertura de población de 8.202.220 habitantes.

El objetivo de este informe ha sido verificar el adecuado cumplimiento de la normativa en la contratación y gestión para la prestación y gestión de asistencia hospitalaria y especializada mediante dos conciertos entre la Consejería de Salud y los centros hospitalarios de propiedad privada, así como comprobar el grado de eficacia de los controles establecidos por la Administración sanitaria autonómica para asegurar el cumplimiento tanto en el plano económico como en lo relativo a la calidad asistencial.

El alcance de la fiscalización abarca cinco de los ocho conciertos vigentes en el año 2008 y se extiende al conjunto de actuaciones llevadas a cabo por la Consejería de Salud y por las delegaciones provinciales de Almería, Cádiz, Córdoba, Huelva, Málaga y Sevilla, en relación con la gestión y el control de los contratos firmados con una serie de entidades, que son las siguientes: Orden Hospitalaria de San Juan de Dios; José Manuel Pascual Pascual, Sociedad Anónima; Cristóbal Castillo, Sociedad Anónima, y Clínica Terapéutica Mediterráneo, Sociedad Anónima. La prestación de los servicios sanitarios de las entidades que he mencionado se ha efectuado en los siguientes centros: Clínica Terapéutica Mediterráneo y Clínica Virgen del Mar, en Almería; Hospital San Juan Grande, Hospital Traumatológico Clínica San Rafael, Hospital Santa María del Puerto, Hospital Virgen de las Montañas y Hospital Virgen del Camino, todos ellos en Cádiz; Hospital San

Juan de Dios, en Córdoba; Hospital Blanca Paloma, en Huelva; Hospital Fac Doctor Pascual en Málaga; Hospital San Juan de Dios de Sevilla.

Y, a continuación, paso a señalar algunos de los aspectos más relevantes de esta fiscalización. Se ha constatado una cierta obsolescencia y ambigüedad en el contenido y definición de algunos procedimientos incluidos en la normativa aplicable a los conciertos sanitarios y en los pliegos que componen el contrato. Esto, unido a la implementación de nuevos procedimientos de derivación, procesos de facturación y control de la actividad, hace recomendable revisar y actualizar la normativa reguladora de los conciertos, así como proceder a clarificar y a completar las reglas contenidas en los correspondientes pliegos.

En cuanto a los diversos procedimientos de sistemas implantados para la gestión y control de la actividad concertada, hay que señalar los siguientes aspectos: respecto al procedimiento administrativo para derivar pacientes a los centros concertados, se observa una falta de regulación actualizada y homogénea del sistema de derivación. Asimismo, los medios humanos dedicados a la gestión de derivación son dispares en cada delegación provincial y, en algunos casos, insuficientes. Del seguimiento realizado al procedimiento de los pacientes derivados para las intervenciones quirúrgicas, se destaca la necesidad de implantar el registro de demanda quirúrgica del sistema sanitario público de Andalucía para el control y gestión de la demanda correspondiente a las intervenciones quirúrgicas programadas, sujeta o no a plazo de garantía.

En relación a la derivación de pacientes para primeras consultas de asistencia especializada y pruebas diagnósticas, señalar que en el periodo de fiscalización no se había constituido el registro de demanda de asistencia sanitaria para las pruebas diagnósticas y consultas externas. Además, ninguna delegación provincial dispone de un programa corporativo e integrado que facilite la gestión de estos servicios. Las delegaciones provinciales de Almería, Huelva, Málaga y Sevilla —en esta última solo para los procedimientos diagnósticos, ya que no tiene concertado el servicio de consultas externas— realizan un seguimiento de los servicios prescritos con los facturados; en el resto no existe control de los pacientes derivados de los mencionados procesos y, por lo tanto, de los servicios facturados.

Por otro lado, para el registro de la actividad realizada, se ha implantado una base de datos denominada Sistema de Información de la Asistencia Concertada, que incluye la información generada en los procesos asistenciales de cada centro. Para la gestión del procedimiento de derivación de pacientes inscritos en el registro de demanda quirúrgica y en situación de lista de espera para las intervenciones quirúrgicas, se ha creado la aplicación para la gestión de la demanda, implantada en todas las unidades de gestión provincial y en los centros concertados.

Para evaluar la gestión de la demanda de actividad programada, se ha realizado un análisis de este sistema, comprobando la fiabilidad de los registros existentes en cada hospital. Se han detectado diversas diferencias no justificadas en el número de intervenciones registradas en los dos sistemas de información implantados; es decir, la aplicación para la gestión de la demanda y el sistema de información para la asistencia concertada. Además, se ha comprobado que, aunque los centros concertados y las unidades de gestión provincial son las encargadas de los procesos de mantenimiento y actualización de los datos contenidos en los registros de demanda, en ambas unidades administrativas el módulo implantado tiene las funciones limitadas tanto para la entrada y salida de los datos como para las consultas u obtención de datos estadísticos respecto de la información que se registra. Por tanto, se recomienda revisar tanto el sistema de información de la asistencia concertada, como el módulo correspondiente a la lista de esperas quirúrgica, al objeto de posibilitar una eficaz explotación de la información registrada que permita el diseño de consultas o elaboración de informes corporativos.

Finalmente, se han comprobado la demora y el tiempo de resolución de los pacientes derivados y pertenecientes a la lista de espera para intervenciones quirúrgicas. De los datos expuestos en el informe, se destaca que en el 35% de los hospitales que no tienen concertado el servicio de atención de urgencia se ha superado el plazo máximo de garantía, siendo ello imputable en un 83% de los casos a la demora de los hospitales concertados en practicar la intervención quirúrgica desde la fecha de derivación pertinente. En los hospitales con servicio de urgencia, se destaca que, de las 71 intervenciones quirúrgicas, en 26 se supera el plazo de garantía.

Por lo que se refiere a la segunda fiscalización objeto de esta comparecencia, que es la que hace referencia al análisis y seguimiento de los servicios concertados del sistema sanitario público andaluz, pero en este caso Servicio Andaluz de Salud y para el ejercicio 2009, señalar que esta fiscalización se incluyó en el plan de actuaciones de 2010 y que fue aprobada por el Pleno de la Cámara de Cuentas en octubre de 2011.

Con este informe se persigue verificar el adecuado cumplimiento en la contratación y su ejecución, así como en la gestión para la prestación de los servicios sanitarios concertados por el SAS. Para concretar el alcance de la fiscalización se realizó un estudio previo sobre la totalidad de los servicios concertados y la diversidad de proveedores. En un primer análisis se dedujo que, en todos los centros, el volumen económico de gasto realizado se centraba en una serie de servicios, los que paso a señalar: hemodiálisis, servicio domiciliario de terapia respiratoria, técnicas de diagnóstico por imagen de resonancia magnética nuclear y transporte sanitario programado. El gasto

de los servicios mencionados supone el 64% del total de las obligaciones reconocidas, por lo que el alcance material de la revisión hace referencia a una muestra de contratos que tienen por objeto la gestión de los servicios que he mencionado.

En cuanto al ámbito subjetivo, la fiscalización se centró en una evaluación de los procedimientos de gestión llevados a cabo por los siguientes centros hospitalarios: Hospital Universitario San Cecilio, Granada; Complejo Hospitalario de Jaén; Hospital Regional Universitario Carlos Haya de Málaga; Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Málaga; y Hospital Universitario Virgen del Rocío en Sevilla. La información objeto de examen ha sido el gasto devengado para la financiación de los servicios asistenciales concertados, que, para el ejercicio 2009, objeto de la fiscalización, alcanzó 216 millones de euros para una cobertura de población de 8.302.923 habitantes. Y seguidamente paso a exponerles de forma resumida las conclusiones más relevantes.

En cuanto al cumplimiento de la legalidad, destaca que, en el momento de realizar este informe, el marco regulador es insuficiente y no está actualizado. Por ello, la Cámara de Cuentas de Andalucía recomienda, por un lado, desarrollar una normativa común que regule la actividad de concentración..., perdón, perdón, de concertación sanitaria con entidades ajenas, y que permita el seguimiento de la actividad y del consumo de esos servicios, y, asimismo, implantar un sistema centralizado de información que sirva como instrumento para la planificación y adecuada coordinación de las ofertas externas de los servicios sanitarios para su control y seguimiento.

En relación con el control interno, merece la pena señalar las siguientes debilidades: No se dispone de procedimientos de gestión de calidad en los que se detallan las acciones a desarrollar por las unidades y servicios responsables de las prestaciones concertadas y no se ha implantado un sistema de información que genere datos de la actividad desarrollada y que sirva de apoyo a la función de control.

En relación al sistema de facturación, señalar que difiere según los servicios y los hospitales analizados. Así, por tarifas o precios unitarios máximos, para los servicios de análisis y resonancia magnética nuclear y para los conciertos de terapias respiratorias formalizados por Virgen del Rocío, Centro Hospitalario Jaén y San Cecilio, a tanto alzado, con presupuesto fijo mensual, para todos los conciertos de transporte sanitario programado, para los de terapia respiratoria, formalizados en Virgen de la Victoria y Carlos Haya. En la mayoría de los hospitales no consta una aplicación que contenga todos los datos recogidos en el documento de prescripción, así como los relacionados en la ejecución de la prestación, a fin de que puedan comprobar los servicios solicitados y facturados. Asimismo, en ninguno de los centros fiscalizados se manejan indicadores específicos para evaluar la eficacia de la actividad,

aun cuando algunos conciertos prevén indicadores de ejecución o de gestión de la prestación.

El estudio comparativo de los precios base de licitación y de adjudicación, así como de la actividad desarrollada y los precios facturados en cada uno de los servicios analizados, nos llevaría al siguiente análisis.

Terapias respiratorias. Los precios de adjudicación por habitante de este servicio concertado en los hospitales de Virgen de la Victoria, Centro Hospitalario de Jaén y San Cecilio son 3,27, 4,17, 4,33 euros respectivamente, aun teniendo el mismo suministrador, mientras que Virgen del Rocío obtiene un precio por habitante de 3,96 y Carlos Haya 3,89 euros cada uno.

El servicio de terapia respiratoria a tanto alzado es más rentable desde el punto de vista económico que el pago por tarifas, ya que se obtienen precios entre un 25% y un 75% inferiores a las tarifas, consiguiendo los ahorros más importantes los hospitales Carlos Haya y Virgen de la Victoria, cuyo sistema de pago es a tanto alzado.

Resonancia magnética nuclear. En el año 2009 no consta que los precios y condiciones económicas para la realización de los estudios de resonancia tuvieran una regulación específica y actualizada, por lo que cada hospital fija su presupuesto unitario de licitación sin limitación alguna. Respecto a los precios facturados por los servicios prestados, se desprende un precio medio de 119,96 euros para los estudios simples y 185,44 para los dobles. La diferencia más elevada respecto al precio medio la refleja el Hospital de San Cecilio, con un 26% en los estudios simples y un 23% en los dobles.

Transporte sanitario programado. El Hospital Virgen del Rocío presenta el precio de adjudicación más alto por habitante, con 0,84 euros, frente a 0,36 del Hospital Virgen de la Victoria. A este respecto también es relevante el precio por habitante que presenta el Centro Hospitalario Jaén, 0,70, ya que es casi el doble al de Virgen de la Victoria, aun cuando se adjudican a la misma empresa concertada y en el mismo ejercicio. Relacionando el precio con la actividad desarrollada, el servicio más caro se produce en el Hospital Virgen del Rocío, tanto a nivel de prestaciones —41,76 euros— como comparando con la población de referencia —12,31 euros—.

Hemodiálisis, para terminar. Teniendo en cuenta el número total de sesiones de hemodiálisis realizadas, el precio más alto de la modalidad Club Diálisis lo refleja el Hospital Virgen del Rocío, con 133,73 euros. Respecto a la modalidad Centro Satélite, el precio más elevado se presenta en el Centro Hospitalario Jaén, con 128,74 euros, siendo este superior al de la modalidad Club Diálisis del mismo hospital en 7,55 euros, cuando la característica de la modalidad Centro Satélite es que todos los medios necesarios para el tratamiento de diálisis, excepto el nefrólogo del hospital, correspondiente al SAS, corren a cargo de la empresa contratada.

Continuando con otro de los informes que hoy se presentan, la fiscalización del proceso asistencial integrado Cáncer de Mama, ejercicio 2009, señalar que este trabajo, esta fiscalización, estaba incluida en el plan de actuaciones de 2010 y fue aprobada por el Pleno de la Cámara de Cuentas en febrero de 2011.

La gestión por procesos se propone por el III Plan Andaluz de Salud y el Plan Marco de Calidad y Eficiencia de la Consejería de Salud como una alternativa a la gestión y organización tradicional de la asistencia sanitaria. El proceso asistencial integrado de cáncer de mama, concretamente, se define como las acciones sanitarias a realizar en pacientes que presentan signos y/o síntomas clínicos, o hallazgos en pruebas diagnósticas con técnicas, de imágenes sospechosas de malignidad procedentes de cualquier nivel de asistencia, ya sea asistencia primaria, atención especializada, hospitalización, consulta externa, urgencia o programas de detección precoz.

La detección precoz mediante la realización de estudios mamográficos periódicos permite disminuir la mortalidad por esta causa, con la garantía de una rápida respuesta en caso de detección de alguna lesión sospechosa. Por esta razón, desde 1995, y con la implantación progresiva en los distintos distritos de atención primaria, se puso en marcha el Programa de Detección Precoz del Cáncer de Mama, siguiendo las directrices que en su día marcó la Red Europea de Cáncer de Mama, basada en tres parámetros: programa de base poblacional, censo municipal, mujeres con edades comprendidas entre 50 y 65 años y periodicidad bienal.

Dadas las características geográficas y poblacionales de nuestra Comunidad, esta actividad ha ido implantándose progresivamente, hasta que en el año 2004 llegó a incluir en el programa a todas las mujeres residentes en Andalucía con edades comprendidas entre 50 y 65 años. Una vez alcanzada el cien por cien de la cobertura en esta franja de edad, y siguiendo las recomendaciones del Consejo Europeo sobre, digamos, el cribado del cáncer de mama, en 2006 se amplió la edad de la población objetivo hasta los 69 años. En 2009 se ha vuelto a alcanzar el cien por cien de la cobertura.

La gestión del programa de detección precoz se lleva a cabo por los distritos sanitarios de atención primaria, los cuales disponen de una aplicación informática, elaborada por la Escuela Andaluza de Salud Pública, en colaboración con el SAS, cuya explotación se realiza individualmente en cada uno de los distritos. El límite de entrada al programa son pacientes con signos o síntomas clínicos de sospecha que pueden proceder del programa de detección precoz o de otras vías de acceso del sistema sanitario. El trabajo de fiscalización se ha configurado como una fiscalización operativa de carácter horizontal, al objeto de realizar la evaluación funcional de este proceso, del proceso asistencial integrado del cáncer de mama, verificando la operatividad

de todas las fases que lo integran y el cumplimiento de los objetivos propuestos por la Consejería de Salud a los distintos centros implicados en las acciones que componen el proceso, a saber: accesibilidad, coordinación de todos los profesionales, rapidez de respuesta en diagnóstico y tratamiento, transparencia de información y calidad en la asistencia prestada.

El objetivo de este informe consiste en concluir sobre la eficacia, eficiencia, economía, accesibilidad y equidad en la ejecución del proceso integral del cáncer de mama, por parte del sistema sanitario público de Andalucía, durante el periodo que ha sido objeto de fiscalización.

El trabajo de campo se ha realizado en las siguientes provincias y centros:

Programa de Detección Precoz, liderado y gestionado desde el nivel de atención primaria, 24 distritos de atención primaria y nueve áreas de gestión sanitaria, con un total de 38 puntos de notificación, distribuidos entre las ocho provincias de la Comunidad Autónoma, se han analizado los siguientes distritos sanitarios: Aljarafe, en Sevilla; Poniente, Almería; Antequera, Málaga Bahía, y La Janda, en Cádiz.

Seguimiento del proceso asistencial en los centros hospitalarios, entradas procedentes del Programa de Detección Precoz, de otras vías de acceso. En este caso se han analizado los siguientes hospitales: el hospital San Juan de Dios, Bormujos, en Sevilla; hospital de la Mujer, Virgen del Rocío, Sevilla; Empresa Pública Hospitalaria del Poniente, en El Ejido, Almería; hospital Torrecárdenas, en Almería; área sanitaria de Antequera, en Málaga, y hospital Puerta del Mar, en Cádiz.

Se han seleccionado indicadores de calidad definidos por la Consejería de Salud aplicando criterios de validez, relevancia, comparabilidad y mínimo número, máxima información.

La fuente principal de información ha sido la documentación clínica registrada en formato papel o bien en formato informático, según los centros.

A continuación paso a exponerles las principales conclusiones de esta fiscalización.

De las pruebas de auditoría que se han realizado, se puede concluir que los protocolos de estación clínica se cumplen en todos los centros analizados, donde se ha comprobado la implantación de la unidad de patología mamaria y el comité de tumores. Con independencia de la procedencia de las pacientes, se ha podido comprobar la inmediatez y coordinación de los distintos niveles para asegurar la asistencia sanitaria inmediata y adecuada, en cada caso.

La cobertura del Programa de Detección Precoz es del cien por cien de la población objetivo; no obstante, la falta de información integral sobre los indicadores diseñados en el programa impide disponer de estudios empíricos que evalúen la eficacia en la detección precoz en nuestra Comunidad Autónoma, desde la puesta en marcha del programa hasta la actualidad. Es por esto

que resulta necesario integrar la información en una base de datos única, de forma que permita la evaluación, supervisión y control de los datos, así como la obtención de indicador de resultados y eficacia del programa.

No se dispone de información analítica que evalúe el coste sanitario de la gestión mediante proceso asistencial integrado del problema de salud que supone el cáncer de mama. Tampoco se dispone de estudios analíticos que permitan conocer la evaluación económica de la ejecución del Programa de Detección Precoz. La falta de modelos analíticos impide conocer la relación coste-eficacia de la implantación de medidas de prevención y tratamiento, así como evaluar el coste asociado a las decisiones clínicas relacionadas con el desarrollo del proceso asistencial integrado.

Por ello, se recomienda el impulso de la Consejería de Salud para la puesta en marcha de modelos de cálculos analíticos que permitan evaluar e identificar el peso económico de los modelos de lo gestión integral de salud en el presupuesto del sistema sanitario público andaluz, así como evaluar la correcta utilización de los recursos disponibles.

En relación al cumplimiento de los objetivos del proceso asistencial integrado cáncer de mama, merece destacar lo siguiente: la implantación de este proceso asistencial en el sistema sanitario ha supuesto la interconexión de los distintos niveles de atención sanitaria y la reordenación de los recursos humanos, materiales y medios técnicos. Estas acciones han permitido un continuo asistencial en el tratamiento de este problema de salud, estrategias preventivas, pruebas diagnósticas y actividad terapéutica y la mejora tanto en la calidad del servicio como de los resultados asistenciales obtenidos en términos de efectividad clínica. Actualmente no se dispone de estudios empíricos que permitan concluir sobre el objetivo de disminución de la mortalidad en un 30%. No se dispone de información que permita conocer la satisfacción de las usuarias del proceso, tanto en la fase *screening* como en la fase asistencial.

En relación con la eficiencia y economía en la utilización de los recursos, señalar que no se dispone de información económica ni analítica sobre el coste de los recursos asignados al proceso asistencial integrado. Estas limitaciones impiden concluir sobre la eficiencia y economía del mismo.

Y finalmente, en cuanto a la accesibilidad y equidad, señalar que la distribución de los recursos del proceso asistencial se ha realizado atendiendo a criterios de densidad, concentración de la población y disponibilidad de los servicios públicos, y permite el acceso al sistema sanitario en términos de igualdad y equidad en todo el territorio de la Comunidad Autónoma.

Pasando al siguiente informe de fiscalización, en este caso, referido a la auditoría operativa del área de gestión sanitaria Campo de Gibraltar, ejercicio 2009, señalarles que formaba parte este trabajo del

plan de actuaciones de la Cámara de 2010 y que fue aprobado por la misma, por el Pleno de la misma, en septiembre de 2011.

El área de gestión sanitaria Campo de Gibraltar se constituye por la Orden de 2 de diciembre de 2002, de la Consejería de Salud, para la gestión unitaria de los recursos de las áreas hospitalarias de La Línea, Punta Europa, en Algeciras y el distrito de atención primaria del Campo de Gibraltar, compuesto por seis zonas básicas de salud, 11 centros de salud, 18 consultorios locales y seis consultorios auxiliares, y aquellos otros centros del sistema sanitario público de Andalucía que se puedan adscribir.

Da cobertura a una población de 263.749 habitantes, que corresponden a los municipios de Algeciras, Los Barrios, Tarifa, La Línea, San Roque, Jimena y Castellar de la Frontera.

Dispone de un total de 487 camas de hospitalización y la plantilla medida durante el ejercicio objeto de fiscalización, es decir, 2000-2009, ha sido de 3.095 personas, de las cuales, 2.252 es personal sanitario y 843 personal no sanitario.

El objetivo de este trabajo de fiscalización consiste en concluir sobre los niveles de eficacia, eficiencia y economía alcanzados por esta área de gestión durante el ejercicio 2009, así como sobre el cumplimiento de los principios de equidad y calidad en el desarrollo de la calidad asistencial que tiene encomendado.

Para ello se ha realizado un análisis operativo de la gestión integral del área, desde el punto de vista de la actividad asistencial, actividad quirúrgica, gestión de las listas de espera, calidad de la atención hospitalaria y gestión económica de los recursos.

Como alcance de la fiscalización, ha sido considerado el área de gestión sanitaria en su conjunto, integrado por todos los datos e información sobre su actividad.

Las conclusiones más relevantes del trabajo son las que paso a señalarles:

Por lo que se refiere a la estructura organizativa, a la fecha de emisión del informe, el área no dispone de un marco normativo que permita el nombramiento de los puestos de trabajo como tal área de gestión sanitaria. Asimismo, no dispone de un marco normativo que permita la contratación de personal con vinculación de área, en vez de por cada centro de forma independiente. Este hecho dificulta y en ocasiones impide la adecuada gestión y organización eficiente de los recursos en función de lo que son las necesidades asistenciales.

Por lo que se refiere a fijación y consecución de objetivos, el área de gestión sanitaria dispone de un cuadro de mandos para fijar y evaluar los diferentes objetivos establecidos para cada uno de los dos hospitales de forma independiente. Los mismos servicios de especialidades de cada centro, incluso los configurados como unidades de gestión clínica, excepto por lo que se refiere a farmacia, medicina nuclear, establecen objetivos distintos para cada hospital.

A partir del ejercicio 2010 se ha iniciado la negociación de los acuerdos de gestión, iniciativa de la gerencia del área para diseñar la estrategia de integración de la actividad de los centros, de forma que se acentúe, realmente, como área de gestión sanitaria.

La consecución de objetivos del contrato-programa para 2009 ha alcanzado el 69%. No está disponible este dato respecto al 2008, pero sí ha sido posible comprobar que el complemento de productividad aprobado por el gerente del SAS para el equipo directivo del área se ha incrementado un 45% respecto a lo aprobado en el ejercicio 2008. Por tanto, podemos concluir que en el ejercicio 2009 se ha iniciado un incremento de la eficacia en el cumplimiento de los objetivos previstos, en el contrato-programa, respecto a la tendencia de ejercicios anteriores.

Por lo que se refiere a eficacia y eficiencia, y en concreto respecto a la actividad de hospitalización, el área de gestión sanitaria del Campo de Gibraltar está clasificada en el grupo de hospitales de especialidades, pero, individualmente, cada uno de los hospitales que lo componen están clasificados en distintos niveles y con poblaciones de cobertura distinta, lo que determina que la actividad esperada en relación con el número de ingresos y, por tanto, el índice de frecuentación hospitalaria, que es el número de ingresos por cada mil habitantes, resulten sustancialmente distintos.

El hospital de La Línea presenta un porcentaje de ocupación bajo, el 66%, un 19% inferior respecto al Hospital Punta Europa, que es el del 79%. Ambos hospitales presentan un índice de utilización de estancias por encima de la unidad. Por lo tanto, el resultado del indicador para el área de gestión refleja un consumo real de estancia superior al esperado para la casuística, con respecto tanto a los hospitales de su nivel como al conjunto de los hospitales de Andalucía.

En lo que se refiere a actividad de consultas, se observa una gran diferencia entre la actividad que desarrollan ambos hospitales teniendo en cuenta los medios disponibles. El hospital Punta Europa dispone del doble de salas de consulta y de un 70% más de facultativos; en cambio, el total de consultas es solo en un 30% superior.

El número de consultas por salas es un 66% superior en el hospital de La Línea y el índice de rotación de usuarios por sala también es superior, en un 7%. Cada espacio físico es utilizado para una media de dieciocho consultas diarias, en el hospital de La Línea, frente a las once calculadas para el hospital Punta Europa.

En lo que se refiere a la actividad de urgencias, la gestión resulta más eficiente en el hospital de La Línea, que resuelve estos episodios con un menor número de ingresos. En relación con el resto de hospitales de especialidades del sistema sanitario, los indicadores son favorables al área del Campo de Gibraltar, que presenta el mayor número de urgencias atendidas y el porcentaje de urgencias ingresadas más bajo de todos ellos.

En cuanto a la actividad quirúrgica, el área de Campo de Gibraltar presenta el índice de resolución de cirugía mayor ambulatoria más bajo de todos los hospitales de especialidades del sistema sanitario andaluz. El porcentaje de ingresos, después de una intervención de este tipo, también resulta el más bajo del conjunto de hospitales de especialidades. Ambos hospitales han realizado un importante esfuerzo orientado a la consecución del objetivo de prevención y control y han logrado disminuir los porcentajes de prevalencia de infecciones nosocomiales, y de prevalencia de pacientes con infecciones nosocomiales, hasta situarse, en ambos indicadores, por debajo de la media nacional y de los hospitales del sistema sanitario público de Andalucía.

En cuanto a la actividad de atención primaria, no hay un cuadro de mando integral para el seguimiento de los objetivos propuestos en el contrato programa. La Subdirección de Gestión y Evaluación de Resultados de Insalud elabora anualmente un informe en el que aporta información comparada de la actividad desarrollada por los distritos de atención integrados en el sistema público andaluz. El objetivo del contrato programa en cuanto al indicador de demora es de un 3%. Todos los centros alcanzan este objetivo, con un porcentaje de demora que en el ejercicio 2009 es del 0,5%. La tasa estándar de derivación desde atención primaria a primera consulta de especialidades está establecida en 240,16; tasa estandarizada por cada mil habitantes. La tasa de derivación de los centros de atención primaria en el área del Campo de Gibraltar ha sido de 256.

En cuanto a la frecuentación en domicilio, los centros de primaria del Campo de Gibraltar están por debajo de la media alcanzada por otros distritos de similar población. Este hecho puede explicarse por la extensión geográfica y dispersión de la población de cobertura.

Por lo que se refiere a las conclusiones del informe de carácter económico, señalar que el área de gestión del Campo de Gibraltar presenta una situación deficitaria acumulada, siendo el total de gastos pendientes de imputar a presupuesto al cierre del ejercicio 2009 de 21 millones. Este déficit se concentra en el capítulo II del presupuesto de gastos, principalmente en el consumo de productos farmacéuticos, material sanitario y prótesis.

En lo que se refiere a gastos de personal, en el ejercicio 2009 se ha observado una disminución del gasto de personal directivo, motivado por la disminución de los puestos de dirección y de jefatura de servicio. Los indicadores que relacionan el coste de personal del área del Campo de Gibraltar con la población y con las altas se encuentran en la media del resto de los hospitales de especialidades.

El coste medio del personal de hospitalización-atención al paciente ingresado del hospital de La Línea resulta un 19% más elevado que en el hospital Punta Europa. Todos los servicios, excepto Medicina Interna y Pediatría, presentan un coste superior en el hospital

de La Línea, destacando los servicios de hematología y hemoterapia clínica, oftalmología y otorrinolaringología.

En lo que se refiere a los gastos de farmacia, los indicadores de consumo farmacéuticos del área del Campo de Gibraltar se sitúan en las posiciones más favorables respecto a su grupo de referencia, presentando el menor consumo por alta del grupo y de los más bajos en el resto de indicadores. La prescripción por principio activo establecida como objetivo en el contrato programa continúa siendo baja en relación con los hospitales de su nivel.

Por lo que se refiere a gastos de material fungible sanitario, se han calculado indicadores a partir de la información facilitada por el sistema de contabilidad analítica. Los resultados obtenidos son muy similares en ambos hospitales. El Hospital Punta de Europa presenta resultados más desfavorables.

En lo concerniente a gastos en prótesis, del total del gasto en prótesis se han analizado los consumos de cardiovasculares y traumatológicas, por ser estos los de importes más significativos —representan el 85% del gasto contabilizado—. El coste por altas y puntos/grupos relacionados de diagnóstico, los RD, relacionados con prótesis traumatológicas, es muy superior en el hospital de La Línea, 62% en consumo/altas y un 76% con consumo/puntos. Para las prótesis cardiovasculares, aunque el consumo por alta sea mayor en el hospital de La Línea, el indicador que relaciona el coste con la complejidad de los procedimientos resulta algo superior en el Hospital Punta Europa. El área del Campo de Gibraltar no dispone de procedimientos escritos y autorizados por la dirección en los que se describan los circuitos administrativos para la selección y adquisición de los implantes y prótesis quirúrgicos.

En lo que se refiere a la accesibilidad y equidad, y en concreto a la gestión de listas de espera, en el Hospital Punta de Europa tan solo un caso ha sido intervenido fuera del plazo de garantía. Han sido detectadas un total de siete suspensiones temporales por causas clínicas del paciente, que son reprogramados una vez que se ha rechazado la oferta de concertación. En el Hospital de La Línea, de una muestra inicial de 29 casos, el 27% presentaron incidencias.

Por lo que se refiere a la satisfacción de los pacientes, según las encuestas realizadas, los usuarios del hospital de La Línea están, en casi todos los indicadores de satisfacción, por debajo de la media de Andalucía. El número de reclamaciones presentadas en 2009 en el conjunto del área ha descendido un 10,8% respecto a los años anteriores.

Para terminar, haré referencia a una serie de conclusiones generales sobre este informe.

Como resultado de los análisis realizados, se puede concluir que el proyecto de área-gestión sanitaria no ha cumplido los objetivos de incrementar la eficacia y eficiencia en la gestión de los recursos sanitarios. Entre los motivos se encuentran principalmente los siguientes:

La falta de autorización y aprobación de una plantilla directiva adecuada a la configuración como área de gestión sanitaria que permita desarrollar el proyecto de gestión integral de los recursos de los dos centros hospitalarios que lo integran; una población de cobertura amplia y dispersa, y con parámetros socioeconómicos complejos y singulares; la oposición de los usuarios del sistema a ser atendidos en uno u otro centro del área al entender que no les corresponde —ello dificulta, y con frecuencia impide, la gestión eficaz y eficiente de los recursos disponibles para la prestación de los servicios sanitarios—; cada uno de los centros hospitalarios del área de gestión dispone de un sistema de gestión de información distinto e independiente que impide la transferencia de datos entre los dos centros; y, finalmente, la fórmula organizativa de área de gestión sanitaria solo ha sido realidad en la integración de la información de carácter presupuestario.

Continuando con los informes que son objeto de análisis, paso seguidamente a hablar de la fiscalización sobre el seguimiento de las recomendaciones incluidas en el informe de fiscalización de las residencias de mayores concertadas con el Instituto Andaluz de Servicios Sociales. Este informe fue incluido en el plan de actuaciones de 2010 y fue aprobado por la Cámara de Cuentas en octubre de 2011. Esta actuación se enmarca en una línea de trabajo encaminada a efectuar el seguimiento de las recomendaciones de informes elaborados en ejercicios anteriores. Se trata, en definitiva, de que la Cámara de Cuentas, al paso del tiempo, vuelva al ente que ha sido fiscalizado para ver en qué medida ha incorporado las recomendaciones que se han derivado de ese informe. Y, sobre todo, pretende también ver la influencia que tiene el trabajo de la Cámara a la hora de realizarse y de incorporarla en los trabajos que desarrolla el ente fiscalizado, y, en definitiva, de ver si se mejoran las prácticas de gestión en los entes públicos a raíz de estas recomendaciones.

Desde el ejercicio 2002, se han producido sustanciales cambios normativos y organizativos que afectan de forma significativa al alcance del presente trabajo, y hay que tenerlo en cuenta. Y, entre las modificaciones normativas, destaca la aprobación de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia —la conocida Ley de Dependencia—, que configura un nuevo sistema de acceso a las prestaciones y servicios asociados a la Dependencia.

Por lo que se refiere a los cambios organizativos, cabe señalar la supresión en el año 2003 del Instituto Andaluz de Servicios Sociales, sus funciones y recursos fueron asumidos por la entonces Consejería de Asuntos Sociales. En la fecha de realización de este trabajo de seguimiento, la Dirección General de Mayores de la Consejería para la Igualdad y Bienestar Social ejercía las funciones relacionadas con la ordenación, gestión y coordinación de los centros y

servicios de atención y protección a personas mayores, así como las autorizaciones y acreditaciones de los centros residenciales. Estas funciones se han visto afectadas por la creación en el ejercicio 2011 de la Agencia Andaluza de Servicios Sociales y Dependencia de Andalucía, cuyos estatutos, aprobados el 19 de abril de 2011, contemplan entre sus fines el desarrollo de las actividades de organización y prestación de los servicios necesarios para la gestión del sistema para la autonomía y atención a la dependencia en Andalucía. El objetivo general de este trabajo consiste en realizar el seguimiento de las recomendaciones y principales conclusiones de un informe anterior, que es de 2002, referidas a la autorización y acreditación de centros, actuaciones de la Inspección, provisión de vacantes, expedientes de concertación, liquidación de los servicios prestados y gasto del ejercicio en relación con esto.

Para realizar el trabajo, los tres últimos aspectos mencionados, se ha seleccionado una muestra de 20 centros residenciales gestionados desde servicios centrales y las delegaciones provinciales de Cádiz, Córdoba y Sevilla. Esta muestra representa el 10,58% del total de centros dependientes de estos órganos gestores y supone el 16% del total de las plazas.

El alcance temporal se refiere al período 2009-2010. No obstante, para determinados aspectos, y con objeto de presentar el trabajo de seguimiento lo más actualizado posible, el alcance temporal se ha extendido hasta la fecha de finalización del trabajo de campo, que ha sido abril de 2011.

Y, a continuación, paso a recoger los principales aspectos, conclusiones y recomendaciones que contempla o contiene el trabajo.

Del trabajo de seguimiento realizado se desprende que en el 76% de las conclusiones y recomendaciones objeto de seguimiento se ha adoptado algún tipo de medida con objeto de subsanar las deficiencias detectadas e implantar las recomendaciones propuestas. A 31 de diciembre de 2010, en Andalucía había 379 residencias concertadas, con 17.921 plazas, lo que supone un incremento del 201% y 294%, respectivamente, respecto al ejercicio 2002, que fue el objeto del primer trabajo. El 97,6% de las residencias concertadas se gestionan desde la respectiva delegación provincial. No obstante, en nueve de ellas participan en su gestión los servicios centrales. En aras de agilizar y unificar criterios para la gestión de las plazas, sería recomendable que todas las residencias ubicadas en la misma provincia se gestionaran desde el mismo y único centro gestor.

La sucesión de períodos transitorios de adaptación a los requisitos exigibles para la autorización y acreditación, las ampliaciones de estos plazos de adaptación, así como las posibilidades de la provisionalidad de las acreditaciones, dan lugar a que existan centros cuyas acreditaciones responden a requisitos y a exigencias diferentes, por lo que se recomienda o es aconsejable

homogeneizar, estandarizar y unificar los criterios de acreditación de centros.

La situación administrativa en la que se encuentran las residencias ha mejorado con respecto a la que había en 2002. Así, el 66% de los centros residenciales cuenta con acreditación definitiva, y el 31%, con acreditación provisional. No obstante, 24 de estas acreditaciones no se encuentran en vigor y, por otra parte, el 3% de las residencias —es decir, 11— no tienen acreditación. Por ello, se recomienda adoptar las medidas oportunas tendentes a la actualización de la situación administrativa de todas las residencias concertadas.

Respecto a los expedientes de concertación con las residencias, a raíz del informe anterior de la Cámara de Cuentas se inició un proceso de transformación de los convenios con las residencias concertadas en contratos de gestión de servicios públicos. El 76,5% de los centros residenciales de 2010 —es decir, 290— tiene formalizados contratos de gestión de servicio público, y el 23,5% —es decir, 89 centros residenciales— aún emplea como fórmula jurídica los convenios de colaboración.

De la revisión de los expedientes seleccionados se desprende que con carácter general se encuentran más completos y ordenados. Se han detectado algunas incidencias en la imputación contable de los pagos realizados por la Consejería en las residencias concertadas, así como insuficiencia de créditos en las aplicaciones presupuestarias destinadas a financiar el coste de las plazas concertadas.

En cuanto a la provisión de vacantes, en el informe objeto de seguimiento se detectaron tiempos medios dilatados para cubrir las vacantes. Al respecto debe tenerse en cuenta las dos fases que intervienen en el proceso establecido por la Ley de Dependencia. Una primera fase de valoración de la situación de dependencia y concesión del grado y nivel de dependencia de las personas, y una segunda fase de elaboración del programa individual de atención —llamado PIA—, en el que se determinan los servicios y prestaciones que en su caso correspondan a las personas.

Según datos proporcionados por el Imsero, desde mediados del año 2008, en Andalucía el tiempo medio, a 1 de enero de 2010, para realizar la valoración de la dependencia —primera fase del procedimiento— se sitúa en unos cuatro-cinco meses, tres meses de media en España. Mientras que en la segunda fase, desde que se reconoce el grado y nivel de dependencia de las personas beneficiarias hasta la elaboración del programa individual de atención, el PIA, transcurren entre nueve y doce meses —entre nueve y 15 meses de media en el conjunto de España—.

El caso andaluz con respecto al de otras comunidades autónomas es particular, dado su mayor volumen de gestión. Del total de solicitudes de dependencia registradas en España, a 1 de mayo de 2011, el 26% corresponde a Andalucía. Desde la aprobación de la Ley de Dependencia, el número de resoluciones de

PIA de atención residencial o, en su caso, prestación económica vinculada al servicio, asciende a 19.038 y 3.138, respectivamente.

Por otra parte, a 31 de marzo de 2011, había 48.785 propuestas de PIA de personas que, teniendo reconocido un grado y nivel de dependencia con derecho a prestación, aún no tienen aprobado el PIA que pudiera dar lugar al servicio de atención residencial. Según estimaciones de la Consejería, se prevé que aproximadamente el 9% del total de propuestas de PIA se concentre en este servicio.

El nivel de ocupación de las residencias concertadas alcanza un 94% de media en Andalucía. Los valores máximos por provincias se sitúan en el 90% en la provincia de Málaga y el 97% en la de Sevilla.

Por lo que se refiere a la liquidación de los servicios prestados, continúa sin haber un modelo de liquidación de estancia único para todos los centros, excepto para la delegación de Córdoba. Por ello, se vuelve a recomendar la implantación de un modelo normalizado y en soporte informático para todos los centros.

Por otra parte, sigue sin quedar constancia por escrito de las comprobaciones realizadas por las delegaciones provinciales sobre los ingresos de los residentes que se consignan en las liquidaciones presentadas en los centros. En la mayoría de las liquidaciones continúa sin diferenciarse las plazas reservadas por motivos distintos a cuando se esté tramitando su ocupación; es decir, días de ausencia por permiso, vacaciones o internamiento en el centro hospitalario. Ello puede dar lugar a que se liquiden estas plazas como ocupadas en lugar de como reservadas, en cuyo caso se facturarán al 60% del coste de una plaza ordinaria. Además, esta práctica también afecta a la aportación del usuario, ya que en dichos supuestos deben satisfacer el 40% del importe que corresponde a la plaza ocupada.

Respecto al gasto del ejercicio, se destaca en el informe que, con la vigente clasificación presupuestaria del gasto, sigue sin poderse conocer directamente cuál es el caso incurrido en conciertos de residencias de mayores. Así, en las aplicaciones presupuestarias de conciertos se imputan conceptos relativos a otros sectores sociales, como, por ejemplo, los discapacitados y menores.

Por último, para finalizar con mi intervención en esta primera parte en relación con las actuaciones de la Inspección de Servicios Sociales, en línea con lo recomendado por la Cámara de Cuentas, se ha incrementado el grado de control sobre los centros concertados tanto cuantitativamente como cualitativamente. Así, la Inspección visita el ciento por ciento de las residencias y el alcance se refiere tanto a los requisitos normativos como a la calidad asistencial que se preste.

Muchas gracias.

El señor MENACHO VILLALBA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señor Presidente.

Bien, pues vamos a pasar a la intervención de los distintos grupos parlamentarios. En primer lugar, por Izquierda Unida Los Verdes-Convocatoria por Andalucía.

Tiene la palabra el señor Baena Cobos.

El señor BAENA COBOS

—Muchas gracias, señor Presidente.

En primer lugar, agradecer a la Cámara de Cuentas y a su Presidente la prestación de estos datos para que los tengamos en cuenta. Saludos también, darles los buenos días a sus señorías.

Y, bueno, plantear varias cuestiones. Una primera: algunas de las fechas que se traen, pues, son un poco, o sea, están lejos un poco del momento actual, ¿no? Hay una cuestión que creo que se empieza a resolver con un último informe presentado, que es el que nos interesa realmente, o debe interesar a la Administración, que es la evolución del funcionamiento de los distintos servicios que han sido auditados para comprobar si realmente los fallos, los puntos poco claros, que se observan en su gestión, han sido implementados con medidas para su resolución, porque realmente la foto-fija uno sabe, yo creo que todos somos conscientes, que cualquier tipo de aparato grande administrativo que se monte va a tener múltiples ineficacias, que la misión de los administradores es ir corrigiendo esas ineficacias, y que eso se comprueba con la observación de cumplimientos hechos de manera, pues, periódica, ¿no?

Entonces, desde ese punto de vista, espero que esta última evaluación que se ha hecho pues se repita con otras unidades para que realmente tengamos datos de la seriedad en acometer las medidas que pueden mejorar la gestión. Y más en unos momentos en que le estamos aplicando recortes a la población y de los informes se deduce que hay múltiples ineficiencias, ineficacias de los distintos sistemas evaluados que permitirían unos ahorros y que, por tanto, podrían aminsonar el impacto sobre la población que tiene el recorte en los presupuestos sanitarios o en los presupuestos sociales de la Junta de Andalucía.

No sé, es permanente la constatación de que muchos de estos sistemas carecen de aplicaciones informáticas que permitan evaluar la realidad de lo realizado y la eficacia desde el punto de vista de coste/eficacia de los procedimientos que se han escogido, ¿no? Claro, si no tenemos, si el que se encarga de administrar no cuenta con ese tipo de conocimientos, pues, difícilmente las opciones que se tomen van a ser las mejores a la hora de garantizar la eficiencia de los servicios.

Es constante, es permanente, y le puedo asegurar, por haberlo practicado, que no es por falta de carga

burocrática en cuanto a los trabajadores del sistema, que sí que tenemos una gran carga burocrática en nuestro trabajo diario de consultas, etcétera, etcétera, sino que posiblemente es por la falta de definición de aquellos objetivos, de aquellos indicadores de definición de que estén incluidos en los soportes informáticos aquellos indicadores que nos pueden llevar a un conocimiento más exhaustivo de la rentabilidad o no de seguir manteniendo determinados servicios. Estamos en un momento en que es absolutamente necesario replantearnos el sistema, los servicios generales que damos a la población, unos en cuanto a su eficacia y su eficiencia real, y otros en cuanto al desarrollo de esos servicios, ¿no? A mí me ha preocupado mucho, pues, el conocimiento de que en la detección precoz del cáncer de mama carecemos de indicadores que nos digan si es bueno lo que estamos haciendo, si después de llevar a un montón de mujeres, desde los 50 a los 69 años, a que les hagan mamografías, si realmente hay una relación entre los resultados de salud que obtenemos y el coste y la agresión que supone para la mujer el sometimiento a estas pruebas, ¿no? Entiendo, que bueno, que no es cosa de ustedes, que es una cosa a trasladar a la consejería correspondiente, pero en momentos como estos es mucho más urgente, preciso y necesario que reevaluemos, de acuerdo con sociedades científicas y de acuerdo con la participación de los ciudadanos, que valoremos el mantenimiento, el alcance de determinados procedimientos que la sanidad pública ha puesto en marcha.

Y finalmente, pues, refiriéndonos a las residencias, ya se admite que ha habido una mejora en la gestión, pero sigue siendo importante el carecer de conocimiento real sobre el coste de los conciertos con las residencias, de los conciertos o de los contratos públicos con estas residencias, las disparidades que se producen en su Administración, que suele ser algo frecuente, cuando uno lee todos estos informes, pese al supuesto carácter centralizado de la Consejería, observa cómo cada unidad analizada pues tiene sus propias características que se separan bastante de lo que significaría el conjunto de procedimientos de que, bueno, se plantea que la Consejería, el Sistema Andaluz de Salud, o la Agencia de Servicios Sociales, pues, disponen, ¿no?, lo hemos visto con los hospitales de La Línea y de Punta Arenas, y lo estamos viendo en prácticamente todos los casos la ausencia de, o sea, la pequeña taificación de determinados sistemas sanitarios y determinados distritos, y demás, ¿no?

Yo lo que espero y deseo es que estos análisis que se han hecho y que yo creo que ofrecen mucha luz para que el intento administrar con eficacia y eficiencia el sistema, pues, sean atendidos por los órganos correspondientes, y que realmente la próxima vez que nos veamos, dentro de un año o dos años, pues podamos concluir todos que se han dado pasos en la medida de mejorar la eficiencia del sistema.

Muchas gracias.

El señor MENACHO VILLALBA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señor Baena.

A continuación tiene la palabra, en nombre del Grupo Parlamentario Socialista, el señor Ruiz García.

El señor RUIZ GARCÍA

—Muchas gracias, señor Presidente. Señorías, buenos días. Señor Presidente de la Cámara de Cuentas, buenos días, bienvenido, y en nombre del Grupo Socialista nuestro agradecimiento por su labor constante, pero también hoy especialmente por estar aquí.

Yo intentaré ser muy breve, pero, si me permiten, no me gustaría obviar el hecho, que incluso ha reflejado sus propios informes y que probablemente ustedes en su experiencia han visto, y es la complejidad de la naturaleza del hecho sanitario, por tanto, de la gestión sanitaria. La gestión sanitaria es tan especial que incluso en el ámbito de la economía hay una disciplina específica, que es la economía de la salud, y entre otros aspectos la naturaleza del hecho sanitario, por tanto de la gestión, tanto en el nivel micro como meso de los hospitales, o macro, viene condicionado por elementos que no existen habitualmente en la prestación de otros servicios. Por ejemplo, la asimetría de información entre quien presta el servicio y quien lo demanda es, en algunos casos, abismal, y que determina lo que se conoce como relación de agencia, es decir, que la inducción de demanda en un alto porcentaje de servicios se produce desde el lado de la oferta. Esto condiciona, ha condicionado históricamente y va a seguir condicionando la evolución de la gestión sanitaria en todos los niveles, de ahí que, como ha expresado muy bien el señor Presidente, como conclusiones, hay una enorme variabilidad, si luego tengo oportunidad me referiré a ella, que está en la naturaleza del acto clínico, la variabilidad de la práctica clínica es uno de los restos y de los elementos del análisis clínico, epidemiológico y económico de la salud en el mundo.

Sentado, por tanto, la enorme complejidad de la naturaleza de la gestión sanitaria, y quiero resaltar también por ello el mérito que tienen todos aquellos que se dedican a la gestión sanitaria, insisto, en todos los niveles, desde el nivel clínico en las unidades de gestión, o en los servicios clínicos, o este nivel macro.

Se plantea, y me gustaría también destacarlo, que a pesar de eso hay distintas opciones, opciones que están relacionadas con los valores, que están relacionadas con los modelos, que están relacionadas con los objetivos, y, por tanto, son opciones políticas. Partiendo de la eficiencia social como un compromiso y una condición inexcusable, el empleo del gasto público tiene que intentar maximizar el nivel de eficiencia social, pero es indispensable para apoyar ese gasto

público, precisamente, que esa eficiencia se persiga permanentemente.

Pero hay que distinguir entre un modelo estrictamente público y social, como el que tenemos en Andalucía, universal y gratuito. Se ha referido el señor Presidente a algunos de los indicadores de accesibilidad, pero siempre ha dejado de manifiesto la normativa, las garantías que existen, o que se pretenden alcanzar en el ámbito normativo en cuanto a la accesibilidad a los servicios, es muy distinto un modelo estrictamente público en el acceso, insisto, universal y gratuito, que un modelo maximizador de beneficios empresariales y/o profesionales como el que se pretende implantar en este momento en muchas comunidades autónomas gobernadas por el Partido Popular, y que, por su naturaleza, huye de la regulación —a esto es a lo que se ha referido el señor Presidente como elemento de comparación—, tiende a la selección de riesgos —selecciona los riesgos y las patologías más ventajosas— y, por tanto, no acaba, no determina la garantía, sino todo lo contrario: acaba con el principio de equidad y de accesibilidad. Por ello es importante que el modelo sanitario público universal y gratuito externalice solo y exclusivamente aquello que no conlleve un riesgo para la toma de decisiones clínicas en condiciones de igualdad.

Deseo resaltar este asunto porque estamos en un ámbito político, estamos en la cámara de representación de los ciudadanos, y, por tanto, es importante que destaquemos que, a pesar de las dificultades de la gestión sanitaria y, por tanto, de las conclusiones que se puedan obtener, tanto del análisis que ustedes han hecho como de otros, es importante preservar un modelo público. Eso, evidentemente, conlleva una serie de retos en el modelo de la gestión sanitaria aplicado en la práctica. Hay que intentar establecer, como decía, un principio de eficiencia.

Y, en este sentido, dentro de las múltiples opciones que han aparecido reflejadas en el análisis que ustedes han hecho en el campo de la gestión, resulta fundamental que haya instrumentos de análisis, de observación externa, como la función que ustedes están llevando a cabo en la Cámara de Cuentas, que, en mi opinión, ayuda a interpretar tanto a la gestión como al órgano de control, que es este Parlamento, conocer las recomendaciones, comprender el por qué se producen los distintos hechos a través de los análisis que llevan a cabo y objetivar los resultados.

No es este análisis ningún argumento, ninguna excusa, ningún arma para ser utilizada para reformar radicalmente el modelo sanitario hacia otro modelo. Lo digo porque en ocasiones se usan algunos elementos, algunos parámetros, algunas conclusiones del sistema sanitario, de todos los sistemas sanitarios, y se utilizan como argumento para detraer recursos sanitarios públicos y para transformar el sistema sanitario en otro privado.

En este aspecto, insisto en que tenemos que agradecer el análisis que hace la Cámara de Cuentas,

mostrar nuestro mayor respeto institucional y profesional, y, desde luego, invitar a todas las opciones políticas a que sigan este camino, a que se preserve una institución como la Cámara, que, en los últimos días, no en esta Comisión, afortunadamente, pero sí en otros ámbitos, incluso en el ámbito público, en la opinión pública, hemos visto que por parte de algunos sectores de la derecha andaluza se ha atacado a la Cámara de Cuentas.

Yo, que he sido testigo del trabajo que se ha desarrollado en otros ámbitos, quiero reforzar, aprovechando que está usted en esta comisión, el respeto institucional a la Cámara de Cuentas.

Respecto a los contenidos, algo he adelantado antes. Se pone de manifiesto la necesidad de una constante reevaluación, debido, precisamente, a esa complejidad del hecho sanitario; es necesario perseguir una mayor homogeneización en la gestión, siempre dependiendo de esa variabilidad, no solo de la práctica clínica, sino también desde el punto de vista epidemiológico. Es algo que el modelo sanitario, como ustedes saben y habrán visto en su análisis, lleva realizando desde hace bastante tiempo, y es una homogeneización, precisamente, para garantizar la accesibilidad, para garantizar los derechos, no justo para todo lo contrario.

Es evidente que hay que integrar elementos mancomunados. Ustedes han analizado el área..., una de las áreas de gestión sanitaria. Hay más áreas de gestión sanitaria que son un instrumento experimental, precisamente para homogeneizar, concentrar e integrar elementos mancomunados. Se están llevando a cabo, como probablemente habrán visto más recientemente —precisamente a partir de 2009 y 2010—, plataformas de gestión, suministros, conciertos, prestaciones, concursos de medicamentos... Por cierto, que en algunos casos están siendo atacados, o, si no atacados, bloqueados por el Gobierno del Partido Popular, y, en cualquier caso, hay que seguir abundando en la gestión clínica.

Me satisface enormemente que el análisis que han hecho del proceso de cáncer de mama integrado dentro de una filosofía de gestión clínica, en esa microgestión de la que antes hablábamos y de una gestión participada, sea satisfactorio desde el punto de vista de la Cámara, porque, sin duda alguna, es, probablemente, el camino sobre el que más tenemos que avanzar.

Por lo demás, el sistema sanitario público, el vasto sistema sanitario público andaluz pone de manifiesto una gran cantidad de diferencias, como decía antes, de variabilidad, que, por otro lado, históricamente ha servido como experimento para adaptar aquellos modelos que son aparentemente más eficientes, y, evidentemente, es evidente que hay que seguir avanzando, aparte..., al margen de la dificultad, en ese nivel de eficiencia. Eso es lo que va a condicionar y le va a dar sostenibilidad a nuestro sistema sanitario.

En definitiva, y en conclusiones, un agradecimiento muy especial a la Cámara de Cuentas y a su Presi-

dente, especialmente. Reitero, en lo que conozco de la acción de la Cámara de Cuentas, y especialmente, recientemente, que ha demostrado que merece la pena confiar en servidores públicos, en servidores públicos de verdad, si me permiten el término, no en los que se sirven de lo público, sino servidores públicos, y que la actitud que han mostrado la Cámara de Cuentas y su Presidente, en este caso y en otros, pone de manifiesto que para nosotros es una herramienta útil que está impregnada de las mejores virtudes que puede haber en el ejercicio de la función pública.

Muchas gracias, Presidente.

El señor MENACHO VILLALBA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Bien. Gracias, señor Ruiz.

Tiene la palabra, por el Grupo Parlamentario Popular Andaluz, la señora Espinosa López.

La señora ESPINOSA LÓPEZ

—Sí. Gracias, señor Presidente. Buenos días, señor Consejero.

Quiero, en primer lugar, como no puede ser de otra manera, y al igual que han hecho los parlamentarios que me han antecedido, darle la bienvenida, en nombre del Grupo Parlamentario Popular, a esta sesión de la Comisión de Salud del Parlamento; bienvenida que hago extensiva a la Consejera presente y a parte de su equipo, como usted ha indicado, que la acompaña esta mañana.

También tenemos que agradecerle la exposición de los cinco informes que ha traído aquí esta mañana y que nos parecen muy importantes, por cuanto afectan a la situación, afectan a materias sensibles a las que los ciudadanos andaluces nos enfrentamos cada día, nosotros o nuestras familias: la sanidad o los servicios sociales. En nuestra opinión, estos informes contienen un trabajo exhaustivo, un trabajo serio, un trabajo sobre materias, ya le digo, absolutamente sensibles, y para nosotros, para el Grupo Parlamentario Popular, el contenido de estos informes no pasa esta mañana por aquí y se archiva, sino que para nosotros son documentos de trabajo, documentos de trabajo en los que vamos a basar importantes iniciativas en este Parlamento, proposiciones no de ley, con el objetivo de llamar la atención del Gobierno de la Junta de Andalucía sobre las recomendaciones que se hacen en estos informes y mejorar así la calidad de vida, la asistencia que recibimos los andaluces como ciudadanos que somos. Y, sobre todo, porque hemos notado que son muchos los déficits de gestión que se observan, que se remarcan en estos informes, aunque de su exposición no se hayan destacado mucho, pero sí que hay

unos déficits de gestión, hay ineficiencias que sería importante convertir en eficiencias, para que, al final, porque al final y para que al final, los recursos públicos andaluces, el dinero que pagamos los andaluces, los ciudadanos con nuestros impuestos, sea gastado de la mejor forma posible.

Y estamos de acuerdo, o por lo menos yo estoy de acuerdo con el portavoz de Izquierda Unida, cuando ha resaltado la falta de definición de objetivos, que es necesario definir los objetivos, y que también puede haber una carga burocrática importante de que luego, en otros sitios, se adolece, en donde puede hacer falta, y que esto hace que el sistema a veces muestre ineficiencias importantes.

Muy de acuerdo con el portavoz del Partido Socialista en cuanto a que la gestión sanitaria es muy compleja: no podemos hacer otra cosa que decir que estamos de acuerdo con eso. Con lo que no estamos de acuerdo es con que nuestro modelo no sea un modelo público y universal, porque eso no es así. Es más, el Partido Popular, desde que llegó al Gobierno de España hace poco más de un año, está trabajando para sacar a la sanidad pública española y andaluza de la situación de quiebra en la que se quedó, con más de once mil millones de euros de deuda.

Yo no sé qué se puede hablar de público y privado, con más de 400 millones de euros en concierto —uno de los informes se refiere a los conciertos— o con una situación de listas de espera en la Fiscalía. Pero, bueno, ahora nos vamos a centrar en los informes de la Cámara de Cuentas de Andalucía, y vamos a dejar otros debates para otras ocasiones.

Entrando en el informe que se refiere a los servicios concertados del sistema sanitario público andaluz del año 2008, pues vemos que tenemos, hablando de sanidad pública y privada, en 2008, 17 centros hospitalarios concertados —ahora son más—, solamente en 2008, y en conciertos hospitalarios, más de 157 millones de euros. Algún problema con las listas de espera, algún problema a la hora de verificar el grado de satisfacción de los pacientes, de los usuarios. Yo creo que tenemos que trabajar ahí.

Y me llama la atención, y me resalta, y quiero recordarles que me he referido que hasta las listas de espera quirúrgicas, no quirúrgicas, de especialistas, de pruebas, han llegado en varias ocasiones a la Fiscalía andaluza. Yo creo que no habrá Fiscalía de provincias de nuestra Comunidad que no haya recibido alguna denuncia de ese tipo, y que incluso la Fiscalía Superior de Andalucía la ha recibido. Me permito llamarles la atención, porque es una cosa que se repite a lo largo de los informes que se han presentado esta mañana, llamarles la atención a la Cámara de Cuentas, a usted, como Consejero Mayor, sobre la procedencia, sobre la necesidad de que se valorara por la Cámara de Cuentas realizar un informe, una importante auditoría, sobre los sistemas informáticos y de gestión de estas listas de

espera. Porque es que yo tengo aquí..., yo tengo aquí, pues no sé, tengo aquí datos sobre la vulneración de los plazos en estas listas de espera quirúrgicas y para pruebas. Son muy importantes, y creo que es algo que está generando mucho malestar y mucha preocupación en ciudadanos y en usuarios del sistema sanitario público andaluz. Así que solamente, a modo de sugerencia, le ruego que la tenga en cuenta.

Al hablar del sistema de servicios concertados por el servicio sanitario andaluz, de 2009, otra vez me he vuelto a llamar la atención las referencias que puede haber a los distintos problemas a la hora de evaluar las listas de espera, la eficiencia y de demás.

Falta también una normativa, falta una normativa. Se pone de manifiesto que falta una normativa. Falta una normativa, un marco para la concertación. Es importante tener un marco para la concertación, pues, primero, porque esto puede..., pues que da mayor transparencia, puede hacer más eficiente el sistema, y sobre todo el gasto sanitario. Siempre es importante gastar adecuadamente y ser eficiente en el gasto. Pero, ahora, con la situación económica que tenemos, un euro que esté mal gastado, es casi un atentado a la economía andaluza. Es decir, se tiene que mirar hasta el céntimo de euro. Y, entonces, esa normativa yo creo que muy importante y creo que estará usted de acuerdo conmigo.

Las debilidades, falta de homogeneidades, fijación de precios; falta de control de los servicios prestados; los regímenes..., distintos regímenes de facturación y pago: por tarifas, a tanto alzado; falta de control de la validez o de la efectividad de los servicios que se efectúan, y valoración del servicio prestado. Al final vamos a lo mismo: nos falta el marco..., un marco para la concertación, un marco amplio para la concertación, que baje a estos detalles y que haga más eficiente el gasto sanitario en Andalucía.

Nosotros creemos que es muy importante, y, desde luego, nuestro grupo va a trabajar para conseguir que este marco exista y que este marco, además, sea eficiente. Y yo creo que no debe de..., la Cámara de Cuentas... Y vuelvo, vuelvo otra vez a sugerir, creo que trabajar en la eficiencia de la concertación es importante; lo tendrá que hacer nuestro grupo parlamentario, y yo creo que también puede la Cámara de Cuentas volver a valorar esa eficiencia en la concertación, en las distintas concertaciones. Porque es muy importante... Esas diferencias de precio que usted ha dado aquí, yo creo que son lo suficientemente llamativas como para intentar, entre todos, ayudar al Gobierno de la Junta de Andalucía y a la Consejería de Salud, en este caso, a que sea más eficiente.

El proceso asistencial integrado, cáncer de mama. Pues, nosotros, la verdad, que para nosotros es una buena noticia comprobar que nuestra Comunidad Autónoma..., la Cámara de Cuentas ha concluido que todos los protocolos de actuación clínica se cumplen

en todos los centros analizados, y que ahora mismo la cobertura, en detección precoz, está alcanzando al ciento por ciento de la población considerada diana.

Esta es una buena noticia. Pero nos falta, nos falta, en algo tan sensible, en una enfermedad tan común en todas las mujeres, pues nos falta. Y creo que tenemos que seguir trabajando en esa evaluación de la eficacia, que tenemos que continuar implantando medidas y que tenemos que conocer el grado de satisfacción de las usuarias. Eso es muy importante, lo resalta..., lo resalta el informe de la Cámara de Cuentas, y a mí me parece que es muy importante. Izquierda Unida también lo ha destacado, y me parece que acierta.

Luego, yo me quiero detener especialmente en la cuestión observada al punto 48, en la que, textualmente, en el informe se contiene la siguiente expresión: «Pueden observarse las diferencias en los valores de detección entre unas provincias y otras, diferencias que, en un principio, podrían indicar diferencias en la calidad de los distintos servicios radiológicos».

Yo tengo que confesar que yo soy de Almería, y llegado a este punto, pues ya aquí me tengo que detener. Evidentemente, en la provincia de Almería no es que haya solamente una diferencia a la hora de la detección, pero sí que hay una diferencia en la atención, pronóstico y tratamiento. Y quería yo, otra vez, volver a hacer una observación al Presidente de la Cámara de Cuentas sobre si sería posible y conveniente —sería posible y conveniente— analizar, auditar, los distintos sistemas y la maquinaria y los procesos, y los medios y los recursos humanos, y no humanos, que se tienen, y mecánicos que se tienen, y sobre todo a la hora de los aparatos de resonancia nuclear, la medicina nuclear que tenemos en las distintas provincias de Andalucía, porque el tratamiento no está siendo el mismo. Entonces, yo con... Además, se lo puedo decir así, con la sencillez de las palabras de una persona que no es sanitaria, que yo soy abogada, yo le puedo decir que, en Almería, se ha utilizado, hasta no hace mucho, una bomba de cobalto, y hemos tenido más de dos años empaquetado un aparato de braquiterapia, cosa que me consta que, afortunadamente, no ha ocurrido en otras provincias. A mí me preocupa la diferencia de atención en este tipo de enfermedades, dependiendo de los recursos que hay en unas provincias y que no hay en otras. Y no sé si sería posible o adecuado que la Cámara de Cuentas nos ayudase a todos a poner en un mismo nivel de atención, o evaluar la atención que en este tipo de enfermedades recibimos en las distintas provincias. Pues, es por eso que he querido destacar la cuestión observada al punto 48.

Respecto del área operativa del Campo de Gibraltar... Bueno, destacan ustedes... Pues, bueno, tenemos... Volvemos a lo mismo, volvemos a lo mismo: un organigrama..., el organigrama o la dirección de esta área operativa del Campo de Gibraltar tendría que aprobarse por el gerente del SAS, si no me equivoco, a propuesta

del gerente del área del Campo de Gibraltar, pero, sin embargo, se sigue haciendo, como todo, ¿no?, con arreglo al Real Decreto que, por la Consejería, se hacen todos los nombramientos y se hace todo.

No lo entendemos. Nosotros pensamos que la cercanía de la..., las direcciones tendrían que estar conforme al gerente. Creemos que monopoliza muchísimo los nombramientos la Consejería de Salud, y los directivos encargados de este punto del SAS, y no nos parece adecuado. Y también nos ha... No nos parece adecuado, y además creo, si no me equivoco, que en el propio informe se destaca...

El señor MENACHO VILLALBA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Señora Espinosa, le quedan dos minutos, ¿eh?

La señora ESPINOSA LÓPEZ

—Sí.

... que en el propio informe se destaca la no existencia de un adecuado organigrama directivo. Es, quizás, por esa lejanía de la Consejería, del Campo de Gibraltar, y ese no tener en cuenta el criterio, como se había acordado, de la gerencia.

Se destaca también, y se asevera, sobre una posible desmotivación de los profesionales sanitarios, que quizás también tenga que ver con lo último a lo que me he referido. Y, desde luego, este proyecto, y así consta en el informe, parece que no ha calado, que no es conocido y que no ha llegado a los ciudadanos y usuarios.

Es muy importante..., es muy importante, quizás, que las direcciones de los hospitales, de las áreas sanitarias de Andalucía también sean adecuadas, es decir, estén adecuadas, tengan un..., se conozca y se vea cómo se va a hacer. Y, desde luego, sean conformes a derecho, porque estamos un día sí y otro también o con demasiada asiduidad viendo cómo los tribunales tumban muchos nombramientos. Yo veo aquí una disfunción importante.

Igual que nos preocupa especialmente a nuestro grupo el comprobar que en el propio informe se destaca que tenemos un hospital obsoleto, un hospital obsoleto, y que, sin embargo, no sabemos cuándo va a llegar el nuevo.

Las esperas de los pacientes, pues, vuelven otra vez a rondar por el informe. Vuelven otra vez a rondar por el informe, la satisfacción no está muy clara, la espera de los pacientes..., y es por eso que vuelvo a insistir: un importante documento de trabajo para el Grupo Parlamentario Popular, y también quizás abriéndose en nuevos campos de trabajo para la Cámara de Cuentas de Andalucía. Estamos hablando de un

nuevo..., infraestructuras obsoletas e infraestructuras que no sabemos cuándo van a llegar. No sé yo si sería también conveniente que la...

El señor MENACHO VILLALBA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Señora Espinosa, tiene que ir terminando, ¿eh?

La señora ESPINOSA LÓPEZ

—Termino enseguida.

... que la Cámara de Cuentas ayudase a este Parlamento, a esta Comisión y al Gobierno de la Junta de Andalucía auditando y viendo el seguimiento y la obsolescencia de alguna infraestructura y las que tuvieran que llegar y que no han llegado. Yo creo que estaría bien y que nos haría a todos mejor.

Muchas gracias.

El señor MENACHO VILLALBA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Gracias, señora Espinosa.

Para cerrar este primer punto del orden del día, tiene de nuevo la palabra el Presidente de la Cámara de Cuentas.

El señor LÓPEZ HERNÁNDEZ, PRESIDENTE DE LA CÁMARA DE CUENTAS

—Bueno, yo quiero agradecerles muy sinceramente todas sus observaciones y sus palabras en relación con los informes y con el trabajo de la Cámara de Cuentas al respecto.

Y solo me gustaría comentar algunos aspectos de que..., a raíz de un poco sus intervenciones, ¿no?, sin necesidad... No se trata de contestar una..., sino hacer algunas reflexiones en torno a las cuestiones que me han planteado, ¿no?

Yo comparto con ustedes el que uno de los tipos de informes que creo que generan un mayor valor añadido para el conocimiento de la realidad de la gestión en Andalucía, de la gestión pública en Andalucía es, precisamente, los informes que hablan sobre la evaluación de la eficacia y eficiencia de la economía, de la gestión de los recursos, como son buenos ejemplos todos estos que tenemos aquí.

De los dos tipos de informes que fundamentalmente se hacen en el ámbito de auditoría pública, los que son informes de regularidad, informes de legalidad y financieros, bueno, son informes que, como todos ustedes saben, pretenden ver un poco el desempeño desde ese

punto de vista legal y financiero, y nadie les va a quitar el valor que tienen, porque es muy importante conocer el desempeño en esas facetas. Nadie. Probablemente, son también los que tienen una mayor dimensión mediática, ¿no?, en relación con que si ha sido, no ha sido, se ha incumplido, no se ha incumplido... Es decir, yo respeto absolutamente todas esas gestiones, pero, desde mi punto de vista, los informes que pretenden evaluar la gestión, lo que llamamos los informes de auditoría operativa, que evalúan la gestión desde la perspectiva de la economía, la eficacia, la eficiencia, yo creo que son los que aportarán un mayor valor añadido para que sirvan de orientación a buenas prácticas en la gestión de los recursos públicos. Nosotros estamos convencidos en la Cámara de Cuentas.

Es cierto que, cuando diseñamos nuestro plan de actuación, tenemos que equilibrar la presencia de unos y otros..., de uno y otro de estos tipos de informes en nuestro trabajo.

En un estudio reciente que se ha hecho a nivel de órganos de control externo autonómicos..., no autonómicos, sino regionales a nivel de Europa, la Cámara de Cuentas de Andalucía queda en un magnífico lugar en relación con la presencia de este tipo de informes en su actividad, porque digamos que desde hace tiempo, no es un mérito del Pleno actual, sino ha sido un poco una dinámica en la que ha venido trabajando la Cámara de Cuentas de Andalucía de tiempo, es el darle la importancia que tiene a este tipo de trabajos. Y es cierto, y me van a permitir que haga esa observación, que normalmente pasan luego más desapercibidos desde el punto de vista a lo mejor del calado que pueden tener social, ¿no? A lo mejor a veces se presta más atención a aquellos informes que podemos llamar que tengan algo que atente contra el infarto, ¿no?, o que afecten a cuestiones mediáticas. Pero yo insisto en la importancia que tienen que tener estos informes y el que la Cámara de Cuentas siga profundizando ya no solo en el ámbito sanitario, sino en otros ámbitos, en el educativo, en el de servicios sociales, en el de la gestión de infraestructuras, etcétera, para poder conocer el desempeño desde esa perspectiva.

En ese sentido, las sugerencias que me ha hecho en torno a algunos informes, tomaré nota de ellas para ver en qué medida pueden ser tenidas en cuenta a la hora del diseño de planes de actuación, del plan de actuación de la Cámara, y ver cómo le podríamos dar cobertura a estas iniciativas que me está planteando.

Y hay una cosa sobre la que sí quiero incidir un poco, y es..., y se ha apuntado por alguno de ustedes, es el hecho de que también profundicemos en los trabajos que pretenden conocer el seguimiento que se ha hecho de las recomendaciones de los trabajos de la Cámara. Esa es otra línea en la que la Cámara suele promover siempre algún trabajo..., algunos trabajos dentro de su plan de actuación.

Pero yo creo que habría una opción mucho más práctica —si me permiten que lo diga— que el hecho de que nosotros programemos de manera regular trabajos de este tipo para ver..., y volvamos al ente auditado y comprobemos hasta qué punto están utilizando o siguiendo nuestras recomendaciones, y es que desde el propio Parlamento, y yo he sugerido algunas veces y vuelvo a sugerirlo ahora, y, en un momento dado, el Pleno está planteando hacer una propuesta que pueda ser estudiada por los distintos grupos políticos, que se puedan hacer algunas reformas normativas que permitan una cierta institucionalización o normativizar algo esto. Me explico: si se incorpora en alguna norma, que puede ser en una reforma de la Cámara de Cuentas, en alguna de las que puede modificar la propia normativa de la Cámara de Cuentas o en alguna de la normativa que se está estudiando, como la normativa de la Ley de Transparencia o alguna que se considere oportuno, el hecho de que cuando la Cámara de Cuentas haga sus informes, que contemplen sugerencias y recomendaciones, esos entes tengan que remitir necesariamente al cabo de un tiempo que se considere prudencial y, digamos, normal, cómo han incorporado en sus modelos de gestión o en su práctica de gestión las recomendaciones que se han hecho de manera institucional, seguramente que avanzaríamos mucho más, porque eso exigiría, les obligaría a tener que replantearse en qué medida tienen que modificar sus formas de proceder, sus modos de proceder desde el punto de vista de la legalidad, de la regularidad financiera, de la operatividad de su gestión para dar respuesta a la sugerencia, teniendo que responder de manera más o menos institucional a esas sugerencias en unos plazos a la Cámara de Cuentas y al Parlamento, que es, en definitiva, el depositario de nuestros informes, ¿no?

Y esa es una sugerencia que yo hago y que les pido que estudien, y que les pido que, en un momento dado, nosotros plantearemos junto con otra que también he reiterado en algunas ocasiones, y es que formalmente se incluya la obligación..., no la obligación, sino el que haya algún tipo de multas, o sanciones, o algún tipo de consideración respecto de aquellos entes fiscalizados, aquellos entes del sector público que no rindan en los plazos oportunos.

Próximamente, seguramente veremos un informe no en esta Comisión, pero en otra —y permítanme que aproveche la ocasión para decir esto así—, es decir, en los que ponemos de relieve el poco índice de rendición en algún ámbito del sector público, especialmente en las entidades locales. Ya sé que no es una materia de su negocio, de su negociado, ¿no? Pero permítame que lo utilice para requerirlo. Es decir, hace falta establecer mecanismos que establezcan de una manera normativa el hecho de que si usted no rinde cuentas y usted no cumple con una responsabilidad que tiene... Pero ya no hablo de las entidades, ya no hablo del ente; yo me estoy refiriendo a los responsables del ente que tienen

que hacer las cosas, y que puedan recibir sanciones o que puedan recibir algunas multas en el caso de que no cumplan con su objetivo.

Pero, en fin, volviendo un poco a la primera cuestión que ustedes han sugerido, yo creo que una propuesta de ese tipo, en la que necesariamente el ente que ha sido objeto de la fiscalización tenga que responder institucionalmente en unos plazos para saber exactamente qué ha hecho para mejorar su desempeño en relación con las sugerencias y recomendaciones que se han hecho de un informe podría ser una propuesta que ayude a que esto pueda mejorarse de alguna forma.

Y, por lo demás, agradecer también las palabras en cuanto al trabajo que se realiza desde la Cámara, desde siempre, desde que nos hemos incorporado el nuevo Pleno, el Pleno que fuimos el año pasado. Estamos reiterando en conjunto, todo este Pleno, y yo personalmente, cómo no, el que nos gustaría quedar al margen del debate político y que se respete el papel institucional que tiene la Cámara, con lo cual, cualquier intervención que en ese sentido se haga, desde mi punto de vista, pues me parece que es respetable y bienvenida.

Y nada más. Muchas gracias.

El señor MENACHO VILLALBA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Bien. Muchas gracias, señor Presidente.

Terminamos este primer punto del orden del día como empecé, dando las gracias a él, a sus consejeros y equipo, no solamente por su comparecencia hoy, sino por el maravilloso trabajo que nos ha presentado aquí de los cinco informes de fiscalización.

Damos un minuto para despedir al Presidente y recibir a la Consejera en el segundo punto del orden del día.

[Receso.]

9-12/APC-000111. Comparecencia de la Consejera de Salud y Bienestar Social a fin de informar sobre la deuda de la sanidad pública andaluza

El señor MENACHO VILLALBA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Reanudamos la sesión con el punto 2, dándole la bienvenida a la Consejería de Salud y Bienestar Social, y pasamos al punto, como he dicho, número 2, de las comparecencias.

En primer lugar, la comparecencia, a petición del Grupo Popular Andaluz, a fin de informar sobre la deuda de la sanidad pública andaluza.

Tiene la palabra la Consejera.

La señora MONTERO CUADRADO, CONSEJERA DE SALUD Y BIENESTAR SOCIAL

—Gracias, Presidente. Buenos días, a todos y a todas.

Y, en primer lugar, trasladar, en relación con esta comparecencia —por eso decía antes que creo que con un turno de intervención va a ser suficiente—, trasladar el que, no estando aún cerrado el ejercicio presupuestario, es muy difícil hacer ningún tipo de anticipación de cuáles van a ser los resultados generales al finalizar el año 2012, y, por tanto, el hecho de abordar con anterioridad al cierre esta comparecencia en esta Comisión, pues no nos va a poder aportar muchas luces si realmente lo que se busca es ver cómo se encuentran las cuentas públicas, de la Comunidad Autónoma en general y en particular de la sanidad andaluza.

Y, además, sí me gustaría trasladar que, como no puede ser de otra manera, el Gobierno de Andalucía, de forma constante y permanente, viene trasladando una imagen y un sentimiento de confianza a los mercados financieros, porque cualquier cuestión que se relacione con poner en duda la capacidad económica de nuestras administraciones, el cumplimiento, fundamentalmente, de los objetivos de déficit, saben ustedes que provoca gran turbulencia en los mercados, no solamente en relación con la capacidad de obtener financiación externa, sino también de la evaluación que la propia Unión Europea hace de forma periódica del objetivo de estabilidad.

Por tanto, si tuviera que contestar de forma clara a esta pregunta, con independencia de que profundicemos en algunos otros elementos, diría que el objetivo de la administración sanitaria andaluza es cumplir el objetivo presupuestario y, por tanto, cerrar el ejercicio 2012 sin deuda, como no podría ser de otra manera y como considero que se puede plantear por parte de los responsables públicos en cualquiera de los entornos donde se plantea.

No obstante, sí creo que durante estos días estamos asistiendo a algunas previsiones de cómo se va a comportar el objetivo de déficit en Andalucía que, bajo mi punto de vista, son buenas noticias en relación a lo que establecen tanto organismos externos como las propias previsiones del Gobierno de España, que, si no lo ha hecho público en el día de hoy, así lo hará. Y, por tanto, reafirmar que estamos haciendo un esfuerzo ímprobo para que el objetivo complicado que se le puso a la Comunidad Autónoma se pueda cumplir por parte de todas las administraciones.

Especial hincapié en la Administración sanitaria y de bienestar social, es decir, la parte del Gobierno que emplea un mayor volumen de recursos que se destinan a los servicios públicos fundamentales que se dirigen a los ciudadanos, porque recordarán sus señorías que representamos, aproximadamente, un 45, 44, 46 —dependiendo de los años— por ciento

de todo el presupuesto de las consejerías. Por tanto, una desviación que se produzca en nuestro entorno, repercute de forma clara también en el objetivo de déficit.

Todas estas tareas y todas estas labores, saben sus señorías que han sido y están siendo objeto de dificultad en su aplicación por parte del Gobierno, incluso con la expresión del malestar de los profesionales, que han visto recortadas sus retribuciones, desde una perspectiva del Gobierno andaluz de intentar que el Plan Económico y Financiero —que se vio obligado a realizar con motivo de ese ajuste que impuso el Gobierno de España y la aplicación de las treinta y siete horas y media— no supusiera un despido de trabajadores, visto —y además, en estos días, también hemos asistido a ello— que las cifras de paro de nuestra Comunidad Autónoma son muy importantes, y por tanto que cualquier política, sea pública o privada, que vaya dirigida a que haya más personas que se encuentren en situación de desempleo está totalmente desaconsejada. Por tanto, tenemos que ser imaginativos en plantear y en desarrollar un reparto del trabajo que nos permita y que nos invite a que podamos proteger a las personas más vulnerables, a los sueldos más bajos de nuestra Comunidad Autónoma, y por tanto para que ninguna familia se vea en una situación de desamparo o se encuentre en una situación límite en el riesgo de exclusión social, que, como saben, también es uno de los objetos de preocupación más importante de las comunidades autónomas.

Yo diría, quizás, que lo que me parece que es la buena noticia de este momento de crisis, en donde siempre hay que bucear para encontrar oportunidades y para ver con optimismo alguna de las cuestiones que se nos plantean, ya que el escenario suele ser tremendamente gris... Diría que las administraciones sanitarias, que han sido tradicionalmente administraciones o competencias que han estado infrafinanciadas, que no han tenido un presupuesto suficiente a lo largo de los diferentes ejercicios, a pesar de que ha habido momentos de crecimiento económico, y que por tanto, de forma yo diría que constante, se ha producido una infrafinanciación de la actividad sanitaria... Digo que creo —y por lo menos, así se está haciendo en la Comunidad Autónoma andaluza— que desde el año 2007, en adelante, se ha presentado un punto de inflexión en relación con el crecimiento del gasto, que no solo no ha seguido una curva ascendente, sino que además se ha ido trasladando una posibilidad de pendiente deslizante, de pendiente descendente... Digo que creo que ha habido, desde luego, una gran capacidad por parte de profesionales y de la Administración para desarrollar políticas públicas que nos permitieran una mejor eficiencia.

Algunas comunidades teníamos las tareas hechas. Éramos de las comunidades que teníamos un menor

gasto sanitario per cápita; que..., paradojas de la vida, elemento que a veces se ha esgrimido como arma de confrontación para trasladar que se le ponía menos acento a esas políticas. Y, en Andalucía, así se ha hecho durante un tiempo, en el que nuestro menor gasto sanitario per cápita, a pesar de tener una mayor cartera de servicios y al menos una calidad similar al del resto de comunidades autónomas... Digo que nos hemos visto en este Parlamento obligados muchas veces a explicar el porqué teníamos ese menor gasto sanitario, y parecía que era una desventaja. Pues, fíjense ustedes, cómo esa política sostenida de mejora de la eficiencia se convierte, en los momentos de dificultad, en una tarea que nos permite estar en mejores condiciones de afrontar la situación de crisis que otros entornos, otras comunidades autónomas que tienen un decalaje en la financiación per cápita en torno a trescientos, cuatrocientos euros persona-año, una cifra que es tremendamente importante a efectos globales, y que por tanto nos trasladan que tienen que hacer un esfuerzo adicional, en estos momentos, de disminución de los ingresos, que hace que tengan que desarrollar algún tipo de tarea que ya, en Andalucía, se viene practicando desde épocas anteriores. Y, sobre todo, porque nuestra Comunidad ha tenido una relación siempre muy estrecha entre la calidad y la eficiencia, y se ha trasladado una cultura profesional de que no es posible hablar de calidad del sector público si no somos capaces de presentarles a los ciudadanos unos datos que permitan que, con el menor presupuesto posible, se pueda rentabilizar esa inversión de la forma más clara, en términos de calidad o en términos de prestaciones.

Alguna de las claves que están en relación con esta materia, pues, está relacionada o está en estrecha vinculación al desarrollo de la atención primaria en nuestra Comunidad Autónoma. Atención primaria es un área que es tremendamente eficiente, y que además pone de manifiesto que los sistemas públicos de salud, que tienen un peso importante de la atención primaria, desarrollan o tienen un coste global mucho menos oneroso para las administraciones públicas que aquellos que tienen un desarrollo escaso de este nivel asistencial. Y, por tanto, la mayoría de los procesos se resuelven con una mayor complejidad tecnológica, muchas veces sin ser necesario para la solución del problema de salud.

O, en relación con la promoción y la prevención, el desarrollo de la cirugía mayor ambulatoria, o técnicas alternativas a la hospitalización tradicional, a pesar de que algunos de los analistas siempre ponen el concepto «cama» como un elemento que —como saben sus señorías— para nosotros ha ido perdiendo peso a lo largo del tiempo, porque se han ido traspasando procesos, fundamentalmente, quirúrgicos, aunque también varios médicos, como los oncológicos, que se desarrollaban previamente al desarrollo de esta

cirugía con hospitalización, pues, posteriormente, se ha visto que no solo es más eficiente, sino que aporta mayor calidad y mayor seguridad para los pacientes con un menor índice de complicaciones o de efectos adversos.

O la capacidad de reforzar las actuaciones que se desarrollan en los diferentes niveles a través de la historia electrónica, de Diraya, de las herramientas tecnológicas que permiten hacer un seguimiento continuado del paciente a lo largo del proceso asistencial. Aunque la más llamativa ha sido la de prescripción por principio activo, que desde su puesta en marcha en la Comunidad nos ha permitido un ahorro muy importante en una política para nosotros siempre fundamental, como es la del medicamento, que comporta entre un 20 y un 25 por ciento total del gasto que se destina al servicio sanitario público.

Todas estas medidas, que tienen sus cuentas y que pueden ser objeto de mayor profundización, si así sus señorías lo estiman conveniente... Diría que, quizás, la que en este momento tiene una mayor intensidad por parte de la Consejería de Salud está en relación con la implicación de los profesionales en el control de los recursos que se ponen a su disposición, para darle a cada paciente aquello que se entiende que puede conllevarle mayores ventajas. Y, por tanto, la gestión clínica, la implicación profesional, la capacidad de codecisión por parte de los profesionales, en ese modelo que venimos desarrollando en Andalucía, se acerca como la herramienta clave, el instrumento más potente y más importante. Porque, siendo los profesionales los principales actores internos del sector sanitario —evidentemente, los actores externos fundamentales son los pacientes—, pero, en términos internos, organizativos, son ellos los que tienen que ayudarnos, los que tienen que proponer, promover medidas de eficiencia que nos permitan no solo que el sistema sanitario pueda seguir desarrollando tecnológicamente aquellos avances que se manifiestan como importantes, que podamos seguir dando la calidad de las prestaciones que hasta la fecha hemos dado, pues que además se pueda seguir apostando por la investigación, por la docencia, por aquellos elementos que permiten que el sector público no solo sea aquel que presta servicio, sino que también sea una fuente de conocimiento y una fuente de riqueza, para que empresas, de la mano de este, puedan instalarse en Andalucía y puedan también generar un valor añadido en relación con nuestro producto interior bruto.

Por tanto, diría que estas son las medidas más importantes que nos van a permitir y que nos están permitiendo un mejor cumplimiento de los presupuestos anuales, y decir que, en respuesta a la comparecencia, el objetivo de esta Consejería es que el año 2012 termine sin haberse generado déficit o deuda en relación con el presupuesto que teníamos asignado.

El señor MENACHO VILLALBA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, Consejera.

Por parte del Grupo Popular Andaluz, tiene la palabra la señora Corredera Quintana.

La señora CORREDERA QUINTANA

—Gracias, señor Presidente.

Señora Consejera, su objetivo es muy loable, y ojalá lo consiga. Pero yo le había planteado que me dijera cómo estaba la deuda del sistema sanitario a día de hoy, y no me ha dado ni un dato. De eso hay un dato: me ha hablado de las medidas de eficiencia y ahorro que espera que desarrollen los profesionales, me ha hablado de modelos de gestión y me ha hablado de mil cosas; pero no me ha dicho cómo está.

Y yo, sinceramente, le había planteado esta comparecencia, porque quería saber de forma oficial, a día de hoy, cómo se encuentran las cuentas de nuestra sanidad pública, la deuda que mantiene, las obligaciones reconocidas de pago, pendientes de pago, y queríamos saberlo de su boca, lo digo por lo siguiente: no tenemos por qué estar a expensas de qué empresas farmacéuticas o suministradoras de tecnología sanitaria nos digan qué cuentas tienen pendientes con su Consejería, creo que usted tiene la obligación como Consejera, si se lo pide este grupo, de facilitarnos esos datos y que no tengamos que recurrir a fuentes externas, sin maquillaje, sin trucos contables, lo que hay.

¿Y por qué digo esto? Porque el año pasado usted solo reconocía, le recuerdo, 700 millones de euros de deuda, cuando la Cámara de Cuentas decía otras cosas. Usted decía que eran criterios contables diferentes. Por lo menos, que conociéramos sus criterios contables. Cuando eran las propias empresas las que denunciaban y el PP se hacía eco, es que éramos unos demagogos y unos catastrofistas y utilizábamos fuentes que no estaban contrastadas. Y esto son palabras textuales tuyas a una respuesta mía en este Parlamento. Entonces, yo querría una fuente contrastada, la suya, la suya, la de la Consejería. Al fin, los datos, a final de año, vinieron a demostrar que lo que decía el PP y estas fuentes no contrastadas eran una realidad, porque el plan de pago a proveedores hizo que afloraran muchas facturas, incluso algunas que usted decía que no existían. En alguna ocasión reconoció retrasos en los pagos, y entonces llegó a decirme, y vuelvo a decir palabras textuales, que estaba concentrando la totalidad de la deuda en los grandes proveedores, a fin de que las pymes y las pequeñas empresas pudieran cobrar en un tiempo de demora inferior a lo que en ese momento se establecía como demora media.

Parece que las cosas no han cambiado, o no han cambiado mucho en cuanto a la forma de gestionar,

y parece que la pelota de la deuda sigue creciendo a pesar de la ayuda puntual y extraordinaria que puso en marcha ese Gobierno al que ustedes intentan machacar día a día, que es el Gobierno de Rajoy. Vuelvo a decir, se puso en marcha el Plan de Pago a Proveedores, más de 2.700 millones de euros para pagar facturas, y el 96% de esas facturas eran de sanidad.

Se supone que el contador se puso a cero o, por lo menos, a casi cero, porque hemos sabido que algunas facturas no pudieron incorporarse porque todavía no estaban reconocidas y se quedaron ahí, pero, señora Consejera, solo unos meses después usted vuelve a encabezar el *ranking* de las comunidades autónomas endeudadas con las empresas farmacéuticas y las empresas suministradoras de tecnología sanitaria. A mí me hubiera gustado que usted me diera ese dato, porque lo que ellos han hecho público, tienen publicado y nos han enviado nos dice que ni Valencia, ni Madrid, ni siquiera Cataluña, que Andalucía es la Comunidad Autónoma que encabeza el *ranking* de deuda y de tiempo de demora en los pagos. Y eso es alarmante, teniendo en cuenta que hace solo unos meses se supone que habían puesto las cuentas, vuelvo a decir, al día. Y me dice usted, no es bueno hablar de eso porque entonces se genera desconfianza en los mercados y provoca turbulencias. Pero si es que es una realidad que está ahí, es que lo están diciendo esas empresas. Es que, vuelvo a decir, que yo me hago eco, que me gustaría que los datos me los diera usted oficiales y no tener que hacerme eco de algo que me cuentan unas empresas, pero ellas dicen que el 21,39% del total de las facturas pendientes de cobro, a 31 de octubre de 2012, son de Andalucía, son de Andalucía.

No me extraña que se hayan vuelto a encender las alertas, no me extraña que vuelvan a llamarnos porque, cuando cobraron, nadie llamó, pero, desde luego, cuando usted les debe, nos llama para contárnoslo y para que ver si podemos echar una mano.

Que haya preocupación en el sector, porque de verdad que nos está llevando esta situación a un callejón sin salida, y la sanidad, se lo he dicho en alguna ocasión, no puede ser un pozo sin fondo, el principio no puede ser gastar y no pagar porque eso, al final, tiene consecuencias, y las consecuencias que tiene, por ejemplo, es que en 2013 diariamente se van a pagar en Andalucía 10 millones de euros, diarios, vuelvo a decir, para el pago de deuda y de intereses, de la deuda que tiene el Gobierno andaluz, entre la que está, evidentemente, pues me imagino que la deuda sanitaria.

Y usted no parece que esté tomando medidas al respecto, usted ha hablado de que son los profesionales los que tienen que ver las medidas de eficiencia y de ahorro, pero dígame cuáles. Y, desde luego, no puede ser que siempre se carguen esas medidas sobre los mismos, que son los profesionales, les quitamos el 5%

del sueldo, el 10% de los complementos, les reducimos la jornada laboral a los que no son estables en un 25%... Yo creo que usted no solo no es capaz de corregir la desviación que arrastra, sino que la pelota se le está haciendo aún mayor y la deuda está aumentando de forma inexorable, y, vuelvo a decir, partiendo de una situación muy beneficiosa, que había sido ese pago a proveedores.

Y eso sin entrar en la repercusión que esa deuda tiene en algunas empresas, que usted lo sabe, algunas están asfixiadas, algunas se plantean hacer ERE por los impagos, y eso significa, lógicamente, aumentar las listas de espera. En fin, yo le recordaba al principio, partíamos de una situación; esa situación se puso, vuelvo a decir, no a cero, porque es verdad que nos trasladaron ellos mismos que algunas de esas facturas todavía no estaban reconocidas, por tanto, no se habían podido incorporar al Plan de Pago a Proveedores; cuando se pagó, se pagaron hasta facturas de 2009, o sea, que el cúmulo era importante, pero la situación actual es que, después de poner el contador casi a cero, sencillamente, usted no ha vuelto a pagarles nada, no ha vuelto a pagarles nada, y el débito aumenta como una bola de nieve.

Y, si no es así, dígame. Quiero decir, si ellos están mintiendo o no están dando... A mí no me gusta la palabra mentir. Si no están dando los datos reales y no están publicando los datos reales, yo espero que usted, con sus datos oficiales, me diga, no, de lo que ellos están diciendo, no es así. Si Farmaindustria me dice a mí que ya acumula usted una deuda de 710 millones de euros, dígame que no es así; si Fenin, que es la federación de empresas suministradoras de tecnología sanitaria y productos sanitarios, me dice que en diez meses usted ya acumula facturas por valor de 605 millones de euros, dígame que no es así. Son los datos que ellos nos han facilitado, 1.315 millones entre los dos, 1.315 millones, y ahí no estamos metiendo, y usted lo sabe, lo que se debe a medicamentos huérfanos, lo que se debe por conciertos que no se pagan, en fin, otro tipo de deuda, estamos hablando solo de Farmaindustria y estamos hablando solo de Fenin, que hay más conceptos, evidentemente, en los que hay deuda, a los que no me estoy refiriendo.

A mí me gustaría saber en lo que queda de año porque, para que usted se ponga a cero, cómo va a afrontar estos pagos, me gustaría saber si con lo que han recibido del Fondo de Liquidez Autonómica, los 2.331 millones de euros, algo va a ir a paliar la deuda sanitaria. Me gustaría porque creo que es tremendamente importante, y estoy segura de que usted va a intentar responsabilizar de este impago al Gobierno de Rajoy, de la situación, como siempre, de los recortes que le ha hecho Rajoy, aunque en 2009, 2010 y 2011 ocurriera exactamente lo mismo, y entonces gobernara ZP. Estoy segura de que usted va a intentar hacerlo,

pero también me gustaría personalizar cómo van a beneficiar a Andalucía algunas de las medidas que se están tomando por el Ministerio de Sanidad, que están siendo también muy criticadas, pero que a Andalucía le van a suponer un ahorro importante porque, primero, por ejemplo, adaptar la normativa europea y poner freno al suministro, al turismo sanitario, pues va a generar un ahorro de 1.000 millones de euros, a Andalucía le supondrá un ahorro de 230 millones de euros, un ahorro de 230 millones de euros. Las políticas de uso adecuado de los medicamentos, con concienciación importante de su buen uso por parte de los médicos prescriptores, con una bajada del 6% en el número de recetas que se está produciendo, y por los pacientes con una bajada media de más del 20% en el gasto en farmacia extrahospitalaria, pues, teniendo en cuenta el ahorro de los tres primeros meses, va a suponer al año un ahorro de 1.700 millones, 340 millones en Andalucía, 240 millones en Andalucía. La central de compras, esa a la que usted por cierto no quiere unirse, de productos, materiales, equipamientos sanitarios, podrá suponer un ahorro de unos mil millones de euros, unos doscientos para Andalucía si abandona el enfrentamiento y se suma a la central de compras, por eficiencia.

En fin, señora Consejera, yo le propongo que haga un ejercicio de autocritica, de humildad, que reconozca la gravedad del problema, que me cuente los números, sobre todo si me quiere decir que no coinciden con los que ellos están haciendo públicos. Yo solo tengo acceso a dos cosas, a la información que ellos me dan y a la que usted me dé, y a la que usted me dé. Y con eso tengo que hacer mi trabajo, por eso yo se lo pedía, porque quería conocer la información que usted me daba, vuelvo a decir, a día de hoy, que se coja el toro por los cuernos, que se hagan los cambios estructurales y no coyunturales, no solo sobre las espaldas de los profesionales, en determinados momentos, que no se trata de crear alarma social, señora Consejera, que no estoy intentando crear alarma social, que lo que estoy intentando saber es cómo está usted gestionando y si se van a resolver los problemas. Con el dinero, cómo lo van a emplear, de manera que, al final, se cumpla lo que usted me ha dicho aquí hoy, que la deuda sea cero, yo espero que se cumpla, que cierre 2012 sin deuda, sinceramente lo espero. No confío en que sea así, también se lo tengo que reconocer y no la voy a engañar; pero, en este caso, preferiría ser yo la que se equivocara, por el bien de muchos.

El señor MENACHO VILLALBA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señora Corredera.
Tiene la palabra la señora Consejera.

La señora MONTERO CUADRADO, CONSEJERA DE SALUD Y BIENESTAR SOCIAL

—Muchas gracias, Presidente.

Yo, señora Corredera, le tengo que decir que me llama poderosamente la atención su intervención. O sea, que, antes de que se produzca un cierre del ejercicio presupuestario, su señoría quiera abordar cifras, cantidades... Evidentemente, le he trasladado al principio de mi intervención y no se lo he querido decir más claro, que a qué viene esta comparecencia, señora Corredera; a qué viene el que usted, antes de que termine el ejercicio presupuestario, diga, pregunte, traslade, cree incertidumbre en relación con el cierre de las cuentas públicas. ¿Simplemente a que usted ha tenido acceso a algún dato, o es que a ustedes les interesa, desde el Partido Popular, lanzar una sombra de sospecha a los mercados financieros? ¿O es que acaso usted se apunta a la estrategia de la Vicepresidenta del Gobierno de poner en duda la solvencia de Andalucía con el escudo del Gobierno de España detrás? O sea, ¿a qué viene este ataque a la solvencia de nuestra Comunidad Autónoma? Que tengan claro las entidades, que tengan claro los mercados financieros, que claro que Andalucía va a hacer frente a sus pagos. Por supuesto que sí. Y, por tanto, que se le pueda dar crédito a Andalucía. Porque nada más que me puedo explicar que su pregunta venga por aquí si usted está ayudando a que se asfixie a la Comunidad Autónoma, señoría. Si no, ¿a qué viene, antes de un cierre de cualquier presupuesto, que uno hable de deuda? ¿Acaso en sus ayuntamientos, donde ustedes gobiernan, pueden decir a fecha de hoy cuál va a ser la deuda? Porque la deuda no se hace más que a 31 de diciembre.

Usted entenderá que los datos son transparentes: nunca han sido más transparentes. Los tiene el señor Montoro, concepto por concepto. ¿Cómo que usted no sabe o que usted solamente puede tener financiación..., fuentes de información a partir de los proveedores? Pero si usted..., ustedes son del mismo partido que gobierna en España. ¿Acaso no tiene el señor Montoro información de esto? ¿No le puede decir el señor Montoro en qué senda va la Comunidad Autónoma?

Es que le digo más. Le he anunciado al principio que la evaluación que ha hecho el Ministerio de Hacienda respecto a las cuentas públicas de Andalucía es muy favorable para la Comunidad Autónoma, y es una previsión que ojalá siga esa senda. ¿Quién miente? ¿Quién quiere poner en cuestión lo que estamos diciendo, señora Corredera?

Pero, sin embargo, ha dicho usted una frase, al final de su intervención, que la quiero poner en primer plano, porque me llama la atención, y que, además, creo que ha revelado el verdadero interés de por qué usted trae aquí esta comparecencia antes de que termine el ejercicio presupuestario.

Ha dicho usted que no se están produciendo cambios estructurales en la sanidad andaluza, y solo coyunturales. Hombre, claro que no se están produciendo cambios estructurales. No vamos a cambiar el modelo de sistema sanitario que está defendiendo el Gobierno de Andalucía, señora Corredera; no vamos a hacer cambios estructurales para poner al sector sanitario en manos de las compañías privadas. No lo vamos a hacer. Y, si esa es la invitación que hace el Partido Popular, de que se produzcan cambios estructurales, le digo desde aquí que no, que vamos a profundizar en los mecanismos de eficiencia, que vamos a seguir buceando en las partidas presupuestarias que puedan tener un elemento mejor, valor añadido, una mayor aportación, un mejor manejo de los recursos públicos, pero el Gobierno andaluz no va a cambiar estructuralmente el modelo de sistema sanitario. Y probablemente eso es lo que más diferencia al Partido Socialista y al Partido Popular en este momento de hacer frente a la crisis económica, porque yo no le he querido entrar en mi primera intervención en lo que están haciendo ustedes; pero, claro, si usted está intentando trasladar aquí opacidad de las cuentas públicas, cuando hay un control exhaustivo, por parte del Gobierno de España, de las cuentas de las comunidades autónomas... Nunca ha habido mayor control de las cuentas de las comunidades autónomas. Si usted quiere trasladar aquí o ser agorera de una cifra, que yo espero, señora Corredera, espero, que, cuando termine el ejercicio presupuestario, en esta Cámara pida usted una comparecencia para decir que se ha equivocado... Yo espero que usted lo haga. Porque dijeron ustedes, antes de que salieran las cifras del plan a proveedores, que debía esta Comunidad Autónoma en sanidad cuatro mil quinientos millones de euros, y se lo voy a recordar las veces que haga falta, porque lo dijo su compañero el señor Aguirre, con usted al lado: cuatro mil quinientos millones de euros dijeron. Luego resulta que para toda la Comunidad Autónoma esa cifra se fue a dos mil setecientos millones de euros, de los cuales un 97% eran facturas. Pero, importe de la factura, un 85% era sanidad. Y ¿sabe usted qué había en el plan de pago a proveedores? No deuda sanitaria, como usted está queriendo ver, de gasto que no tiene respaldo presupuestario.

Lo que pasa es que yo no sé si esto le interesa a usted, señora Corredera —yo creo que no, que a usted no le interesa que yo le descomponga qué fue lo que pagó el plan a proveedores—; pero sí me gustaría trasladarlo al resto de sus señorías porque el plan a proveedores no pagó solamente deuda extrapresupuestaria, que es lo que usted siempre me pregunta en esta Cámara, y que jamás... Y ahí a las actas me conformo, porque no voy a mentir en sede parlamentaria, como usted entenderá, señora Corredera. Espero que usted tampoco. No es deuda extrapresupuestaria lo que paga el plan a proveedores. Paga también el déficit de tesorería, la falta de liquidez de la Comunidad Autónoma. También

lo paga. Y lo que está computado como déficit es transparente en las cifras del Ministerio de Hacienda. Y que ustedes se empeñen en trasladar, cada vez que vienen a esta Comisión, que los datos que maneja el Ministerio de Hacienda son mentira pone en cuestión la imagen de España y la imagen de Andalucía, señora Corredera, y se lo cuenta usted al señor Montoro, y le dice usted al señor Montoro que las cifras que pone Andalucía encima de su mesa son mentira.

Porque, claro, vamos a hablar del endeudamiento de la Comunidad Autónoma, de las cifras que maneja el Gobierno de España en relación a la Comunidad Autónoma, que entiendo que no entenderá usted que desde el Ministerio de Hacienda no se hacen los controles suficientes para confirmar que se responde a la realidad. Digo yo que usted no pone en cuestión el trabajo también del Ministerio de Hacienda.

Dicen las cifras que tiene auditadas que la Comunidad Autónoma que Andalucía es una de las comunidades menos endeudada del conjunto de España, que el endeudamiento es del 10,7% del PIB regional y que Andalucía presenta un nivel de deuda por debajo del punto de las comunidades autónomas, 3,5 puntos porcentuales. O sea, que Andalucía es de las comunidades menos endeudadas. Pero que eso no lo dice el Gobierno andaluz, que eso lo dice el Gobierno de España en sus datos oficiales, nunca rebatidos por el señor Montoro.

Es que, además, Andalucía tiene una deuda, en el total de la Comunidad Autónoma, de 1.883 euros per cápita, muy lejos de las comunidades que gobierna el Partido Popular, como Valencia, como Madrid o como Galicia.

Dicen los datos del Banco de España que cada andaluz debe 753 euros menos que un madrileño, 845 euros menos que un gallego y 2.291 euros menos que un valenciano. ¿Y ahora me quiere usted a mí..., quiere usted trasladar aquí, en esta Comisión, que Andalucía es despilfarradora, que Andalucía tiene la deuda más importante y que Andalucía no paga? ¿Con qué objetivo, señora Corredera, cuando las cifras son oficiales, las presenta el Gobierno de España?

Yo espero que no sea el objetivo de que se asfixie a Andalucía, señora Corredera, y de que tengamos menos acceso al crédito: espero que no sea el objetivo. Porque si, desde luego, el Partido Popular, planteando estas dudas de la solvencia de la Comunidad Autónoma, lo que hace es perjudicar a Andalucía, imagino, señora Corredera, que tendrá eso las consecuencias que tenga que tener, ¿eh? Pero creo que no es serio que usted plantee, a propósito de lo que le traslada Fenin. Si usted quiere hablamos de Fenin...

¿De qué está hablando Fenin? ¿De qué está hablando Farmaindustria cuando dice que se le adeuda, por parte de las comunidades autónomas, una cantidad de dinero? Está hablando de tesorería, señora Corredera, y usted lo debería de saber. ¿Y sabe por qué usted lo

debería de saber? ¿Sabe por qué usted lo debería de saber? Porque el pago a proveedores, del que ustedes quieren hacer ver aquí que es un dinero que nos ha regalado Rajoy... Que no, que no, que Rajoy no nos ha regalado nada a la Comunidad Autónoma, ni el pago a proveedores ni el FLA. Que es un dinero de Andalucía, de Andalucía, que hay que devolverlo o que se ha anticipado, pero que no es un dinero que nos estén regalando por encima de nuestra financiación. Eso para que quede claro, porque siempre que ustedes hablan de estos pagos parece que nos han regalado dos mil quinientos millones, otros dos mil doscientos... No, es un dinero que se les ha dado a todas las comunidades autónomas. Y le digo más: y la proporción que ha recibido Andalucía del FLA ha sido menor de la que han tenido otras comunidades autónomas. Eso no lo dicen ustedes. Ustedes intentan hacer ver que aquí se ha venido, se ha regalado dinero para que se haga frente a los pagos a proveedores sanitarios. Debería usted saber, señora Corredera, que el requisito del pago a proveedores establecía que cualquier factura que estuviera consignada previamente al 31 de diciembre de 2012 se hacía frente con el pago a proveedores.

Y dijeron ustedes: «Van a aparecer facturas en los cajones». Ni una, señora Corredera, ni un proveedor ha dicho que no se haya presentado su factura. Ni uno. ¿Sabe usted lo que ocurrió en Madrid y en Valencia cuando salió el pago a proveedores? Que se vio obligado el Gobierno de España a corregir su objetivo de déficit. ¿Sabe por qué? Porque había facturas en los cajones. ¿Acaso se vio obligado a hacerlo cuando se presentaron las facturas de Andalucía? Dice usted que sí con la cara y le digo yo a usted que no.

El objetivo de déficit se mantuvo, sin embargo, se corrigió a raíz de los datos presentados por Madrid y Valencia, por mucha vergüenza que nos dé a todos aquí decirlo.

Por tanto, ¿de qué está usted hablando en relación con esto? Cuentas claras las de Andalucía, y en el pago a proveedores se pusieron de manifiesto. Y cuentas opacas, las de algunas comunidades autónomas, que para no perjudicarlas no voy a volver a nombrarlas. Cuentas claras, las de Andalucía. Y se ejecutaron la totalidad de las facturas que se debían, excepto cien millones de euros, que se devolvieron por parte del Gobierno de España, porque se habían consignado con fecha posterior, aunque eran parte de 2012.

Y, además, señora Corredera, ¿en materia sanitaria va a hablar usted de deuda en los cajones? ¿Cuántos años hace que la Comunidad Autónoma tiene un epígrafe presupuestario específico, la 409? No lo tienen otras administraciones, lo tiene Salud, la 409, que es transparente y que le dice todos los años al Gobierno de España, sea de ZP, de Rajoy, de González o de quien sea..., todos los años dice en cuánto se contempla la deuda que se debe, porque no tiene respaldo presupuestario. Por tanto, la respuesta

la tenía usted misma, si se ha pagado todo lo anterior excepto cien millones, que son los que devuelve el Gobierno de España, pues la deuda serán cien millones. ¿Y lo que se le debe a Fenin este año, entonces, qué es? Pues es la tesorería que está pendiente, la liquidez que está pendiente. ¿Y por qué a Fenin? Porque este Gobierno ha priorizado, y ha priorizado que antes de pagarles a los proveedores sanitarios de las grandes multinacionales puedan cobrar las residencias de mayores, la discapacidad..., eso que también tiene retraso, puedan cobrar porque, entre otras razones, se les ha pagado una cantidad muy importante de dinero a los proveedores sanitarios y tienen mayor músculo financiero que las pequeñas empresas. Por tanto, ¿usted va a contabilizar como deuda el desfase de tesorería? ¿Lo que dice Fenin, que no se ha hecho todavía efectivo a lo largo de este ejercicio, lo va a poner usted como deuda? ¿Para hacerle flaco favor a quién?

Vamos a ser serios, vamos a ser serios con los temas económicos, que están siendo siempre objeto de atención por parte del conjunto yo diría que de la esfera internacional, que poner en cuestión las cuentas públicas, la opacidad, la capacidad de pago, las deudas o el cumplimiento del objetivo de déficit, señora Corredera, no beneficia a Andalucía, pero es que tampoco beneficia a España, ahora que somos tan patriotas. A España no le beneficia que estemos permanentemente intentando trasladar una imagen de inseguridad de nuestras cuentas públicas. Y esos son los datos.

Por tanto, yo le vuelvo a insistir. El presupuesto sanitario..., la Comunidad Autónoma andaluza tiene la previsión de que termine el ejercicio presupuestario sin deuda. Si usted lo que me está preguntando es qué problema va a tener tesorero, cuánto dinero teniendo presupuesto no se ha podido abonar, porque no se obtiene crédito de los bancos... Si usted es eso lo que me está preguntando, eso lo podemos ajustar a final de año, cuánto dinero tesorero se debe. Deuda, lo que se llama déficit, cero, señora Corredera, es mi previsión. Y si luego resulta que esa previsión no se cumple, aparecerá, como todos los años, en la 409, será pública y será transparente, y entonces podremos hablarla. Pero no confunda usted deliberadamente lo que puede ser falta de presupuesto de lo que es falta de liquidez, porque eso solamente beneficia a que se traslade una imagen deteriorada de Andalucía.

El señor MENACHO VILLALBA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señora Consejera.

Habíamos quedado en un solo turno de palabra, pero, en vista de que la señora Corredera ha pedido la palabra y el Reglamento lo permite, tiene como máximo siete minutos y medio.

La señora CORREDERA QUINTANA

—Gracias, señor Presidente.

Sobre todo, porque en la primera solo utilicé 10 minutos, me dejé cinco ahí de reserva, pero bueno...

El señor MENACHO VILLALBA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Tiene un máximo de 15. Si no los usa, pues vaya.

La señora CORREDERA QUINTANA

—Vale, vale. No, si no voy a entrar ahí.

Yo creo que el final de la intervención de la Consejera lo ha puesto claro, si es que el problema para usted es de concepto. A lo mejor yo tenía que haberle preguntado por facturas pendientes de cobro en vez de preguntarle por deudas, a lo mejor, porque lo que está claro es que yo sí tenía claro que eran facturas pendientes de cobro. Eso es lo que tiene, que usted no..., eso no es deuda para usted. Para ellos es una deuda pendiente, para usted no, para ellos son obligaciones reconocidas pendientes de pago. ¿Que no quiere que utilice el término de deuda? ¿Cuántas facturas pendientes de pagar tiene usted, con ellos y con otros, en su Consejería? Porque usted no ha dado ni un dato, usted se ha puesto muy crispada, muy nerviosa, me ha atacado, ha dicho que yo quiero cuestionar la solvencia de Andalucía. Mire usted, yo he pedido su comparecencia para que usted dé sus datos, usted tenga la oportunidad de dar sus datos, y no ha dado ni uno, pero ni uno. De principio a fin, ni en la primera ni en la segunda intervención. Ni siquiera, de las facturas pendientes de cobro, ni siquiera de sus problemas de tesorería, que no son deuda, según usted. Ni un dato, Consejera, ni uno. Mucho atacarme, mucho decir que yo quiero cuestionarla, pero ni uno.

Y a mí no me hable de cómo Andalucía ha tenido que... Andalucía no, Andalucía nos dio todos los datos correctísimos, por eso en este Parlamento el Presidente dijo 1,4% de déficit y al día siguiente tuvo que salir la Consejera diciendo 3,2%. Y cuando Valencia y Madrid corrigieron, Andalucía también, porque al final fue 3,5%. Fueron cuatro comunidades las que tuvieron que corregir porque afloraron facturas. Que, por cierto, aquí sí ha habido proveedores que han dicho que ustedes no les habían reconocido facturas. Y, si no, hable sobre todo con el sector de la construcción, pero también con algunos farmacéuticos, ¿eh? Así que vamos a tener las cosas claritas, claritas.

Usted no ha desmentido ninguno de los datos que yo he dado, por tanto deduzco que los datos que ellos me han facilitado de facturas pendientes de cobro —para que usted no se vuelva susceptible— son reales. En-

tiendo que los datos que ellos han facilitado son reales. Aquí, opacidad..., la única, la suya, señora Consejera, porque yo los datos que tengo se los estoy dando. Por cierto, que si el señor Montoro me diera a mí algún dato suyo no quiero decir lo que usted diría del señor Montoro, empezando por deslealtad institucional. Mire usted, el señor Montoro es Ministro, habla con usted, que es Gobierno, pero a mí el señor Montoro no me da los datos, otra cosa serán los datos oficiales que estén publicados. Pero yo no soy diputada en el Congreso, yo soy diputada en este Parlamento y los datos me los tiene que dar usted, no el señor Montoro, ni tengo yo que llamar al señor Montoro para que me diga los datos que usted le facilita o no. Los que sean públicos, pues algunos los conoceré, otros no, y mi obligación es preguntárselo.

Y yo se lo digo así, que opacidad, la que usted quiera trasladar, no contándonos los datos que hay. Y opacidad, la suya, porque yo lo que tengo se lo cuento. ¿Que a lo mejor, vuelvo a decir, a usted..., la terminología que yo he utilizado no ha sido la más adecuada? Yo lo retiro, que no tengo ningún problema.

Lo que vuelvo a decir es que lo que yo espero es que usted pueda afrontar la situación de la sanidad, lo que yo espero es que se puedan afrontar todas las obligaciones de pago pendientes, lo que yo espero es que las facturas pendientes de cobro se puedan cobrar, porque eso significará que la sostenibilidad de nuestro sistema está garantizada.

Y cuando me refiero a reformas coyunturales, que no estructurales, es porque usted lo que hace no es ver y analizar cómo está la sanidad y ver dónde puede afrontar pues, eso, una reestructuración que le permita garantizar todas las prestaciones y servicios. Yo no le estoy pidiendo que privatice, que es lo que usted insinúa, no se lo estoy pidiendo, señora Consejera. Lo que le estoy pidiendo es que si afronta que tiene 4.200 cargos de libre designación, si afronta una serie de cosas que están ahí, que usted lo sabe y que yo también, y los altos cargos que tiene, y los tipos de estructuras que maneja en el SAS, seguramente se podrá hacer más ahorro que quitándoles a los funcionarios, a los trabajadores, el 5% de los sueldos y el 10% de los complementos, o el 25% de su jornada laboral y su sueldo, por supuesto.

Yo no he dicho ninguna mentira, señora Consejera, en mi intervención no he dicho ninguna mentira. Usted me ha acusado, me ha dicho tres veces: «Son mentiras, son mentiras». Yo los datos que he dado son los que me han facilitado y usted no los ha desmentido. Por tanto, deduzco que no son mentira. ¿Cuáles son mentira, si es que alguno hubiera, o alguno estuviera erróneo?

Y yo termino, porque no se trata de entrar a más debate. Yo lo que espero, señora Consejera, es que usted aclare en su última intervención cuál es la situación económico-financiera —que aquí vamos a tener ya que ver muy bien cómo planteamos los términos— del sis-

tema sanitario andaluz, porque creo que es interesante que sepamos si se pagan o no las facturas. Creo que hay muchas personas pendientes de eso.

El señor MENACHO VILLALBA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Gracias, señora Corredera.

Para cerrar el debate de esta primera comparecencia, tiene la palabra la señora Consejera.

La señora MONTERO CUADRADO, CONSEJERA DE SALUD Y BIENESTAR SOCIAL

—Sí, claro que hay que ser rigurosos, señora Corredera, cuando se habla de presupuesto.

El señor MENACHO VILLALBA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Por favor, silencio.

La señora MONTERO CUADRADO, CONSEJERA DE SALUD Y BIENESTAR SOCIAL

—Tremendamente rigurosos. ¿Cómo que va a ser lo mismo en la liquidez..., el problema de liquidez de la Comunidad Autónoma que el déficit, que la deuda? Usted me ha preguntado por deuda y yo le he dicho al principio de mi intervención que me está usted preguntando por algo que no ha lugar a mitad de año. Que se hace a 31 de diciembre..., todas las administraciones públicas. Sí, estamos en noviembre, no estamos a 31 de diciembre y, además, lo tendrá que confirmar el doctor Montoro..., el señor Montoro.

Entonces, ¿a qué viene esta comparecencia, señora Corredera? Yo le insisto, ¿a qué viene? ¿A defender que se pague a los proveedores sanitarios porque le han pasado una tabla? ¿A qué viene? Cuando nos estamos jugando en el mercado financiero el conjunto de España, que no le digo Andalucía, el conjunto de España, la credibilidad, ¿se viene a esta comisión a poner en duda la opacidad de las cuentas, o la transparencia, la capacidad de solvencia o la incapacidad? ¿Se pone aquí en duda, cuando los datos hablan por sí solos y son estadísticas oficiales?

Dice usted: «Yo no pregunto al señor Montoro». Es que usted tiene que estudiar las cifras. Si usted viene aquí a hablar de deuda, si usted viene aquí a hablar del estado de las finanzas públicas, se tendrá usted que ver las estadísticas del Gobierno de España, ¿no? ¿O viene uno sin haberse estudiado los temas, señora

Corredera? Además, que no suele ser. Es que no suele ser la línea en la que usted viene a una comisión. Por tanto, es que me parece que la coge eso fuera de lugar.

Claro que usted conoce las cifras del Gobierno de España, claro que sí, y que son transparentes, y que usted ve que la previsión que hace el señor Montoro es que Andalucía, razonablemente, va a cumplir el objetivo de déficit. Y yo la emplazo a esas estadísticas oficiales si no ha tenido oportunidad de verlas. Pero ¿por qué las ponemos en cuestión aquí, si están así establecidas?

Y claro que no es un problema conceptual, como si no tuviera importancia hablar de déficit, hablar de deuda, hablar de facturas que se abonon o hablar de déficit de tesorería. Claro que tiene importancia, señora Corredera. Y, en los temas económicos, nos estamos jugando tanto que tenemos que ser extremadamente meticulosos.

Y usted me ha preguntado de deuda y yo le he contestado de deuda.

La situación de la tesorería es variable a lo largo de los meses, señora Corredera. Se debe más o se debe menos a lo largo de los meses. Si la pregunta es «¿ustedes han priorizado a otras entidades antes que a los proveedores sanitarios de las grandes empresas multinacionales?», la respuesta es sí. Si no me escondo detrás de la respuesta. Sí, hemos priorizado antes, y así se lo hemos hecho ver a ellos, los conciertos —por cierto, en conciertos sanitarios no se debe—, los conciertos, la discapacidad, las residencias de mayores, las pequeñas y medianas empresas, la limpieza, la lavandería, los servicios básicos de nuestros centros sanitarios, y hemos dejado con mayor demora de pago las grandes multinacionales. Y eso ha sido una decisión —sí—, a pesar de todo lo que eso conlleva, porque hemos preferido que no se elimine el empleo, y porque entendemos que hay mayor músculo financiero por parte de las multinacionales. Y así se lo hemos explicado. Entre otras razones, señora Corredera, porque las multinacionales han recibido del conjunto de España, a cargo del plan de proveedores, más de quince mil millones de euros que han permitido sanear sus cuentas, cosa que no ha ocurrido con otro tipo de empresas de nuestra Comunidad Autónoma.

Por tanto, claro que hemos tomado una decisión ahí. Y claro que, por tanto, las cifras que maneja Farmaindustria, que son de los grandes proveedores sanitarios, son cifras que soportan una mayor demora en los pagos. ¿De cuándo, señora Corredera, se ha medido la capacidad de liquidez de tesorería de las administraciones públicas por números? La hemos medido siempre por demora en el pago: siempre. Porque, si no, se confunde deliberadamente. O sea, si ustedes quieren hablar del déficit de tesorería, tienen que hablar de demora en el pago. Eso no lo digo yo. Eso lo dice Europa, lo dice el Gobierno, lo dice..., digamos que el conjunto de la literatura económica. Y la demora en el pago, creo recordar, señora Corredera, de nuestra Comunidad Autónoma, promedio, es de 93 días, promedio.

¿Esto significa que las grandes multinacionales están a 93 días? No —se lo digo desde ya—, no. Significa que ellas tienen el mayor peso de la demora, para que otros puedan cobrar y puedan tener una menor demora para hacer frente a sus obligaciones de pago. Y es una elección que hace el Gobierno andaluz, nos gustará o no nos gustará, pero es una elección que hace el Gobierno de Andalucía del conjunto del presupuesto.

¿Y sabe usted por qué tiene 93 días, por ejemplo, la Comunidad Autónoma andaluza? Porque nosotros pagamos al día las facturas farmacéuticas. Las facturas farmacéuticas de las boticas las pagamos al día, cosa que no hacen ustedes donde gobiernan. Es por eso por lo que la cifra que sale de promedio de la Comunidad Autónoma se sitúa en ese entorno. Si nosotros no pagáramos las facturas farmacéuticas, se iría mucho más allá. Pero es que las facturas farmacéuticas, todos los meses, son más de doscientos millones de euros. Por tanto, si queremos hablar con rigor, hablamos con rigor.

Ahora, si usted lo que me quiere preguntar es sobre la industria farmacéutica, grandes multinacionales, su demora de pago, pregúntemelo, señora Corredera. Pero usted me habla de deuda sanitaria y yo le he traído los datos correspondientes a deuda sanitaria.

Usted sí ha dicho «cambios estructurales», señora Corredera, porque le he tomado nota, porque me ha sorprendido que haya usted hablado de cambios estructurales y no coyunturales. Y usted ha dicho que Andalucía no está haciendo esfuerzos, y usted sabe que la Comunidad Autónoma está haciendo... Sí lo ha dicho, señora Corredera. Al acta me remito, al acta me remito. Usted ha dicho que no estamos haciendo nada; que, aquí, Sanidad está viendo venir cómo se desarrolla el presupuesto, cuando es bien sabido que se están produciendo ajustes que están provocando malestar entre los profesionales: es bien sabido.

¿Y va a decir usted que no estamos haciendo nada por el cumplimiento de las 37,5 horas y por el objetivo de estabilidad? Nos estamos partiendo la cara, señora Corredera. Estamos trabajando..., vamos a decir que igual que el resto de comunidades autónomas, no voy a decir más, vamos a decir que igual, y las cifras lo pondrán de manifiesto a final de año. Así lo espero y así se lo expliqué cuando tuvimos ocasión de hablar del presupuesto.

Y claro que es crispante que se venga a trasladar a esta comisión dudas sobre la capacidad de la Comunidad Autónoma, claro que es crispante, señora Corredera, porque nos jugamos tanto en los mercados financieros, porque estamos tanto en el punto de mira, que cualquier cuestión que se traslade al exterior puede perjudicar las finanzas de la Comunidad Autónoma. Y por eso hay que tener cuidado con lo que se pregunta, siendo riguroso, y también con lo que se responde.

Por tanto, darles tranquilidad a los proveedores, tranquilidad al conjunto del mercado financiero. Estamos haciendo un esfuerzo presupuestario muy importante para que la Comunidad Autónoma no tenga déficit o que

el objetivo de déficit se marque según las instrucciones del Gobierno de España. Muy importante. No solo sobre los profesionales sanitarios, señora Corredera, pero también. No solo. ¿O es que acaso no hemos disminuido la factura de farmacia?

Y yo ya no voy a entrar, por razón de tiempo, señor Presidente, en lo que usted ha dicho de lo que se ha ahorrado Andalucía por las medidas del Gobierno de España. Con todo el respeto, señora Corredera, no se lo cree ni usted. ¿Doscientos millones de euros en turismo sanitario, señora Corredera? Vamos, si no fuera porque estos temas son serios... Eso es lo que ha dicho la Ministra. Sí, si usted me dice eso es porque eso es lo que ha dicho la Ministra. Claro. Y yo le dije a la Ministra: Pues lo que tú estás diciendo, de los doscientos millones de euros, más todo lo demás que usted ha dicho, Andalucía, solamente viendo venir el presupuesto, se hubiera ahorrado más de mil millones de euros

¿Pero sabe usted qué pasa, señora Corredera? Que la triste realidad es que la señora Mato dio una cifra de siete mil millones de euros para la Comunidad Autónoma, a la desesperada, en una rueda de prensa, sin tener ni un solo informe económico, a la desesperada en una rueda de prensa, para calmar la voracidad de los mercados europeos, y ahora no sabe cómo montar los siete mil millones de euros

Yo se lo voy a emplazar: que a final de año diga el Ministerio de Sanidad, de sus medidas, de las suyas, no del esfuerzo que estamos haciendo aquí, de las suyas, de las suyas, que diga el Gobierno de España cuánto le corresponde a Andalucía. No voy a aventurar ni las cifras, señora Corredera, pero no va a llegar ni a la del turismo sanitario. Y le he sumado casi mil millones de euros de todo lo que usted ha dicho. Solamente sentándonos a ver cómo el presupuesto transcurre. Según ustedes, sin haber hecho nada en profesionales, ¿verdad?, sin nada, mil millones, aquí, como el que no quiere la cosa.

Hombre, señora Corredera, esto es muy serio. Estamos haciendo un esfuerzo ímprobo, todos, sobre todo los profesionales, ímprobo; nos estamos dejando la piel en intentar cumplir un objetivo injusto que se le ha puesto a Andalucía, y, por tanto, señora Corredera, seamos serios con estos temas.

9-12/APC-000174. Comparecencia de la Consejera de Salud y Bienestar Social a fin de informar sobre la situación sanitaria en la provincia de Cádiz, tanto en atención primaria como en atención especializada

El señor MENACHO VILLALBA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Bien. Muchas gracias, señora Consejera.

Pasamos a la segunda petición de comparecencia, del Grupo Parlamentario Izquierda Unida Los Verdes-Convocatoria por Andalucía, a fin de informar sobre la situación sanitaria en la provincia de Cádiz, tanto en atención primaria como en atención especializada, y para ello tiene la palabra su portavoz, el señor García.

Perdón, tiene la palabra la señora Consejera.

La señora MONTERO CUADRADO, CONSEJERA DE SALUD Y BIENESTAR SOCIAL

—Gracias, señoría.

Señorías, en el tiempo del que disponemos en esta comparecencia, voy a tratar de hacer un diagnóstico lo más completo y realista posible sobre la situación sanitaria en la provincia de Cádiz, diría que, señorías, partiendo de todos aquellos factores que entiendo que tienen una repercusión más directa en la calidad de la asistencia, básicamente infraestructuras, recursos humanos, actividad en atención primaria, en atención hospitalaria..., en fin, todas las singularidades que concurren en la provincia, y que pueden, de una u otra manera, repercutir de forma clara en los servicios sanitarios.

Como saben, además, sus señorías, no es la primera vez que comparezco en esta Comisión para responder a iniciativas de este tipo, tanto de Cádiz como del resto de provincias de Andalucía, y que, por tanto, puede ser que me repita en alguno de los elementos que hace poco tiempo, escaso, hayamos podido comentar.

Sí decirles que, en este caso, la complicada situación que estamos viviendo obliga a contextualizar los datos y las reflexiones que vamos a hacer, en un escenario en el que, como saben sus señorías, estamos sufriendo la crisis económica más dura, más complicada que hemos podido vivir, pues, yo diría que en muchas décadas.

En este sentido, contrariamente a lo que se pudiera pensar, voy a intentar comenzar mi intervención con un análisis positivo de la situación. Un análisis, señoría, que no es casual, que no es arbitrario porque se realizan constantes estudios y análisis de necesidades sanitarias en las zonas de España, y concretamente en nuestra Comunidad Autónoma, para poder planificar de forma eficiente y de forma equitativa los recursos disponibles. Y basándome en estos estudios, sin caer en la autocomplacencia, y siendo consciente de que siempre hay puntos de mejora, puedo asegurar, sin temor a equivocarme, que Cádiz y su provincia cuentan a día de hoy con una atención sanitaria suficiente, una atención sanitaria adecuada, adecuada a los niveles de población y de demanda, con una red amplia de servicios sanitarios distribuidos de forma equitativa por todo el entorno de residencias, y por tanto con una facilidad en el acceso a los centros de salud, y también, ¿cómo no?, a los centros hospitalarios que ha sido puesta de manifiesto de forma singular en los

últimos años. Es importante, yo creo que valorar bien el hecho de la accesibilidad, puesto que sabe su señoría que Cádiz tiene unas peculiaridades en relación con esta provincia por la propia estructura orográfica, y también por la distribución de los núcleos de población que hace que sea el elemento de planificación, yo diría que una herramienta esencial siempre, pero mucho más en el caso de Cádiz. Quizá especial interés la sierra de Cádiz, que, como saben sus señorías, tiene núcleos dispersos, con dificultad de acceso a diferentes puntos que obliga a una mayor planificación también en ese entorno.

Y el hecho de que hayamos podido contar y resolver con solvencia estas peculiaridades ha posibilitado generar, tener a nuestro servicio una red de asistencia sanitaria de calidad para toda la población, y, por tanto, señoría, con un punto de partida yo diría que favorable para afrontar la situación económica que estamos obligados en relación con nuestro objetivo de estabilidad, nuestro objetivo de déficit, nuestro compromiso de estabilidad, y muy conectado con las cuestiones que hemos comentado en la comparecencia solicitada por el Grupo Parlamentario Popular.

Teniendo en cuenta estas circunstancias, creo que la Junta de Andalucía ha presentado el análisis de presupuesto, pues, yo diría que de forma desmenuzada para la Consejería de Salud y de Bienestar Social, y que, por tanto, señoría, nos permite poner en valor cuáles son los elementos para Cádiz y para el resto de Andalucía que hemos priorizado a lo largo del presupuesto del año que viene.

Trasladar que, desde el primer momento, el Gobierno andaluz ha optado por el mantenimiento de los derechos y de la atención sanitaria en detrimento de las inversiones en infraestructura. Esto es un elemento que, sabe su señoría, ha sido objeto de comentarios a lo largo de diferentes preguntas, tanto en esta Comisión como en el propio Pleno, y en el que vuelvo a trasladar que nuestro objetivo es ir transitando esta situación de crisis sin dar ni un retroceso, ni un paso atrás en las materias, en los derechos conquistados por los ciudadanos, y esto significa que los mayores esfuerzos de ahorro se van, o se trasladan, al capítulo de inversiones, que se ralentiza, y aquellas que no han comenzado se tienen que plantear en un momento de mejor oportunidad presupuestaria.

De hecho, señoría, en la provincia de Cádiz, como en el resto de Andalucía, las obras que están iniciadas van a terminarse; eso sí, el ritmo de ejecución se va a ralentizar y se va a ir adecuando a esas disponibilidades, pero que las obras comprometidas que aún no han empezado seguirán siendo una prioridad para el Gobierno de Andalucía, pero tendrán que esperar a que la situación de liquidez permita empezarlas.

Esa es la situación que hemos definido de forma clara, de forma diáfana, a lo largo de las diferentes comparecencias. Y, por tanto, señoría, decir que en

este caso tener bastante claro cuáles son los elementos esenciales que el presupuesto destina para el año que viene.

Decirle, señoría, que Cádiz cuenta con una red de 129 centros de atención primaria, distribuidos en tres distritos sanitarios, y en el área de gestión sanitaria del Campo de Gibraltar. Con la reordenación de la estructura directiva, por cierto que antes se me olvidó decírselo a la señora Corredera, la reordenación, que ha permitido a Andalucía que haga algo que no ha hecho ninguna otra comunidad, que es agrupar equipos directivos en una sola área, en un solo hospital, por ejemplo hospitales tan importantes como el hospital Macarena y el hospital Virgen del Rocío, un esfuerzo fundamental y que supone una dosis adicional de sacrificio por parte de los directivos que trabajan en el sector público, decirle que con la reordenación en Cádiz se han agrupado distritos, que antes eran Jerez, costa noroeste y sierra de Cádiz, junto con el hospital de Jerez que se agrupa con su área, y el área de gestión sanitaria norte de Cádiz.

Decirle que la provincia dispone de 49 unidades de cuidados críticos y urgencias; 21 equipos móviles y 42 unidades de transporte no asistido; que el distrito Jerez-costa noroeste cuenta con una población de 329.000 personas, y el distrito Bahía de Cádiz-La Janda, con 500.000, ambos con más de setenta y cinco centros de salud; y el área de gestión sanitaria del Campo de Gibraltar, que atiende a más de doscientas cincuenta y seis mil personas en centros de atención primaria; el distrito sierra de Cádiz, que es donde se ha concentrado el esfuerzo especial para facilitar esa accesibilidad, atiende a un volumen de población menor, pero tiene o dispone de 25 centros de atención primaria, y 18 de las 49 unidades de cuidados críticos y urgencias, dicho de otra manera, quizá no es el ratio que le correspondería por razón de su población, pero sí por la dificultad orográfica que tiene en ese entorno.

También decirle, señoría, que Cádiz cuenta durante los últimos años con 10 nuevos centros de atención primaria, que son los de: Río Sampedro y Cacines, en Puerto Real; Chipiona; La Merced en Cádiz; El Palmar en Vejer de la Frontera; El Santiscal y Jédula en Arcos de la Frontera; Los Barrios-Este en Los Barrios; El Colorado, en Conil de la Frontera, y Puerto Serrano. Decirle también que actualmente estamos en ejecución de seis nuevos centros de atención primaria, que avanzan a un ritmo más lento de lo que nos gustaría, pero también por diversas vicisitudes que hemos tenido ocasión de comentar en más de una pregunta oral.

En definitiva, señoría, con más de diez millones de consultas anuales en atención primaria, de las cuales, un 6% corresponden a consultas en domicilio, que resuelven el 80% de los problemas de salud de nuestra Comunidad.

Decirle, por otra parte, que en atención hospitalaria, a pesar de la dificultad de crisis, de la situación de

crisis, no se ha cerrado, no hemos tenido ningún tipo de disminución en el número de quirófanos, 52, de la provincia, o en el tipo de servicios que estaban ofertando los hospitales públicos. Se puede hacer extensible al hospital Puerta del Mar, al hospital del Campo de Gibraltar, hospitales del Campo de Gibraltar o al hospital de Jerez y Puerto Real. Decirle también, señoría, que se han invertido en torno a diez millones de euros en esta época de crisis en equipamiento de alta tecnología para adquirir dos TAC, dos aceleradores lineales, dos salas de hemodinámica, una gammacámara, una resonancia magnética o una unidad vascular.

En definitiva, contamos con una red de atención sanitaria en este periodo importante, más de setenta millones de euros en inversión, en atención hospitalaria, en ese periodo de crisis 2008-2011, lo que diría, señoría, que ha permitido que en Cádiz tengamos una atención óptima, adecuada, como le comentaba al inicio, y que además así lo pongan de manifiesto las encuestas de satisfacción que periódicamente se dirigen a los ciudadanos para intentar trasladar en este entorno el mayor grado de confianza en la atención recibida.

Por último, decir que tenemos tres hospitales concertados: el Virgen de las Montañas, Virgen del Camino y Santa María del Puerto, que cuentan estos centros con una cartera de servicios propias de hospitales comarcales, excepto en materia de salud mental, y, por tanto, señoría, para no extenderme más, decirle que todos estos elementos son posibles porque se han derivado recursos cada vez menos voluminosos, en términos burocráticos, hacia el nivel asistencial para dar respuesta a los problemas de salud que nos demanda la ciudadanía.

El señor MENACHO VILLALBA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Bien, muchas gracias, señora Consejera. Ahora sí tiene la palabra el señor García.

El señor GARCÍA RODRÍGUEZ

—Gracias, señor Presidente. Gracias, señora Consejera.

Quisiera empezar, como diputado por la provincia de Cádiz, esta intervención coincidiendo con usted en dos cuestiones fundamentales: la primera que quiero poner por delante y que quiero que quede clara es mi consideración de que la atención sanitaria en la provincia de Cádiz es magnífica, es una buena atención sanitaria, como, en general, la atención sanitaria pública que tenemos en Andalucía. Evidentemente puede ser mejorable, yo no sé si me atrevería a calificarla de óptima, como usted ha dicho, creo que todo es mejorable, lo óptimo es ya lo que no es mejorable. Y

en cualquier caso, insisto, quiero dejar por delante mi reconocimiento, el reconocimiento de mi grupo parlamentario, a la atención sanitaria y al esfuerzo que se está realizando, no exento de problemas, para mantener una atención sanitaria de calidad y en el ámbito de lo público, a diferencia de otras comunidades autónomas donde parece que se desprecia lo público y se intenta ver en lo privado la panacea de remedios de una serie de problemas que después se demuestra que, desde luego, esa panacea o esos remedios no funcionan.

La otra cuestión que quisiera poner como escenario marco de esta intervención es el reconocimiento, también, de las dificultades económicas, financieras, consecuencia de la crisis, que, nos guste o no, están afectando a todas las áreas del Gobierno andaluz, a todas las parcelas de la vida y de la sociedad andaluza, y también, lamentablemente, a políticas sociales como son, en este caso, como es la política sanitaria.

Hay que recordar que, en los Presupuestos de 2013, mientras que, digamos, los presupuestos de los ministerios descienden un 9%, las transferencias a las comunidades autónomas, en su conjunto, descienden un 12%. Por tanto, tres puntos más, siendo las comunidades autónomas las encargadas de las políticas sociales, fundamentalmente.

Concretando más, en los Presupuestos Generales del Estado hay que decir que las transferencias finalistas han descendido, para el año 2013, se prevé que desciendan un 55%, y que el Fondo de Compensación Interterritorial, que también ayudaría, de alguna forma, en temas sanitarios, en los últimos dos años ha bajado un 26%, en los últimos dos años desde que gobierna el señor Rajoy.

Si hablamos más concretamente de sanidad, habría que recordar que los Presupuestos Generales del Estado, en concreto en políticas sanitarias, recortan un 23%, y el fondo de cohesión sanitario, que permitiría intentar avanzar en esa equiparación en la cohesión, como dice su propio nombre, se ha recortado, o se va a recortar en un 61%.

No lo digo esto a modo de ningún tipo de disculpa; pero es evidente que unas cifras diferentes por parte de los Presupuestos del Estado ayudarían, ayudarían a unos presupuestos diferentes, especialmente en materia de inversión, en sanidad, y en general en todas las áreas del Gobierno, pero específicamente en sanidad, porque los recortes yo diría que ha sido una de las áreas donde se han cebado, y no hay que olvidar que el 85% de los ingresos de Andalucía, y en general de las comunidades autónomas, dependen, fundamentalmente, de fuentes externas, fundamentalmente del dinero transferido desde Madrid.

Dicho esto —insisto: reconocimiento de la buena calidad y, segundo, dificultades financieras agravadas por la pérdida de ingresos o por la disminución de transferencias procedentes del Gobierno de Madrid—, sí me gustaría —y entiéndase que es fundamentalmente

una iniciativa de impulso al Gobierno— el recordar algunos temas que tienen preocupada a la sociedad de la provincia de Cádiz, que tienen a la población gaditana, a la provincia de Cádiz, y que tienen que ver con la sanidad.

Creo que todo el Gobierno comparte, y podemos coincidir con usted, lo que alguien acuñó bajo la forma de que una mamografía no puede esperar, una carretera probablemente puede esperar, y lo mismo cabe decir de determinadas inversiones estructurales. No obstante, no obstante, me va a permitir, señora Consejera, que, en mi condición de diputado gaditano, le recuerde algunas de las inversiones que están pendientes, y, bueno, por razones de proximidad, quiero empezar por algo que usted conoce bien, como es el centro de salud de la zona norte de El Puerto de Santa María, previsto en presupuestos desde el año 2007 y que, por avatares diversos que hemos tenido ocasión de debatir con frecuencia en la legislatura anterior, bueno, pues no se ha llevado a cabo. Simplemente lo pongo por delante porque entiendo que, por sus circunstancias, por las circunstancias demográficas de crecimiento poblacional de El Puerto de Santa María, sería una de las obras, para que, en la medida en que las disponibilidades presupuestarias lo permitan, se le dé una cierta prioridad, aunque solo sea por razones de tiempo. Y esto no excluye que me olvide de otras demandas, como son los centros de salud de Camposoto, de San Fernando, de Barbate, de Rota, de Ubrique, etcétera, etcétera.

En cuestión de atención hospitalaria, me gustaría que en su segunda intervención, y teniendo en cuenta el criterio que está utilizando el Gobierno en materia de inversiones, de continuar las obras, digamos, que están iniciadas, de alguna manera ralentizadas, me gustaría que nos informase sobre las previsiones relativas al hospital de La Línea de la Concepción y relativas también a la que esperamos pronta apertura del chare de Vejer, del chare de La Janda, de Vejer, por entender que entraría dentro de ese capítulo de obras ya iniciadas y que conviene terminar para que no se deterioren, conviene terminarlas lo antes posible.

En alguna ocasión, también —ya que estamos en el campo hospitalario—, me gustaría, si es posible, que nos informase de si hay alguna novedad en relación con la propuesta realizada por la Junta de Andalucía al Ministerio de Defensa sobre el hospital militar de San Carlos, la posible ampliación del concierto y su posible implicación, o aumento de implicación, en el uso compartido del mismo y, bueno, en su utilización como también hospital civil.

Quisiera, de alguna forma, terminar esta intervención con una cuestión que posiblemente... Yo no soy el portavoz de Salud, es mi compañero Manuel Baena, pero es un tema que me preocupa, y es el relativo al criterio que utilizan, o se utiliza en el SAS, para la asignación de especialistas.

Mire, de una manera más o menos casual y a modo de ejemplo, les voy a citar uno, pues han caído en mis manos unos datos que se refieren a la diferencia de especialistas, del número de especialistas en algunas especialidades concretas, y, en este caso, pues la que tengo más a mano, por no citar todas las que tengo, podría ser el tema de neumología.

En neumología, por ejemplo, pues tenemos, podemos establecer una comparativa entre el hospital de Valme —en este caso el hospital de Valme está en Sevilla—, donde, para 355.000 habitantes que cubre y con 850 ingresos asignados directamente a neumología, dispone de 11 neumólogos. Sin embargo, el hospital de Jerez, con una población superior cercana a las cuatrocientas mil personas, según su propia página web —y luego podemos hablar de esto—, solamente dispone en su plantilla de ocho neumólogos. Es una diferencia de tres neumólogos que entendemos que puede ser significativa. Parece ser, incluso, que dentro de poco van a ser siete. Diferencias similares se dan también si se compara, en este caso concreto, el hospital de Jerez con el hospital Puerta del Mar donde, con 220.000 habitantes, se dispone de la misma plantilla que el hospital de Jerez.

Bueno, son datos estadísticos que me gustaría que usted aclarase si responden a alguna anomalía o si entran dentro de la lógica, porque estamos hablando de que, para poblaciones muy similares, las plantillas son francamente diferentes, o al revés: para poblaciones diferentes hay plantillas similares, en un caso y en otro.

Y me gustaría hablar también de una característica de mi provincia, de la provincia de Cádiz, que creo que invita a la reflexión, y es la proporción, la importante proporción de hospitales privados concertados. De nueve hospitales generales, cuatro son concertados y con la misma empresa. Nos referimos al San Rafael de Cádiz, nos referimos al de El Puerto de Santa María, Santa María del Mar, y nos referimos al de Villamartín y el de Sanlúcar. Concretamente, el de Villamartín y el de Sanlúcar cubren Santa María del Puerto, el de El Puerto de Santa María, Santa María del Puerto. Si yo lo debería saber. Santa María del Puerto. Pero, bueno, me refiero a los hospitales de Villamartín y de Sanlúcar, que, en principio, están dentro de la zona sanitaria que tiene su centro en el hospital de Jerez.

Bien, muchas veces esto sirve para decir que, por la presencia de los hospitales de Villamartín y de Sanlúcar, el hospital de Jerez, en lugar de atender a los 399.000 habitantes que figuran en su página web, realmente atendería solo a 211.000, que es un poco más de la mitad, porque la otra mitad sería atendida por los hospitales de Villamartín. En este caso, en la sierra de Cádiz y de Sanlúcar, en la costa noroeste.

Bien, eso sería bueno si realmente fuera así. Pero, volviendo un poco a la especialidad de la que me han pasado datos, y que se repite en alguna otra, nos encontramos con que, por ejemplo, el hospital de Sanlúcar

no dispone de consulta de neumología, y el hospital de Villamartín dispone de consulta de neumología dos días a la semana, con lo cual, en este aspecto concreto —y lo digo, simplemente, a modo de ejemplo—, nos encontramos con que, realmente, el hospital de Jerez, sobre todo, en situaciones de urgencia, sí que tiene que atender a una población muy grande, pues estos hospitales privado-concertados no suplen, en su conjunto, la cartera de especialidades que se supone que ofrece el hospital de Jerez.

Creo que esto nos debe invitar a la reflexión. No sé si hablar de inspección en el caso de las especialidades de los hospitales de Sanlúcar y los hospitales de Villamartín, pero creo que aquí detectamos un cierto desequilibrio de recursos, que invito, señora Consejera, a que, en el ánimo de seguir trabajando y de seguir mejorando y defendiendo la sanidad pública, deberían por lo menos estudiarse para ver si de alguna manera se puede mejorar.

Insisto, el tema se reduce a igualdad de recursos en función de la población, que creo que es, en principio, el criterio general comparando distintas zonas de Andalucía, y supervisión de los recursos que, realmente, ofrecen los hospitales privado-concertados, si con ellos se pretende sustituir al hospital público para áreas de población importante, como es el caso de Sanlúcar y Villamartín.

Nada más y muchas gracias.

El señor MENACHO VILLALBA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Gracias, señor García.

Tiene la palabra, para contestar, la señora Consejera.

La señora MONTERO CUADRADO, CONSEJERA DE SALUD Y BIENESTAR SOCIAL

—Sí, gracias.

Yo comparto toda la reflexión inicial que ha hecho usted, señor García, relativa al contexto presupuestario y a la dificultad en la que nos encontramos. Por supuesto, en salud y en sanidad, y yo diría que en el conjunto de los servicios públicos, siempre se puede mejorar. Y de hecho, creo que una de las virtudes de Andalucía es que ha ido haciendo una curva ascendente de mejora de las prestaciones, de la calidad, de la docencia, de la investigación, que viene desarrollando. Y, por tanto, no me voy a detener en las cuestiones generales porque las comparto y creo que son, además, elemento fundamental del acuerdo de Gobierno en que su formación política y la mía han logrado coincidir para que Andalucía pueda seguir, en este momento de crisis, transitando sin tener que menoscabar las políticas públicas y, concretamente, en materia sanitaria, en materia de educación o en materia de dependencia.

Comentarle, a propósito de algunos de los elementos que ha referido, de alguna infraestructura —ahora le puedo hacer mención—... El principio que le comentaba al inicio de mi intervención.... Efectivamente, las obras de la comunidad autónoma que se han iniciado tienen un calendario ralentizado en relación con su desarrollo y su ejecución, y aquellas que no están todavía iniciadas tienen dificultades, y, por tanto, en el momento en el que haya disponibilidad presupuestaria, se plantearán, lo cual significa que seguimos comprometidos a abordarla, pero que en el año 2013 pueden tener una dificultad. Y, por tanto, ser claros en este aspecto, para que todos los ciudadanos sepan, exactamente, dónde ponemos la prioridad.

En relación con las infraestructuras que, concretamente, usted trasladaba, decirle que, actualmente, en ejecución hay, en la provincia de Cádiz, el nuevo centro de salud Jerez este La Milagrosa, el centro de salud de San Enrique de Guadiaro, el centro de salud de San Roque, el de Bornos, el de Trebujena, el de Torre Alháuime y el de Guadalcaçín, y los centros de salud de Jerez sur, sector sur, que es una obra que tiene un problema de impago por parte de la constructora, que tiene dificultades y que está en concurso de acreedores, y por tanto hay en este momento la dificultad y estamos estudiando la posible resolución del contrato en ese centro... O el centro de San Fernando-Camposoto, que también es una obra que la empresa adjudicataria no tiene interés en continuar con las obras, y se está también valorando con ella la posibilidad de finalizar el contrato.

En relación también con el consultorio de Chiclana —recordará su señoría, el de Los Gallos, que ha sido objeto también de bastante debate en esta Comisión—... Una obra que no ha sido recepcionada por parte del SAS, por problemas de humedades, y que el ayuntamiento tiene que reparar y entregar en condiciones, y que sabe usted que también era una obra prácticamente finalizada, pero que tiene en ese relato que le estoy haciendo... En este momento, no se puede decir que esté concluida, porque así el SAS lo hace notar en sus informes técnicos.

Luego hay un conjunto de centros de reformas, de ampliaciones... Bueno, de cuestiones menores que no voy a comentarle, pero, concretamente, estos son los que actualmente se encuentran en una fase avanzada o en una fase que está en la situación que le acabo de comentar.

Creo que usted me había comentado, en relación con el de El Puerto, que tuvo ocasión de contestar en el anterior Pleno, creo recordar, para trasladar que no había en este momento una disponibilidad presupuestaria, que era un compromiso que tiene el Gobierno de la Junta de Andalucía, y que lo acometeremos en la mayor brevedad posible.

Sí decirle que ese centro, ojalá todo el mundo hubiéramos hecho una tarea en el momento oportuno,

porque recordará su señoría que hubo problemas en relación con esa licencia, trámite de obras, cesión de terrenos por parte del Ayuntamiento de El Puerto, y que, por tanto, en ese momento de mejor suficiencia económica se podrían haber acometido, por lo menos, el inicio de las obras... Pero no fue posible por las razones que usted conoce, y por tanto ahora tendremos que ver una mejor disponibilidad presupuestaria, porque, como digo, insisto, de todas las inversiones que están en marcha, las que están continuarán, y las que todavía no han empezado tendrán que esperar a un mejor momento presupuestario.

En relación con el hospital comarcal de La Línea, decirle que estamos, aproximadamente, a un 39% del nivel de ejecución de obras; que en este momento está la tramitación de un modificado, y por tanto hay una suspensión temporal en fase de análisis y de propuesta de modificado, y que, por tanto, continuará en el momento en que eso esté solucionado.

El hospital de alta resolución de La Janda está al noventa y siete coma algo por ciento de ejecución de obra. Decirle que la empresa contratista, JOCA, está en concurso de acreedores. Parece que la empresa podría finalizar las obras, a pesar de la situación financiera en la que se encuentra. Y también decirle que hemos mantenido reuniones con el ayuntamiento de esta localidad, al objeto de despejar las dudas relativas al acceso a la electricidad, agua..., digamos, urbanización de toda la zona y acceso, que era un elemento que había sido objeto de controversia en la última etapa, pero que el ayuntamiento comprometió y dio absoluta disponibilidad a resolver los elementos que de ahí se derivaran.

De eso, de las obras que usted me ha comentado, no me voy a detener en el conjunto de obras que siguen en marcha; por ejemplo, del hospital de Jerez, que hay una obra finalizada, pendiente su tramitación de una pequeña modificación, y que espero podamos inaugurar en un plazo breve —consultas externas y rehabilitación, diez millones de euros que se han invertido en ese elemento—, o el edificio docente y de radioterapia, que también está pendiente.

Solo decirle, señoría, que me preguntaba usted a propósito de la asignación de especialistas, y usted ha trasladado un criterio de planificación que no es del todo completo. La planificación de las plantillas de nuestro centro sanitario, normalmente, se desarrolla en base a tres criterios, le diría yo: criterio de volumen de población, criterio de cartera de servicios del hospital... Es decir, en función de la disponibilidad de la oferta de servicio hay unas ratios distintas. Pongamos el caso del hospital que desarrolla trasplantes, que tiene una ratio de profesionales superior que aquel que no lo desarrolla, porque tiene una disponibilidad que tiene que manejar en un momento determinado, cuando se activan las alertas. Y el criterio de orografía de la zona o del entorno.

Y usted ha comparado dos hospitales, que no tengo el dato concreto de ese servicio de neumología, pero que, en una primera aproximación, se me ocurre pensar que pueda tener diferencia en alguna especialidad de profesionales, en razón a que el área de Valme atiende a una población eminentemente urbana... Perdón, cien por cien rural, y tiene tres centros de especialidades, que son Alcalá, Dos Hermanas y Morón, y por tanto obliga a un desplazamiento de facultativos a esos entornos, circunstancia que no concurre, creo, en el hospital de Jerez. Digo... No sabría exactamente decirle, por qué son nueve y once, u ocho y once, pero puede venir alterado por que haya centros de especialidades en un área rural que obligan, casi, a un desplazamiento diario de un efectivo, y que, por tanto, tiene una mayor dispersión. Y eso hace que tengan un volumen distinto.

De cada una de las especialidades habría que contemplar en razón a estos parámetros, y en razón también a que los hospitales, aun siendo de especialidades —como usted comentaba—, tengan un centro de alta resolución en su territorio.

El centro de alta resolución distribuye una parte de la población para, sobre todo, menor complejidad... Se resuelve en ese entorno, y las necesidades de profesionales pueden ser mayores en el entorno superior. Pero, como le digo, habría que mirar caso por caso, para ver exactamente a qué criterios de planificación responde, pero sí garantizarle que más o menos las plantillas son homogéneas.

Quiero decir con esto que, pasados por esos tres filtros, no hay diferencias significativas en los criterios de planificación por centros, sí por provincias, cuando nos vamos a que haya una singularidad, como es la provincia de Cádiz, que tiene tres centros concertados; circunstancia que no ocurre en el resto de Andalucía —ahora le explico la diferencia—, tres centros concertados de población, de población.

Esto ¿qué significa? Que hay más hospitales concertados, pero son hospitales complementarios en materia de derivación de pacientes de lista de espera. Y, en Cádiz, Villamartín, Sanlúcar y El Puerto tiene un área asignada, solo esos tres hospitales. Los demás que existan, digamos que trabajan a demanda. Si en ese momento hay necesidad de resolver lista de espera, lo hacen y, si no hay necesidad, no lo hacen. Eso plantea también diferentes contratos de concierto. En este caso los tres hospitales los lleva la empresa Pascual, como usted sabe, que hace un concierto singular para el conjunto de la Comunidad Autónoma por esa peculiaridad de esos tres centros.

Decirle también que ese elemento de concertación de población asignada fue una iniciativa que se puso en marcha en un momento, de la Comunidad, en la que posteriormente no se avanzó. Eso me parece también importante decirlo, porque hay veces que hay alguna comunidad autónoma, o alguna fuerza política, que

tiene la, diríamos, intención o vocación de comparar esta situación con el esfuerzo de gestión que estamos haciendo desde lo público en Andalucía, versus la privatización que se lleva a cabo en otras comunidades autónomas. Y recordar que esa misma empresa a la que hemos hecho referencia construyó dos hospitales en Andalucía, Montilla y Lepe, con el afán de que fueran concertados y que, posteriormente, no solo no se concertaron, sino que se construyeron, por parte de la Administración pública sus propios centros en la Comunidad Autónoma. Lo digo porque creo que, deliberadamente, hay veces en que hay interés en confundir a la opinión pública.

Por tanto, estos son los datos que le puedo proporcionar, de los elementos que usted planteaba, y, en relación con las cuestiones más puntuales, de alguna especialidad o de algún elemento, lo podemos ver en alguna pregunta oral.

Y, en relación con las inspecciones a los centros concertados, decirle que se desarrollan con naturalidad, con normalidad, y que puede ser que algún hospital concertado pueda ofrecer alguna especialidad de la medicina interna que no se atiende en otro, pero que esos son elementos perfectamente contemplados en los pliegos y en las prescripciones y que normalmente en Villamartín hicimos un esfuerzo por incrementar el número de especialidades, dada la dificultad que tiene de acceso la población a su hospital de referencia; elemento que no es tan flagrante en Sanlúcar de Barrameda y en aquel sector, que, como usted comprenderá, tiene mayor facilidad de llegar que las personas que viven alejadas en la Sierra de Cádiz.

9-12/APC-000386. Comparecencia de la Consejera de Salud y Bienestar Social a fin de informar sobre el estado actual de las donaciones y trasplantes en el sistema sanitario público de Andalucía

El señor MENACHO VILLALBA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señora Consejera.

Pasamos a la última de las comparecencias, a petición del Grupo Parlamentario Socialista, a fin de informar sobre el estado actual de las donaciones y trasplantes en el sistema sanitario público de Andalucía.

Tiene la palabra la señora Consejera.

La señora MONTERO CUADRADO, CONSEJERA DE SALUD Y BIENESTAR SOCIAL

—Sí. Gracias, Presidente.

Y, señorías, comparezco a continuación para informar sobre el estado actual de donaciones y trasplantes en el sistema sanitario público de Andalucía, y quisiera comenzar señalando el hecho de que el modelo de donación y trasplantes de nuestra Comunidad Autónoma y del conjunto de España no solo es una de las principales señas de identidad de un sistema público moderno y avanzado, sino que constituye una referencia a nivel internacional.

Es también importante recordar que, en nuestro país, la historia de los trasplantes comienza en el año 1964, cuando, casi en simultáneo, se llevan a cabo los primeros trasplantes en el Hospital Clínico de Barcelona y la Fundación Jiménez Díaz de Madrid, y que Andalucía se incorpora más tarde a esa dinámica, siendo el primer trasplante el que se realiza en el año 1978, y a partir del cual se desarrolla otro tipo de hitos en relación con trasplantes de páncreas, cardíacos y de pulmón, todo ello en el Hospital Reina Sofía de Córdoba.

Han pasado, por lo tanto, 34 años desde que se inició esta actividad, y, en este tiempo, pese a contar con menos..., con casi quince años menos de experiencia con respecto a Madrid o Cataluña, nuestra Comunidad se ha instalado o se ha expresado como una de las más importantes en los logros que se han desarrollado en el campo del trasplante a nivel mundial, y, por tanto, yo diría que es un sistema que ha sido pionero y de prestigio para el desarrollo de una de las actividades más completas y más complejas del conjunto de las que se desarrollan en el sistema público.

Esta trayectoria, señoría, usted entenderá que no es una casualidad, sino que es una situación que se debe fundamentalmente a la conjunción de varios factores. En primer lugar, por la dedicación, talento y excelencia de los profesionales del sistema sanitario público, personas que están continuamente aprendiendo en el desarrollo de nuevas técnicas, nuevos conocimientos, y su aplicación eficaz a la práctica clínica; en segundo lugar, señoría, y no en volumen de importancia, la solidaridad de los andaluces y andaluzas, que incluso en esos malos momentos de la vida son capaces de dar grandes lecciones; y en tercer lugar, porque en Andalucía tenemos un sistema público universal, gratuito y de calidad que permite y que hace que, en ese momento de tensión que se genera en el momento del trasplante, pueda poner todos esos recursos a disposición de la persona que lo necesita.

Decirle, señoría, que, a 30 de noviembre de este año, los hospitales andaluces han realizado 659 trasplantes de órganos y se han recibido 276 donaciones, que son resultados similares a los del año 2011, cuando se consiguieron, como recordará su señoría, cifras históricas en esta materia.

Para que se hagan una idea de lo que significan estos datos, cuando se creó la Coordinación Autonómica de Trasplantes, las cifras fueron entonces 186 trasplantes. Por lo tanto, hemos multiplicado por tres los

datos desde entonces y, además, los trasplantes han aumentado en más de un 300%, pasando Andalucía de estar entonces en el furgón de cola a figurar en la cabeza de esta actividad asistencial.

Decirle que, de los 659 trasplantes, 408 fueron renales, 185 de hígado, 27 de corazón, 21 de pulmón y 18 de páncreas. Pero sobre todo, señoría, la cifra importante, la que mayor esperanza inspira, es la de afectación a la donación, en donde hay ya un 86% de personas que dicen sí cuando se les plantea la posibilidad de ser donantes.

Por tanto, nueve de cada diez familias dicen sí a la donación, un índice muy importante que ha subido de forma considerable en las dos últimas décadas, y, por tanto, señoría, yo diría que nos encontramos en una de las mejores cifras del conjunto de la esfera internacional y también del conjunto de España. Estamos en torno, nuestra Comunidad, a 36 donantes por millón de población, frente al 18 de los países de la Unión Europea o a los 26 de Estados Unidos, un poquito por encima, como decía, de la media española, que se sitúa en 35,3 donantes por millón de población.

Por eso, señoría, Andalucía, con esta cifra, tiene mayor probabilidad, la persona, de optar a un trasplante en el sistema sanitario público, siendo el doble que en el resto de los países desarrollados.

Todos estos logros nos han permitido reducir, cómo no, el número de personas que se encuentran en lista de espera esperando un órgano, siendo en este momento de 760 los pacientes que están esperando a que una persona pueda dar el órgano y le permita salvar su vida o mejorar su expectativa de vida.

Esa cifra, ese número, ese volumen de personas, son el estímulo para seguir trabajando y, por tanto, para no bajar la guardia en materia de concienciación, de donación y del número de trasplantes, y también de innovación en el conocimiento, para aprovechar, si me permite la expresión, mejor el número de órganos que se puedan manifestar disponibles, incorporando elementos y conocimientos para que esos órganos se mantengan un mayor tiempo de vida activos y, por otra parte, para que el perfil del donante pueda ajustar mejor, como digo, la capacidad de trasplante en personas que actualmente se descartaban por su edad o por su tipo de patología. De hecho, señoría, hemos tenido que hacer frente, afortunadamente, a un descenso del número más importante de fallecidos que llegaban como tributarios a ser donantes, como son los accidentes de tráfico, porque se ha disminuido el número de siniestros en las carreteras de Andalucía y en las carreteras de España, y, por tanto, también hemos tenido que incrementar la edad media de la persona donante, que ha pasado de 35 años en el año 1991 a 60 años en el año 2012.

En segundo lugar, también hemos disminuido el número de fallecimientos por traumatismo craneoencefálico, por accidente vascular cerebral y por otras

causas, con lo cual hay ya un descenso del 40% en el número de fallecidos por AVC, lo cual también obliga, siendo estos antes también tributarios a la donación de una manera importante, hemos tenido que suplir esta circunstancia incorporando, digamos, grupos de población que anteriormente se descartaban por las razones de conocimiento o por las razones de mantenimiento del órgano que al inicio le comentaba. Por ello, a pesar de que lo que cabría esperar es la disminución del número de trasplantes, en Andalucía se ha incrementado por esas nuevas fórmulas. Solo a modo de resumen, decirle que la mayoría consisten en la incorporación del trasplante renal de donante vivo, del trasplante renal cruzado, trasplante de donante altruista, trasplante renal doble o el desarrollo de la donación en asistolia. A esto se le suma la mayor capacidad, con la incorporación de nuevos hospitales, para la extracción de órganos, en donde, actualmente, en Andalucía son 26 centros públicos los que desarrollan esta técnica e, igualmente, un mayor conocimiento, por ejemplo, con el desarrollo de técnicas como el trasplante hepático en dominó o el trasplante hepático en la modalidad de *split in situ* que, como sabe, se pueden realizar dos trasplantes a partir de un solo hígado.

Y solamente decirle, señoría, que tenemos que seguir estimulando el desarrollo de la donación de donante vivo, de ahí se deriva un número muy importante de capacidad de rentabilizar, de obtener órganos que permitan que las personas puedan hacer frente a su problema de salud, fundamentalmente en el trasplante renal, en donde hemos incrementado un 35% esta cifra, pero todavía tenemos margen para seguir aumentándola y, por tanto, para que se pueda desarrollar una cifra de donante vivo que nos coloque, pues, yo diría que en cifras que no permitan que haya lista de espera o que las personas que estén en lista de espera es porque, realmente, no se encuentre un donante adecuado de aquellos que han aparecido disponibles para poder desarrollarlo.

De la misma manera, los trasplantes cruzados, que son complejos, que obligan a una estrecha coordinación con otras personas en el entorno pero que, yo creo que, siguiendo por esa senda, tendremos en el futuro una mayor capacidad de desarrollar trasplantes.

Y, por último, el trasplante o la donación que se desarrolla en asistolia, de manera que personas que, por ejemplo, han tenido una parada cardiorrespiratoria en la vía pública o en su domicilio, todos esos equipos de emergencia tengan capacidad de desarrollar esas maniobras de reanimación para que puedan ser donantes de órganos y, por tanto, para que se puedan extraer en un momento en el que, digamos, la ciencia ya aporta una evidencia clara de que se puede aprovechar el órgano sin que, necesariamente, haya que llegar a la muerte cerebral, que impedía que algunos de esos órganos se pudieran conservar. Por eso, señoría, felicitar a los profesionales que están vinculados a este

sector y decir que solo es posible seguir desarrollando un marco de donación y trasplantes en las cifras que le he comentado desde un sistema sanitario público, universal y gratuito, que está a disposición de todos los ciudadanos y que cuenta con todas las novedades, avances científicos y tecnológicos que permiten desarrollar todo este tipo de técnicas para que nadie esté esperando un órgano y para que no se perjudique su calidad de vida.

El señor MENACHO VILLALBA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señora Consejera.

Tiene la palabra, por el grupo proponente, el Grupo Parlamentario Socialista, su portavoz, señor Ruiz García.

El señor RUIZ GARCÍA

—Gracias, señor Presidente.

Señorías, voy a ser muy breve en homenaje al programa que tenemos esta mañana y también a que, efectivamente, la exposición que ha hecho la Consejera es bastante elocuente.

Gracias, señora Consejera, por su exposición y gracias por permitirnos que en un ámbito parlamentario en el que en los últimos tiempos estamos hablando de problemas, de dificultades, estamos hablando incluso de diferencias importantes de modelos, usted ha hablado de vida, ha hablado de personas, ha hablado de solidaridad, ha hablado de disminución de muerte, ha hablado de buscar nuevas formas de poder otorgar, dar vida, usando la solidaridad de las personas. En definitiva, ha hablado de una evolución muy satisfactoria, diríamos que ejemplar, lo ha remarcado usted, en el ámbito nacional e internacional. Un esfuerzo, una carrera que ha hecho Andalucía, un *sprint* en el ámbito de la donación, y usted ha señalado muy bien cuáles son las claves: los profesionales, la solidaridad, es decir, el espacio y el eco social y, desde luego, el modelo de un sistema sanitario que es público, que es universal y que es gratuito. Y yo me permito transmitirle, en nombre del Grupo Socialista, esa felicitación que usted les hacía a los profesionales, se la hago a su Consejería, a la que usted dirige y, evidentemente, a todos los profesionales. Pero es una felicitación que debemos extender al conjunto de la sociedad, porque es un reto social. Y si me permite, también, a todos los que, en esta Cámara, representamos a los ciudadanos, porque vemos cómo no siempre la política se transforma en números o se transforma en discusiones. En este caso, las decisiones políticas se transforman en vida para las personas y en un reto social que es compartido por todos y que, desde luego, debemos renovar y nosotros renovamos. Yo invito a que el resto

de grupos, todos, podamos renovar ese reto social de seguir aportando vida.

De nuevo, gracias por su exposición, señora Consejera. Y le ruego que transmita, que admita nuestra enhorabuena, nuestra felicitación, y la transmita a su equipo.

Gracias, señor Presidente.

El señor MENACHO VILLALBA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Gracias, señor Ruiz.

Tiene la palabra, para cerrar el debate de competencias, la señora Consejera.

La señora MONTERO CUADRADO, CONSEJERA DE SALUD Y BIENESTAR SOCIAL

—Muy brevemente, por razón, ya, de tiempo, compartir con el señor Ruiz que, evidentemente, a veces, de los sistemas públicos y de los sistemas tan importantes como el sistema nacional de salud español y, concretamente, el andaluz, lo que puede figurar, ¿no?, como elemento más visible en los momentos de recorte, en los momentos de crisis, en los momentos de ajuste, en los momentos que decía yo antes, grises, que todo parece que se mira desde las gafas oscuras, queda como en un segundo plano la actividad que se realiza en el día a día de nuestros centros sanitarios, la solidaridad de las personas que dicen que sí a la donación y los instrumentos que se ponen a su servicio para que este debate sea un debate sereno, que se pueda plantear en los momentos en donde uno no está enfrentándose con la muerte, sino que se pueda tener una conciencia clara de cuál es la voluntad que cada ciudadano establece para que se la diga a sus personas más cercanas. Eso es una facilidad, siempre, para que luego los familiares puedan tomar decisiones. Y tenemos que ser capaces de poner de manifiesto y en evidencia, como hacía su señoría, las bondades, las virtudes, las cuestiones que tiene un sistema público como el que tenemos en Andalucía, que no se vaya a empañar por esa primera página, por esa primera plana, por esa línea que, a veces, por el momento coyuntural de dificultad económica, pudiera llevar a algunos a la conclusión errónea de que el sistema no es sostenible o de que el sistema no es de calidad. Todo lo contrario. Yo creo que tenemos que defender con uñas y dientes y, por tanto, con todas nuestras fuerzas que tenemos uno de los mejores sistemas sanitarios del mundo, que tiene una de las mejores tasas de donación y trasplante del mundo. Esta actividad, por sí sola, merecería la pena, pero la complejidad que se deriva de poder hacer un trasplante o una donación ya habla por sí solo de la cartera de servicios, de la excelencia profesional,

de muchos otros elementos que parece que están en bambalinas cuando se produce este acto, pero que, sin ellos, sería absolutamente imposible que una persona pudiera ser trasplantada y pudiera recibir un órgano, y yo creo y comparto con usted —y con ello termino— que, desde luego, desde su grupo y desde el Gobierno de Andalucía, todas las veces serán pocas para poner en valor lo que significa en términos de salud, en términos de menor mortalidad, en términos de expectativa de vida, de eficiencia económica, a la que nunca rehuimos. Podemos compararnos con cualquier otro modelo, con cualquier otro sistema, y se podrá comprobar que somos más eficientes en la prestación de servicios. Todo eso es importante para que seamos capaces de trasladar que, si el sistema sanitario no existiera, en estos momentos de crisis, habría que inventarlo y, por tanto, tendríamos que ser capaces de consolidarlo para que las familias tengan un colchón de accesibilidad que les permita saber que, con independencia de su enfermedad, van a tener los mejores recursos disponibles.

Así que agradecerle que sea ese el estímulo del Grupo Socialista para que no nos vayamos a despistar en estas situaciones de crisis y por tanto pensemos o tengamos la tentación de no ver aquello que realmente aporta valor, aporta vida y aporta calidad al sistema público.

9-12/POC-000171. Pregunta oral relativa a la atención en el aérea sanitaria

El señor MENACHO VILLALBA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señora Consejera.

Pasamos al punto 3 del orden del día, pregunta con ruego de respuesta oral en Comisión. La primera pregunta, del Grupo Parlamentario Socialista, relativa a la atención aérea sanitaria. Tiene la palabra su portavoz, la señora Aguilera García.

La señora AGUILERA GARCÍA

—Muchas gracias, señor Presidente.

Buenos días, señora Consejera.

Para dar una adecuada respuesta, que, además, esta respuesta adecuada pueda ser integral y permanente, a las urgencias y emergencias sanitarias en Andalucía, se presentó y se puso en marcha el Plan Andaluz de Urgencias y Emergencias, cuyos objetivos básicos —solo enumerarlos— son, en primer lugar, aumentar la satisfacción de la población; en segundo lugar, elevar

la calidad técnica de las prestaciones urgentes, y, en tercer lugar, mejorar la eficiencia.

Dentro de los recursos que este plan coordina en la actualidad, según he podido ver y comprobar, están, por un lado, los equipos terrestres de emergencias, que son treinta, y los de coordinación avanzada, que son cinco. Por otro lado, y a los que me referiré específicamente en la pregunta que hoy le realizo, están los equipos aéreos de emergencia, con cinco bases en la actualidad.

Estos, los servicios de cuidados críticos y urgencias, podrían tener, como así me decía mi compañero y experto, mucho más experto que yo en la materia, mi compañero Jesús, y portavoz, podrían tener la consideración de un nivel, dentro de la atención que consideramos..., la atención..., un nivel de atención diferente entre la atención primaria y la atención especializada en el sistema sanitario público andaluz. Hoy día conocemos esta atención primaria y especializada, pero podríamos considerar que estos servicios de cuidados críticos y urgencias podrían tener, incluso, un nivel de consideración de una atención absolutamente diferente a las dos mencionadas.

Según he podido ver en los datos que ofrece el informe anual de la Empresa Pública de Emergencias del pasado año, el que he visto en detalle, he podido comprobar algunos datos que me parecen especialmente significativos para dar a conocer en esta Comisión, y yo creo que para que la ciudadanía en general pueda ver estos avances y esta excelencia del sistema público sanitario que tenemos en Andalucía, que a veces, por habitual, no somos conscientes de esta gran calidad y esta excelencia.

Decía el informe anual de la Empresa Pública de Emergencias de Andalucía que la media de atención de los equipos aéreos durante el año 2011 se había alcanzado..., la media era de 23 minutos y 39 segundos, superando los 30 minutos del año anterior. Con respecto al 2010 hacía la comparativa este informe anual: 23 minutos, señorías, insisto, y 39 segundos.

La respuesta ante una enfermedad, ante un accidente, desde luego, es la inmediatez, y eso es lo que ofrece este tipo de emergencias, no solo la terrestre, sino la aérea, a la que específicamente me refiero en la pregunta. Además, también me gustaría destacar algo que me ha parecido especialmente significativo, y es el índice de satisfacción que muestra y que manifiesta la ciudadanía con respecto a estos servicios que se prestan y que, según dice el informe, han sido durante el año 2011 del 9,2 sobre 10 puntos; o sea, lo que llamamos un sobresaliente alto, un gran nivel de excelencia del servicio, un 9,2 sobre 10 puntos.

También en materia de investigación e innovación, al parecer, se ha avanzado —y ahora en su intervención quizás usted se refiera a ello, pero yo quisiera destacarlo, porque también lo he podido ver en las últimas informaciones que he leído y en los datos de este informe

anual—, también se ha avanzado significativamente en el proyecto de la red integral de helisuperficies ya concluidas o en funcionamiento, que, en Andalucía, según dice ese informe, han alcanzado el total de la cifra de 21. Yo creo que es un buen número, teniendo en cuenta que estamos en una comunidad autónoma muy extensa, muy grande, prácticamente la misma superficie que un país, y, por lo tanto, lo que se requiere, desde luego, en materia de helisuperficies y bases de un servicio tan especializado y tan bien valorado por la ciudadanía, es hacer un esfuerzo también en inversiones, en investigación...

El señor MENACHO VILLALBA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Debe ir terminando, señora Aguilera.

La señora AGUILERA GARCÍA

—Termino.
... y en innovación.

Ya, tras estos breves datos, señor Presidente, señora Consejera, sacados de la memoria anual, quisiera decir y destacar la excelencia del servicio y la satisfacción de los ciudadanos en la atención sanitaria aérea prestada en Andalucía. Creo que es importante, señora Consejera, el conocimiento de la evolución de esta atención sanitaria aérea de emergencia durante este año. A eso se refiere mi pregunta, ya que estamos próximos a concluirlo y que es la última comisión de este periodo de sesiones.

Antes de concluir muy brevemente mi intervención, me gustaría felicitar a toda la plantilla asistencial de la Empresa Pública de Emergencias, formada por médicos, enfermeros y técnicos de emergencias, por la gran labor que realizan diariamente. Podemos decir que, gracias a ellos y al magnífico sistema sanitario público andaluz, los ciudadanos pueden dormir, duermen tranquilos.

Muchas gracias.

El señor MENACHO VILLALBA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señora García.
Tiene la palabra la señora Consejera para responder.

La señora MONTERO CUADRADO, CONSEJERA DE SALUD Y BIENESTAR SOCIAL

—Muchas gracias. Muchas gracias, Presidenta. Presidente. Tampoco pasa nada, tampoco pasa nada, Paco, no hay problema

Decirle, señoría, que la Consejería, como usted bien ha comentado, señora Aguilera, a través de los equipos de emergencia aéreos del 061, que, como usted bien decía, están compuestos por médicos, enfermeras y personas que de apoyo a esa tarea pueden trasladar pacientes que se encuentren en estado crítico, y que la virtualidad más importante de estos equipos es que pueden asistir de forma rápida a los sitios, a los lugares en donde se producen esas llamadas, esas emergencias, y que, además, pueden desplazarse desde capitales de provincia hasta zonas recónditas, hasta lugares, digamos, de difícil acceso, y dar apoyo a las fuerzas de seguridad y primeros intervinientes en situación de catástrofe... Esto es gracias a unos equipos que están planificados y ubicados en diferentes entornos de la Comunidad Autónoma, con el objetivo de que ninguna persona, ningún punto de Andalucía, tenga o supere un tiempo de vuelo entre los treinta y los cuarenta minutos, o, dicho de otra manera, nadie se encuentra en un tiempo superior a estas cronas, que permita que, en un momento determinado, se active la unidad aérea y pueda llegar a un lugar donde se produce un accidente o donde se produce una situación grave para un paciente.

Eso ha condicionado que las bases de estos helicópteros, de estos medios aéreos, se encuentren en el hospital de Baza, en el aeropuerto de Córdoba, en la isla de La Cartuja, en Sevilla, en el Hospital Clínico de Málaga y en el aeropuerto de Jerez. Digamos que esta es la distribución que nuestra Comunidad Autónoma quiere, este mapa, para poder llegar en tiempo y en forma.

A lo largo del año 2012 estos equipos se han movilizado en 1.564 ocasiones, personas que han sido atendidas por parte de los centros coordinadores que han movilizado el helicóptero, y, además, la mayor parte de ellas ha sido para atender a personas que necesitaban un traslado urgente, por el riesgo de perder la vida o de padecer secuelas graves, fundamentalmente, en este último caso, accidentes de tráfico, que, de su adecuada movilización, dependen luego los daños neurológicos. De hecho, entre los principales motivos por los que se activa este equipo, destaca el accidente de tráfico, con un 29,8% de los casos, y en un 44,9% de las ocasiones se movilizaron también para personas que tenían alteración de constantes vitales, hemorragias, problemas respiratorios..., es decir, emergencia vital que obligaba a que la persona se desplazara hacia el centro de referencia.

También, señoría, decirle que estos equipos atienden situaciones de catástrofe, 17 que han tenido lugar en nuestra Comunidad Autónoma, dos derrumbamientos, seis incendios, cuatro explosiones o cinco accidentes con múltiples víctimas, y que adicionalmente realizan traslados programados de pacientes críticos entre centros hospitalarios del sistema público, habiéndose llevado a cabo 228 traslados de personas que están en un hospital, de complejidad menor, y que se trasladan hacia un servicio de referencia en neurocirugía,

sobre todo, o en cualquier otra especialidad de gran complejidad. Para atender a ello, tenemos cinco helicópteros medicalizados, que están equipados con una tripulación de la aeronave, que es un piloto y un tripulante de cabina, especializados en transporte sanitario, y, además, el equipo asistencial que le he comentado al inicio.

Principalmente hemos hecho un desarrollo de helipuertos, zonas de llegada de estos aeropuertos, fundamentalmente en las zonas rurales, en donde en los últimos años hemos construido 24 nuevos helipuertos, cinco más en el primer semestre que se van a construir, en el 2013, y otros trece que se encuentran en situación de estudio para este año que viene y años sucesivos, con una inversión global de 5,4 millones de euros. Pero, dicho de forma yo diría que expresiva, proyectos financiados por fondos Feder, por la Unión Europea; que hay que aprovechar también los recursos que vienen de Europa y que, por tanto, nos han permitido situar estos helipuertos en prácticamente la totalidad de la red hospitalaria de Andalucía, y que, por tanto, señoría, yo diría, para concluir, que estamos trabajando intensamente para hacer efectivo que ese traslado que se pueda producir se haga en los menores tiempos posibles y que, además, se establezcan zonas de aterrizaje que sean seguras, que, por tanto, permitan la movilidad de estos equipos y, desde un campo de fútbol hasta la azotea de cualquier edificio, si cumplen las condiciones adecuadas establecidas por las autoridades aéreas, fundamentalmente nacionales, nos pueden permitir llegar con un helicóptero y trasladar a una persona que puede peligrar su vida, en esos minutos que nos jugamos siempre en este tipo de situación.

9-12/POC-000386. Pregunta oral relativa a los sistemas informáticos del SAS y las agencias públicas

El señor MENACHO VILLALBA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Gracias, señora Consejera.

Pasamos a la siguiente pregunta del Grupo Parlamentario de Izquierda Unida-Los Verdes Convocatoria por Andalucía, relativa a sistemas informáticos del SAS y las agencias públicas.

Y para ello tiene la palabra su portavoz, el señor Baena Cobos.

El señor BAENA COBOS

—Muchas gracias.

Prácticamente la pregunta está hecha. Yo creo que todos somos conscientes de que hay dos sistemas operativos funcionando en un mismo sector, que tendría que estar coordinado, el Diraya y el sistema que gestionan las agencias sanitarias. Y la pregunta es si se piensa realizar algún tipo de fusión de los sistemas para que sean exportables los datos de uno y otro entre sí. Porque hasta ahora mismo..., claro, uno de los problemas que estamos teniendo es que la alta resolución queda un poco en entredicho cuando el paciente tiene que andar con un papel, de consulta en consulta, llevándolo para que sepan lo que le ha pasado.

Muchas gracias.

El señor MENACHO VILLALBA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Gracias, señor Cobos.

Tiene la palabra la señora Consejera.

La señora MONTERO CUADRADO, CONSEJERA DE SALUD Y BIENESTAR SOCIAL

—Sí, para trasladarle a su señoría que, efectivamente, uno de los objetivos que tenemos desde el sistema sanitario es compartir la historia clínica del paciente y, por tanto, que se puedan tener módulos tecnológicos que permitan su lectura, que permitan su anotación y, en definitiva, que nos permitan ir confluyendo para que no se repitan pruebas innecesarias a personas que ya la tengan desarrollada en su nivel de atención primaria, o para poder compartir información, desde un centro más especializado, en relación con la que se ha generado en un centro de alta resolución.

Decirle, señoría, que el calendario de implantación de la historia clínica está en el ciento por ciento de atención primaria, que es uniforme en toda la Comunidad Autónoma, y ahí no hay ningún tipo de duda. En materia hospitalaria teníamos previsto incorporar a todos los hospitales del SAS el módulo informático de Diraya, que concluirá en la presente legislatura. Y estamos estudiando las dificultades de integración de la información generada en los centros de alta resolución, fundamentalmente en el uso de herramientas administrativas, de gestión de pruebas funcionales, concretamente, en los hospitales más antiguos: Costa del Sol, hospital de Andújar, los hospitales, digamos, que tienen un mayor recorrido; pero que la intención es compatibilizar estos sistemas informáticos, están los técnicos viendo si exactamente por sustitución del módulo, aplicándose el que tiene el SAS; o bien por plataformas de compatibilidad que permita la lectura integrada de ambos sistemas. En este momento se está trabajando en esa dirección, y yo creo que en breve se tendrá la solución final.

Saben ustedes que normalmente los entornos tecnológicos recomiendan plataformas que permitan la compatibilidad más que la sustitución, por los costes añadidos que eso conlleva de inversiones que ya se han realizado. Todavía no están con las claves técnicas que nos permitan decir cuándo empezaremos con esa clave, pero compartimos que es una prioridad de esta legislatura y que, por tanto, tenemos que desarrollarlo en el menor plazo de tiempo posible.

9-12/POC-000387. Pregunta oral relativa a la reducción de jornada al personal eventual del SAS

El señor MENACHO VILLALBA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Gracias, señora Consejera.

Pasamos a la tercera pregunta, también del Grupo Parlamentario de Izquierda Unida-Los Verdes Convocatoria por Andalucía, relativa a reducción de jornada al personal eventual del SAS.

El señor BAENA COBOS

—La pregunta es sobre si son indicaciones directas de la Consejería o se ha dado un margen de discrecionalidad, en cada uno de los centros sanitarios, para determinar de qué manera se contrata ese personal eventual o cómo se le aplica el 75%.

Y una observación, sin ánimo nada más que de contribuir a la pacificación de un sector que, por como la misma Consejera ha reconocido, ha recibido importantes recortes, pues está un poco tenso. Y es cuidar, cuanto más se pueda, el hecho de evitar eso de un día para otro te vienes para hacer tres horas, otro día te vienes para hacer cinco... Y ya que están sometidos a ese inconveniente del 75%, pues que no se vean también sometidos a esa inestabilidad laboral y vital, que, bueno, agrava un poco su situación.

El señor MENACHO VILLALBA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Gracias, señor Baena.

Tiene la palabra la señora Consejera.

La señora MONTERO CUADRADO, CONSEJERA DE SALUD Y BIENESTAR SOCIAL

—Sí.

Para trasladarle, en primer lugar, señoría, que lo que se ha modificado es el contrato, por una razón fundamental: porque el incremento de las treinta y siete horas y media da un excedente de jornada al sistema sanitario que nos permite que la contratación a tiempo eventual sea inferior. Esa es una primera consideración que le quería hacer en relación con esta materia. Es decir, no es una medida caprichosa, no es una medida que venga por el ahorro por el ahorro, sino porque ha habido un incremento de jornada que plantea o que aportaba un mayor excedente horario por parte de los profesionales que trabajan en el sector público. Un mayor excedente que, recuerda su señoría, lo hemos derivado en dos acciones fundamentales: una ha sido la reducción del contrato, la modificación del contrato para hacer una modificación de contrato a tiempo parcial al 75% de la jornada. Y, por otra parte, al personal de plantilla, el traspaso de actividad que se venía desarrollando, retributivamente, de forma extraordinaria, por actividad ordinaria. Digamos que son los dos núcleos fundamentales en relación con las treinta y siete horas y media.

Decirle que, por tanto, es correcto que se hayan disminuido los contratos eventuales al 75%. Y que la medida se adopta, señoría, porque es fácil comprender que, si no se hubiera aplicado una redistribución del trabajo, uno de cuatro contratos tenía que haber finalizado. Y saben su señorías que la premisa que el sistema sanitario tenía era que las medidas de ajuste no posibilitaran despidos, disminución de puestos de trabajo, porque entendemos que de forma paralela vendrían asociados también a cierre de puntos de urgencia, disminución de la calidad asistencial o menor oferta.

¿Por tanto, esa disminución de la jornada laboral significa que el SAS, globalmente, ha perdido horas? No, todo lo contrario. La plantilla eventual es un número muy inferior, el 95% de la plantilla es fija. Por tanto, no tienen esa reducción de jornada y ni de lejos puede llegar la compensación de ese 25%, que ahora no tienen, podría suplir el exceso de jornada que tiene el resto de los profesionales sanitarios. Los contratos se derivan mes a mes, porque sabe su señoría que hay una premisa de cumplimiento de una parte del objetivo de estabilidad, de forma razonable, insisto, porque no quiero decir con esto que se vaya a cuadrar ciento por ciento; digo que, de forma razonable, que haga que, si en un momento determinado sobrevienen elementos añadidos, podríamos terminar el año sin ningún tipo de incertidumbre cara al pago de las nóminas, que es el elemento que ha estado, digamos, presente en todo momento, desde la dificultad que teníamos en el ejercicio de la situación presupuestaria.

En el momento en que la situación se estabilice, de una forma más clara, y, por tanto, esas turbulencias, que hemos comentado a lo largo de la Comisión de hoy, no estén, empezaremos a trabajar en este entorno, aunque sí trasladar que la mayoría de las

comunidades autónomas han suprimido los contratos eventuales. Decir esto es una singularidad que queda en Andalucía, que entiendo que es un elemento de molestia por parte de estos profesionales, pero sí les quiero trasladar a ellos un mensaje muy claro de que lo que estamos haciendo es para posibilitar la permanencia del puesto de trabajo. Hemos repercutido en el salario, hemos repercutido en las treinta y siete horas y media de los ajustes de las horas de guardia, insisto, para mantener los contratos de los eventuales. Y eso es un esfuerzo que yo creo que el conjunto de la organización estamos desarrollando y, por tanto, que intentaremos que dure el menor plazo de tiempo posible.

No obstante, señoría, situaciones puntuales de que una persona pueda trabajar por un contrato inferior a esa contratación de jornada, en un sistema como el nuestro, usted conoce perfectamente que siempre se pueden producir. Pero es verdad que la Consejería y el SAS tienen una lucha mantenida, incluso cuando la legalidad lo permitía, de no desarrollar contratos en precario. Es decir, que las personas puedan cotizar por el tiempo que pueden cotizar, que se le pueda hacer el contrato por el mayor tiempo posible y evitar fraccionamientos de contratos. Pero también es verdad que es una distribución de trabajo, que en momentos de dificultad económica pues permite que no haya profesionales que vean perdido su lugar de trabajo por motivos del ajuste.

9-12/POC-000494. Pregunta oral relativa a impagos a los dependientes discapacitados

El señor MENACHO VILLALBA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señora Consejera.

Pasamos a la última de las preguntas del Grupo Parlamentario Popular Andaluz, relativa al impago de dependientes discapacitados.

Como Presidente, si me permiten una sugerencia los miembros de esta Comisión, decir que estamos viendo mucho, en estos últimos días, la utilización de la palabra persona discapacitada. Esta es la Comisión de Salud y Bienestar Social, y mi sugerencia es que empecemos nosotros dando ejemplo y hablemos de personas con discapacidad. No hay ningún dependiente discapacitado: hay dependientes con discapacidad. Digo esta sugerencia para que de aquí se traslade, porque estamos viendo en los medios y en todo y es muy duro que todavía se siga hablando de personas discapacitadas...

Tiene la palabra, señora Palacios Pérez.

La señora PALACIOS PÉREZ

—Ah, gracias, señor Presidente. Ya que lo ha dicho...

Señorías, señora Consejera, me siento especialmente satisfecha al traer hoy esta pregunta a comisión ya que este lunes se ha conmemorado el Día Internacional de las Personas con Discapacidad. Y, aunque toda la sociedad, y en especial los que trabajamos en lo público, tenemos que tener siempre presente las necesidades de las personas discapacitadas, de todos aquellos que tienen una relación de dependencia con la Administración, dedicar un día al año a este colectivo al menos sirve para mentalizarnos un poco más de los problemas que estos ciudadanos asumen, muchas veces con una paciencia digna de admiración.

Señora Consejera, en estos difíciles momentos que estamos viviendo, la crisis económica, naturalmente, azota con más virulencia a las capas de la población más necesitadas y que al mismo tiempo son los más vulnerables. Estos innegables efectos, unidos a la ineficacia de gestión, propician que miles de discapacitados y discapacitadas andaluces y los beneficiarios de prestaciones derivadas de la Ley de Dependencia se encuentren en una situación muy delicada por los impagos del Gobierno andaluz.

Por eso le pregunto: ¿Qué medidas de urgente necesidad piensa adoptar para solucionar o al menos paliar este grave problema?

Gracias.

El señor MENACHO VILLALBA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Gracias, señora Palacios.

Tiene la palabra la señora Consejera.

La señora MONTERO CUADRADO, CONSEJERA DE SALUD Y BIENESTAR SOCIAL

—Sí. Gracias, Presidente.

Y muy oportuna su reflexión a propósito de, bueno, cómo el colectivo estimula o ayuda a que seamos capaces de poner en primer lugar a las personas y, en segundo lugar, la situación de limitación que puedan vivir temporal o definitivamente en ese momento.

Y decirle, señora Palacios, que, cuando hemos leído la pregunta, entendíamos —no sé si ha sido su objetivo— que se refería a las personas de la Ley de la Dependencia que están recibiendo la prestación económica por cuidados en el entorno familiar. Hemos entendido esto, por hablar del impago a las personas directas y a las cuidadoras.

Se lo digo esto porque no sé si habrá sido el interés de la pregunta, pero eso es lo que yo le voy a contestar porque entendía que, si eran entidades sociales, se

hubiera desarrollado de otra forma, porque las personas con discapacidad no tienen en este momento percepción —me refiero a las personas que están en las unidades de centros de día, en las unidades de residencia—, entiendo que no tienen... Le decía, señora Palacios, que entiendo que las personas que están siendo atendidas en los centros no tienen la..., no se les impaga. Pueden ser las entidades y los trabajadores que están en ese entorno. Pero, como no sabía exactamente a qué se refería y pone: «impagos a personas dependientes y cuidadoras», hemos entendido que es la prestación económica de las personas que tienen esta prestación. Extrañaba la pregunta, porque es cero.

Claro, es que va al día, el pago de la prestación económica que se produce a estas personas va al día, y a las cuidadoras va al día. Si se refiere usted ya a los impagos a entidades sociales, sí decir que las entidades sociales, que no son los dependientes, que son las entidades sociales, están haciendo un esfuerzo importante por ese *décalage* que ha habido de facturación. Pero, claro, no recibe el dinero directamente la persona beneficiaria que va al centro. No sé si me ha entendido, pero... Bueno, simplemente era por contextualizar el contexto de que a las personas que reciben la prestación económica derivada de la Ley de la Dependencia, porque se le ha concedido una prestación económica en el entorno familiar, el impago es cero.

El señor MENACHO VILLALBA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Bien. De acuerdo. Gracias, Consejera.

Tiene la palabra la señora Palacios.

La señora PALACIOS PÉREZ

—Gracias, señor Presidente.

Señora Consejera, yo le doy las gracias por lo que acaba de decir; pero no sé, me parece que es que la que no ha entendido la pregunta es usted. Bien.

Lo cierto es que solo tiene que preguntarles a las asociaciones y familiares que trabajan a favor de los discapacitados y de los dependientes en general para llegar a la conclusión de que las políticas sociales en general sufren una parálisis por culpa de los impagos de la Junta de Andalucía.

Los recortes generalizados por el Ejecutivo andaluz han hecho, cómo no, especialmente al usuario de la Ley de Dependencia, a sus familiares y cuidadores, porque han disminuido las prestaciones, se han dificultado las posibilidades de aspirar a ellas, y todo el entramado de residencias, centros de día y otros recursos se están resintiendo gravemente.

El dato es claro y conciso, señora Consejera. El Gobierno andaluz ha reducido las políticas sociales en

un montante de 777,7 millones de euros, 73 millones en dependencia en los presupuestos de 2013. Así parece que el gasto social no cuenta entre las prioridades del Gobierno bipartito, sino que hace presuponer que solo le preocupa el gasto público que posibilite un cierto rédito electoral al PSOE e Izquierda Unida.

Por otra parte, somos conscientes de que el Gobierno central ha decretado una serie de recortes que pueden ser impopulares, pero son consecuencia directa del estado calamitoso en que el actual Ejecutivo se ha encontrado las arcas públicas.

Y no se puede culpar siempre y exclusivamente al Estado, señora Consejera, porque ustedes también ejercen labores ejecutivas y administran recursos públicos teniendo un margen de maniobra y una libertad de elección de políticas y medidas que la Constitución, como detentadores de poder autónomo, les avala. En resumidas cuentas, ustedes están ahí para gobernar, no para lamentarse y escurrir el bulto.

El hecho es que la política social andaluza está prácticamente paralizada. La no transferencia de fondos destinados a estas actuaciones hace que, por ejemplo, los ayuntamientos andaluces estén soportando una responsabilidad que le corresponde al Gobierno regional, porque el Gobierno central ha transferido partidas importantes para la atención de los dependientes. De hecho, el Gobierno del señor Rajoy ha aprobado elevar a 117 millones de euros el nivel mínimo de financiación de la Ley de Dependencia estipulado para el 2012, debido a la entrada en el sistema de más de veintiún mil beneficiarios. Por lo tanto, el crédito definitivo para este año que termina ascendería a 119 millones más que en el 2011. Es decir, Rajoy está cumpliendo dentro de sus posibilidades. Son ustedes los que se amparan en la misma excusa para no cumplir con sus obligaciones de gestión.

Mire, señora Consejera, no son solamente las residencias, centros de día, asociaciones de discapacitados, etcétera, los que padecen sus impagos sistemáticos, porque podrían hablar de los proveedores de la Junta de Andalucía en general, no exclusivamente de los sanitarios, y de tantos otros servicios que sufren un real riesgo de paralización debido a una situación asfixiante por la deuda reconocida pero no pagada por la Administración andaluza.

Señora Consejera, ¿no pretenderá hacernos creer que no son ustedes los únicos responsables de que entre el año 2008 y 2011 Andalucía haya perdido 681 millones de euros en materia de políticas sociales, entre los recortes presupuestarios y lo que se ha dejado de ejecutar pese a estar presupuestado? No creo tampoco que haya que buscar otros culpables en el hecho de que la Confederación Andaluza de Organizaciones a Favor de las Personas con Discapacidad Intelectual haya denunciado ante la Fiscalía Superior de Andalucía a la Junta por vulnerar la Ley de Dependencia...

El señor MENACHO VILLALBA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Señora Palacios, vaya terminando.

La señora PALACIOS PÉREZ

—Ya sí voy terminando.

... tanto por los retrasos en los pagos, que son ya 35 millones de euros, como al impedir que en el curso 2012-2013 se hayan creado nuevas plazas de centros de día.

Para terminar, señora Consejera, lo que le he referido anteriormente son solo unos pocos, pero sangrantes ejemplos, que demuestran la ineficacia e ineptitud del Gobierno andaluz.

Por lo tanto, hay que dejarse de victimismos estériles y trabajar para solucionar la precaria situación en la que viven tantos afectados por los incumplimientos constantes de la Junta de Andalucía.

Y tenía que haber leído bien mi pregunta, porque yo le estoy preguntando lo que estoy diciendo, no lo que usted quiere decirme, ¿eh?

Gracias.

El señor MENACHO VILLALBA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Bien. Gracias, señora Palacios.

Para cerrar el turno de preguntas, tiene la palabra la señora Consejera.

La señora MONTERO CUADRADO, CONSEJERA DE SALUD Y BIENESTAR SOCIAL

—Sí. Gracias, señoría.

Yo, señora Palacios, usted dice en la pregunta exactamente: «impagos a dependientes discapacitados». Eso es lo que usted dice en su pregunta. Y dice a continuación: «Miles de discapacitados andaluces y sus cuidadores». Y sus cuidadores, señora Palacios. Yo la he dejado a usted hablar incluso cuando se ha excedido del tiempo solo para insultar al Gobierno. «Miles de discapacitados y sus cuidadores, beneficiarios de prestaciones derivados de la Ley de la Dependencia, se encuentran...». Y yo le he dicho: Señora Palacios, si usted me quiere preguntar por el impago a entidades sociales, pregúnteme por el impago a entidades sociales, si me quiere preguntar por el impago a las personas que reciben una prestación directa, le he contestado en la primera parte de mi pregunta; pero, desde lue-

go, no va a venir usted aquí, señora Palacios, a darle lecciones al Gobierno andaluz de cómo se priorizan las políticas sociales.

Claro que vamos a hablar del Gobierno de Rajoy, claro. Es que a ustedes no les gusta hablar del Gobierno de Rajoy. Ustedes lo ocultan. Las políticas que desarrolla el Gobierno de Rajoy no existen, se mueven en el entorno del espacio, no tienen aplicación en el territorio, ni en Andalucía ni en Madrid. No. El señor Rajoy regula y legisla no se sabe para qué. Desde luego para Andalucía no. En Andalucía nada de lo que hace el señor Rajoy ni tiene efecto ni se nota... Nada, todo es absolutamente immaculado lo que aquí se desarrolla. Porque, claro, habla usted de que son 777 millones de euros los que se ha recortado. Yo no sé de donde saca usted esa cifra.

A mí me gustaría que sus señorías, cuando dan una cifra, digan la fuente, porque 777 millones de euros ya no sé de dónde salen, señora Palacios, que ha recortado el Gobierno andaluz para el año que viene en política social. Yo no sé lo que meten en política social, pero eso, desde luego, en el presupuesto de esta Consejería, no es verdad. Ahora, si ustedes meten el bonobús, lo de los ayuntamientos... No sé lo que meten. Pero 777 millones es radicalmente falso, que sea una cifra que en el presupuesto de esta Consejería se haya recortado para políticas sociales el año que viene. Y, como he tenido ocasión de presentar los presupuestos hace cuatro días, usted esto lo sabe perfectamente y, por tanto, da igual que yo se lo recuerde.

Sí decirle, señoría, hombre, que no me gustaría que esta pregunta sobre personas con discapacidad estuviera en relación con lo que hacemos unos y con los que hacemos otros. Pero, como usted ha depositado ahí la pelota, yo le voy a decir lo que hacen ustedes. Lo que hacen ustedes desde el Gobierno de España y lo que hacen ustedes donde gobiernan. Porque, en primer lugar, Andalucía sigue siendo líder en la aplicación de la Ley de la Dependencia. Otras comunidades simplemente no la aplican. Otras comunidades simplemente la ley la han pasado por debajo de la puerta, no la aplican. El 25% de las prestaciones de este país, en dependencia, se desarrollan en Andalucía, mal que le pese al Partido Popular. Y esa situación, señoría, además, se ha visto agravada y se ha visto dificultada porque ustedes han suprimido el nivel acordado de la dependencia, que ha supuesto para esta Comunidad 89 millones de euros menos que se pueden destinar a las personas dependientes. Eso no lo dice usted. Usted dice: «Alguna medida...». Ochenta y nueve millones se llaman alguna medida, solo en el nivel acordado, que para el año que viene son 113 millones de euros de la dependencia. Porque además han dejado ustedes de cotizar por las personas cuidadoras. De hecho, hoy es actualidad que dice el Gobierno de España que el dato del paro, que ha salido superior, es porque se ha dejado de

cotizar por las personas que estaban trabajando en su casa, intentando que las personas dependientes tuvieran un mejor nivel de vida. Porque ustedes han aumentado el copago en dependencia, desde el Gobierno de España, que parece que legisla para el espacio, no para Andalucía. Porque ustedes han reducido la intensidad de las prestaciones, y, por tanto, los dependientes van a tener menos intensidad de ayuda a domicilio y de otras prestaciones. Y porque han retrasado la entrada de la dependencia moderada en el sistema. Y mientras, señoría, mal que le pese al Partido Popular, la Junta de Andalucía está haciendo un esfuerzo titánico para mantener el número de beneficiarios y para mantener las prestaciones, porque ese dinero, no lo pone el Gobierno de España, lo tiene que poner la Junta de Andalucía. De hecho, en la ley se acuerda que hubiera un 50% de financiación por parte del Gobierno de España y un 50% la Junta, y en este momento es un 25% de financiación del Gobierno de España y un 75% de la Junta.

Señora Palacios, entonces, ¿qué me habla usted de prioridades? ¿Por qué viene usted aquí a intentar trasladar que ustedes son magníficos —allí donde gobiernan—, y aquí, en Andalucía, la prioridad de las políticas sociales es un eslogan del Gobierno, que no es verdad en la práctica?

¿Hay problemas en los pagos? Por supuesto. ¿Reconocido por la Comunidad Autónoma? Por supuesto. Y además con un esfuerzo importantísimo de las entidades sociales que están soportando el nivel de impago para que no repercuta en las personas con discapacidad en sus cuidadores. Por eso de que usted dice de que yo no leo bien las preguntas, que las leo bien. Las entidades sociales están sirviendo de amortiguación para que esto no repercuta en las personas que tienen discapacidad, en dependientes y en sus cuidadoras. Por eso he leído bien la pregunta, porque son ellos los que tienen las dificultades y los trabajadores que están en ese entorno.

Por tanto, señoría, simplemente recordarle que, con cargo al FLA —al Fondo de Liquidez Autonómica—, el Gobierno andaluz había priorizado el pago de entidades sociales. Y quiero decir públicamente, en esta Comisión y en esta Cámara, que el Gobierno de España ha devuelto el pago de las entidades sociales y ha priorizado antes el pago a proveedores sanitarios que el pago a las entidades a las que se les adeudaba este dinero. Esto tampoco lo ha dicho usted, pero también hay que recordarlo. Y lamento que, para poner en valor el día de las personas con discapacidad, hayamos tenido que hablar de estos números, pero yo creo que son elocuentes para ver que esto es una prioridad del Gobierno de Andalucía, a pesar de la dificultad, y que ustedes, desde el Gobierno de España, han puesto chinias en el camino, trabas y, desde luego, una grave situación para el futuro para las personas con discapacidad.

El señor MENACHO VILLALBA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Bien. Muchas gracias, señora Consejera, por su intervención en esta pregunta, así como por su asistencia a la Comisión. Despedimos a la Consejera e inmediatamente pasamos al último punto del orden del día de las proposiciones no de ley.

[Receso.]

9-12/PNLC-000224. Proposición no de ley relativa al impulso al III Plan Andaluz sobre Drogas y Adicciones

El señor MENACHO VILLALBA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Bien. Reanudamos la sesión. Por la hora que es, pasamos al punto número 4: Proposiciones no de ley en comisión. Vamos a hacer las dos proposiciones no de ley y después, al final, votamos las dos.

La primera, a propuesta del Grupo Parlamentario Socialista, relativa al impulso al III Plan Andaluz sobre Drogas y Adicciones.

Tiene la palabra su portavoz, la señora Pérez Rodríguez.

La señora PÉREZ RODRÍGUEZ

—Gracias, Presidente. Buenas tardes.

Este Grupo Socialista presenta una proposición no de ley y de impulso al III Plan Andaluz sobre Drogas y Adicciones.

El motivo de esta iniciativa es mantener el impulso, como reto inmediato, por supuesto, partiendo de lo ya conseguido en materia de drogas y adicciones. Porque este grupo considera imprescindible adquirir nuevos compromisos que se adapten a las nuevas realidades y a las nuevas necesidades sociales. Somos muy conscientes de que los retos del momento pasan por evitar el inicio o incluso retrasar, cuando no evitar, la edad de inicio del consumo de sustancias psicoactivas, así como de otras actividades sin sustancias, pero también susceptibles de convertirse en adicciones. Y especialmente este grupo está preocupado por la prevención en la infancia y en la juventud, ampliar también esa preocupación y esa atención a los familiares que conviven con esos jóvenes y esos menores. Y, por supuesto, continuar la atención a las personas en riesgo de exclusión social, sin olvidar la estrategia sociolaboral tan importante en estos momentos de dificultad económica. Y, por supuesto, seguir profun-

dizando en la perspectiva de género, fundamental en todas las materias, pero específicamente por la dificultad en la percepción del concepto género, precisamente, en los temas relacionados con las adicciones con o sin sustancias.

Por dar algunos datos y por analizar algunos datos, que este grupo ha tenido en cuenta a la hora de presentar esta proposición no de ley; datos que nos permiten preocuparnos hasta el punto de ocuparnos en presentar esta proposición no de ley. Son datos muy recientes, que nos muestran una realidad andaluza donde podemos decir que el consumo de cocaína y heroína ha disminuido en la comparativa 2009-2011, según las últimas encuestas. Sin embargo, el alcohol aumenta su prevalencia, así como el cannabis y los tranquilizantes e hipnosedantes sin prescripción médica, donde han subido sutilmente. El consumo de tabaco se mantiene estable. Y podemos decir, en Andalucía, que el alcohol es la sustancia psicoactiva con un consumo más extendido en nuestro entorno.

Nos preocupaban, y antes lo comentábamos, los grupos de edad. Se observa la prevalencia de los grupos mayoritarios de 21 a 24 años. La edad medida del primer consumo de alcohol es de 16,9 años en los varones. Se ha disminuido, en solo dos años, seis meses en esa prevalencia. Y aunque es mayor la edad para las chicas, para las jóvenes, en concreto, 18,6 años, aunque en el 2009 ha bajado, en solo dos años, a 17,7 años de edad. Es decir, son más mayores las jóvenes, las chicas, en esa prevalencia del impacto de género, pero están disminuyendo a un ritmo mayor. Por lo tanto, nos hace preocuparnos y ocuparnos de este tema.

Otro de los objetivos fundamentales es la atención a los fines de semana... Por cierto, ahí sí se acercan, cada vez más peligrosamente, chicos y chicas, en ese consumo excesivo de fin de semana. Y todo esto nos permite resumir que, en este momento, el 31,7% de los andaluces que están recibiendo un tratamiento por droga es precisamente por la adicción, en Andalucía, al alcohol, y que esto supone una cifra de 17.761 pacientes en estos momentos.

No quisiéramos olvidarnos de la importancia, también, del juego patológico y de las adicciones sin sustancias. Quisiéramos traer aquí la cifra de 2.189 activos.

En estos momentos, seguir destacando la importancia de las máquinas tragaperras, fundamentalmente; pero también decir que hay 205 andaluces que en estos momentos están siendo atendidos por compras compulsivas, videojuegos, internet..., es decir, por las nuevas formas de adicción.

Por centrarnos en el entorno también europeo y nacional, y aunque antes hemos hecho la valoración de que es cierto que la cocaína está teniendo menores incidencias, no podemos olvidar que, aunque desciende, sigue siendo la droga estimulante más consumida en Europa: 15,5 millones de habitantes la han consumi-

do alguna vez en su vida en el ámbito europeo y 4,4 millones de europeos la han probado en el último año, especialmente barones entre 15 y 34 años. Así lo ha sido también el cannabis —16 millones de jóvenes en Europa, durante el último año, lo han probado—. Son cifras para preocuparnos, y para seguir trabajando, por tanto, con estos jóvenes.

En resumen, el objetivo de esta proposición no de ley es instar al Gobierno de la Junta de Andalucía a que ponga en marcha un nuevo plan de droga, que, en el caso andaluz, sería el tercero, el III Plan de Droga y Adicciones, con un objetivo claro en la prevención, en conseguir hábitos y consumos saludables que permita un acercamiento a los nuevos problemas, como son el de los jóvenes, el de la adolescencia, y también la atención a sus familias, a sus familiares, que sepan cómo atender ese problema, ya que tenemos una mayor información de la realidad del fenómeno.

El anterior plan cumplió su tarea, que era fundamentalmente informativa, divulgativa. Ya tenemos esa información, ya tenemos toda una realidad andaluza concreta; pero necesitamos dar respuestas más adecuadas y evaluar las mismas de forma continuada y profesionalizada, como se está haciendo hasta el momento. Y queremos tener una especial mención en esta proposición no de ley a la colaboración cómplice con las organizaciones no gubernamentales, con las organizaciones de autoayuda y con los ayuntamientos andaluces.

Por lo tanto, de lo que se trata y por eso pedimos el apoyo mayoritario de esta comisión, y nos gustaría mucho que todos los grupos se unieran a la misma, porque entendemos que todos los grupos estamos ocupados y preocupados por este tema, es que pensamos que, en momentos como este, en momentos de dificultad económica, donde se habla mucho de presupuesto, es importante hablar también de política, de política de prevención, de mantener una red de atención a las dependencias y adicciones, que es y sigue siendo muy importante en Andalucía; seguir atendiendo a los colectivos más vulnerables, a los que están en alto riesgo de exclusión social, ahora más por el ámbito sociolaboral, y atender, como no puede ser de otra manera, con la colaboración de las entidades locales, de las instituciones sanitarias, sociales, y también educativas, junto con el movimiento asociativo.

Y una última llamada de atención que ponemos encima de la mesa con la proposición no de ley.

Tenemos que dirigirnos nuevamente al Gobierno central para reforzar y complementar los recursos de que dispone la Junta de Andalucía dentro del ámbito de la Conferencia Sectorial sobre Droga. Conferencia sectorial que se celebraba hace unos pocos días, con malas noticias y con malos augurios. Y sí que nos preocupa la financiación, pero aún más nos preocupa la falta de voluntad política.

Por eso les pedimos a todos los grupos que nos unamos en una voluntad política compartida en esta proposición no de ley que presenta el Grupo Socialista.

Muchas gracias.

El señor MENACHO VILLALBA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señora Pérez.

Para ver la posición de los distintos grupos, tiene la palabra, en primer lugar, el portavoz de Izquierda Unida-Los Verdes Convocatoria por Andalucía, señor Baena Cobos.

El señor BAENA COBOS

—Muchas gracias, señor Presidente.

Bueno, adelantar que vamos a votar favorablemente esta proposición no de ley presentada por el Grupo Socialista.

Recordar —voy a ser muy breve, y yo creo que todos me lo agradeceréis— que una de las maneras de mantener la estructura de asistencia a estas personas es intentar pagar cuanto antes a las asociaciones que están teniendo, entre sus funciones..., o sea, precisamente atenderlos. Y, en tercer lugar —y esto es ya una posición...—, yo entiendo que está muy bien que haya planes y demás, pero que hay que plantearse un cambio de rumbo con respecto al tratamiento del tema droga en todo el mundo occidental. Las posiciones que empiezan a plantear determinados presidentes iberoamericanos creo que abren un camino para afrontar de manera distinta, más racional, bastante más justa, menos patologizadora y menos excluyente, este tipo de situaciones.

Así que lo que espero es que, a lo mejor por las insuficiencias presupuestarias, pues consigamos hablar en serio del problema de la droga, qué crea el problema de la droga, cómo se crea el problema de la droga, quiénes se benefician de la existencia de ese problema, que es un problema que tiene escasamente setenta años de vida en la historia de la humanidad, y cómo poder plantearlo de manera más racional.

Muchas gracias.

He sido breve.

El señor MENACHO VILLALBA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Gracias por su intervención, por su brevedad, señor Baena.

Tiene la palabra el portavoz del Grupo Parlamentario Popular, la señora Obrero Ariza.

La señora OBRERO ARIZA

—Gracias, Presidente.

Señorías, el Partido Socialista trae a debate una proposición con una propuesta que, grosso modo, puede llevarnos al consenso político, pero que hay que matizar algunas cuestiones y destacar otras que, desde luego, no se recogen en la exposición de motivos.

En primer lugar, si la proposición se titula «impulso al III Plan Andaluz sobre Drogas y Adicciones», no se entiende que el primer punto de acuerdo que recoge esta iniciativa sea aprobar este plan. Es decir, se entiende que se impulse su aprobación, pero el texto en sí, el contenido, las medidas y los programas a desarrollar en el III Plan Andaluz sobre Drogas y Adicciones, no lo conocemos, ni tampoco la financiación económica que normalmente se suele recoger en una memoria económica o en un anexo de planificación temporal y económico para cada ejercicio de vigencia de dicho plan.

Hoy no aprobamos el contenido del plan —no lo conocemos—, por lo que creo que, de entrada, los términos del punto de acuerdo primero estarían mal planteados, y que, para corregirlos, le propongo una enmienda al Partido Socialista *in voce*, para hacerlo más correcto, de forma que el punto primero quedara de la siguiente forma: «Elaborar, dar a conocer e impulsar la puesta en marcha del III Plan Andaluz sobre Drogas y Adicciones».

En segundo lugar, llevamos desde el año 2007 con el II Plan sobre Drogas y Adicciones finalizado, y, casi seis años después, se pretende aprobar el tercer plan. Ha transcurrido más de una legislatura entera sin que el Gobierno andaluz haya dado una cobertura política y económica específica a las personas con adicción en nuestra Comunidad Autónoma, quedando al amparo y cobertura de la Estrategia Nacional sobre Drogas 2009-2016.

Por tanto, señorías, se retoma una senda que ha estado perdida durante algunos años, sin que se haya llevado a cabo un balance de los logros conseguidos con los anteriores planes que nos permita saber cuál es de nuevo el punto de partida, qué aspectos deben mejorarse para una prevención y atención de personas drogodependientes y con adicciones en Andalucía.

Señoría, efectivamente, podemos utilizar diferentes fuentes de información, publicaciones, cifras del Observatorio Andaluz sobre Drogas y Adicciones, informes facilitados por el entidades a nivel estatal y europeo para seguir conociendo cuáles son las sustancias más consumidas por la población andaluza y así adoptar las medidas políticas adecuadas para empezar a prevenir su consumo desde edades más tempranas, con intervenciones más adecuadas y coordinadas, y así evitar que caigan más personas en la adicción. Y, aunque se trate de una cuestión terminológica, quizás sería bueno, señoría, reflexionar y dar una visión más global a la palabra «adicciones», porque «drogas»,

la palabra «drogas» nos hace pensar únicamente en aquellas adicciones ilegales con sustancias, mientras que la palabra «adicciones» tiene la capacidad de aglutinar las adicciones con o sin sustancias, tanto legales como ilegales —el alcohol, el tabaco, cocaína, heroína...—, pero también abarca adicciones a nuevas tecnologías y a la comunicación, a los móviles, al *ciber poker*, etcétera, etcétera. Todas ellas son conductas adictivas que son enfermedades que constituyen, sin duda alguna, un problema de salud pública y que son también evitables.

Luego esto es una consideración que hacemos, desde el Grupo Parlamentario Popular, justo en el momento en que el Gobierno pretende también poner en marcha, como digo, un nuevo plan para Andalucía.

Y, volviendo a esos informes, nos encontramos con que en nuestra Comunidad Autónoma, y por destacar algunos datos más significativos, el consumo de tabaco se situaba en 2011 en un 31,1 %, siendo mayor el porcentaje de hombres que fuman a diario que las mujeres, y el consumo ocasional más frecuente en la etapa adolescente, que está entre los 14 y 15 años.

El caso del alcohol es la sustancia psicoactiva que tiene el consumo más extendido, porque en Andalucía, en 2011, el 86,4% de las personas ha tomado en alguna ocasión, el 74% lo ha consumido en el último año y el 58% en el último mes. Y también el consumo de alcohol diario es mucho más elevado en los hombres que en las mujeres. En 2011, el porcentaje de población joven que indica haber acudido alguna vez, en los últimos meses, a un botellón es del 50%.

Si hablamos de otras sustancias psicoactivas, el cannabis es, después del tabaco y el alcohol, la droga más consumida en Europa, España y Andalucía. El año pasado, el consumo de cannabis ha aumentado con respecto al 2009 en Andalucía, situándose en un 27% el porcentaje de la población de 12 a 64 años que afirma que lo ha consumido alguna vez en la vida. Y desgraciadamente en edades más tempranas, porque supuso el año pasado el motivo de admisión a tratamiento para el 87,8% de menores de edad.

Y así podríamos estar dando muchos datos más, que nos daría no para un debate de proposición no de ley, sino para la creación, incluso, de un grupo de trabajo parlamentario, que nos permitiera hacer una estimación y una valoración más amplia de las adicciones más significativas, las nuevas adicciones que van copando espacio entre los más jóvenes y propuestas importantes para frenar y paliar este problema sanitario y social en una parte importante de la población andaluza que lo padece.

Esto lo conocen bien las familias que lo sufren y muchas organizaciones y asociaciones que hace unos meses se reunieron con nuestro grupo parlamentario para lamentarse de los impagos que la Consejería de Salud y Bienestar Social estaba llevando a cabo y el desamparo en el que quedaban estos enfermos por

la falta de recursos especializados para atenderlos. Por lo que el quid de la cuestión, señoría, siempre es el mismo: la financiación. Los recursos económicos de esta Consejería para poner en marcha este plan y cualquier otro que se proponga.

Señoría, yo me pregunto si este plan tiene memoria económica para desarrollarse, porque a la vista del presupuesto 2013 la duda se cierne como un pájaro de mal agüero.

Miren ustedes, esta Consejería ha reducido el programa de drogodependencia en 8.922.000 euros, un 20,29% menos que en 2012. A las corporaciones locales también se les ha reducido en más de seis millones de euros. Y a las instituciones sin ánimo de lucro casi un 1,86 millones de euros. Ambos recortes son graves porque sobrepasan el 50% del presupuesto del año anterior, mientras que el ajuste del Gobierno de la Nación, en el conjunto del Estado español, ha quedado en 1.400.000 euros. Lo que aquí está pasando en Andalucía es que el ajuste, el recorte es seis veces mayor al que ha hecho el Gobierno del señor Rajoy. Pero a esto, claro, hay que añadir también otro dato, ofrecido por el propio Ministerio, sobre la evolución del presupuesto del Plan Nacional sobre Drogas en los últimos años. Porque fíjense ustedes, desde el año 2006 al 2011, la diferencia, cada año, los Presupuestos Generales del Estado han ido descendiendo progresivamente en una diferencia de 6.000 millones de euros. Luego, son cantidades que se han ido reduciendo progresivamente en los Presupuestos Generales del Estado, años en los que el PSOE ha estado gobernando a nivel de España con Zapatero a la cabeza, y recortes que se han venido produciendo por el Gobierno socialista, y que, como digo en la exposición de motivos, precisamente, no se menciona.

Por tanto, dejando claro este apunte económico, desde el Grupo Parlamentario Popular vamos a apoyar la moción en los términos expuestos, esperando que se acepte esa enmienda, esa pequeña enmienda *in voce* que he hecho al comienzo de mi intervención y aceptando las consideraciones que he hecho a lo largo de mi intervención. Reiterando que con la voluntad política, en los tiempos que corren, no es suficiente, que hace falta financiación, que hace falta buena gestión, compromiso político y pago en tiempo y en forma, porque no queremos, señorías, porque no queremos que la morosidad se convierta tampoco en una adicción para la Junta de Andalucía.

Nada más y muchas gracias.

El señor MENACHO VILLALBA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Gracias, señora Obrero.

Tiene la palabra la señora Pérez.

La señora PÉREZ RODRÍGUEZ

—Sí. Gracias, Presidente.

Yo creo que el Grupo Popular no ha entendido bien la primera parte, pero creo que lo vamos a dejar resuelto en un minuto.

Si me lo permite la compañera del Partido Popular, la señora Obrero, nos parece que el primer punto del texto presentado por el Grupo Socialista es mucho más imperativo que el propio texto que pretende incorporar el Partido Popular. De hecho, el texto es «instar al Consejo de Gobierno de la Junta de Andalucía a aprobar y poner en marcha el III Plan». O sea, es un párrafo totalmente imperativo. Y lo que plantea el Grupo Popular es «elaborar y dar a conocer e impulsar...», nos parece que es mucho más imperativo para el Gobierno de la Junta de Andalucía el texto de este grupo.

Y además darle la información a la señora Obrero, que esa elaboración ya, prácticamente, está realizada, porque llevan más de dos años, incluso tres, diría yo, las organizaciones del sector trabajando en la elaboración del plan. Por lo tanto, creemos, por este sentido, que no procede hacer un texto que sea menos imperativo para el propio Gobierno que el que plantea el Grupo Socialista.

Y simplemente un matiz. Yo creo que preocupados por el presupuesto estamos todos. No significa que no lo estemos, pero no corresponde a ninguno de los grupos políticos aprobar el plan: corresponde al Gobierno. Y, desde luego, el Gobierno tendrá que tomar nota de las condiciones y con las complicidades y con los apoyos con los que aprueba dicho plan. Y, desde luego, nos preocupan los recortes, también el del Plan Nacional de Drogas. Le recuerdo al Grupo Popular que este Plan Nacional de Drogas ha tenido un 3% de reducción, ampliada a un 36,31 anterior, que tiene un 49,31% menos de presupuesto el Plan Nacional de Droga en dos años. Y las cantidades que va a percibir esta Comunidad Autónoma, a su vez, han pasado de 2.968.870 euros, en 2011, a 1.502.445 euros en 2013. El Estado no es que recorte menos que la Comunidad Autónoma: es que pone menos, y porcentualmente es el mismo porcentaje, es incluso mayor. Y además, en la última reunión, el Delegado del Gobierno Francisco Babín, afirmó no tener certeza de que las cantidades aprobadas para el 2012 por parte a las comunidades autónomas, en concreto a Andalucía, ni siquiera nos fuera liquidada. Es decir, que estamos hablando de compromisos que no pueden esperar, a pesar de la falta de financiación estatal.

Y en cuanto al desamparo o posible desamparo, decirle al Grupo Popular que la diferencia es que la semana pasada se inauguraba el centro de acogida de personas en riesgo en el Polígono Sur, y en la Comunidad de Madrid se acaba de anunciar el cierre de cuatro centros de ayuda a drogodependientes, el 31 de diciembre, por parte de la Agencia Antidroga.

Así que creemos que, a pesar de los matices importantes de diferencia entre ambos grupos —Grupo Popular y Grupo Socialista—, creemos que es mucho más interesante seguir apostando por un plan de drogas en Andalucía, que marque el rumbo del futuro, en esta Comunidad Autónoma, en un tema tan importante y tan trascendental. Por lo tanto, agradezco a los dos grupos políticos su colaboración y, por supuesto, sus intervenciones.

Muchas gracias.

9-12/PNLC-000233. Proposición no de ley relativa a la urgente necesidad de acometer la terminación de las obras del centro de salud José Gallego Arroba, de Puente Genil, Córdoba

El señor MENACHO VILLALBA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Gracias, señora Pérez.

Pasamos a la segunda proposición no de ley del Grupo Parlamentario Popular Andaluz, relativa a la necesidad de acometer la terminación de las obras del centro de salud José Gallego Arroba, de Puente Genil, Córdoba.

Para ello tiene la palabra su portavoz, la señora Obrero Ariza.

La señora OBRERO ARIZA

—Gracias, Presidente.

Bueno, pues el Grupo Parlamentario Popular trae a debate, en esta ocasión, una iniciativa de impulso al Gobierno andaluz para exigir que se concluyan las obras de remodelación del centro de salud José Gallego, de Puente Genil, en la provincia de Córdoba.

Estas obras comenzaron en diciembre del 2010, con un presupuesto de 2.100.000 euros y con un plazo de ejecución de dieciocho meses, planificadas en cinco fases para no impedir el uso del inmueble durante todo el tiempo que durasen las mismas.

Sin explicación por parte de la de Andalucía, las obras se paralizaron en diciembre del 2011, dejando el centro de salud en una situación, pues de abandono.

Por tanto, señorías, lo primero que tenemos que destacar es que se ha producido un incumplimiento de la Junta de Andalucía, tanto en la contratación y adjudicación con las empresas que han participado en las obras como en la falta de financiación adecuada para la realización de la remodelación,

que, además, contemplaba en su proyecto inicial el arreglo del conjunto del edificio que necesitaba la reforma más integral. Si la Junta de Andalucía hubiera cumplido su compromiso, pues no estaríamos debatiendo hoy aquí esta proposición no de ley, no se habría generado la indignación entre los vecinos y las vecinas de Puente Genil, que son usuarios, además, habituales de este centro, entre el personal sanitario, que también están trabajando en el centro de salud inacabado, y entre los propios trabajadores de la obra, que son empresas subcontratadas, pontanesas, de construcción, fontanería y electricidad, que no han recibido las retenciones que les fueron requeridas al inicio de sus trabajos, no han recibido pago alguno por los servicios prestados, sus materiales siguen colocados en el centro de salud, y aún no tienen la comunicación de cuál sería su situación si se reanudan las obras.

Creo que la lógica, que el sentido común en este caso, está muy por encima de posicionamientos o ideologías políticas, porque no se entiende, no se comprende, que, en un edificio público en el que se está atendiendo diariamente a pacientes, a enfermos que acuden a consulta y a otras prestaciones sanitarias; como digo, que ese edificio esté en un estado muy precario, contraviniendo la propia normativa en materia de seguridad e higiene que establece la Consejería de Salud y de Bienestar Social.

Las recientes lluvias han puesto aún más de manifiesto y en evidencia la absoluta precariedad de la situación, ya que el agua se ha filtrado dentro de las instalaciones al estar sin culminar las obras de protección de la zona superior. A esto hay que añadir aseos insuficientes, condiciones higiénicas lamentables, puertas de evacuación bloqueadas y algo muy curioso y digno de destacar, como es que el ascensor no cuenta con el botón de llamada de emergencia en el caso de quedarse bloqueado o quedarse cerrado.

Señorías, una situación en general insostenible, de la que todos los grupos políticos municipales en el Ayuntamiento de Puente Genil se han hecho eco, y han unido sus voces en el Pleno del pasado mes de octubre para elevar la petición de esta terminación de las obras de forma urgente a esta consejería por ser la administración competente. Y en la comparecencia de la señora Consejera en esta comisión para explicar los presupuestos para el próximo ejercicio presupuestario 2013 nos informó de que la intención del Gobierno andaluz en infraestructuras sanitarias era finalizar aquellas que estuvieran comenzadas, y poner en marcha, dotando de recursos materiales y humanos, aquellas que ya hubieran concluido.

Pues bien, tomando como referencia la directriz de la propia Consejera, espero que el Grupo Parlamentario Socialista sea coherente y que apoye esta iniciativa en el día de hoy, porque posiblemente este

sea uno de los pocos proyectos de infraestructura sanitaria que se acometan en la provincia de Córdoba y que pueda salir adelante en estos momentos de crisis económica, y porque, además, la población de Puente Genil también necesita una mejor atención sanitaria.

Porque, señorías, aunque hoy estemos hablando de infraestructuras, a lo largo de estos años se ha venido hablando también, se han venido demandando nuevas prestaciones sanitarias como, por ejemplo, un servicio de urgencias de pediatría, una unidad para pacientes de diálisis, oncología, o incluso un paritorio, que no se han llegado a implantar por esta Consejería alegando insuficiencias de ratio para ponerlos en marcha en los dos centros sanitarios, en el chare y en el centro de salud José Gallego, con los que cuenta Puente Genil.

Por tanto, señorías, y para ir finalizando este primer turno de intervención, espero haber convencido al resto de grupos políticos con representación en esta comisión para alcanzar un acuerdo que lleve a buen puerto la correcta terminación de todas —repito, de todas— las obras pendientes para el centro de salud José Gallego de Puente Genil.

Nada más y muchas gracias.

El señor MENACHO VILLALBA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Gracias, señora Obrero.

En nombre del Grupo Parlamentario Izquierda Unida Los Verdes-Convocatoria por Andalucía, tiene la palabra su portavoz, el señor Baena Cobos.

El señor BAENA COBOS

—Sí. Bueno, muchas gracias, señor Presidente.

Yo creo que la portavoz en este tema del Partido Popular ha expuesto de manera..., bueno, pues lo que ha pasado en el centro de salud de Puente Genil. Es evidente que esa obra se inició..., La adjudicataria fue una UTE: es la UTE la que tiene deudas con las empresas de la localidad, no la Consejería directamente con estas empresas, porque no han sido contratadas por la Consejería y, por tanto, lo de las reservas no entiendo muy bien a qué se refiere. Si hay reservas, será de la UTE, que fue la que asumió el desarrollo de la obra.

Es evidente que, en diciembre de 2010, 2011, la UTE dejó de realizar sus trabajos, porque parece ser que desde hacía tiempo la Junta venía incumpliendo sus compromisos de pago de las distintas certificaciones de obras que se habían ido presentando. Efectivamente,

al principio, la Delegación de Salud provincial no dice nada, imagino que pendiente de la notificación, por parte de la empresa, de esa ruptura o de ese abandono de la obra, y, posteriormente, y a instancias de la solicitud de los grupos políticos de Puente Genil, pues la señora Delegada explica que ha habido una rescisión unilateral del contrato, que se están realizando los trámites necesarios para darle a eso su cobertura legal, y poder plantear la continuación.

El problema es que el..., los dos problemas subsiguientes son, primero, que la obra que se ha realizado es un 30% del total, lo que nos impone un plazo de espera, porque parece ser que sería necesaria la redacción de un nuevo proyecto que hiciera frente a ese 70% restante, y, por lo tanto, una nueva..., primero, una nueva licitación para el proyecto y luego una nueva licitación para el inicio de las obras. Y, en segundo lugar, la situación en que quedó ese centro de salud. Es un centro de salud de los años sesenta, un centro de salud que se ha ido modificando, pues casi anualmente mediante tabiques falsos, etcétera, para aumentar la capacidad de recepción de usuarios, que, efectivamente, consigue un desahogo una vez que se crea un segundo centro de salud de Puente Genil en las instalaciones del chare, pero que, a todas luces, es inadecuado para prestar de manera conveniente la atención sanitaria a la población.

Pero lo peor es cómo quedan las instalaciones a mitad de obra, ¿no? Las instalaciones quedan con un..., no voy a decir excusado, perdonenme, sino con un retretito y un lavabito en la planta sótano del centro de salud para atender a todos los usuarios que acceden a él. Efectivamente, había puertas de emergencia bloqueadas, pero, después de la denuncia correspondiente, que hicimos los trabajadores de ese centro, pues ese tipo de problemas se solucionaron al menos. Es cierto que solo existe un ascensor vetusto. Y no es que no tenga botón de emergencia: es que no tiene botones. [Risas.] El problema es que no tiene botones, que tenía, pues unas pegatinas de..., para que la gente no..., con el dedo no..., no pulsara directamente el contacto eléctrico, y bien. Y, luego, en términos generales, pues agujeros en techos, agujeros en paredes, cables por un sitio, cables por otro, etcétera, etcétera.

Lo que hemos solicitado desde Puente Genil con urgencia es que, al menos estas cuestiones que afectan a los usuarios, que son los servicios, la posibilidad de...

Porque piensen ustedes: Ese ascensor, para que un abuelito o una madre con un niño bajen al sótano a utilizar el servicio, ¿no?, pues, claro, la mayoría prefieren subir y bajar por las escaleras antes que entrar en semejante sitio.

Bien, lo que queremos es que se solucionen de manera urgente cuestiones como es la posible utilización de los servicios, que ya estaban hechos

—además es que están hechos—; la utilización de los nuevos ascensores, que también están allí; y la impermeabilización del techo. Esto como urgencias, que parece que se están acometiendo con un presupuesto extraordinario de 30.000 euros y que se supone que acabarán, parte de ellas al menos, en el mes de diciembre.

Hay algo que me preocupa. La señora Delegada dice que los ascensores no podrán utilizarse porque los ascensores dependen de la nueva red de instalación eléctrica. Pero es que esa red de instalación eléctrica está ya montada. Posiblemente le falte la acreditación ante la Consejería correspondiente para obtener la puesta en servicio, ¿no? Pero sería muy triste que ascensores que, además, consumen muchísimo menos que el ascensor actual y que tienen unos tendidos preparados para resistir ese influjo no se puedan poner en marcha por un quitame allá estas pajas de..., hace falta el documento administrativo de utilización. Bueno, pues que se agilice, que se ponga en funcionamiento, porque lo que es inconcebible es que un año después todavía se esté utilizando esa caja con un cable que se llama ascensor en ese centro de salud, ¿no?

Y luego venimos a la segunda parte. Esas obras no se hacen por capricho; esas obras se hacen por necesidad, porque el centro ya no reunía condiciones. Y, claro, sería inconcebible, como ha dicho la señora portavoz del PP, que, habiéndose afirmado que las obras iniciadas se van a seguir realizando, pues no se terminara esta obra y no se permitiera el uso completo ya no solo para los usuarios, sino también para los profesionales del centro de unas instalaciones adaptadas al siglo XXI, bueno, adaptadas a las necesidades que plantea, pues, la atención sanitaria de estos tiempos, ¿no?

Vamos a aprobar la moción, nos parece lógico reclamar esta intervención por parte de la Comunidad Autónoma. Y lo que sí solicito a sus señorías es que también presionemos para que la utilización de los ascensores sea algo que entre dentro de esta primera fase, de manera que los ciudadanos, pues, estén en condiciones mucho más confortables o, por lo menos, mucho más normales a la hora de acudir a la atención, a los distintos procesos de atención sanitaria.

Y, bueno, yo creo que nada más. Creo que está un poco explicado, y ya está.

El señor MENACHO VILLALBA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Gracias, señor Baena Cobos.

Por parte del Grupo Parlamentario Socialista, tiene la palabra el señor Ruiz García.

El señor RUIZ GARCÍA

—Gracias, señor Presidente.

Seré muy breve, dada la hora.

A mí me gustaría destacar de esta iniciativa algo que comparte el Grupo Socialista, y es que recoge el sentir que se expresó en el Pleno del Ayuntamiento de Puente Genil recientemente. Hay que reconocer que esta obra es una obra que nació con vocación de reformar el centro de salud, pero que los estragos de la crisis, sin duda alguna, hicieron que la empresa, en este caso una UTE adjudicataria, con el 26% ejecutado, tuviera que abandonar la obra. Eso puso en marcha un procedimiento que todos entendemos y debemos no solo respetar, sino defender, de protección de los derechos del Estado, en este caso de la Comunidad Autónoma, de carácter jurídico, que ha conllevado, pues, todo un conjunto de etapas hasta que finalmente se ha podido resolver el contrato.

Tengo que aclarar, tal como ha hecho el señor Baena, que, lamentablemente, los efectos colaterales que se hayan producido en las empresas de Puente Genil, puedo decir de nuestro pueblo, no han sido ocasionados por la Junta de Andalucía; más bien todo lo contrario. Es la Junta, la Consejería, el centro de salud y, por tanto, el pueblo, el damnificado, la víctima de este episodio que, lamentablemente, no ha resultado como todos esperábamos, y que si no hubiera ocurrido esa insolvencia o ese abandono por parte de la empresa, probablemente no estaríamos hablando de esto.

No cabe ninguna duda de que todos los habitantes de Puente Genil y seguro que todos los parlamentarios que aquí estamos lo que deseamos es que esa obra se reanude y se termine. Ha habido una primera reanudación, una primera reanudación de una fase digamos de emergencia, de urgencia, que, según tengo entendido, está a punto de terminar y que por lo menos hace una..., subsana de alguna forma en primer lugar, en primera instancia, los problemas que allí se han observado y que ya han sido relatados.

Yo creo que esa actuación por parte de la Consejería viene a reflejar que hay un compromiso en resolver los problemas, que hay un compromiso y un interés en que los centros de salud estén en las mejores condiciones dignas posibles para los profesionales y para los ciudadanos. Y que ese compromiso nos debe, junto con el que ya se ha relatado aquí y que me alegro de que se haya hecho, y que yo vuelvo a recordar, y son las propias declaraciones de la Consejería el pasado día 6 sobre las dificultades económicas que existen, pero cómo se iban a priorizar, se iba a dar prioridad a aquellas obras que están comenzadas para acabarlas. Creo que es suficiente elemento como para que todos podamos emular el acuerdo al que se llegó en el Ayuntamiento de Puente Genil y podamos apoyar la propuesta.

Somos conscientes de las dificultades que hay; somos conscientes, como se ha dicho, de la voluntad de la Consejería. Afortunadamente, Puente Genil —yo he de decirlo— es una ciudad media que tiene infraestructura sanitaria, afortunadamente, para..., de un nivel alto, en todos los niveles: en la atención crítica y urgencias, en la atención especializada y en la atención primaria. Y es en este caso, en el centro de salud, donde tenemos planteado el reto de retomar eso ahora.

Por eso decía que, como somos conscientes tanto de la voluntad de la Consejería como de las dificultades económicas, yo propongo una enmienda *in voce* que se añadiría al final del último párrafo del segundo punto de la proposición no de ley, es decir, tras el término «Puente Genil», y que dijera: «dándole prioridad en 2013 en la medida en que las disponibilidades presupuestarias lo permitan», con el deseo de que sea aceptada por los otros grupos y de que podamos consolidar un acuerdo, que creo que es lo importante y es realmente para lo que la población quiere que estemos: para intentar llegar a acuerdos a pesar de las dificultades, pero dejando constancia de cuáles son nuestras prioridades y confiando también en que sea la Consejería la que sepa, precisamente, interpretar ese consenso, el valor de ese consenso.

Termino mi intervención y, si el señor Secretario lo desea, le hago entrega de la enmienda.

El señor MENACHO VILLALBA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Gracias, señor Ruiz.

Para finalizar y cerrar el debate de la proposición no de ley, tiene la palabra la señora Obrero.

La señora OBRERO ARIZA

—Sí, señor Presidente, muy brevemente para no extenderme demasiado en este segundo turno ya de cierre del debate, quería decir, en primer lugar, que la razón de traer esta proposición no de ley hoy a esta Comisión, la primera razón era ratificar ese acuerdo de Pleno en el Ayuntamiento de Puente Genil. Creo que, aparte del trabajo que el Ayuntamiento haga de enviar esa propuesta a la Junta de Andalucía, hoy aquí era importante que los distintos grupos políticos con representación en esta Cámara ratificáramos ese compromiso, para que después, en el trámite parlamentario, tome en consideración el Consejo de Gobierno este acuerdo y dote económicamente, ¿eh?, para que se puedan hacer las restantes fases

de remodelación del conjunto del edificio del centro de salud.

En segundo lugar, he traído esta iniciativa porque fue un compromiso personal y político que yo hice público en el pueblo de Puente Genil con mi compañero y portavoz allí, Antonio Pineda. A pesar... Fue un compromiso que hice de traerla de forma urgente a esta Comisión, a pesar, digo y repito, del empeño del diputado Socialista, el señor Jesús María, de desacreditar y poner en tela de juicio incluso el registro de esta iniciativa en sede parlamentaria por mi grupo. Y eso quiero decirlo para que conste en acta y para que las personas que lo vean lo sepan. Por lo tanto, compromiso que se ha hecho efectivo y que he cumplido con los vecinos y vecinas de Puente Genil.

Luego, agradezco también el voto favorable, el tono de las dos intervenciones, el voto favorable del compañero de Izquierda Unida, por mostrar su sensibilidad para el problema que conoce perfectamente desde hace años porque, como todos ustedes saben, él ha sido, pues, Alcalde de Puente Genil y médico, además, del centro médico.

Y en cuanto al portavoz socialista, les quiero decir que le voy a aceptar la enmienda que nos propone, digo y repito, en ese ánimo de consenso, ¿eh?, que se produjo en el Ayuntamiento de Puente Genil y que todos tenemos hoy voluntad de ratificar, pero que esa enmienda dice que se le va a dar prioridad en el año 2013 a continuar la fases que ya tendrían que estar concluidas hace más de un año y que la Junta tiene que acometer. Por tanto, yo le voy a aceptar las enmiendas con una condición, señor Jesús María, y es que durante este año voy a estar muy pendiente, y créame que ese compromiso también lo hago aquí público, de que en este ejercicio 2013 la Junta de Andalucía acometa las obras para el centro de salud Jesús Gallego, de Puente Genil. Y si no le da tiempo a finalizar, por lo menos, por lo menos que comiencen los trabajos de redacción de las siguientes fases para poder culminar cuanto antes, cuanto antes las obras del centro médico Jesús Gallego. Y además, por supuesto, que se solventen esos problemas de aseos y de ascensores que comentaba el portavoz de Izquierda Unida.

Créame que el Grupo Parlamentario Popular, esto era una iniciativa de impulso, pero se convertirá, sin duda alguna, en una iniciativa de control al Gobierno durante todo el año 2013 para comprobar que, efectivamente, este acuerdo se hace efectivo por la Consejería competente.

Y dicho esto, pues, ahí estaremos. En este camino nos vamos a encontrar. Espero que estemos todos de la mano en este camino, en esta senda que hemos iniciado en el día de hoy, porque desde luego, el año 2013, que todavía no ha comenzado, es muy largo y queda todavía mucho por ver.

Nada más y muchas gracias.

El señor MENACHO VILLALBA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Gracias, señora Obrero.
Como entiendo que apoya la...
¿Sí?

El señor RUIZ GARCÍA

—Señoría, por alusiones, quería hacer una breve aclaración.

El señor MENACHO VILLALBA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Sí. ¿Alusiones a lo que ha dicho anteriormente? Sí.

El señor RUIZ GARCÍA

—Simplemente decir que yo no tengo ningún interés en dedicarme a desacreditar a nadie, y menos a una compañera diputada. Me remito a que coja alguna grabación. A mí me hicieron una pregunta sobre si tenía conocimiento si se había registrado, y di...

[Corte en la grabación.]

Perdón, no se trata de desacreditar a nadie. Ruego que la..., que me comprenda la señora diputada.

El señor MENACHO VILLALBA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—De acuerdo. Aclarado.

Como ha habido una enmienda *in voce* ahora, que la acepta la proponente de..., en este caso la portavoz del Grupo Popular, señor Baena, ¿acepta también la enmienda *in voce* del señor Ruiz?

Vale, pues, entonces...

[Corte en la grabación.]

... de las dos proposiciones no de ley. La primera, tal como estaba puesto, que no se aceptó la enmienda *in voce*, que es proposición no de ley en comisión relativa a impulso del III Plan Andaluz sobre Droga y Adicciones.

Se inicia la votación.

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

Bien.

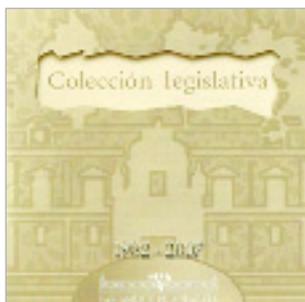
Pasamos a la proposición, la 4.2, proposición no de ley en comisión relativa a urgente necesidad de acometer la terminación del centro de salud José Gallego Arroba de Puente Genil, Córdoba, con la enmienda *in voce* que ha introducido el señor Ruiz.

Se inicia la votación.

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

Bueno, pues, como somos tan buenos, se da por concluida la Comisión.

[Se levanta la sesión.]



SERVICIO DE PUBLICACIONES OFICIALES

INFORMACIÓN Y PEDIDOS

Edición, diseño y composición:

Servicio de Publicaciones Oficiales

Información:

Servicio de Publicaciones Oficiales

Pedidos:

Servicio de Gestión Económica
c/ San Juan de Ribera s/n
41009-Sevilla

Teléfono:

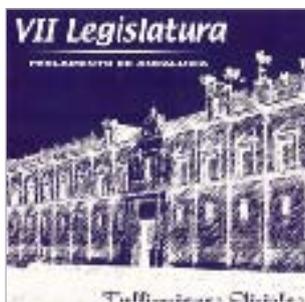
(34) 954 59 21 00

Dirección web:

<http://www.parlamentodeandalucia.es>

Correo electrónico:

publicacionesoficiales@parlamentodeandalucia.es
diariodesesiones@parlamentodeandalucia.es
boletinoficial@parlamentodeandalucia.es



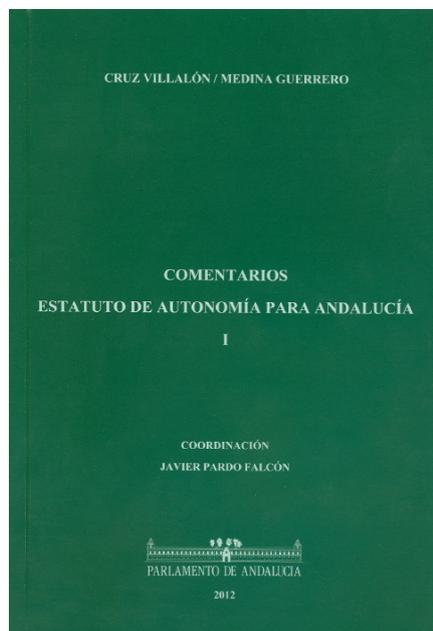
PRECIOS

CD-ROM O DVD

Colección legislativa	7,21 €
Publicaciones oficiales	7,21 €

© Parlamento de Andalucía

OTRAS PUBLICACIONES DEL PARLAMENTO DE ANDALUCÍA



COMENTARIOS AL ESTATUTO DE AUTONOMÍA PARA ANDALUCÍA

Obra colectiva que, en sus cuatro volúmenes, recoge las aportaciones científicas, en el ámbito jurídico, de catedráticos y profesores de Derecho, mayoritariamente de universidades andaluzas, acerca del Estatuto de Autonomía para Andalucía.

Dirigida por Pedro Cruz Villalón y Manuel Medina Guerrero. Coordinada por Javier Pardo Falcón.

Datos de la edición

Edición de la obra completa (incluye CD): Sevilla, abril de 2012.

Encuadernación: Tapa dura entelada con sobrecubierta.

Tamaño: 170 x 240 mm | Páginas: 3.570.

ISBN: 978-84-92911-06-6.

PVP (con IVA): 80 €.

Edita: Centro de Publicaciones no Oficiales. Parlamento de Andalucía.

COLECCIONES EN CD-ROM Y DVD

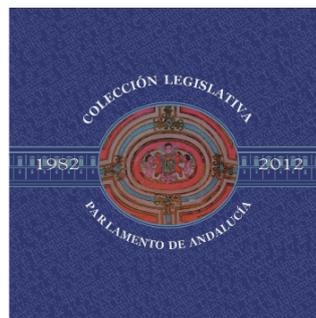


PUBLICACIONES OFICIALES

- Reúne la colección de Boletines Oficiales y Diarios de Sesiones publicados en cada legislatura y reproducidos en formato PDF.
- Completa información sobre la composición de los diferentes órganos parlamentarios de cada legislatura.
- Enlaces a la videoteca del Parlamento para consultar cualquiera de los ficheros audiovisuales de todas las sesiones celebradas en la VIII legislatura.

COLECCIÓN LEGISLATIVA

- Recopilación anual actualizada de las leyes aprobadas por el Parlamento de Andalucía del proceso autonómico.
- Descripción de la sede del Parlamento de Andalucía, incluyendo una breve historia del Hospital de las Cinco Llagas.
- Relación de los órganos parlamentarios y sus miembros en cada una de las legislaturas transcurridas.



Edita: Servicio de Publicaciones Oficiales. Parlamento de Andalucía.