

DIARIO DE SESIONES D S P A

DIARIO DE SESIONES



PARLAMENTO DE ANDALUCÍA

COMISIONES

Núm. 126

IX LEGISLATURA

10 de abril de 2013

Presidencia: Ilmo. Sr. D. José Luis Sánchez Teruel

Sesión celebrada el miércoles, 10 de abril de 2013

ORDEN DEL DÍA

COMPARECENCIAS

9-13/APC-000111. Comparecencia de la Excm. Sra. Consejera de Salud y Bienestar Social, a fin de informar, aportando el máximo de datos disponibles, sobre la situación del sector tanto público como conveniado de atención a las dependencias, con especial detalle en lo que se refiere a la atención a la discapacidad, así como a la política aplicada por la consejería y las perspectivas previsibles de desarrollo del sistema de atención a las dependencias, ante las afirmaciones de que corren peligro la viabilidad y el mantenimiento de servicios de las distintas asociaciones y entidades de atención a las discapacidades a causa de los retrasos y/o impagos de las cantidades comprometidas por la Administración andaluza; ante las modificaciones impuestas en la clasificación y prestaciones a las dependencias y el retraso en su aplicación, que puede estar provocando la ausencia de nuevas altas en el sistema y el incumplimiento por tanto de la provisión de medidas asistenciales que garanticen el derecho a la atención en las situaciones de dependencia; ante la opción de priorizar el pago de la deuda a la atención de las necesidades ciudadanas, con la consiguiente minoración en los PGE de las cantidades dedicadas a dependencias, salud y educación, y su repercusión en unas cuentas autonómicas, obligadas a su vez a disminuir partidas, presentada por el G.P. Izquierda Unida Los Verdes-Convocatoria por Andalucía.

9-13/APC-000119. Comparecencia de la Excm. Sra. Consejera de Salud y Bienestar Social, a fin de informar sobre el Plan de Prevención y Atención de Agresiones para los Profesionales del 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, D. José Luis Sánchez Teruel, Dña. María Cinta Castillo Jiménez y D. Alfonso Rodríguez Gómez de Celis, del G.P. Socialista.

9-13/APC-000139. Comparecencia de la Excm. Sra. Consejera de Salud y Bienestar Social, a fin de informar sobre el nuevo modelo de gestión mediante fusión de centros hospitalarios en Andalucía, presentada por el G.P. Popular Andaluz.

PREGUNTAS ORALES

9-12/POC-000453. Pregunta oral relativa a la deuda de la Junta de Andalucía en servicios sociales de la provincia de Córdoba, formulada por la Ilma. Sra. Dña. Rafaela Obrero Ariza, del G.P. Popular Andaluz.

9-13/POC-000195. Pregunta oral relativa al centro de salud en Mairena del Aljarafe, Sevilla, formulada por el Ilmo. Sr. D. Jaime Raynaud Soto, del G.P. Popular Andaluz.

9-13/POC-000296. Pregunta oral relativa a la prevención, tratamiento y reinserción de personas con adicciones, formulada por los Ilmos. Sres. Dña. Soledad Pérez Rodríguez y D. José Luis Sánchez Teruel, del G.P. Socialista.

9-13/POC-000297. Pregunta oral relativa a la Escuela de Pacientes de Andalucía, formulada por los Ilmos. Sres. D. Jesús María Ruiz García y Dña. Clara Eugenia Aguilera García, del G.P. Socialista.

9-13/POC-000302. Pregunta oral relativa a las nuevas líneas de actuación en materia de centros de protección de menores, formulada por la Ilma. Sra. Dña. Rosalía Martín Escobar, del G.P. Izquierda Unida Los Verdes-Convocatoria por Andalucía.

PROPOSICIONES NO DE LEY

9-12/PNLC-000019. Proposición no de ley relativa a la rehabilitación del centro de salud situado en Campillo Bajo, en Antequera, presentada por el G.P. Popular Andaluz.

9-13/PNLC-000118. Proposición no de ley relativa a las prestaciones del sistema de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia, presentada por el G.P. Socialista.

SUMARIO

Se abre la sesión a las once horas, tres minutos del día diez de abril de dos mil trece.

COMPARECENCIAS

9-13/APC-000111. Comparecencia de la Consejera de Salud y Bienestar Social, a fin de informar, aportando el máximo de datos disponibles, sobre la situación del sector tanto público como conveniado de atención a las dependencias (pág. 6).

Intervienen:

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

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

9-13/APC-000119. Comparecencia de la Consejera de Salud y Bienestar Social, a fin de informar sobre el Plan de Prevención y Atención de Agresiones para los Profesionales del Sistema Sanitario Público de Andalucía (pág. 17).

Intervienen:

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

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

9-13/APC-000139. Comparecencia de la Consejera de Salud y Bienestar Social, a fin de informar sobre el nuevo modelo de gestión mediante fusión de centros hospitalarios en Andalucía (pág. 24).

Intervienen:

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

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

PREGUNTAS ORALES

9-12/POC-000453. Pregunta oral relativa a la deuda de la Junta de Andalucía en servicios sociales de la provincia de Córdoba (pág. 42).

Intervienen:

Dña. Rafaela Obrero Ariza, del G.P. Popular Andaluz.

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

DIARIO DE SESIONES DEL PARLAMENTO DE ANDALUCÍA

Núm. 126

IX LEGISLATURA

10 de abril de 2013

9-13/POC-000195. Pregunta oral relativa al centro de salud en Mairena del Aljarafe, Sevilla (pág. 47).

Intervienen:

D. Jaime Raynaud Soto, del G.P. Popular Andaluz.

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

9-13/POC-000296. Pregunta oral relativa a la prevención, tratamiento y reinserción de personas con adicciones (pág. 53).

Intervienen:

Dña. María Cinta Castillo Jiménez, del G.P. Socialista.

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

9-13/POC-000297. Pregunta oral relativa a la Escuela de Pacientes de Andalucía (pág. 56).

Intervienen:

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

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

9-13/POC-000302. Pregunta oral relativa a las nuevas líneas de actuación en materia de centros de protección de menores (pág. 59).

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.

PROPOSICIONES NO DE LEY

9-12/PNLC-000019. Proposición no de ley relativa a la rehabilitación del centro de salud situado en Campillo Bajo, en Antequera (pág. 62).

Intervienen:

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

Dña. María Dolores Quintana Campos, del G.P. Izquierda Unida Los Verdes-Convocatoria por Andalucía.

Dña. Rosario Torres Ruiz, del G.P. Socialista.

Votación del punto 1: aprobado por unanimidad.

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

DIARIO DE SESIONES DEL PARLAMENTO DE ANDALUCÍA

Núm. 126

IX LEGISLATURA

10 de abril de 2013

9-13/PNLC-000118. Proposición no de ley relativa a las prestaciones del sistema de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia (pág. 72).

Intervienen:

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

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

Dña. Rafaela Obrero Ariza, del G.P. Popular Andaluz.

Votación: aprobada por 8 votos a favor, 7 votos en contra, ninguna abstención.

Se levanta la sesión a las quince horas, cinco minutos del día diez de abril de dos mil trece.

9-13/APC-000111. Comparecencia de la consejera de Salud y Bienestar Social, a fin de informar, aportando el máximo de datos disponibles, sobre la situación del sector, tanto público como conveniado, de atención a las dependencias

El señor SÁNCHEZ TERUEL, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Buenos días, señorías.

Si les parece, vamos a comenzar con el extenso orden del día que se acordó en la Mesa de portavoces para el día de hoy.

En primer lugar, tenemos la solicitud de comparecencia del Grupo de Izquierda Unida para que comparezca la consejera de Salud y Bienestar Social ante la comisión, a fin de informar, aportando el máximo de datos disponibles, sobre la situación del sector, tanto público como conveniado, de atención a las dependencias, con especial detalle en lo que se refiere a la atención a la discapacidad, así como a la política aplicada por la consejería y las perspectivas previsibles de desarrollo del sistema de atención a las dependencias. Ello, ante las afirmaciones de que corren peligro la viabilidad y el mantenimiento de servicios de las distintas asociaciones y entidades de atención a las discapacidades a causa de los retrasos y/o impagos de las cantidades comprometidas por la Administración andaluza ante las modificaciones impuestas en la clasificación, y prestaciones a las dependencias, y el retraso en su aplicación, que puede estar provocando la ausencia de nuevas altas en el sistema, y el incumplimiento.

Pues, si les parece, le damos la palabra a la señora consejera.

La señora MONTERO CUADRADO, CONSEJERA DE SALUD Y BIENESTAR SOCIAL

—Muchas gracias, presidente.

Y, si me permiten, queda dicho, ¿no?, porque el título de la comparecencia es en sí mismo, ¿no?, extraordinariamente largo, y entonces interpreto, de su lectura, que de lo que se trata es de que hablemos esta mañana y debatamos sobre la situación actual de atención a la dependencia en Andalucía, y las posibilidades y los retos que se plantean cara al futuro.

Yo quiero decir, en primer lugar, señorías, que para el Gobierno andaluz, el mantenimiento de los pilares del Estado del bienestar, concretamente, salud, educación y dependencia, son las guías maestras, en las que los presupuestos y las prioridades políticas ponen fundamentalmente el acento, así como en materia de desempleo, que, como saben sus señorías, está íntimamente ligada también a estos entornos y que tienen, para nosotros, una especial intensidad en los debates del Gobierno y de las iniciativas que de él se dimanan.

Y también saben ustedes, señorías, que en este momento, en donde la situación económica es especialmente grave y en donde tenemos, y nos vemos todos obligados a afrontar una política de austeridad, no siempre compartida, en la que la obsesión por el gasto público es una de las piedras angulares que caracterizan el panorama nacional, yo diría también internacional. Un gobierno como el andaluz, un gobierno de izquier-

das, tiene que ser, y es, especialmente sensible a las dificultades que atraviesan las personas con vulnerabilidad y, por tanto, en situación de dependencia, y sus propias familias.

Somos, además, plenamente conscientes de la incertidumbre a la que diariamente se están enfrentando los diferentes sectores, fundamentalmente los colectivos que tradicionalmente han tenido un mayor protagonismo en el desarrollo de la ley. Y también, en este momento, el debate —yo diría amplio— en toda la geografía española a propósito del sostenimiento de las políticas sociales con especial atención el de la atención a la dependencia que, como ustedes recordarán, siempre fue una política que tenía dificultades de financiación y que, por tanto, el entorno económico actual agrava la situación en la que las comunidades autónomas se veían inmersos también en periodos anteriores.

Por eso, yo voy a intentar, sin repetirme, hacer hincapié en aquellos elementos que considero de especial interés, y en el debate y en el diálogo, probablemente, podremos abundar en cuestiones distintas.

Decirle, señorías, que, a fecha 28 de febrero, y por, en primer lugar, hacer un diagnóstico del momento y de la situación en Andalucía del desarrollo de la ley, en estas fechas, a finales de febrero de 2013, por los datos publicados por el Imsero, en Andalucía existen 254.300 prestaciones que se conceden a los andaluces y más de 185.400 personas beneficiarias. Son cifras que, en términos relativos y en términos absolutos, son muy importantes porque Andalucía sigue siendo la comunidad autónoma con el mayor número de personas beneficiarias, que, en relación con su población, sería una cifra de esperar, pero sobre todo teniendo en cuenta que representamos casi el 25% de todas las personas beneficiarias de España. Dicho de otra manera, una de cada cuatro personas que en todo el Estado tiene reconocida la prestación, los derechos, es andaluz o andaluza.

Y también somos la primera comunidad en el número de prestaciones, en este caso, asciende a un 27% del total de todo el panorama español, fundamentalmente porque el número de prestaciones por persona que existe en Andalucía es más alto que el que existe en el resto de comunidades.

De hecho, para que se hagan ustedes una idea del volumen que implica esta cifra, nuestra comunidad suma actualmente más prestaciones que conjuntamente Castilla-La Mancha, Valencia, Madrid y Galicia. Es decir, que si sumáramos estas cuatro comunidades autónomas que, en términos de población, representan mucho más que Andalucía, nos encontraríamos que actualmente tenemos más prestaciones que estos territorios. Y, de hecho, señorías, si Andalucía hubiese aplicado la ley al ritmo de alguna otra comunidad atendería a la mitad de las personas de las que atiende actualmente. Si lo hubiera hecho al ritmo de la Comunidad de Madrid estaríamos en la mitad, y si lo hubiéramos hecho al ritmo de la Comunidad Valenciana, en nuestra región habría un tercio de las personas que actualmente están siendo atendidas.

Todo ello, señorías, yo creo que no se le escapa a ningún diputado y diputada, que ha implicado un importante esfuerzo económico de la Junta de Andalucía, de manera que, desde la puesta en marcha del sistema, se han destinado más de cinco mil cuatrocientos millones de euros en el desarrollo de esta ley. Solo en el año 2012 la inversión en Andalucía ha sido muy importante, superando los mil millones de euros, de los que un 75% los aportó la Junta de Andalucía y solo el 25% lo aportó la Administración General del Estado.

Un elemento, señorías, que tuvimos ocasión de debatir en la comparecencia de presupuestos en la que tuvimos ocasión de abordar cómo, de manera paulatina, el Gobierno de España va contribuyendo menos al sostenimiento de la ley, en la medida en que el inicio de la ley se planteó con una aportación, en términos ho-

mogéneos, de un 50% de financiación para posibilitar el nivel mínimo de atención a estas personas y que, en este momento, ha ido derivando en un 75-25, lo cual está dificultando de forma extraordinaria que las comunidades puedan hacer frente al desarrollo de la ley.

También, señorías, como hemos tenido ocasión de trasladar en anteriores iniciativas, desde el punto de vista cualitativo, nuestra comunidad tiene importantes peculiaridades. Es una comunidad en donde destaca el desarrollo de los servicios de proximidad y, de hecho, se prima la permanencia de la persona en su entorno habitual, en su domicilio, a ser posible, con prestaciones que permitan que esta persona no tenga que abandonar el entorno donde se encuentra más protegido, normalmente más identificado, y, también, en términos de calidez, con mayor posibilidad de tener una red social, un soporte social, de manera que el servicio de ayuda a domicilio ha permitido que 48.500 personas se hayan beneficiado, un 40% del total nacional, y también la teleasistencia, que significa un 51% del total nacional.

Además, señorías, les recuerdo que Andalucía financia al ciento por ciento estos servicios y, además, es la comunidad que ha invertido un mayor número de recursos en los profesionales, en el refuerzo de profesionales, que se dedican a prestar servicios sociales comunitarios.

Esta situación es una originalidad de nuestra comunidad autónoma en la que se decidió, desde el comienzo del desarrollo de la ley, no extraer la atención a la dependencia del resto de la arquitectura de los servicios sociales comunitarios, sino todo lo contrario, reforzar esta puerta de entrada de los ciudadanos al sistema del bienestar social, de manera que de la mano de la evaluación, de la valoración de los valoradores tuviéramos también un conocimiento amplio de esta situación para no desarraigar del entorno natural a las personas que se vieran beneficiadas por el desarrollo de la Ley de la Dependencia. De hecho, a este refuerzo se han destinado, desde el inicio, un total de 121 millones de euros y también, para la ayuda de domicilio, una partida correspondiente a 1.164 millones.

Por otro lado, señorías, en Andalucía se ha desarrollado también una de las prestaciones que se recoge en la ley, la que tiene que ver con la prestación económica, vinculada al cuidado familiar, en donde las prestaciones económicas de este entorno, Andalucía representa una media o un porcentaje inferior de la media nacional o de lo que suman el conjunto de las comunidades autónomas. De hecho, el 59% de las prestaciones son de servicios, porcentaje que supera en tres puntos la diferencia de la media nacional que se sitúa en el 56%, y este elemento también es importante resaltarlo puesto que, a veces, se acusa a Andalucía de hacer excesiva utilización de la prestación económica vinculada al entorno familiar, incluso con alguna descalificación relativa a los ciudadanos de Andalucía. Y es bueno que las cifras nos aporten luz sobre estos datos, de manera que podamos trasladar que no es cierto —los datos dicen justamente lo contrario— que esta prestación sea más frecuente en nuestra Comunidad Autónoma, aunque tengo que decir que para mí es una prestación válida, que responde a situaciones familiares que pueden ser resueltas desde el propio entorno, y que, por tanto, permiten que la persona —que es de lo que se trata— que necesita una mayor atención esté debidamente cuidada y con las condiciones necesarias para poder desarrollarlo.

El tercer elemento, señorías, tiene que ver con la apuesta por el modelo de descentralización que hemos desarrollado en Andalucía, que ha situado los servicios sociales municipales en el primer lugar del desarrollo de la atención a la dependencia, en donde las corporaciones locales son protagonistas, no solo porque los servicios sociales comunitarios sean la puerta de entrada del conjunto de las prestaciones, sino también

porque muchas de las prestaciones que se desarrollan, llámese ayuda a domicilio, llámese algunas de las residencias de mayores y de los centros de internamiento que están en funcionamiento en la comunidad autónoma, son de titularidad municipal, y, por tanto, hay una continua relación con las corporaciones locales para poder sumar recursos y desarrollar calidad en el procedimiento de atención a la dependencia. Un modelo, señorías, que está siendo cuestionado en este momento, fundamentalmente de la mano del borrador de Ley de Reforma Local, en donde el Gobierno de la Nación está desarrollando una reforma que, bajo nuestro punto de vista, vulnera el Estatuto de Autonomía en muchos apartados, pero sobre todo en la parte relativa a la arquitectura de los servicios sociales en la comunidad autónoma, con especial interés en la manera y en la forma en que se desarrollan las prestaciones en servicios sociales que, actualmente, tenemos en la cartera de servicios de esta política. Pero, además, señorías, lo que más nos preocupa es que pudiera suponer esta reforma una privatización o una apertura a la puesta en marcha de procesos de privatización en el ámbito del bienestar social, porque arrebatara a los municipios capacidad de acción en esta materia. Y además, en paralelo, hay una asfixia real a las comunidades autónomas, que tienen que asumir las competencias sin proponer un sistema de financiación adicional, lo cual va a hacer, en la práctica, que no se puedan desarrollar, tal como se viene haciendo en la actualidad, todas aquellas materias que actualmente están ubicadas en los ayuntamientos o en las diputaciones. No obstante, señorías, como es una ley que está en periodo de debate, yo espero que se rectifique en esta materia y, en todo caso, que la financiación que corresponde a las comunidades autónomas, si prospera la ley, estuviera suficientemente debatida, porque, como ya se han pronunciado, incluso presidentes de comunidades autónomas del Partido Popular, haría inasumible la asunción de este tipo de competencias, de manera unilateral, a las comunidades autónomas, sin aportación financiera adicional.

Y por último, señorías, también tenemos que ser capaces de acercarnos a la política de bienestar social, desde la parte de lo implica de creación de empleo, de desarrollo de economía, de vinculación laboral, asociada a este sector... En definitiva, de lo que implica de impulso a la economía social, un terreno en donde existe un gran nivel de cooperativismo, en muchos casos familiar, incluso de asociaciones, de entidades sin ánimo de lucro, y en donde, en este momento, el desarrollo de la ley no solo implica su incertidumbre, algún tipo de preocupación en los entornos de los sectores que se verían afectados de forma directa, sino también en el entorno de los trabajadores y de las entidades, de las empresas que vienen desarrollando la prestación de servicios desde la concertación con la propia comunidad autónoma.

Saben ustedes, además, que el tercer sector de Andalucía le da un extraordinario valor al desarrollo de la ley y alerta de las dificultades que se podrían tener si la financiación de la ley no tiene la suficiente cuantía como para mantenerla en los niveles en los que la comunidad los ha ido desarrollando.

Un dato significativo a este respecto es que Andalucía es la primera comunidad en número de empresas de economía social, con 7.350 empresas, un 24% del total nacional; muchas de ellas correspondientes a los sectores que se han creado al amparo de la propia ley.

Estas entidades son unas herramientas valiosas que crean empleo de calidad, empleo estable, empleo no deslocalizable, por lo que expresan también lo que puede ser un elemento del nuevo modelo productivo, en el que tenemos que ir basando nuestra economía, para evitar que se profundice en la crisis, como la que estamos atravesando, sin dar oportunidad a sectores emergentes del conocimiento. De hecho, es en un mo-

mento en donde la destrucción de empleo, saben sus señorías una tónica constante, pero, sin embargo, el número de empresas de economía social durante este periodo de crisis ha tenido un mantenimiento del empleo, al menos en nuestra comunidad autónoma, no se ha visto sometido a la misma destrucción intensiva que han tenido otros sectores económicos. Y, por tanto, creo, señorías, que merece la pena que, cuando hablemos de dependencia, también nos aproximemos a ella desde esta realidad.

Con toda esta radiografía de cuál es la situación, es importante recordar en este punto que, entre todos —yo diría que, sobre todo, de la mano de gobiernos progresistas, pero entre todos—, hemos construido una red de atención que se adapta muy bien a las necesidades básicas de la ciudadanía, que se ha dotado con recursos económicos, materiales y humanos necesarios para garantizar estos parámetros, y que, además, ha conformado, o se ha sumado, a la red de equipamientos sociales que se han ido construyendo, con bastante esfuerzo, en la geografía de nuestros pueblos y de nuestras ciudades; una realidad en la que, en Andalucía, se dispone de más de 40.700 plazas concertadas en toda la comunidad autónoma; que se distribuyen en 1.294 centros, que, de ellas, 14.500 plazas corresponden al sector de la discapacidad, y que, además, se despliegan en un conjunto de unidades de estancia diurna y de plazas de residencias, adaptadas al entorno familiar, y también de cuidado, del propio ciudadano.

De esta situación yo creo que partíamos, en los últimos años, señorías, de un desarrollo —yo diría sobresaliente— de la ley en Andalucía, desde la perspectiva que, con el principal interés, se incorporó en primera línea desde 2007, cuando se promulgó la ley, y que, en este momento, estamos intentando sostener entre, fundamentalmente, las comunidades autónomas, los ayuntamientos y las diputaciones, el desarrollo de la ley, después de que se haya producido una menor financiación por parte del Gobierno de España, no en relación a los futuros crecimientos de la ley —y esto es importante siempre recordarlo— sino en relación a las personas que actualmente están siendo atendidas, y que, por tanto, que, actualmente, estamos desarrollando ese volumen de prestaciones que antes he comentado.

La cifra no es una cifra nueva para su señoría —la hemos comentado en otras ocasiones—: Andalucía tiene hoy 214 millones de euros menos que tenía hace dos años para el desarrollo de las mismas personas, con las mismas prestaciones. Quiero decir, que no es porque el crecimiento no se pueda acompañar, por parte del Gobierno de España, es que la situación actual se retrotrae..., se quita parte de la financiación que estaba dirigida a estos centros concertados, a estas prestaciones económicas, y en donde, como entenderán sus señorías, el esfuerzo de Andalucía es titánico para que no se note, para que no se traduzcan en menor número de prestaciones estos 214 millones de euros menos que vienen de la mano del Gobierno de España. Si, además, a esto le sumamos la reducción al plan concertado, que ha descendido en un 68%, en relación, también, por parte del Gobierno de España, lo cual ha supuesto 17 millones de euros —pasar de 17 al 5,3—, podrán ustedes imaginar que estamos, los gobiernos locales y los autonómicos, inmersos en un intenso de debate sobre cómo podemos sostener este desarrollo de la ley en los momentos de crisis, sin que repercuta ni en los ciudadanos ni en las prestaciones. Un esfuerzo, señorías, que se ha ido acompañando también de medidas de ajustes, promovidas por el Gobierno, de menor intensidad en ayuda a domicilio; o, por ejemplo, de no cotización de la Seguridad Social a las personas cuidadoras del entorno familiar, con la repercusión que eso tiene en la legitimación del papel que desarrollan y de las posibles prestaciones futuras, cargo a las pensiones que estas personas pudieran tener, y que, insisto, desde Andalucía y desde, yo diría, todas

las comunidades autónomas, estamos intentando sostener, de la mejor manera posible, para que la ley se pueda seguir desarrollando. Ello, señoría, como digo, desde la incertidumbre del modelo que actualmente se pone a debate, porque también en los últimos consejos interterritoriales de la dependencia tuvimos ocasión de hablar de la posibilidad de cambio de la ley o del decreto que desarrolla la ley, que, bajo mi punto de vista, vulnera la legislación estatal, en donde se va caminando —y yo lo veo de forma preocupante— desde un modelo de oferta pública, desde un modelo de concertación de plazas, desde ese interés, desde esa iniciativa, a un modelo en donde la prestación económica vinculada al servicio va a tener igualdad de trato con el resto de prestaciones, de manera que se pueda dar mayor facilidad a la propuesta, que en algún momento desarrolló la Comunidad de Madrid y la Comunidad de Castilla-La Mancha, de desarrollo de la dependencia en modelo cheque-servicio o en modelo cheque-residencia, que permita abonar una cantidad al ciudadano y que esta persona, si me permiten la expresión, se busque la vida incorporando y complementando el precio de ese cheque para poder ser atendido en los lugares donde corresponda, desde la iniciativa privada, ciento por ciento en relación privada con el ciudadano, para posibilitar una atención a la persona vulnerable. Un modelo, señoría, en el que Andalucía ya ha expresado su más absoluto rechazo y en donde tendremos que ser, entre todos, capaces, en el transcurso del decreto y de la ley, de salvaguardar el espíritu con el que nace esta normativa en la que, fundamentalmente, se encarga a las comunidades autónomas una oferta pública, bien directa o bien a través de conciertos, pero nunca desde el modelo de que el ciudadano mantenga una relación privada con las entidades al objeto de poder conseguir mejores tasas, mejores precios o, simplemente, una buena calidad en el servicio que desarrolla.

Por eso, señoría, yo diría que, para concluir, la tarea es ardua. Entre todos tenemos que ser capaces de aunar recursos, de aunar voluntades y de aunar esfuerzos, y garantizarles a los ciudadanos que el Gobierno de Andalucía, a pesar de tener que capotear en este momento la situación de asfixia financiera en relación con esta ley... Insisto en que son más de 200 millones de euros menos para sostener lo que ya estaba funcionando. Eso nos limita mucho la capacidad de crecimiento. Pero que hay una garantía de voluntad política desde el Gobierno progresista de Andalucía de seguir manteniendo y desarrollando uno de los pilares del Estado del bienestar que han hecho posible no solo el mejor bienestar de las personas que se atienden, sino también un importante volumen de empleo asociado a este nuevo sector productivo.

Muchas gracias.

El señor RODRÍGUEZ GÓMEZ DE CELIS, VICEPRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, consejera.

Tiene la palabra el portavoz de Izquierda Unida.

El señor BAENA COBOS

—Sí, brevemente.

Tres cuestiones. Una primera, yo creo que confluirnos todos en que, si se disminuye la cantidad destinada a nivel mínimo para garantizar el nivel mínimo de manera unilateral, si se modifican los grados y la mane-

ra de valorarlos, si se disminuyen las prestaciones que corresponderían a cada uno de sus grados en cuanto a servicios y si además finalmente se siguen disminuyendo las cantidades económicas que se disponen en presupuesto para atender a estas necesidades, el sistema empieza a estar en claro peligro. Más aún cuando, en el día de hoy, seguramente nos lean la cartilla en la Comunidad Europea y nos propongan otra serie de tareas de recortes para hacer frente a la desviación de déficit y a los distintos parámetros económicos que vienen valorando con respecto al Estado. O sea, que posiblemente la semana que viene tengamos noticias que no sean agradables respecto a las obligaciones del Estado español, entre otras cosas, en este aspecto, ¿no?

Lo segundo era plantear una pregunta ya más concreta, que es sobre lo que el Observatorio de la Dependencia plantea que se llama el «limbo de las dependencias»; o sea, la cantidad de ciudadanos a los que les corresponde un tipo de asistencia pero que todavía no tienen el PIA. Parece que en toda España son unas 240.000 personas las que se encuentran en esta situación, cifra que no baja pese a que ha desaparecido, pues, el grado 1, que no se verá hasta 2015. Y, bueno..., y no se reponen los fallecimientos que se van produciendo. Y, entonces, nos interesaría saber cuál es la situación actual en Andalucía respecto a eso.

Y una tercera que es sobre las ayudas económicas familiares. Hombre, que no es que estén mal, pero que, posiblemente, eso de haber sido sustituido por una renta básica ciudadana, que es la que tendría que garantizar, pues, unos niveles mínimos de ingresos para poder vivir a todos los ciudadanos y ciudadanas andaluces. Porque una de las virtualidades, una de las ventajas que ofrecía la consolidación de este pilar del bienestar era, precisamente, la creación de numerosos puestos de trabajo, puestos de trabajo ligados, fundamentalmente, a la mujer. Puestos de trabajo que dignificaban, en gran parte, un trabajo que anteriormente no se había pagado y que venía haciendo la mujer de manera, pues, obligatoria en las casas, y que, además, ofrece un nivel de retornos importante al Gobierno de la Nación. O sea, cerca de un 40% se valora que sería el nivel de retorno del mantenimiento, del desarrollo de la parte profesional de los servicios de proximidad, fundamentalmente, ¿no?, lo que son unidades de día y lo que es atención domiciliaria. Entonces, pues, lamentar que, en un momento en el que estamos con seis millones de parados, no se pongan los pesos, precisamente, en el desarrollo de esa atención profesionalizada, que es una inversión a medio y largo plazo. Es verdad que no resuelve problemas a muchas personas que los tienen, pero consolida una manera de atender las dependencias que puede garantizar su viabilidad.

Y, bueno, pues, ya está.

El señor RODRÍGUEZ GÓMEZ DE CELIS, VICEPRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Consejera.

La señora MONTERO CUADRADO, CONSEJERA DE SALUD Y BIENESTAR SOCIAL

—Sí, decirle, señor Baena, que el sistema de información de la Ley de la Dependencia es un sistema que nace desde un primer momento centralizado. Esto significa que toda la información que se contiene de solicitudes, de retraso en la propia concepción de las ayudas, viene perfectamente registrada en el sistema. Es decir, no hay posibilidad, al menos en Andalucía, de retraso en la incorporación de los posibles beneficiarios al

propio desarrollo de la ley, porque, para que usted se haga una idea, al tener una arquitectura fundamentada en los servicios sociales comunitarios, conforme una persona solicita la ley, directamente se recoge. Y luego ya los tiempos en los que el valorador o la trabajadora social va a hacer la resolución definitiva de la dependencia están perfectamente todos esos tramos recogidos en la ley. Y, como usted bien dice, en el conjunto del Estado se ha producido una ralentización de esos ritmos, que es más acusada, probablemente, en Andalucía por la rapidez con la que en los primeros años de comienzo de la ley se han puesto en marcha. Cabía esperar que, en este momento, una vez que los estados del bienestar tienen unos primeros años de puesta en marcha, cabe esperar que se estabilicen, puesto que no se crece en población de vulnerabilidad al ritmo que implica la puesta en marcha de una primera atacada, de un primer plan de choque para atender a las personas que estaban en el territorio, por tanto, hay una evolución natural de estabilización del crecimiento. Pero, sin duda, en este momento hay una ralentización de la atención a las solicitudes de dependencia, fruto de la menor financiación que tienen las comunidades —Andalucía, en este porcentaje, pero el resto, en un porcentaje similar— para poder atender a las personas que actualmente están incorporadas al sistema. Dicho de otra manera, si antes recibíamos del Gobierno de España cuatro euros para poder atender a una persona, ahora recibimos dos o recibimos tres. Y esto significa que tenemos que compensar la parte que no se pone, a costa de no poder crecer; es decir, a costa de no poder aportar este dinero para que nuevos beneficiarios puedan entrar dentro del sistema. Y eso, sin duda alguna, produce una ralentización del desarrollo del modelo.

Yo creo que este es un elemento del que hemos discutido con bastante, diría, intensidad en el Consejo Territorial de la Dependencia, pero no hay respuesta de que se vaya a reponer el nivel acordado, que se retiró de forma unilateral; por cierto, después de las elecciones andaluzas, es decir, esperando..., sin haberlo anunciado, sin ningún tipo de medida previa, que supuso 89 millones de euros en el año 2012, 125 en 2013, que se acumulan, como falta de financiación que la comunidad autónoma no ha recibido. Y, como los ciudadanos saben, el dinero no lo sacamos de una máquina, ¿verdad?, tenemos que aportarlo a costa de dejar de hacer otras cuestiones. Porque el objetivo de estabilidad... Igual que le aprieta el zapato al Gobierno de España, sabe usted que con mayor intensidad a las comunidades, puesto que el esfuerzo que se les exige es cinco veces superior que el que se deposita el propio Gobierno.

Yo le diría, señor Baena, que hasta que esta situación no se resuelva, es decir, hasta que no se reponga aquella parte de mayor financiación que aporta el Gobierno de España, las comunidades autónomas no tienen posibilidad de hacer frente al ritmo que venían desarrollando con anterioridad a la retirada del nivel. Esto es obvio. Es decir, si no se le aporta esa financiación, las comunidades autónomas, por mucho que prioricen sus servicios, no encuentran un nicho de eficiencia en torno a trescientos millones de euros que poder aportar para quedarnos como estamos, que es lo que estamos haciendo en este momento, es decir, para que nos crezcamos en el número de personas que se incorporan a la ley. Por tanto, yo creo que se podrá entender perfectamente el ejercicio de dificultad que supone el tener que desarrollar una misma política con 200 millones de euros menos, cuando en el total de la política esto supone en torno a un 20% menos de financiación en este conjunto.

Yo creo que todos estamos haciendo esfuerzos, y ya me refiero al nivel territorial. Es decir, los ayuntamientos están haciendo un esfuerzo, las diputaciones están haciendo un esfuerzo, las familias están haciendo un esfuerzo, las entidades sociales están haciendo un esfuerzo, porque todo este retraso, todo este

desarrollo se traduce en una imposibilidad de atender los calendarios de pago de las entidades prestadoras que están actualmente sustentando una parte de esa financiación, con lo cual al final a todos nos contamina este entorno de retirada de un volumen y de una cantidad tan importante de ese presupuesto. Pero insistir en que toda esta información es absolutamente transparente, porque las estadísticas están colgadas de la página del Imserso y cualquier ciudadano y cualquier persona que la quiera ver pueda hacer utilización de ella.

En segundo lugar, señoría, sobre la prestación económica vinculada a los cuidados familiares, sabe su señoría que la ley nace con una clara vocación de servicio, esto significa que se pone el acento, en nuestro territorio, en tener la capacidad de generar una serie de infraestructuras, de equipamientos que España no tenía tradición en desarrollo, sí los países nórdicos, pero había que construir residencias de mayores, residencias de discapacidad, centros de día... Bueno, tuvimos que dotarnos de una importante red de infraestructuras en donde la prioridad se estableció, en aquel momento, en hacer frente a esas prestaciones más urgentes, más prioritarias, si me permiten, de las personas que tenían un mayor grado de avance en el deterioro de su estado de salud o de su propia situación de vulnerabilidad. De ahí que se puso mayor intensidad en la prestación de servicios de internamiento o de servicios residenciales, incluso de servicios vinculados a los centros de día, a unidades de estancia diurna, y cualquier característica de estas.

Pero no podemos olvidar, y yo creo que es una línea en la que tenemos que trabajar intensamente, que todos los sistemas del bienestar desarrollado, fundamentalmente los sistemas sanitarios y los sistemas de atención a la vulnerabilidad, han siempre visto que los servicios de atención a domicilio ofrecen mejores condiciones de sostenibilidad y mejores condiciones de calidad y de bienestar de las personas que se encuentran en situación de vulnerabilidad. Dicho de otra manera, comprendiendo que a veces las presiones de los entornos vinculados a las residencias de mayores, a los centros de estancia diurna es fuerte, porque se ha hecho una importante inversión en equipamiento que ahora hay que rentabilizarla, y soy plenamente consciente de ello, pero de la mano de ahí hay que intentar acompañar el desarrollo de la ley, bajo mi punto de vista, a ser posible, el mayor tiempo posible en el entorno familiar donde se encuentra la persona, porque cualquier persona que tiene que abandonar su hogar para irse a cualquier centro residencial, por bueno que este sea, siempre vive, sobre todo en Andalucía, por nuestro arraigo al territorio, una situación de drama personal, por entender que no se encuentra en las mismas condiciones de calidez y de comodidad que en su entorno habitual.

Esta situación, además, señoría, es distinta dependiendo de las culturas y de los entornos. En Madrid, por ejemplo, hay una mayor tradición de que las personas vulnerables se encuentren en centros residenciales y, por tanto, la foto de desarrollo de la Ley de la Dependencia en Madrid no podrá tener nunca una relación de igualdad con Andalucía, en donde nuestros pueblos, nuestra geografía, nuestras ciudades tienen un colchón familiar y una red social que permite que las personas durante más tiempo estén vinculadas al domicilio. Y hago esta mención porque, a pesar de que nosotros tenemos una prestación económica vinculada al entorno familiar inferior..., y lo digo y lo reitero, porque con desprecio se ha intentado trasladar que esta prestación en Andalucía era superior, por esa idea que tiene a veces la derecha de que en Andalucía los ciudadanos están subvencionados, ¿no? Algunas expresiones que no voy a repetir por desagradables que ocurren por parte de dirigentes del Partido Popular, en donde creen que los andaluces votan mayoritariamente izquierda porque nosotros tenemos subvencionada a la gente, le estamos dando una paguita, dicen despectivamente

te, que hace que la gente lo devuelva en forma de voto, ¿verdad? Digo que esta situación, insisto, de que en Andalucía la prestación es inferior al resto de la media nacional, sin embargo es un reconocimiento, señoría, de una realidad que, bajo mi punto de vista, tiene mucha razón de ser, que es que había y hay muchas mujeres que han dedicado su vida al cuidado de las personas mayores sin tener ningún tipo de reconocimiento social y sin albergar ningún tipo de compensación, no económica ya, sino incluso de vejez asegurada, que les permitiera seguir cuidando de esa persona en condiciones de calidad, pero también de seguridad para el propio cuidador. Y de golpe y porrazo se quita la cotización social, y muchas personas que estaban teniendo, digamos, una inversión, un colchón para el futuro, para poder cobrar una pensión, se le retira, y se le retira en aras de un discurso vinculado a la profesionalización. Pero se le retira por una razón exclusivamente económica: para ahorrarse el Estado los miles de millones de euros que cuesta la cotización de esos trabajadores a la Seguridad Social.

Por tanto, no podemos hacer debates trampa, en donde pongamos el primer acento en la profesionalización, cuando no estamos reconociendo la realidad normalmente de mujeres que tienen graves dificultades de incorporación al entorno familiar, porque no han podido prepararse ni formarse para poder estar ahora mismo en la puerta del mercado laboral, y que estaban haciendo un trabajo, un trabajo que, con una buena formación para los cuidadores, permitía una altísima calidad en la atención a las personas, y, si no, que se demuestre que esa calidad en la atención era distinta, que por ahora nadie ha mostrado ningún estudio.

Por tanto, no se puede ni engrandecer ni demonizar determinadas prestaciones que pueden ser de utilidad para muchas personas y que, sin duda, estarán contribuyendo a minimizar la falta de renta que puedan tener las familias, pero también suponen un reconocimiento al trabajo de las personas cuidadoras que han desarrollado su vida vinculada al cuidado de su madre, de su padre o del hijo con discapacidad que tenía. Y que, por tanto, señoría, yo creo que esa realidad también hay que ser valientes para afrontarla y para saber que esas mujeres tienen que tener un reconocimiento social, que a veces es una prestación económica con Seguridad Social y otras veces, cuando no es posible, pues se tiene que llevar a un entorno más profesionalizado, en una atención en centros de estancia diurna o de cualquier otra cuestión.

Pero este debate, normalmente, no se produce de manera sosegada, como siempre. Cuando estos debates se hacen en situación de dificultad económica y de crisis, se producen en un entorno en donde cada uno defiende sus intereses y, por tanto, se cruzan los argumentos de la posibilidad del mantenimiento del empleo con la mejor calidad de atención a la persona vulnerable. Y cuando esos debates los cruzamos, pues a veces se producen situaciones de falta de tranquilidad a la hora de abordar si realmente para una persona en concreto es mejor concederle una prestación económica en el cuidado familiar u ofrecerle una residencia de mayores que le permita a la familia tener otras posibilidades de desarrollo.

En este debate seguiremos, señoría. Lo que sí está claro es que tenemos una grave dificultad económica-financiera de poder mantener el ritmo de la propia ley; por tanto, se ha producido una ralentización que de forma transparente yo siempre he reconocido desde que se quitó el nivel acordado, efectivamente. Pero la voluntad del Gobierno de Andalucía es seguir sosteniendo la ley, compensando esa falta de dinero que viene por parte de otras administraciones.

Y termino la comparecencia agradeciendo a los ayuntamientos, a las diputaciones que, a pesar de que el futuro en materia de bienestar social, les quita gran parte de esas competencias, que me parece un error,

porque son la Administración más cercana al ciudadano, pero, a pesar de esto, están haciendo un esfuerzo de corresponsabilidad en el sostenimiento de la ley a través del adelanto, del anticipo de las ayudas a domicilio o a través del mantenimiento de contratos vinculados a los servicios sociales comunitarios que han tenido una menor financiación. Por tanto, esfuerzo compartido y reto compartido.

El señor SÁNCHEZ TERUEL, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señora Consejera.

Portavoz de Izquierda Unida, no... Muy bien.

9-13/APC-000119. Comparecencia de la Consejera de Salud y Bienestar Social, a fin de informar sobre el Plan de Prevención y Atención de Agresiones para los Profesionales del Sistema Sanitario Público de Andalucía

El señor SÁNCHEZ TERUEL, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Pasamos al siguiente punto, solicitud de comparecencia de la excelentísima señora consejera de Salud y Bienestar Social ante la Comisión de Salud y Bienestar Social, a fin de informar sobre el Plan de Prevención y Atención de Agresiones para los Profesionales del Sistema Sanitario Público de Andalucía.

Para lo cual, tiene la palabra la consejera.

La señora MONTERO CUADRADO, CONSEJERA DE SALUD Y BIENESTAR SOCIAL

—Gracias, presidente.

Señorías, a continuación vamos a abordar una materia que yo diría que es de especial sensibilidad para todos los que, de alguna u otra manera, tenemos responsabilidades públicas y también para los propios profesionales que trabajan en el sector de los servicios, porque habitualmente las personas que están vinculadas al sector sanitario, al sector educativo, al sector de bienestar social son personas con una clara vocación de servicio, una clara vocación pública, y cuando se producen situaciones de conflicto o de agresiones en estos entornos, si me apura, es como si todavía nos conmoviéramos más que cuando se desarrolla en otros entornos profesionales en donde ese elemento de entrega, de confianza y de vocación no están tan inherente a la propia actividad pública.

Por tanto, compartimos con los profesionales y ciudadanos la preocupación por estas situaciones de violencia que se pueden producir en los centros de trabajo. Y, de hecho, desde el año 2005 el sistema sanitario público de Andalucía cuenta con un Plan de Prevención y Atención de Agresiones, un plan que tiene ya ocho años de aplicación, que fue primero en su puesta en marcha y en su diseño, y que además fue fruto de una iniciativa compartida en la que participaron de manera activa las organizaciones sindicales, Comisiones, UGT, CSIF y Cemsatse, junto con el apoyo de organizaciones colegiales y de las organizaciones de consumidores y de usuarios. Un plan que se elaboró en sintonía con las directrices que se establecieron en la OIT y también en concordancia con la Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo. Un plan, señorías, que yo creo sinceramente que ha sido ejemplo de planes posteriores que se han elaborado en algunas comunidades autónomas.

El plan, fundamentalmente, suponía dotar a los profesionales sanitarios, en sanidad, de nuestros centros de trabajo del sistema público, de medidas de seguridad y sobre todo de formación necesaria para minimizar, para evitar en lo posible, las agresiones que se pudieran sufrir en los centros de trabajo y para —si me permiten la expresión— manejar con mayor habilidad aquellas situaciones de conflicto que, de manera innata, se producen cuando se recibe una mala noticia o cuando hay alguna situación de tensión, y en la salud hay muchas, porque no todas las noticias referidas a lo que el ciudadano quiere escuchar van en una misma direc-

ción, ¿verdad? Hay veces que las noticias, desgraciadamente, son noticias que suponen todo un drama para la persona o para la familia que las escucha. Y, por tanto, es necesario que los profesionales sepan y tengan una especial formación para actualizar los conocimientos y adaptarse a esas nuevas necesidades de comunicación con el conjunto de la ciudadanía.

El plan, señoría, establecía un protocolo de actuación en el que se recomienda a los profesionales qué hacer ante una agresión física o una agresión verbal, en donde la primera medida que se contempla y se contemplaba es solicitar ayuda a una tercera persona, personal de seguridad, algún compañero que se encuentre cercano, una ayuda que nos permita manejar la situación, y para que también se pueda ser testigo presencial de las cuestiones que ocurren, elemento de una enorme trascendencia cuando estas situaciones culminan o terminan en los juzgados. Asimismo, señoría, el propio protocolo de actuación establece cómo avisar a los cuerpos de seguridad para que se personen y notifiquen el hecho al responsable del centro sanitario.

Una vez, señoría, que se aprobó este plan —insisto, consensuado con los agentes sindicales—, se puso en marcha una estrategia de difusión en todos los centros asistenciales del SAS con el objetivo de que los profesionales supieran qué tienen que hacer en caso de posible agresión y los recursos que tenían a su disposición. Una estrategia que contemplaba la divulgación a través de la revista *SAS Información*, exposiciones presenciales a los profesionales sobre el manejo del conflicto, elaboración y entrega de trípticos informativos, formación para instruirles sobre cómo manejar situaciones de conflicto y una campaña divulgativa a la ciudadanía, que se hizo en su momento, sobre la importante labor que realizan los profesionales de la salud y, por tanto, poner encima de la mesa el compromiso, la vocación de servicio, y, por tanto, presentarlo como personas que ayudan a resolver los problemas y no canalizar sobre ellos las dificultades que los ciudadanos pudieran tener.

Por otra parte, para el desarrollo del plan se creó un registro, un registro informatizado de agresiones en el que a través de las 36 unidades de prevención de riesgos laborales se notifican estas agresiones que sufren los profesionales para permitirnos, en primer lugar, ver si hay algún componente de violencia física que obligue a algún tipo de actuación judicial, también para ver cómo se distribuye el Mapa de Riesgos sobre Agresiones en el conjunto de la comunidad autónoma, desde unidades donde más frecuentemente se presenta, entorno en donde se posibilita o donde se produce una mayor vulnerabilidad, a la vez que el registro recogía las medidas de protección que los centros ponían en marcha, entre ellos los timbres antipánico, que permitían conocer también cuál era el mapa de seguridad, no solo de riesgo, sino de seguridad que el sistema, el Servicio Andaluz de Salud y el sistema público tenía que desarrollar.

De esta..., de todas estas medidas de seguridad pasiva y de seguridad activa de los profesionales, se elaboró un decreto, un plan de asistencia jurídica en donde se les ofertaba a los profesionales fruto de la agresión que podían aprovechar, si me permite la expresión, utilizar los servicios jurídicos del Servicio Andaluz de Salud para no tener que costear los servicios especializados de abogacía en los juicios que se celebraban. Y, por otra parte, señoría, se les ofertaba una asistencia psicológica a las personas afectadas, porque en muchas ocasiones es necesario, posteriormente a que se produce la agresión, abordar estas situaciones de conflicto, dado que el profesional vuelve al lugar habitual de trabajo, y normalmente desarrolla las mismas tareas que venía desarrollando, y esto significa que a veces se instala el miedo a que se puedan repetir situaciones similares.

En relación con los datos que contamos en este momento, también es importante resaltar que durante el año 2007 se iniciaron conversaciones con el Tribunal Superior de Justicia de Andalucía, en concreto con el Fiscal Jefe del Tribunal Superior en la que trasladamos, al igual que habían hecho otras entidades, fundamentalmente organizaciones colegiales y sindicatos, el interés de que la consejería pudiera contribuir a que este tipo de situaciones se condenaran como delito de atentado hacia el funcionario de la Administración pública en los casos en donde se hubiera producido un peligro real para la seguridad o para la vida de los profesionales. Y, de hecho, señoría, desde entonces los órganos judiciales han demostrado una gran sensibilidades aumentándose, de forma considerable, el número de condenas de este tipo en los últimos periodos. En concreto, desde 2012, de las 245 asistencias letradas, 21 lo han sido por delitos de atentado. Esto supone que, de las condenas por atentado, se han incrementado un 86% desde el año 2009.

Asimismo, señoría, durante este periodo 2005-2012 hemos invertido más de 160 millones de euros, una cifra nada baladí, en la implantación de dispositivos tecnológicos que garantizaran un contexto seguro y de confianza para los profesionales, de hecho, de ello, más de dos mil centros cuentan..., perdón, los centros andaluces cuentan ya con dos mil timbres antipánico, 1.446 interfonos, 1.500 teléfonos directos con seguridad, 555 salidas alternativas de centros, videocámaras de vigilancia... Bueno, todo un despliegue de tecnología de seguridad vinculada al plan de prevención.

Estas medidas además se acompañaron de terminales informáticos, de botón antipánico, en el *software* que manejan los propios profesionales para que, de manera discreta —si me permiten—, el profesional pudiera activar el sistema de alerta sin despertar ningún tipo de suspicacia por parte de la persona que tenían enfrente. Un sistema que se pilotó en el área de gestión sanitaria norte de Málaga y en el distrito de Córdoba, y que, después de su puesta en marcha, ha permitido instalar 3.500 dispositivos que están funcionando a lo largo de toda la geografía.

Por otra parte, también se suman medidas como los GPS que se sitúan en las ambulancias y también la instalación de botones en ellas para algún tipo de incidencia.

Respecto a los vigilantes de seguridad que habitualmente se ubican en los centros sanitarios que tienen una mayor afluencia de usuarios, o que tienen unidades que puedan tener una mayor conflictividad en este tipo de atención, decirle, señoría, que tenemos actualmente en torno a 600 vigilantes de seguridad repartidos por todo el territorio, personas que tienen un protocolo exquisito de atención y que solo actúan, de forma justificada, en aquellos casos donde existe un problema real para la seguridad o la salud de los profesionales.

Y, por último, resaltar que hasta la fecha más de cuarenta mil profesionales han recibido la formación que se contemplaba en el plan, fundamentalmente en el terreno de protección, que hace —como le decía— que conjuntamente con otros Cuerpos y Fuerzas de Seguridad del Estado y con otros técnicos del sistema sanitario público, podamos haberlos hecho más hábiles en el manejo de los conflictos violentos para poder ser más eficientes a la hora de responder.

Todas estas consideraciones han motivado también que el desarrollo de este plan de prevención de agresiones se vincule a los agentes de autoridad sanitaria, veterinarios, farmacéuticos que desarrollan su trabajo en el control de diferentes factores ambientales o de las empresas que trabajan, fundamentalmente, productos alimentarios, de manera, señorías, que se persigue, fundamentalmente, hacer que las medidas de prevención sean eficientes, pero también incoar expedientes sancionadores, por la vía administrativa, a aquellas

personas agresoras que, con la notificación inmediata, hacen que se comporte también como un elemento disuasorio.

Como le digo, yo creo que una línea de trabajo continuado que da su fruto, aunque todavía queda mucho camino por andar y donde tendremos que seguir poniendo el acento.

Por si el dato le puede resultar de interés, en el año 2012 se produjeron un total de 925 agresiones, de las cuales, 214 fueron físicas, lo cual representa el 23,13% y, normalmente, este porcentaje está comprendido, el de la agresión física, entre el 22% y el 25%, aunque algún año ha supuesto, incluso, un 28%. Por tanto, es una cifra variable que se sitúa dentro de estos entornos.

Y el nivel asistencial, decirle que es atención primaria el lugar donde más se producen las agresiones, un 52%. También hay que tener en cuenta que es el lugar donde más ciudadanos frecuentan. Por tanto, hay una relación evidentemente relacionada con donde más ciudadanos acuden. Y un 48% se produce en la atención hospitalaria, aunque insisto que el 65% de la actividad se producen en el nivel de atención primaria.

El 80% de los episodios ocurren contra personal sanitario, el 20% a personal no sanitario. Y, por género, de las 485 agresiones producidas en atención primaria, 192 fueron a hombres y 293 a mujeres. Y, en especializadas, de las 440, 135 fueron a hombres y 305 a mujeres. Lo cual no hace falta que yo le diga que pone de manifiesto que la mujer es más objeto de esa violencia, en relación con su trabajo, que el género masculino, normalmente, y me imagino que por las razones que fácilmente todos podemos deducir, relativas a la supremacía que algunos ciudadanos piensan que tienen en relación con la mujer.

Y, por provincias, se mantiene la tónica de otros años: Sevilla tiene 245; Málaga, 205, y Córdoba, 110. Son las provincias que más agresiones registran.

De cualquier modo, señorías, si analizamos la evolución de las cifras, se constata un descenso en el total de agresiones registradas en 2012 frente a 2011, ya que han sido 151 agresiones menos, y, aunque el dato es esperanzador, nunca puede ser un dato que nos haga bajar la guardia, y, por tanto, señorías, seguiremos trabajando hasta que no se produzca ninguna situación de violencia o de conflicto que pueda ser objeto de agresión a algunos de los profesionales del personal sanitario que trabaja en nuestros centros del sistema público.

Muchas gracias.

El señor SÁNCHEZ TERUEL, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, consejera.

Tiene el portavoz del Grupo Socialista la palabra.

El señor RUIZ GARCÍA

—Gracias, señor presidente. Buenos días, consejera.

Muchas gracias por la exposición del Plan de Prevención y Atención de Agresiones para los Profesionales del Sistema Sanitario Público de Andalucía porque, verdaderamente, como usted ha dicho, refleja sensibilidad, preocupación y, desde luego, también colaboración y necesidad de compartirlo con todos los agentes.

Efectivamente, la relación de profesional y paciente ha experimentado un cambio importante desde la última mitad del siglo XX. Eso ha conllevado, potencialmente, una mayor agresividad en esa relación, que ha pasado desde un paternalismo inicial, casi infantilizador, a un nuevo modelo de autonomía del paciente donde la discusión de derechos versus deberes del paciente, evidentemente, están presentes. De tal forma que, como incluso la consejera se ha referido en algún momento de su comparecencia, tanto la Organización Internacional del Trabajo como la Organización Mundial de la Salud llaman la atención sobre el elevado nivel de estrés y, sobre todo, de alto riesgo de violencia en las profesiones sanitarias.

Establecen estos organismos que casi un 25% del conjunto de los episodios de violencia en el trabajo son, se producen en el ámbito sanitario. E, igualmente, tanto la Organización Mundial de la Salud, en coordinación con la OIT, advierten de que la violencia no es una parte inevitable del trabajo, que es necesario concienciar a los trabajadores de que esto no es así y, por tanto, evitar un fenómeno que se ha venido dando, y es que el 70% de las agresiones no se denuncian.

Efectivamente, como decía, la violencia en el trabajo, por tanto, no está relacionada directamente con el trabajo, sino que implica factores sociales, factores económicos, culturales y, por tanto, requiere un enfoque integral, tal y como ha manifestado la señora consejera.

Por tanto, es necesario favorecer la lucha contra la violencia laboral y que el conjunto de las instituciones, tanto laborales como colegiales, en este caso, o de participación, colaboren para reducir los riesgos y promuevan lugares de trabajo libres de violencia.

Se ha referido la señora consejera al trabajo que ha llevado la consejería con la Fiscalía General, con la Jefatura de la Fiscalía del TSJ, y, efectivamente, en el año 2007 hay un avance muy importante, lógicamente reciente. Estamos hablando y es la sentencia 1.030 de la Sala Segunda del Tribunal Supremo, que supuso un cambio significativo, dado que califica la agresión al profesional como «delito de atentado a funcionario público».

Efectivamente, esa sentencia tiene..., supone un antes y un después porque refuerza el papel que la Consejería de Salud, en este caso la Consejería de Salud andaluza, en el ámbito del sistema sanitario público andaluz, ha desarrollado..., empezó a desarrollar, precisamente, con el plan que acaba de presentar la consejera.

La preocupación iba en aumento en los países industrializados, esa sensibilidad y esa preocupación a que ha hecho referencia la consejera, entre otras cosas porque la violencia en el trabajo atenta contra la dignidad de los derechos de los trabajadores, pero también es una amenaza para la eficiencia y el éxito de las organizaciones. Ha hecho referencia también la señora consejera a la Agencia Europea para la Seguridad y Salud en el Trabajo.

No obstante, conviene advertir que las medidas que puedan implantarse desde el sistema sanitario, fundamentalmente, para prevenir, mitigar y contrarrestar tanto los incidentes como su intensidad y sus efectos, sus consecuencias, no necesariamente van a erradicar la violencia porque, como hemos dicho antes, está relacionada con factores sociales y culturales que deben ser abordados, desde luego, desde otro ámbito y desde otras responsabilidades. Aun así, la existencia de forma pionera, como ha dicho la consejera, de un plan de este tipo en nuestra comunidad autónoma vuelve a poner a Andalucía, a la Consejería de Salud y al siste-

ma sanitario público andaluz y, por tanto, a su responsable, señora consejera, como referencia de los avances, en este caso desde el punto de vista social, en la organización del sistema sanitario público.

Lo ha mencionado también la consejera e, inicialmente, parte de este plan se originó en Córdoba. A los que somos diputados por Córdoba nos llena, como es natural, de satisfacción, y se ha hecho y se sigue haciendo contando absolutamente con todo. Lo ha dicho la consejera, con las organizaciones sindicales, pero también con la organización colegial, que fue una de las primeras organizaciones que en el ámbito nacional se preocupó por esta problemática y, desde luego, con la participación ciudadana.

Me parece muy importante poner el énfasis, como ha hecho la señora consejera, en la prevención de bienes de la formación. Que la mejor forma de evitar un problema, un incidente de violencia está en conocer, precisamente, saber detectar cuáles son los riesgos para que se produzca este episodio y, efectivamente, manejar, como ha dicho la consejera, o gestionar el conflicto, y eso se hace a través de la formación, no solo de los dispositivos de seguridad pasiva, que son muy importantes, y tengo que felicitar a la consejería por el esfuerzo inversor que ha mencionado la consejera, 160 millones de euros es un esfuerzo muy importante.

Y, evidentemente, repercute sobre la seguridad de las personas. Como decía, no solo sobre la medida de seguridad pasiva, incluso la medida de seguridad activa, a través de los dispositivos de seguridad prestados por empresas, como ha mencionado la consejera, sino, fundamentalmente, a través de la prevención. A través de la prevención porque es la mejor forma que tenemos de dotar a nuestros profesionales de conocimiento y también de habilidades para poder evitar, manejar y minimizar el impacto, la intensidad —como decía antes— y las consecuencias de esos fenómenos.

En cualquier caso, a mí me gustaría, por un lado, resaltar los resultados de este plan. Efectivamente, como decía antes, el hecho de que por parte de la consejería se haya iniciado este proceso antes prácticamente que en ningún otro territorio de nuestro país —como decía antes— la sitúa de nuevo de referencia, y los resultados vienen a verificar que, efectivamente, el camino que se había iniciado era el camino correcto.

Es necesario y es importante también que no solo se quede en el ámbito de la consejería. A mí me gustaría... Me permitiría destacar que es importante que quien tiene la responsabilidad de la seguridad pública, que es la Secretaría de Estado y Seguridad, en este caso, del Gobierno de España, a través de los Cuerpos y Fuerzas de Seguridad del Estado, debe ejercer también un papel activo en la elaboración de los mapas de riesgo, en el análisis, en el seguimiento y en el apoyo profesional a la seguridad de los centros, tanto con medios propios —y es importante destacar una vez más la necesidad de invertir y no de desinvertir, como está ocurriendo en este último año, sino invertir en seguridad en nuestro país— como en el ámbito de las competencias que tiene sobre la seguridad privada, y, desde luego, con el tratamiento a través de las juntas locales de seguridad —el abordaje en esa junta— para coordinar de forma responsable la política de seguridad que lleva a cabo la Consejería de Salud. Pero recordemos que la Consejería de Salud se dedica, precisamente, a mejorar la salud de los ciudadanos.

A mí me gustaría...

El señor RODRÍGUEZ GÓMEZ DE CELIS, VICEPRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Perdón, ¿va a utilizar el segundo turno? Para ser más benevolente ahora.

El señor RUIZ GARCÍA

—No.

El señor RODRÍGUEZ GÓMEZ DE CELIS, VICEPRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Vale, gracias.

El señor RUIZ GARCÍA

—Y termino ya.

Por eso, insisto. Me gustaría terminar felicitando a la Consejería por el desarrollo ya hace tiempo del plan, y por mostrar un camino al resto de instituciones públicas dedicadas a la salud para mejorar la seguridad de sus pacientes, que, a fin de cuentas —como decía antes— también es la eficiencia del propio sistema, por los resultados que se están obteniendo, por el esfuerzo inversor, por el compromiso y la sensibilidad que está mostrando, por hacerlo de forma compartida por todos... Y también me gustaría resaltar la necesidad de que otra instancia del Gobierno central, a través de las juntas locales de seguridad, apoye de una forma activa este papel de prevención en la seguridad que está llevando a cabo el sistema sanitario público andaluz.

Muchas gracias.

El señor RODRÍGUEZ GÓMEZ DE CELIS, VICEPRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias.

¿Consejera?

La señora MONTERO CUADRADO, CONSEJERA DE SALUD Y BIENESTAR SOCIAL

—Agradecer la intervención de su señoría, en el sentido de no bajar la atención sobre esta materia. Y esperamos que, en esa evolución decreciente del número de agresiones, vayamos consiguiendo ese objetivo quizás a veces excesivamente optimista de que no haya ningún tipo de atención sanitaria que se resuelva, o que no se resuelva por la vía del conflicto.

El señor RODRÍGUEZ GÓMEZ DE CELIS, VICEPRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, consejera.

9-13/APC-000139. Comparecencia de la consejera de Salud y Bienestar Social, a fin de informar sobre el nuevo modelo de gestión mediante fusión de centros hospitalarios en Andalucía

El señor RODRÍGUEZ GÓMEZ DE CELIS, VICEPRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Pasamos al tercer punto: solicitud de comparecencia de la excelentísima señora consejera, a fin de informar sobre el nuevo modelo de gestión mediante fusión de centros hospitalarios en Andalucía.

Para ello tiene la palabra el Partido Popular. ¿Va utilizar los dos...? Ah, perdón, sí, sí.

No, pero ya aprovecho, si me permite. La misma pregunta que le he hecho antes al... ¿Utilizará los dos turnos? Para ser en el primero más benevolente o no, como le he dicho también al Grupo Socialista.

La señora CORREDERA QUINTANA

—Depende de la información que me dé la consejera, pero como es para recabar la información, en principio sería un único turno, a no ser que surja alguna duda en su planteamiento.

El señor RODRÍGUEZ GÓMEZ DE CELIS, VICEPRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias.

La señora MONTERO CUADRADO, CONSEJERA DE SALUD Y BIENESTAR SOCIAL

—Vale.

Yo, no obstante, presidente, voy a intentar ser lo más breve pero lo más explícita posible ante esta petición de comparecencia, que quiero decir, en primer lugar, que me parece muy oportuna ante la diversa información que aparece en los medios de comunicación y que su señoría y yo hemos tenido ocasión, solo por encima, de poder discutir en los plenos o en alguna otra pregunta parlamentaria, y que, por cuestión de tiempo, no nos ha permitido profundizar. Y, por tanto, creo que esta mañana puede ser un buen momento para poder trasladar cuál es la previsión, la planificación de la Consejería de Salud en esta materia, y también intentar hacer una radiografía de la situación actual, de la red de hospitales de Andalucía, del trabajo que se viene realizando en los últimos años. Y, por tanto, en ese marco general que permita hacer una aproximación a la situación actual. Y también, señorías —si me permiten— disipar posibles temores que puedan tener no solo sus señorías, sino yo creo que los ciudadanos, que es lo que realmente nos puede importar.

Decirle, señoría, que la planificación sanitaria y, especialmente, el desarrollo de la atención hospitalaria en los lugares..., en el mundo desarrollado, en el entorno que actualmente vivimos, tiene en cuenta una serie de factores, que son fundamentalmente técnicos, y que son ajenos a las circunstancias económicas en las que se desarrolla un modelo. Dicho de otra manera, siendo real que las situaciones de crisis económica —y probablemente no hemos conocido ninguna como la actual— imponen un principio de realidad en la

construcción de infraestructuras que se venían proyectando, no es menos real que normalmente los criterios de planificación sanitaria son criterios que responden a parámetros que están publicados, evidenciados, que son previamente consensuados en el entorno de la literatura internacional. Y, por tanto, existen pocas singularidades en el desarrollo de las redes de atención sanitarias en el contexto internacional e, incluso, en el conjunto de España.

Esto no significa que, dependiendo de los gobiernos correspondientes, se ponga más el acento en una intensidad de servicios u otra, en lugares de mayor proximidad o no; pero, normalmente, responde más a la propia geografía, a la propia configuración de las comunidades autónomas, de su propia centralidad en relación con el sistema sanitario público, más que a teorías o instrumentos políticos de planificación radicalmente distintos entre diferentes sectores.

Son fundamentalmente tres los tipos de criterios que marcan la planificación hospitalaria. Uno de ellos es la accesibilidad; es decir, que los ciudadanos, independientemente de dónde vivan, tengan un centro y un recurso hospitalario que les permita su llegada en tiempo y en forma. Saben sus señorías que en Andalucía nos propusimos establecer un estándar en esta materia, el que fueran treinta minutos; criterio que, luego, se adoptó de manera general en el conjunto de España. Porque los criterios de planificación a veces se construyen andando, es decir, se construyen conforme evoluciona el propio sistema. Y, concretamente, en nuestro caso, nos propusimos que ninguna persona estuviera a más de treinta minutos de un centro sanitario, para lo que era necesario desplegar una red de centros hospitalarios de alta resolución, de centros hospitalarios que se distribuían en el territorio, con una complejidad y unas características adaptadas a cada entorno local.

El segundo criterio es el criterio que tiene que ver con la alta calidad y planificación de aquella actividad de excelencia. Y me refiero con esto, señoría, a que, para el trabajo que tiene o que requiere un volumen importante de dotación tecnológica, que requiere un entrenamiento y un adiestramiento de los profesionales en técnicas concretas —fundamentalmente, vinculado a las técnicas de trasplantes, a la alta cirugía—, se requiere un volumen de personas, de pacientes, una frecuentación —que es como se le llama en el entorno de planificación— que garantice que los resultados, en este caso —que no tanto la accesibilidad, sino los resultados—, estén condicionados por esa tecnología que tiene que rodear el acto asistencial, y, por otra parte, que la capacitación técnica de los profesionales no solo se acredite a través de su título, que es la manera habitual de acreditar una profesión, sino también desde el requerimiento —sobre todo, desde los ministerios correspondientes— de un número de casos atendidos que permita que los ciudadanos puedan tener la seguridad de que el entrenamiento, la propia experiencia, se convierta en un valor añadido. Por tanto, accesibilidad y, por tanto, calidad en la cirugía o en la actividad asistencial de alta resolución.

Y, por otra parte, señoría, y en tercer lugar —aunque sea una circunstancia obvia—, el tercer parámetro que se tiene en cuenta en criterios de planificación es la realidad de estructuras funcionantes con las que los gobiernos asumen las competencias sanitarias. O dicho de otra manera, evidentemente se condiciona el desarrollo del mapa sanitario por los recursos con los que la reforma sanitaria empieza a ponerse en marcha y, por tanto, por la existencia o no de redes de hospitalización —algunas veces locales, otra veces en las diputaciones, otras veces en otras instancias— que se integran en el conjunto del sistema público desplegando una radiografía que los gestores tienen que ser capaces de aprovechar y de rentabilizar, y, por otra parte, de ubicar aquellas que no estuvieran previamente diseñadas.

Estos tres factores son los que han influido en el desarrollo de la red actual de todos los hospitales de Andalucía. Y estamos hablando por tanto, señorías, de un conjunto y de una red única que integra hospitales del Insalud, de las diputaciones, de los ayuntamientos y también de hospitales universitarios. Y hago referencia a esto porque luego me referiré a qué ocurre en las capitales de provincia en relación con las instalaciones que actualmente tienen ubicadas.

De hecho, señorías, la historia de la sanidad andaluza, y yo diría que de la sanidad de España, está marcada desde que nació en esa historia de integración que posibilita que todos los recursos que estaban disponibles en toda la comunidad autónoma se pusieran al servicio del Sistema Sanitario Público, un sistema que ha integrado hospitales de distintas procedencias, que los ha coordinado con centros de nueva construcción y que, además, lo sigue haciendo, como es el caso del reciente hospital de Écija, del hospital de Morón, del hospital de San Carlos, cuando se haga efectiva la transferencia, un proceso que culmina cuando la totalidad de los hospitales que pertenecían a administraciones públicas se integra en el conjunto de una red única en el modelo eminentemente andaluz.

Esta realidad quiero que sepan sus señorías que no es igual en todas las comunidades autónomas, ¿eh? Hay comunidades en las que todavía hay hospitales de titularidad municipal, que tienen una relación contractual con el Gobierno de la comunidad autónoma. Pero en Andalucía, desde el primer momento de nuestra autonomía, se creó una red única de hospitales que permitía la integración conforme las administraciones iban ofreciendo la posibilidad del desarrollo de la transferencia o del desarrollo de la titularidad de ese edificio público.

Toda esta situación, señoría, se hace bajo dos preceptos básicos. En primer lugar, que el ciudadano sea siempre el centro del sistema, de manera que todos los cambios que se producen en todas las integraciones se diseñan con esa premisa: que el beneficiario de esa puesta en marcha sea, en última instancia, el ciudadano.

Y en segundo lugar, señoría, se hace también desde un interés por favorecer el desarrollo profesional y la excelencia en la cualificación de lo sanitario para que, en la medida de sus posibilidades, una persona, un profesional que tiene una alta cualificación, sobre todo los profesionales de la medicina, que necesitan una nota muy alta para acceder a la Universidad, que posteriormente tienen que hacer una formación posgrado desde un sistema de oposición en el conjunto del territorio español, y que tienen una formación y diría, sin lugar a dudas, de las más cualificadas del conjunto de la Unión Europea, tener la posibilidad de que se puedan desarrollar al máximo de sus capacidades, de manera que la cartera de servicios de su hospital o de su entorno asistencial no limite en exceso la posibilidad de que esta persona pueda entrenar habilidades o pueda entrenar competencias en otros entornos sanitarios. Una cuestión, señorías, que los sistemas sanitarios públicos no tienen bien resuelta, porque, de hecho, cuando un profesional tiene que desarrollar su vida laboral en un entorno comarcal, habitualmente, digo salvo excepciones, no tiene capacidad de desarrollar las habilidades correspondientes a la alta cualificación —manejo de trasplantes, alta cirugía— que se lo posibilita su cualificación profesional, pero que, por su no entrenamiento, no pueden desarrollarlo en otros entornos asistenciales, lo cual, señorías, algunas veces se salda —y es un elemento de debate en muchas ocasiones en el Consejo Interterritorial y en otras reuniones de expertos—, se salda con la incorporación en las carteras de servicios de hospitales que no tienen esa vocación de técnica que deberían estar reservadas a lugares de referencia o a entornos que lo hagan más eficiente y, por tanto, con mayor garantía de éxito.

Esta realidad, señoría, es un entorno y un trabajo que en la última década del Sistema Sanitario Público de Andalucía ha tenido un especial protagonismo. Es decir, ha habido un debate, una vez que se abordó la construcción de infraestructuras de una manera intensiva, aunque nunca se termina, pero de manera intensiva, ha habido un debate que sigue siendo dinámico a propósito de cómo se tiene que producir ese necesario equilibrio entre la accesibilidad y la garantía resultados, es decir, al éxito de la actuación sanitaria que se debería producir cuando una persona acude al servicio público para ser atendida.

Y de hecho yo diría, señoría —creo que no me equivocaría—, que, probablemente, una gran capacidad de sostenimiento futuro y de calidad actual de los sistemas sanitarios viene de la habilidad que tengan los gestores y los responsables políticos de combinar de forma adecuada ese binomio: es decir, de posibilitar que nadie se vea perjudicado porque vive en un entorno del interior o en un entorno comarcal y, por tanto, no peligre su situación de salud vital para poder acceder a los servicios; pero, por otra parte, garantizar que, en aquellas situaciones excepcionales de baja frecuentación, en donde lo que fundamentalmente se pone a prueba es la pericia, la especialización de los profesionales, de la tecnología y del propio sistema, seamos capaces de habilitar mecanismos de planificación que garanticen ambas cuestiones en función del problema concreto que tenga cada ciudadano.

Ese debate es el debate que está debajo o que está, digamos, amparando el desarrollo de la gestión clínica no solo en Andalucía, yo diría en el conjunto de España, y que permite dar una respuesta local a esta inquietud, acceso-calidad en la prestación, de nuestros profesionales desde una perspectiva de aprovechamiento de los recursos que se encuentran disponibles y también desde una mayor, si me permite la expresión, permeabilidad de los entornos, de las instituciones, para que las personas, los propios profesionales puedan transitar en los diferentes modelos sin tener un techo de desarrollo profesional vinculado a la cartera de servicio del centro en el que se encuentra albergado. De hecho, señoría, la gestión clínica permite esta organización desde el debate profesional con los propios protagonistas de la actividad asistencial, y que, por ejemplo, en nuestra comunidad autónoma, desde hace —como digo— una década, se ha ido evaluando, se ha ido desarrollando, de manera que actualmente tenemos en Andalucía 150 unidades intercentros.

Es decir, que actualmente nuestra conformación de arquitectura ha permitido que se conformen ámbitos del conocimiento, normalmente relativos a una misma especialidad médica, aunque no siempre —hay veces que hay varias especialidades en una misma unidad por proximidad anatómica o por proximidad del conocimiento: cirugía cardíaca, cardiología es un claro ejemplo—, que nos ha permitido la organización de los profesionales en entornos sanitarios distintos, normalmente más de un hospital, sean de la misma ciudad o no, incluso a veces han sido hospitales de distinta ciudad, y que permite, como digo, por una parte, que los ciudadanos puedan acompañarse de sus profesionales a lo largo de todo el proceso asistencial y, por otra parte, mejorar la integración —cuando se trata de comarcal y referencia— para que los propios profesionales puedan desarrollar técnicas a las que no tendrían acceso por la especialización tecnológica si solo trabajaran en ese entorno comarcal.

Esta descentralización ha llevado consigo una agregación eficiente de estas estructuras sanitarias, puesto que partíamos hace escasamente unos años de 1.573 servicios hospitalarios y centros de atención primaria tradicionales, y actualmente tenemos 945 unidades de gestión clínica, lo que ha supuesto una reducción de 628 de este tenor.

En todos estos casos se trata de un modelo de organización que parte de los propios profesionales, que nosotros acompañamos en el diseño, pero que le puedo garantizar que, fundamentalmente, proviene de la iniciativa profesional a partir del debate que se estimula en nuestros centros sanitarios. Igual por eso a veces resulta extraño o choca que el desarrollo de estos debates no se acompañe de una normativa, es decir, no haya un decreto o no haya una normativa, que siempre tiene que ser una normativa paraguas. Yo creo que su señoría, porque ambas somos... —no sé, no sé cómo decir la palabra, iba a decir viejas, pero no quiero utilizar esa palabra—, llevamos años, ¿verdad?, en el Parlamento y [*intervención no registrada*]... veteranas, efectivamente, veteranas en el debate sanitario parlamentario, su señoría sabe que incluso en algún momento la Consejería de Salud ha tenido vocación de impulsar decretos genéricos de gestión clínica que permitieran albergar un marco en donde se pudieran, a modo de paraguas, resguardar todo este tipo de cambios organizativos, pero que el acompañamiento del conjunto de la organización no ha permitido ese ritmo y que lo hemos dejado, lo hemos guardado en un cajón para seguir trabajando en la forma y en la iniciativa que los propios profesionales pudieran ir orquestando.

Por eso decía que a veces extraña que este tipo de movimientos que se producen en los centros no se acompañen de una orden, de una instrucción, de una resolución del gerente, sino que vayamos nosotros digamos que acompañando después de que el debate se ha producido, incluso se ha trasladado a los propios medios de comunicación.

No obstante, señoría, me parece que son debates muy democráticos que nos permiten una altísima participación, a pesar de que eso a veces obliga a que la Consejería tenga que pronunciarse en relación con confirmar o desmentir determinadas informaciones que aparecen en los medios. Creo que es mucho más interesante asistir al debate enriquecedor que aparece en los centros y que permite impulsar iniciativas que, evidentemente, no se le pueden ocurrir a la propia Consejería de Salud, sino que están muy mediatizadas por las posibilidades locales que cada centro produce en su estructura, o en su relación en otros entornos.

Es un modelo..., insisto en que ya ha permitido 150 unidades y que no tiene que ver con la idea de la crisis, ¿eh?, que este es un elemento también que en algunos medios he escuchado de..., un poco, qué mala suerte que el proceso se produzca en una situación de crisis. El proceso se venía produciendo mucho antes de la crisis, como acabo de poner de manifiesto con estos datos, lo que ocurre es que la crisis amplifica, como si fuera un amplificador, todos los movimientos porque habitualmente se interpretan con mucha más incertidumbre y con mucho más temor que cuando no se asiste a un ajuste del gasto público, o a una situación de obligatoriedad del objetivo de estabilidad en el que nos vemos acostumbrados.

Por tanto, señoría, no se trata ni de modelos orquestados ni de opacidad ni de ocultación de datos. Yo le voy a trasladar toda la información de la que dispongo, y así lo iremos haciendo conforme los acontecimientos vayan surgiendo. Pero pueden tener la seguridad sus señorías de que estos procesos son dinámicos, van siendo tremendamente participativos y, por tanto, responden en cada momento a realidades distintas y a distintos trabajos que se desarrollan en los grupos que en este momento están en marcha.

Decirles, señoría, que a veces, cuando el sistema sanitario, que tiene tanto impacto, pone en marcha procesos de debate profesional y procesos en los grupos de trabajo que se hacen al albur de estrategias de reorganización, de rediseño —se dice, en términos de expertos, de «reingeniería»— de todos los procesos que llevamos a cabo, es difícil casar la inmediatez de los titulares de prensa de, a veces, informaciones intencio-

nadas que se filtran a los medios de comunicación por parte, incluso, de profesionales que son resistentes a ese cambio, con la voluntad conformada de los equipos directivos de darle carta de naturaleza a una propuesta que se pueda poner en marcha. Yo les voy a contar, por ejemplo, un ejemplo de esto que lo ilustra perfectamente.

Recuerdan sus señorías que no hace muchos meses surgió un debate a propósito de la eliminación del hospital del Tomillar de Sevilla. No sé si lo recuerdan, pero se generó un ruido a propósito del hospital del Tomillar —un hospital que conozco bien, porque he trabajado en él— y que era fruto de que había un grupo de trabajo en el hospital de Valme que había elaborado una propuesta de ubicar un tipo de cirugía, creo recordar, o de hospitalización en el hospital de Valme, y desinstalarla del hospital del Tomillar. Y hubo..., bueno, pues recuerdan sus señorías que tuvimos que responder a cuatro preguntas parlamentarias desmintiendo que se fuera a producir esa situación, entre otras razones, porque yo en concreto no lo compartía... Quiero decir, no le dimos el refrendo a ninguna actuación que quitara la capacidad que tiene ese centro, por ejemplo, de desarrollo de la cirugía mayor ambulatoria. Pero, sin embargo, la inmediatez que se produce en estos entornos provoca que, a veces, estos procesos sean interrumpidos por un debate en el que tenemos que salir a la palestra para quitar miedo, o incertidumbre, interrumpiendo el proceso de iniciativa que pueda partir desde la propuesta profesional, una propuesta que no siempre la comparto y que, por tanto, a veces se queda solamente en eso, en una simple propuesta.

En este marco que les relato y que ya no les vuelvo a reiterar, porque yo creo que son absolutamente conocedores del mismo, hace unos meses, en el periodo del mes de octubre, hicimos una reordenación de las estructuras directivas de nuestros centros sanitarios que propiciaba —y yo así lo hice en rueda de prensa, por eso de que cada vez que le damos carta de naturaleza a una medida de este tipo, procuro comparecer públicamente para explicar el alcance de las medidas, qué se pretende y cuáles son los objetivos—..., planteamos ya en su momento que teníamos una vocación de disminuir los puestos directivos que actualmente tenía el sistema sanitario público, y el Servicio Andaluz de Salud más en particular, unificar gerencias de los centros, que entendíamos que por los niveles de proximidad estaban..., eran perfectamente asumibles por parte de un mismo equipo directivo, también distritos de atención primaria, que tenían tradicionalmente dos direcciones distintas y que entendíamos que se podía hacer un esfuerzo, un sobreesfuerzo, por parte de los directivos para aglutinarlo bajo una misma dirección. Y, por tanto, señoría, ya en aquel momento quise anticipar que esa unificación de la gerencia no iba a significar —y lo reitero— en ningún momento movilidad de los profesionales que estuvieran sujetos en ese..., en cada uno de esos entornos, salvo —y siempre pongo esta salvedad— en aquella movilidad voluntaria de aquellos profesionales que en las unidades intercentros ya estaban desarrollando..., y me refiero, sobre todo, a los médicos, que son los que mayor capacitación desarrollan vinculados a la tecnología, también una parte de enfermería, pero más los médicos..., ya comentaba que, salvo en aquella movilidad voluntaria de aquellos profesionales que entendieran que para su desarrollo era mejor o era bueno poder tener un tránsito en relación con este centro.

En esa unificación, no me voy a reiterar, partíamos de 354 directivos, lo que significaba el 2% del total de la plantilla, significaba tres directivos por cada 1.000 profesionales —doy todos estos datos porque me parece que hablan por sí solos del peso, ¿no?, que tienen los directivos, que es bajo, en relación con los profesionales en toda la estructura— y provocamos una unificación que prescindía de 63 puestos directivos. Yo creo

que era obligado, quiero decir, había voces a favor, voces en contra, pero era obligado hacer ese esfuerzo, sobre todo después de que se hubiera pedido un esfuerzo a los profesionales para intentar afrontar el Plan de Reequilibrio que se había puesto en marcha.

Esta unificación de las estructuras directivas tuvo que ser, como digo, una medida que permitía ajustar los esfuerzos también en el nivel directivo, pero que también, señoría, posibilitaba que este modelo que estamos teniendo horizontal, de organización sanitaria, de mayor protagonismo de los profesionales, «adelgace» —y digo esta palabra porque no es casual que la utilicemos— la estructura directiva de la organización sanitaria para posibilitar una mayor vinculación de recursos en los entornos profesionales. Insisto en que estas son medidas que pueden ser discutibles. Hay sistemas sanitarios que entienden que a mayor número de directivos hay una mayor eficiencia del sistema. Nosotros hemos optado por adelgazar la estructura directiva y producir una mayor descentralización —que esta es la palabra clave— en los profesionales que actualmente ocupan posiciones de cargos intermedios en el entorno de nuestra organización.

Esta no es una idea, ni siquiera original, de Andalucía, yo les quiero decir a sus señorías que esta es una tendencia internacional, que se produce en un cambio de paradigma que se está ofreciendo en los principales centros sanitarios del mundo, en donde la mayoría de las instituciones sanitarias... ocurre en Estados Unidos, en Dinamarca, en todos, digamos, aquellos países que son más excelentes en el desarrollo de sus resultados asistenciales, están produciendo —también en el Reino Unido— procesos de integración de hospitales de alta complejidad, en lo que llaman *trust*, en la literalidad del inglés, que agregan funcionalmente, es decir, bajo un mismo paraguas, hospitales que con frecuencia eran monográficos especializados, o pequeños centros que estaban distribuidos en un mismo marco territorial. Algún ejemplo concreto —no me voy a extender— en ciudades como Liverpool, en otros hospitales como Suecia, en donde el proceso ha sido similar, en Estocolmo: los hospitales Karolinska y universitario.

En definitiva, señoría, un proceso de agrupación del conocimiento de grandes centros de referencia, que permite ser más competitivo a nivel internacional, asociado al mayor número de casos que atienden y al mayor volumen de inversión tecnológica que ofrecen por el hecho de sumar los recursos que tienen a su disposición. Todo esto está perfectamente descrito, y sus señorías pueden tener referencia de ello y, si quieren, pueden utilizar esa referencia bibliográfica de la que puedo dar más detalle.

También, por ponerle algún ejemplo de esta dimensión un poco más en la Comunidad Autónoma de Andalucía, decirles, señorías, que ustedes han visto que en los últimos años hemos asistido a la unificación de áreas del conocimiento que tradicionalmente se consideraban asociadas a las especialidades tradicionales por las que los médicos adquieren su titulación o, dicho de otra manera, antiguamente, tradicionalmente, los servicios de los ámbitos hospitalarios tenían una descripción en función de servicios de digestivo, porque existía la especialidad, servicios de medicina interna, porque existía la especialidad, servicio de cardiología... Es decir, la arquitectura de la red se hacía en torno a la titulación del profesional médico, y ahora la arquitectura de la red se hace poniendo al ciudadano en el centro del sistema y vinculando a las necesidades del ciudadano todas las especialidades y todas las áreas del conocimiento que, de alguna manera, intervienen en ese proceso de atención para que no sea el ciudadano el que pivote por los servicios, sino que sean los servicios los que pivoten en el entorno del ciudadano.

Por tanto, señoría, este movimiento que se produce de integración lo que permite es una prestación integrada de estos servicios, incrementar las carteras de servicio de centros más pequeños, mejorando su especialización, conseguir un mejor desarrollo profesional e, independientemente de eso, que cada uno pueda desarrollar el máximo de su aspiración en esa plenitud. Todo eso, señoría, si garantizamos que el ciudadano no tenga que desplazarse de una manera importante y significativa para recibir los mismos servicios, es decir, respetando el principio de accesibilidad.

No voy a insistir en cuánto ha supuesto esta disminución. Pero también, señorías, esas unidades intercentros nos están permitiendo y nos van a permitir que unidades que se encuentran en espacios físicos distintos puedan también, independientemente de que las personas permanezcan allí, los recursos permanezcan allí y no se produzca permeabilización, disminuir la estructura de mandos intermedios.

Su señoría algunas veces ha trasladado que el Servicio Andaluz de Salud tenía cuatro mil directivos. Recuerda su señoría que yo siempre he dicho que esa cifra no era real, y no lo es; es decir, el sistema sanitario público no tiene cuatro mil directivos, pero sí tiene dos mil, que no cuatro mil, mandos intermedios, que son supervisores, jefes de bloque, jefes de servicio de los que se llamaban tradicionalmente o directores de unidad de gestión clínica repartidos por toda la geografía. Y pienso, señoría, que se puede hacer una eficiencia, un menor número de personas vinculado a esas tareas. Es decir, que igual que hemos reducido el número de directores gerentes, directores económicos y subdirectores, es lógico que se produzca una reducción también de esos mandos intermedios que algunas veces su señoría ha cuantificado en cuatro mil personas, que, aunque son dos mil, es una cifra claramente que se puede beneficiar de una mejor eficiencia. Y por tanto, señorías, creo que es bueno y conveniente también que en esas unidades intercentros se reduzca el número de directivos de esas unidades que estaban desarrollando su trabajo vinculado cada uno a un espacio físico distinto.

Este es el contexto general en el que se desarrolla este proceso, en el que voy a intentar ya brevemente, presidente, en un contexto asimétrico, por la propia definición del proceso, en el que se ha huido de establecer normas, directrices o instrucciones que se dictaran desde arriba, porque el proceso es un proceso de abajo arriba, y esto no siempre es cómodo ni para el trabajo político ni para el trabajo sindical, porque es dinámico, y eso obliga a una readaptación continua, pues que en este proceso no tenga nada que ver la situación de Granada, de la situación de Sevilla o de la situación de Huelva. Por eso voy a detenerme en cada una de estas provincias de una manera somera, aunque en la réplica pueda hacer mayor hincapié, para trasladarles a sus señorías que, incluso en ese proceso de integración, cuando hablamos de Huelva hablamos de una dinámica que lleva emprendida mucho tiempo en relación con Sevilla, que apenas acaba de comenzar.

En el caso de Huelva, tenemos dos hospitales que se heredaron de las antiguas estructuras, por eso insisto en que los procesos de los que partimos son importantes. Tengo que decir además, señoría, que, desgraciadamente, cuando se produjo la integración de los hospitales clínicos, que eran clínicos porque entonces solo la docencia se ofrecía en esos entornos, por eso se llaman clínicos, ya los hospitales clínicos son todos, como recordé el otro día en el Pleno, porque todos son docentes; lo que pasa es que han conservado el nombre.

Pero cuando se produjo la integración de los hospitales que venían del Insalud con los hospitales que venían de las universidades, que eran propiedad de las universidades, se produjo la paradoja de que en las

grandes de provincia, en algunas grandes capitales de provincia se instaló más de una estructura; incluso en algunas ocasiones tres o cuatro estructuras. Es el caso de Huelva, donde existe el hospital Juan Ramón Jiménez, el hospital Infanta Elena y el antiguo hospital de la Diputación. En ese caso, desde el año 2006, desde 2006 llevamos trabajando un proceso de integración en donde actualmente, por ejemplo, ya hay 12 unidades de gestión clínica intercentros, Juan Ramón Jiménez e Infanta Elena, que son tocoginecología, medicina preventiva, microbiología, otorrino, pediatría, salud mental, rehabilitación, neurología, traumatología, infeccioso, bloque quirúrgico...

Es decir, llevamos ya casi una década trabajando los procesos intercentros que se han desarrollado fuera del contexto de la crisis; por tanto, no desde esa perspectiva, y en donde si uno de los temores que pueden tener estas dinámicas es el del cierre de los centros, tengo que decir que Huelva ha ganado, y es paradigmático, cartera de servicios en relación con maxilofacial, que no tenía, que por la agregación se ha incorporado, se ha ganado reproducción asistida, rehabilitación cardiaca, braquiterapia en oncología, o se ha puesto en marcha una UCI pediátrica en el hospital Juan Ramón Jiménez. Es decir, ha permitido el proceso de agregación que servicios que no estaban en funcionamiento se pongan en marcha en el contexto de estas unidades intercentros.

En el caso de Granada, señoría, que tiene una especial singularidad, el proceso está siendo condicionado por la necesidad de la apertura del nuevo hospital del Campus de la Salud. Es obvio que, cuando se está produciendo un proceso de debate profesional sobre la posibilidad de sumar y, por tanto, de trabajar coordinada y conjuntamente hospitales que están ubicados en la misma ciudad, que están a escasos metros de diferencia, es lógico pensar que, en el debate profesional, el aprovechamiento de las instalaciones nuevas que se pone a disposición de la ciudad de Granada esté en un debate profesional en donde son esas personas las que están discutiendo cuáles son los servicios y las unidades que se vinculan, que se instalan de manera tecnológica más prioritaria en el campus o de manera tecnológica más prioritaria en el hospital Virgen de las Nieves.

Por tanto, cuando me preguntan cómo va a ser la distribución de las unidades en Granada, no le puedo responder, porque va a depender de lo que los profesionales en ese debate puedan desarrollar. Lo que sí le puedo asegurar es que ningún hospital va a tener ni menor accesibilidad sobre su población, porque eso tiene que quedar garantizado, y se va a producir un aprovechamiento, porque la compra del equipamiento del hospital Campus de la Salud tiene que permitir ganar en aquellas prestaciones que Granada pudiera tener un decalaje o simplemente un ámbito claro de mejora.

Málaga —voy terminando, presidente—, Málaga, Sevilla y Cádiz son tres provincias en donde este proceso de convergencia no ha funcionado a ese ritmo que he dicho en la declaración anterior, y que tiene propia dinámica y propio funcionamiento de interrelación profesional. En estas tres provincias, desde el año 2010 funcionan más de cincuenta unidades de gestión intercentros. Incluso tenemos unidades interniveles hospitalaria-atención primaria, sobre todo en fisioterapia, que están compartidos estos servicios entre dos unidades de pediatría, que también es una unidad que se distribuye en los dos servicios.

Y, por tanto, señorías, se está produciendo en estas tres ciudades un proceso de debate y de discusión sobre agregación eficiente que concluirá a lo largo de los años que tenga que concluir, porque este proceso

no tiene fecha de finalización, y ese es un elemento que yo quiero trasladar con absoluta claridad. No es un proceso que se vaya a hacer de arriba abajo. Si la consejería hubiera hecho un proceso en esa arquitectura o hubiera establecido una ley, una norma, un decreto que permitiera esa arquitectura, vamos a impregnarnos del debate profesional y vamos a dejar que sea la dinámica profesional la que articule democráticamente la estructura de nuestros centros.

Pero sí me gustaría dejarle claro, señoría, porque creo que ese puede ser el objeto del temor que se pueda instalar fuera, que en ningún caso estos procesos de agregación van a suponer un recorte en la plantilla de los centros sanitarios, de las unidades intercentros, de los niveles que actualmente están sujetos en esa dinámica y que lo seguirán estando, porque el sistema sanitario está vivo y, como está vivo, está en permanente debate; que en ningún caso va a conllevar una disminución de los trabajadores que están desarrollando su tarea en los entornos asistenciales; que en ningún caso se va a producir una movilidad forzosa de trabajadores; es decir, que la enfermera de la quinta izquierda del hospital Macarena que quiera seguir trabajando en la quinta izquierda del hospital Macarena, que no considere que la agregación eficiente le beneficia su trabajo, nadie la va a trasladar al hospital Virgen del Rocío, aunque esté a escasos metros de diferencia; que sobre todo es una movilidad voluntaria de profesionales médicos, porque son los que están más asociados a las tecnologías, aunque también hay enfermería asociadas a la tecnología; por tanto, voluntaria, que no afecta a las condiciones laborales de los trabajadores y, por tanto, no requiere de ningún acuerdo sectorial de mesa ni nada similar, porque no se va a cambiar nada de vinculación ni de condiciones laborales de los trabajadores. Y en tercer lugar, señoría, que en ningún caso va a suponer recortes de las prestaciones que se ofrecen a los ciudadanos, todo lo contrario, de lo que se trata y lo que se pretende es que los procesos de agregación eficientes permitan incluso que se nos acrediten unidades de referencia que por el volumen disperso que tienen actualmente el Ministerio de Sanidad no nos da el sello de cualificación para hacer trasplantes o para hacer un tipo de cirugía que normalmente está vinculado a un número muy importante de casos y a un número muy importante de profesionales.

Por tanto, eliminar cualquier tipo de temor y además, señoría, aclarar que el ritmo que se va a trasladar va a ser el que acompañe el propio debate profesional. Dicho de otra manera, no se va a desarrollar un ritmo ni superior ni inferior, el que el debate profesional se pueda plantear. Aunque entiendo que cuando el sistema sanitario se mueve... Lo dije también en la reorganización directiva. Cuando el sistema sanitario se mueve obliga a readaptarse a todos los entornos que están trabajando al amparo del sistema sanitario. Y en esto me refiero también, y así se lo he trasladado, a las propias organizaciones sindicales, en donde su distribución tradicional, en el entorno de los centros sanitarios, con este movimiento obliga a que tengan que hacer una readaptación de su propia estructura de conformación, conforme se mueve el sector sanitario. Pero parece lógico pensar, señoría, que nos tendremos que mover todos en función de las necesidades de los pacientes y no el que las estructuras sean las que marquen las propias necesidades que de ahí se puedan expresar. Pero que eso también explica por qué a veces con temor, desde la visión de las organizaciones sindicales, se puede tener una cierta incertidumbre de cómo acompañar este proceso cuando sus estructuras algunas veces, no siempre, no tienen exactamente esa misma configuración para poder hacer ese acompañamiento.

El señor SÁNCHEZ TERUEL, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muy bien, gracias, consejera.

Después de esta extensa y detallada intervención tiene la palabra la portavoz del Grupo Popular, la señora Corredera Quintana.

La señora CORREDERA QUINTANA

—Gracias, señor presidente.

La verdad es que yo agradezco la extensa y detallada intervención de la consejera, porque creo que, como bien ha dicho ella al principio, esta comparecencia era oportuna.

Yo creo que cuando los debates se producen en los medios de comunicación, pero no hay información oficial, lo que se genera es incertidumbre. Nosotros hemos pedido esta comparecencia ante el desconocimiento de lo que realmente está sucediendo o estaba sucediendo, porque tenemos información por un lado, tenemos información por otro lado, leemos unas cosas, pero creo que realmente, cuando se está acometiendo un proceso de reestructuración como el que está cometiendo la consejería, lo importante son los compromisos, o por decirlo de alguna forma, la hoja de ruta que tiene diseñada el Gobierno andaluz.

Yo creo de verdad que la rumorología nunca es buena. Y esta se produce cuando hay movimientos pero nadie de la Administración sale dando explicaciones. Entonces creo que era importante que usted hoy aquí saliera dando estas explicaciones.

Usted reconocía además que no había orden ni decreto que lo regulase, o sea, que «sirviera —ha dicho textualmente— de paraguas para los cambios organizativos». Y lo ha justificado en una forma de..., no sé si la definición es esta, pero bueno, de no entrar en batallas o en discusión con los profesionales o con aquellos profesionales que pudieran estar de acuerdo con algunos matices y con otros no. Lo he entendido yo así. Pero es verdad que eso da lugar a la especulación y da lugar a la incertidumbre en todos aquellos que puedan verse afectados de una u otra forma por esta reordenación.

Usted me hablaba que proviene esta iniciativa..., o que proviene —mejor dicho— de la iniciativa profesional. Pero lo cierto es que son muchos los profesionales, y más que los profesionales a título particular, los representantes de esos profesionales, y en este caso hablo de los representantes sindicales, que se están quejando de que no se les consulta, de que no se les informa o de que no se tiene en cuenta su opinión. Y yo se lo traslado porque sé que al igual que se han reunido con mi grupo, lo han hecho con el portavoz de Izquierda Unida y lo han hecho también con el portavoz de su grupo. No sé si con el propio señor Ruiz o con otro representante, pero sé que se lo han trasladado y nos lo han trasladado a todas las fuerzas políticas. Y me reconocerá, y por eso lo traíamos, que la tónica general era ese desconocimiento.

Las primeras declaraciones oficiales, por decirlo de alguna forma, aparte de aquella rueda de prensa que usted dio en la que hablaba de la reducción de directivos y demás, a la que ahora haré referencia, pues prácticamente las hemos tenido este fin de semana en un medio de comunicación, con una medio entrevista al gerente del SAS, donde contaba un poco —de forma mucho más reducida de lo que hoy usted aquí ha trasladado— las actuaciones que se estaban llevando a cabo.

Yo creo que de verdad las alarmas saltan cuando profesionales o sindicatos del sector manifiestan sus temores, sus temores por su futuro, principalmente, por el futuro de los trabajadores o por el futuro de la asistencia. Y eso se produce, y yo lo tengo que decir así, porque ha habido una falta de transparencia en el proceso. Que no lo entiendo, porque a mí me parece que usted había dado explicaciones, además muy concretas, de las que yo he tomado nota, que me parecen que eran necesarias para la tranquilidad del personal. Pero los preliminares y las negociaciones han sido un poquito opacas. Voy a dejarlo ahí.

La Junta Facultativa, la sensación que me da, por lo que ellos me trasladan, es que están haciendo un poco el papel de meros espectadores en todo este proceso de reestructuración. Me gustaría saber si no es así, pero es lo que ellos me trasladan, testigos de las medidas que se están poniendo en marcha.

Yo hoy tenía aquí una serie de preguntas, y tengo que reconocer que a muchas de ellas ya me ha respondido. Entre otras, yo le preguntaba cuál era el objetivo de esta reestructuración o cuál era esa hoja de ruta. Usted me ha dicho que es dinámica, que no tiene una fecha concreta de finalización, sino que se va a ir haciendo en el tiempo en función de las infraestructuras que se vayan contando y a los planteamientos que hagan los propios profesionales de lo que debe ser mayor eficacia o eficiencia, por decirlo de alguna forma, en el funcionamiento. Y yo creo que podemos decir tras su intervención, y es en lo que más tranquila me quedo, que era una serie y una batería de preguntas que yo quería hacerle, de que no va a afectar a los trabajadores su reestructuración. Lo ha dicho usted textualmente: «De ninguna de las maneras». Se lo digo porque es cierto también que el gerente del SAS, en esa entrevista, lo decía igual: «No se perderán puestos de trabajo, no afectara». Pero lo cierto es que todos los procesos de convergencia no solo pueden conllevar, lógicamente, pérdida de puestos de trabajo, sino que a veces la conllevan, y que los sindicatos advierten de reducciones de jornada laboral de hasta el 50% a los trabajadores, especialmente a los eventuales.

Y usted hablaba de que la movilidad será voluntaria, es decir, no habrá traslados obligatorios, no habrá reubicación obligatoria, no habrá reducción de plantillas, no habrá recortes de plantilla. Y me parece una afirmación importante para esos trabajadores que se pueden ver afectados. Lo que sí me preocupa es que, claro, aquí hablamos de movilidad voluntaria, pero usted sabe perfectamente que ahora mismo hay un número importante de profesionales a los que se les renuevan mes a mes los contratos, y me parece que su voluntariedad queda un poco condicionada por esa renovación mes a mes de esos contratos. No es lo mismo el que tiene su plaza en propiedad, fija, que puede decir «no me muevo porque quiero seguir aquí», que aquel que depende de que a final de mes le vuelvan a renovar. Y yo mucho me temo que pueda conllevar, de verdad, la reubicación de determinado personal sanitario no facultativo, o que pueda suponer traslados para personal facultativo, vuelvo a decir, en esa condición de eventualidad que tienen en estos momentos.

Yo creo que eran muchas las dudas, y vuelvo a decirle que muchas de ellas han quedado aclaradas. Pero sí me gustaría preguntarle alguna cosa más.

Con la convergencia de hospitales pueden producirse fricciones entre los equipos, porque usted sabe mejor que yo que no siempre los protocolos de actuación son los mismos, es más, suelen ser diferentes. Sabe que en el terreno asistencial los profesionales siguen generalmente unos procedimientos normalizados de trabajo que no siempre son idénticos. Y lógicamente me gustaría saber cómo puede afectar esa reunificación o esa unificación, o como queramos llamarla, o fusión o convergencia voluntaria, yo no voy a entrar ya en cómo lo definamos, pero sí cómo puede afectar. Porque evidentemente estamos hablando de equipos que yo

entiendo que van a tener que terminar trabajando juntos, por la forma en que me lo ha explicado, o a lo mejor yo lo he entendido mal, y creo que eso puede tener unas consecuencias. Lo que sí me gustaría saber... Como quiero saber si esto va a tener consecuencias para los pacientes, aunque usted ha dejado claro que va a intentar que no haya distancias excesivas en los posibles traslados. Me consta que hubo una reunión el lunes del gerente, del nuevo gerente de Macarena, Virgen del Rocío, con diversas asociaciones de pacientes, que le trasladaron su preocupación de cómo va a afectarles a ellos esa unificación de servicios. Y, bueno, si me gustaría que me aclarara porque realmente sí creo que ahí puede que de alguna manera les afecte evidentemente..., no sé si la palabra es centralizar o unificar determinadas prestaciones o determinados servicios, en un sitio concreto, puede afectarles.

En principio, se planteó, como usted lo ha dicho, como una reducción administrativa importante... Por cierto, yo, cuando hablo, hablo de 4.000 cargos de libre designación. No digo que todos sean directivos, no todos son directivos evidentemente, 4.000 cargos de libre designación. De todas formas, cuando usted me ha hablado de 2.000, yo le pregunto —de cargos intermedios me refiero— si solo se refiere a los del SAS o están incluidos también los de las empresas públicas. Es simplemente por saber yo en qué términos nos estamos moviendo. Pero bueno, usted hablaba de que iba a suponer un ahorro en cargos directivos. Pero lo que nos trasladan a nosotros es que se reduce un gerente, pero se ponen dos cargos intermedios, entonces al final las cuentas no sé si cuadran; o me trasladan que hay nuevos cargos que se llaman o que se van a definir como referentes, que es una nueva figura que no sé qué papel va tener o en ese organigrama qué función va a jugar, ¿no?

Dice que no va a afectar a la asistencia sanitaria, y vuelvo a lo de los pacientes; es más, su delegado..., vamos, el delegado de sanidad y bienestar social..., de sanidad, en la provincia de Málaga decía que la fusión iba a mejorar esa asistencia sanitaria. A mí me gustaría saber en qué..., porque, si en principio se plantea como una cuestión organizativa, pero al final estamos hablando de una cuestión de asistencia sanitaria, lo entiendo en el enfoque final que usted ha dado de que se centralice..., es que..., no sé, de verdad que no sé cómo llamarlo, si centralizarlo o unificarlo, pero, bueno, la extensión y el servicio, ¿no? Pero no solo..., no solo eso, yo comprendo que usted decía que a veces los titulares de periódicos hacen que se planteen polémicas, pero es verdad que hoy, como es lógico, una lee los medios de comunicación todas las mañanas, pues se planteaba algo que parecía que era consecuencia, en función a lo que denunciaban, de estas fusiones que se están llevando a cabo, ¿no?, cómo hay determinados servicios, como..., si no recuerdo mal, de neurocirugía, de lo que se hablaba esta mañana, que están colapsados y que se están disparando las listas de espera. Me gustaría saber si su opinión es que es una consecuencia de la fusión o del proceso de convergencia que se está llevando o son otras las razones por las cuales se están produciendo ese colapso en los servicios, ¿no?

Y luego me gustaría saber..., pero esto ya como anécdota y por curiosidad, pero es que..., claro, leemos en los medios de comunicación, aunque a usted comprendo que no deban ser los que le guíen..., pero leímos que se ponía una lanzadera para trasladar a los directivos de un centro hospitalario a otro. A mí me gustaría saber ese tipo de transporte cómo se habilita, por qué se habilita o es que sí tenemos un gerente, pero lo tenemos al pobre todo el día de un hospital a otro. No sé cómo se centraliza, no sé cómo se hace, pero sí me gustaría que nos lo aclarara.

Yo sé que usted ha dicho que es todo voluntario, pero lo cierto es que a nosotros nos trasladan que hay médicos que están cambiando de centro de trabajo, que hay personal no facultativo adscritos a servicio... a los que se les ha planteado ese traslado —vuelvo a decir, usted me dice que es voluntario y yo lo creo—, pero que no saben dónde van a estar ubicados en el futuro o que tienen ciertas dudas, ¿no? Y vuelvo a decir, pacientes que estaban siendo tratados en un centro y que ahora son remitidos a otro, y que con las aclaraciones de hoy me parece oportuno, pero hasta ahora era como un proceso un poquito caótico y casi, valga la expresión, tampoco quiero llegar más allá, pero como un poquito con nocturnidad y alevosía, o cambios de tapadillo de los que nadie respondía. Yo creo que es mucho más oportuno lo que usted ha hecho hoy aquí: aclarar cuáles son sus compromisos, aclarar cuáles son sus líneas de trabajo, aclarar cuáles son sus objetivos para —vuelvo a decir— dar esa tranquilidad a profesionales y a usuarios.

Y sí me gustaría que me concretara: ¿van a dejar de prestar, entonces, determinados hospitales servicios que han venido prestando hasta ahora? ¿O no? Quiero decir, ¿la fusión, eso de centralizar o unificar, va a suponer que algunos puedan ser perjudicados? Usted sabe que los sindicatos han trasladado su temor de que los hospitales más pequeños pierdan prestaciones y con ellas su identidad, ¿no? Yo le pregunto si eso se va a producir o no, o si se va a seguir prestando en los dos, aunque la dirección de lo que es el servicio se haga desde un único centro, ¿no? ¿Qué va a pasar con el personal —si se produce, quiero decir, si se produce que alguno de ellos deje de prestar el servicio— adscrito a ese servicio? Porque, claro, usted dice que no va a ser trasladado a no ser que sea voluntario, pero si los centralizamos en uno de los hospitales, me pregunto qué va a pasar con el personal que estaba adscrito en el otro. Es por tenerlo todo claro, ¿no?

Y, por último, sí me gustaría..., creo que, igual que ha hecho usted aquí hoy, tienen que tener un proceso bastante más abierto con los trabajadores y con sus representantes. A mí me parece lamentable que la reunión que tenían ayer el gerente en Sevilla —me consta que también se está reclamando, sobre todo, en Granada y en Málaga, es lo que a mí me ha llegado, no sé si en Cádiz y en Huelva también, pero en Granada y Málaga—, para que les expliquen estos procesos de reestructuración, me parece lamentable que ayer se anulara la reunión que tenían prevista. He oído por parte del gerente decir que simplemente se traslada de día, por parte de los sindicatos decir que a ellos nadie les ha dado otra fecha a la que poder concretar esa reunión. No voy a entrar yo, entre ellos que se aclaren, pero sí creo que es importante que haya ese tipo de reuniones y que a los profesionales se les explique, igual que usted ha explicado aquí hoy, hacia dónde vamos. De hecho, usted hablaba cómo en octubre se produce, pero hasta el Martes Santo no fueron los nombramientos en *BOJA* de los gerentes, subgerentes y demás.

En fin, en definitiva, señora consejera, y no me alargo más, lo que nosotros queremos es saber, es información, porque vuelvo a decirle que tanto a usted como a los profesionales la rumorología no les trae nada bueno, lo que trae es malestar e intranquilidad, incertidumbre y ansiedad. La fusión o la convergencia será buena o no al final, será positiva o no, eso lo veremos cuando se desarrolle, pero está claro que para poder opinar hay que conocer y hay que saber cuáles son las consecuencias.

El señor SÁNCHEZ TERUEL, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señora Corredera Quintana.

Tiene la palabra de nuevo la señora consejera.

La señora MONTERO CUADRADO, CONSEJERA DE SALUD Y BIENESTAR SOCIAL

—Sí. Gracias, presidente.

Yo puedo compartir muchas de las reflexiones que ha hecho usted, señoría, lo que pasa es que aquí hay veces que hay que elegir entre que realmente se pueda producir un debate y dejar que el debate transcurra en los ritmos y con los actores que están actualmente siendo..., teniendo una responsabilidad tan elevada como proponer medidas de autoorganización o cortar el debate.

Yo le tengo que decir que, cuando aparecen esos titulares en los medios de comunicación, porque tengo la idea muy clara de que prefiero incentivar el protagonismo profesional y la democracia, sino lo cortarían..., lo cortarían de raíz, ¿verdad?, porque, cuando uno tiene que estar respondiendo a un titular de prensa sobre si se va a instalar en el hospital tal, tal, si se va a poner..., mire usted, sin poder afirmarlo ni desmentirlo, porque son propuestas que no han llegado a la consejería, que, por tanto, no han podido ser estudiadas, debatidas en toda su amplitud, pasadas por este filtro..., claro, para mí sería lo más fácil decir que nadie discuta, y yo hacer un diseño de despacho y decir pues aquí tal, aquí cual, aquí tal, porque a mí me parece que así sea lo mejor.

Sinceramente pienso que tengo que pasar la factura de que a veces se produzcan filtraciones a los medios de comunicación en un contexto de no certidumbre de que esas medidas se vayan a adoptar y tener que responder... Es que no se me ocurre... Si sus señorías tienen otra manera de hacer esto, pues me lo indican, pero no se me ocurre otra manera. Es decir, que conforme el debate se va produciendo, tenemos que ir acompañándolo, y acompañar significa respetarlo y acompañar significa no cortar las propuestas, porque, si no, qué debate es este si nosotros llevamos ya... digamos que la arquitectura para que alguien la sancione, ¿no? El proceso es tan dinámico como que el Valme discute a propósito de la utilidad del hospital de El Tomillar y yo no lo comparto, y digo: pues, mire usted, no lo comparto. Pero yo creo que entre todos tenemos que hacer un ejercicio de responsabilidad, por los tiempos que corren además, incluidos los grupos políticos, incluidos los gobiernos, incluidos los sindicatos, señoría, a los que defendiendo a muerte, pero que no me duele en prenda de decir que, cuando se produce un debate profesional y ellos no son los que en primera persona están, no se identifican con el debate profesional, y lo digo defendiendo el papel de los sindicatos, como siempre lo he defendido, a muerte, creo que hay que ser..., hay que tener una posición equilibrada en esta materia, porque si realmente esto parte, y esa es la fortaleza de la gestión clínica, que sean los profesionales los que le digan a la Administración cómo se reordenan, cómo se reagrupan, para permitir conseguir los objetivos con la mejor eficiencia y con los mejores resultados de calidad.

Y en los grupos no todo el mundo coincide, y hay veces que hay personas que se sienten amenazadas por alguna cuestión, porque... por lo que sea, no entro en singularidades, y pasan y filtran información que intoxica el debate. Yo lo que procuro es no entrar al trapo, señoría, y aclarar aquellos aspectos en los que entiendo que el debate puede, de alguna manera, generar miedo. Pero, a partir de ahí, doy un paso atrás.

Entonces, si eso se interpreta como opacidad, falta de transparencia, que no decimos la verdad... Aquí nos afectan las condiciones laborales de los trabajadores. Por tanto, no ha habido nada que negociar en la mesa sectorial, porque no se afectan las condiciones laborales de los trabajadores. ¿Esto significa que los sindicatos no tengan información? No, los sindicatos tienen... Es que le digo más, señoría, es que los sindicatos tienen información, esta información, lo que pasa es que ellos argumentan que, si hay un escenario fi-

nal que quieren conocer... Pero si no sé cuál es la fotografía que va a tener la distribución de los hospitales de Granada, si no lo sé, si he dejado que sea el propio impulso profesional el que lo defina.

Entonces, comprendo que tengan que estar alerta, yo eso lo entiendo, es su función, es su tarea, tienen que ser bastante rigurosos en que los pasos que se vayan dando no perjudiquen a los trabajadores, pero no se puede quitar la iniciativa de que la gente debata. Y, evidentemente, decir que no se ha contado con los profesionales, porque no son los sindicatos los que están en los grupos de trabajo debatiendo, pues no lo comparto, señoría, lo digo sinceramente. Creo que los sindicatos tienen su papel, tienen su trabajo y tienen su entorno, que las aportaciones que puedan hacer me parecen convenientes, pero, cuando se trata de decidir qué tipo de técnicas, es mejor tenerla en una agrupación tecnológica. No tenerla en una agrupación tecnológica, usted me va a perdonar, pero yo prefiero debatir ese tipo de cuestiones con los actores del día a día del sistema sanitario, los profesionales de la neurocirugía, de la oncología, de la pediatría, de la cardiología, que son los que conocen las técnicas, los que conocen la destreza y los que tienen esa capacidad, y luego someteremos al debate de las propuestas a todo el mundo que quiera participar, pero previamente hay que dejarles hablar.

Lo que pasa, señoría, es que yo comprendo que las organizaciones sindicales tienen una estructura configurada en un entorno tradicional del sistema, a ver cómo le digo yo a usted esto, cómo se lo explico yo, ¿cómo acompaña una organización sindical que tiene una sección sindical en Macarena, vamos a poner el caso, con una sección sindical en Virgen del Rocío, una unidad intercentros? Porque ese mismo debate es el debate que tiene la propia organización sanitaria, cómo en términos directivos se acompaña una unidad intercentros. Nosotros damos una respuesta y decimos: gerencia única, y damos una respuesta. Pero yo entiendo que los sindicatos tienen una distribución que todavía les dificulta ese acompañamiento. Por tanto, soy comprensiva, lo cual no justifica que digan, o trasladen temores infundados, pero soy comprensiva, puedo entender que tienen que tener también su tiempo, su ritmo de adaptación a la propia configuración del sistema sanitario.

No obstante, señoría, accesibilidad, resultados de calidad. Estos son los dos elementos que definen una planificación sanitaria. La única agregación eficiente real que se está produciendo de hospitales está en las capitales de provincia, que la accesibilidad es la capital, o sea, estamos hablando de que en Málaga, el Carlos Haya —y usted lo conoce bien— tiene edificios heredados, cada uno en un sitio, de la misma unidad hospitalaria, de los mismos servicios, y han funcionado con edificios distintos durante mucho tiempo, y siguen funcionando, porque no vamos a tirar un pabellón para poner otro al lado. Y de hecho el proyecto de megahospital persigue justamente no tener una distribución como tiene el Carlos Haya, que es paradigmático en el multipabellón, ¿no?, en la estructura multipabellón, heredada de muchos componentes.

Por tanto, tampoco es algo ajeno al sistema sanitario el que un profesional se mueva, sobre todo los médicos; normalmente el personal de enfermería ha tenido su vinculación en un entorno, pero los médicos se mueven en el entorno sanitario y no les resulta raro, se mueven en la capital de provincia.

Le digo esto, señora Corredera, porque cuando hablamos de accesibilidad Macarena-Rocío es que estamos hablando de accesibilidad Macarena-Rocío, es que no estamos hablando del hospital de Osuna-Rocío, que sería un debate distinto, porque evidentemente agregar servicios del hospital de Osuna y del Rocío obligaría a desplazarse a la gente 80 kilómetros. Es que estamos hablando de un periodo, de un proceso de accesibilidad de dos centros que están separados en metros; cuando hablamos de Granada, cuando hablamos

de Huelva, si Huelva es que hay una carretera que separa, que tiene escasos metros. Es decir, la accesibilidad no puede quedar comprometida en las capitales de provincia.

Por tanto, el debate es otro, el debate es: ¿qué técnicas, qué elementos se benefician de una mayor especialización o de una mayor destreza? Un elemento que nos impide, por ejemplo, señoría, que se nos acrediten unidades de referencia en el ministerio, y eso lo saben los profesionales.

Entonces, si usted me pregunta: ¿qué técnica son las que en exclusiva, porque la cartera de servicio general se ofrece en todos los centros, en exclusiva la cirugía de base de cráneo se va a desarrollar en el hospital Macarena o en el hospital Virgen del Rocío? Es que mi respuesta, señora Corredera, es que no lo sé, es que lo no sé, es que no sé dónde los profesionales entienden que se va a producir una mayor garantía de resultados en cirugía de base de cráneo, y dónde considera que se puede dar de una mejor manera, es que no lo sé. Habrá veces que la respuesta sea en un entorno y la respuesta sea en otro entorno. Entonces no es falta de transparencia, es que no le puedo contestar a esa pregunta porque la he delegado en los profesionales, les he dicho a ellos: díganlo ustedes. Si es bueno que la cirugía de cráneo esté en un número y en una destreza profesional que garantice los resultados —porque aquí hablamos mucho de accesibilidad, yo quiero empezar a hablar de resultados—..., qué hacen los sistemas que tienen que tener una vocación de calidad..., si podemos empezar a hablar de resultados, donde digan los profesionales. Yo no voy a tener ningún interés en un sitio ni en otro.

Ahora, usted ha planteado un tema que yo creo que hay que desarrollar con mucha habilidad. Es verdad que los entornos de los que estamos hablando proceden de culturas —los clínicos, hospitales del Insalud, los que son médicos de la zona saben perfectamente de lo que hablo— que tenemos que ser capaces de conciliar, porque me decía su señoría: «Se pretende que los profesionales de un equipo asistencial trabajen bajo las mismas premisas, los mismos protocolos de todo el sistema», o sea, un problema que tienen los sistemas sanitarios es la alta variabilidad en el manejo de los pacientes, la variabilidad y su reducción es un objetivo de calidad general. Sí, una persona no puede tener acceso a mejores resultados porque le toque un oftalmólogo de unas características o de otra. No. A ser posible tenemos que reducir la variabilidad en base a la evidencia, y esto obliga a que, independientemente de agregaciones eficientes, cuando hay que operar una catarata sea cuando la agudeza visual se marque según el protocolo de los expertos, ni antes ni después. Esto lo hacemos en el conjunto del Sistema Nacional de Salud, no solo en Andalucía, y no solo en Sevilla. Por tanto, todos tienen que caminar en una cultura de disminución de variabilidad. Lo que pasa, señoría, es que desgraciada o fortuitamente nos encontramos con culturas, a veces, de los centros que se reafirman en base a su propia procedencia, es decir, la rivalidad que a veces ha existido entre los hospitales de las provincias ha dificultado la coordinación y la integración. Y la rivalidad no es culpa de un profesional concreto que está en ese momento desarrollando su trabajo, la rivalidad es fruto de una cultura en la que no se ha producido una efectiva integración dentro del mismo paraguas del sistema sanitario público. Y se piensa que cuando una técnica se instala en el Rocío es que el Rocío es más, o es que las autoridades de la consejería son tendentes al Rocío. Es que ese debate hay que trascenderlo, es que este debate es, si usted me apura, absolutamente limitativo, es que lo que no tiene sentido es que un nefrólogo del hospital Macarena no pueda hacer trasplantes salvo que se acredite que ese hospital tenga autorización para el trasplante. Es que lo lógico es que pudiera tener la posibilidad de desarrollar el ámbito de trasplante en el hospital Virgen del Rocío, señoría, y se pro-

duce en culturas en las que algunos profesionales entienden que la tecnología es propiedad del equipo que la tiene ubicada. Y se produce, por otra parte, una aspiración de los que no tienen la tecnología de aspirar a que se complete su cartera de servicios, aunque no haga falta, en su hospital para poder tener acceso a esa prestación. Y si la pregunta que nos planteamos es: ¿por qué no permeabilizamos el sistema para posibilitar que ambos elementos se puedan producir? Y esa es la respuesta que nos estamos dando, lo que ocurre es que los tiempos políticos no siempre acompañan, la crisis ensombrece todo, incluso esto, que venimos trabajando hace diez años, y que, por otra parte, señoría, los temores que tienen las personas se fundamentan en esto, usted lo ha dicho. Hoy aparece en un periódico, fruto de no sé qué, el fruto de la fusión cuando la unidad de neurocirugía Macarena-Virgen del Rocío lleva funcionando no sé cuántos años. Sin embargo, hoy se achaca a eso, pues porque probablemente, deliberadamente, alguien quiera achacar cualquier mal o buen funcionamiento a eso. Y los contratos eventuales del sistema sanitario no son fruto de la fusión, son del Plan de Reequilibrio, y yo lo he dicho en esta sala, y si hay una menor contratación de sustituciones no es fruto de la fusión, es fruto del Plan de Reequilibrio, lo que pasa es que, bueno, cuando uno no comparte determinados procesos intenta responsabilizarlo de todo.

No obstante, transparencia, transparencia, transparencia, la seguiremos desarrollando, los sindicatos van a tener ocasión de debatir en la mesa sectorial, creo que esta semana, y si no la que viene, todo lo que tengan en relativo a esta materia, pero no movilidad forzosa, solo voluntaria, no despido de trabajadores, no recorte de cartera de servicios, y suma, ganancia, aprovechamiento y oportunidad, eso es lo que pretendemos, y participación y democracia. Si para ello me tengo que comer cuatro titulares de prensa que no son reales, y que no los comparto, pero que vienen del impulso profesional de poner propuestas encima de la mesa, lo prefiero, señoría, a cortar el debate profesional, y esa es la cuestión.

Gracias.

El señor SÁNCHEZ TERUEL, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señora consejera.

9-12/POC-000453. Pregunta oral relativa a la deuda de la Junta de Andalucía en servicios sociales de la provincia de Córdoba

El señor SÁNCHEZ TERUEL, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Bueno, después de esta didáctica y enriquecedora explicación, por lo menos para este presidente, vamos a pasar al punto segundo del orden del día, preguntas con ruego de respuesta oral en comisión. En primer lugar, una pregunta relativa a la deuda de la Junta de Andalucía en servicios sociales de la provincia de Córdoba.

Para su formulación, tiene la palabra la portavoz del Grupo Popular, la señora Obrero Ariza.

La señora OBRERO ARIZA

—Gracias, presidente.

Señora consejera, voy a ser muy clara en el planteamiento de esta pregunta, primero por la limitación del tiempo y porque necesitamos una respuesta por su parte, sin evasivas, y concreta, que saque de la incertidumbre y de la inquietud en la que están sumidas las administraciones provinciales y locales ante la falta de respuesta y los reiterados impagos en los distintos servicios y programas sociales que se están prestando, en este caso, a los cordobeses que más lo necesitan.

Dígame, señora consejera, ¿cuándo piensa pagar el dinero que se debe del ejercicio 2012 y lo que llevamos de 2013 a la Diputación de Córdoba, al Ayuntamiento de Córdoba, a los municipios de más de 20.000 habitantes, entidades y organizaciones sociales que tienen convenios con su consejería y cómo se va a proceder al pago en este año para asegurar la continuidad de todos estos servicios?

El señor SÁNCHEZ TERUEL, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señora diputada.

Tiene la palabra la señora consejera.

La señora MONTERO CUADRADO, CONSEJERA DE SALUD Y BIENESTAR SOCIAL

—Con la misma brevedad, señoría.

A la mayor brevedad posible. Es decir, no le puedo decir exactamente qué día, si es lo que usted me pregunta de cuándo se piensa, pero sí le puedo hacer algunas consideraciones que si usted ha estado presente, no lo sé porque, como habitualmente se sienta en este lado, no tengo la visión en la comparecencia que me ha solicitado el señor Baena, el Grupo de Izquierda Unida. Yo creo que ha contextualizado el marco en el que actualmente se están produciendo los retrasos y los impagos que, efectivamente, señoría, están siendo

soportados por los ayuntamientos, en aquellos casos de municipios de más de 20.000 habitantes y por las propias diputaciones.

Y en concreto, señoría, se refiere, fundamentalmente, a los programas sociales, imagino, ¿no?, que se refiere, fundamentalmente, a lo que tiene que ver con el servicio de ayuda a domicilio, que es la parte más importante del servicio a la dependencia y, probablemente, alguna partida, en este caso muy inferior, que tiene que ver con drogodependencia. Creo que esos son dos elementos, si yo no tengo mala información, sobre toda la batería de medidas que se ponen en marcha con los ayuntamientos, incluido el Ayuntamiento de Córdoba, que actualmente está pendiente de abono.

Decirle, señoría, que atenderemos esos pagos a la mayor brevedad. No se trata de retrasos estructurales, como su señoría conoce. En concreto, la mayoría de estos pagos corresponden a los dos últimos meses del año 2012 y el primer periodo del 2013.

Sabe su señoría que la Junta de Andalucía tiene importantes extensiones de tesorería, que tenemos dificultades en la financiación y, por tanto, tenemos dificultades para hacer frente a los pagos, y, por tanto, nos preocupa de manera importante y sabemos el esfuerzo que están haciendo las administraciones. Pero, señorías, también son ustedes conscientes de que la propia Consejería de Salud y Bienestar Social para este tipo de prestaciones, fundamentalmente, ayuda a domicilio, este año dispone de una menor dotación presupuestaria que en ejercicios anteriores, fruto de la eliminación del nivel acordado, que no le voy a volver a reiterar porque lo hemos comentado anteriormente.

Por tanto, entre todos estamos haciendo un esfuerzo por compensar esa menor financiación, y nosotros vamos a abonarla, a la mayor brevedad, en cuanto las disponibilidades tesoreras nos lo permitan.

El señor SÁNCHEZ TERUEL, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Señora Obrero Ariza, tiene la palabra.

La señora OBRERO ARIZA

—Gracias, presidente.

Bueno, pues tal y como nos tiene usted acostumbrados, siempre escurre la respuesta y la demagogia política fluye cuando tiene que dar explicaciones.

Lo cierto y verdad es que lo que más hace usted es eludir las competencias que le son propias en virtud de nuestro propio Estatuto de Autonomía, y yo quiero que sepa usted, señora consejera, que los andaluces lo están pasando muy mal, que la realidad andaluza es muy distinta a lo que acontece entre los muros de este Parlamento y que, mientras que tengamos un Gobierno bipartito que le esté dando la espalda y escurra responsabilidades y no asuma las competencias que le son propias, muy mal, muy mal vamos. Porque los andaluces que escuchen sus respuestas lo que están viendo es un Gobierno ajeno, indiferente y desentendido que está dejando en el desamparo más absoluto a los más necesitados y a quienes peor lo están pasando.

Porque, mire usted, hay que dejar claro a los cordobeses que el PSOE e Izquierda Unida quieren abandonar las políticas sociales cuando les interesa políticamente y las abandonan cuando hay que pagarlas, que es lo que está ocurriendo. Porque los ayuntamientos están financiando sus incumplimientos, les están obligando a hacer graves sacrificios presupuestarios y, encima, en su discurso se vanaglorian y presumen de desarrollar políticas sociales.

Señora consejera, todas las comunidades autónomas, todas, y todas las administraciones están haciendo grandes esfuerzos para salir adelante. La mayoría con presupuestos austeros y con medidas de contención del gasto, menos la Junta de Andalucía. Pero lo que tampoco puede hacer la Junta es echar todo el peso del mantenimiento y la prestación de los servicios sociales a los ayuntamientos, a las diputaciones, a las entidades y organizaciones sociales, y encima no pagar. Porque a eso, señora consejera, se le llama dejación de funciones. No paga convenios firmados, inversiones comprometidas y acuerdos alcanzados por su consejería con estas entidades. Es tan simple como que usted cumpla con lo que recogen esos convenios, porque si en ellos se dice, en esos convenios de pago para la ayuda a domicilio se dice que se hará a principio de cada semestre, no es normal que a la Diputación de Córdoba se le comunique en enero del 2013 la cantidad destinada al segundo semestre del 2012. Su consejería ha tenido en vilo a esta institución de la que dependen 67 municipios cordobeses, que tuvo que adelantar el dinero con retenciones por parte del interventor de esta institución para asegurar la prestación económica de los 1.800 auxiliares y cuidadores en el entorno familiar de pueblos de menos de 20.000 habitantes y seguir prestando este servicio a 4.867 dependientes en Córdoba. Es tan simple, repito, como que usted cumpla con lo que recogen esos convenios.

Y mire usted, señora consejera, en mi labor de control a la acción de Gobierno está la de exigir que su consejería pague a la Diputación de Córdoba 12.100.000 euros que debe al día de hoy. Le he escuchado decir anteriormente que agradece a las diputaciones de Andalucía por ese adelanto que están haciendo de dinero. Menos mal que, por una vez, en todas las comisiones que hemos tenido le hemos escuchado dar un agradecimiento, por lo menos, a cinco de ellas que están gobernadas por el Partido Popular. Como le digo, la Diputación de Córdoba está adelantando el dinero que usted no le está transfiriendo, 10.905.000 euros corresponden a la deuda de ayuda a domicilio de los meses de enero, febrero y marzo de 2013, así como del 50% del segundo semestre del 2012 que está pendiente de ingresar. Un millón ciento noventa y cuatro mil euros del programa de servicios comunitarios, equipo de tratamiento familiar y drogodependencia de los meses de enero, febrero y marzo de 2013.

Lo cierto es que el Miércoles Santo, yo quiero creer que por intersección divina, de la divinidad, pues se realizó un ingreso, ¿eh?, pero eso es insuficiente y no soluciona el desfase y el desequilibrio presupuestario que está soportando la Diputación de Córdoba, a la que ya le debe 12 millones de euros.

El ayuntamiento está en la misma situación. Al Ayuntamiento de Córdoba, por no detenerme y en detallar uno por uno, ya le digo que la deuda total con el Ayuntamiento de Córdoba es de 4.830.000 euros. Y esto sin contar con la deuda, entidades, residencias, centros de día y organizaciones de personas con discapacidad ni la deuda del ayuntamiento a más de 20.000 habitantes, que esto daría para otra pregunta o para otra comparecencia, y que nosotros estimamos en torno a nueve millones de euros. Digo estimamos por falta, por supuesto, de información por parte de su consejería.

Y vuelvo a repetir, señora consejera, decirle que esta situación es insostenible...

El señor SÁNCHEZ TERUEL, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Señora diputada, debe ir terminando.

La señora OBRERO ARIZA

—... y que usted tiene que dar explicaciones.

Voy terminando inmediatamente, señor presidente.

Porque muchos alcaldes y muchas diputaciones están esperando su respuesta; una respuesta que sea transparente, que sea clara y que se vea de verdad el compromiso del Gobierno andaluz para con esas administraciones que, como digo, están haciéndole su trabajo.

Nada más y muchas gracias.

El señor SÁNCHEZ TERUEL, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señora diputada.

Para cerrar el debate en torno a la pregunta, tiene de nuevo la palabra la señora consejera.

La señora MONTERO CUADRADO, CONSEJERA DE SALUD Y BIENESTAR SOCIAL

—Gracias, presidente.

¿Usted ha estado antes, señora Obrero, en la comparecencia anterior de dependencia? Pues entonces no entiendo cómo usted se ha limitado a leer lo que traía escrito, yo no lo puedo entender. Esto no es forma de hacer política. O sea, ¿usted de dónde pretende que saque el Gobierno andaluz 210 millones que ha dejado de financiar —yo la he escuchado, señora Obrero—, 210 millones que vienen de menos por parte del Gobierno de España? Porque usted ha hecho ahora aquí un discurso como si resultase que las administraciones gobernadas por el Partido Popular estuvieran batiéndose el cobre por las políticas sociales.

¿Usted me dice que sí? Doscientos diez millones menos de dependencia que vienen a Andalucía, ¿eh? Ese dinero lo tiene que poner la Junta de Andalucía y se traduce en retrasos en los pagos a los ayuntamientos y a las diputaciones.

¿Cómo es la primera vez que agradezco su esfuerzo? No habrá usted escuchado ninguna comparecencia en esta comisión o estará usted poco atenta cuando yo hablo, en la que yo no esté agradeciendo todos los días a los ayuntamientos y a las diputaciones el esfuerzo que están haciendo, señoría, las gobierne quien las gobierne. ¿O alguna vez yo he hecho distinción en materia de quien gobierne? Puedo tener hasta mi opinión. Jamás he hecho una distinción.

Por tanto, señora Obrero, ¿de dónde salen los 210 millones de euros que ha dejado de poner el Gobierno de España para atender a esas personas que usted ahora reclama que haya pronto pago por parte de la Administración? ¿Tiene usted la fórmula? ¿Se la ha dicho usted al Gobierno de España? ¿Ha hecho usted este discurso en ese entorno para retornarnos a la situación de partida? Porque, ¿sabe qué pasa? Señora Obre-

ro, yo la he escuchado. Porque, ¿sabe qué pasa? Que cuando el Gobierno de España financiaba adecuadamente la Ley de la Dependencia, de la que la mayor parte es el servicio de ayuda a domicilio, se estaban abonando puntualmente esas cantidades. ¿O no, señora Obrero? ¿O no se estaba pagando por anticipado a las diputaciones y a los ayuntamientos?

Creo que no le interesa a su señoría, porque se lo estoy diciendo a usted, señoría.

[Intervención no registrada.]

Ah, pues le agradecería..., le agradecería que no mantuviera un discurso a la vez, porque, si no, cortamos la pregunta y ya está. Si me permite, si me permite, porque..., entre usted y yo, quiero decir, que al resto de sus señorías no sé si les interesa este debate, pero me ha preguntado usted y le respondo a usted.

Le estoy diciendo que si le parece usted conveniente y oportuno que esta situación que no se producía antes de dejar de pagar el nivel acordado, ahora se produzca. ¿Y ahora vienen ustedes, señorías, a intentar trasladar aquí que ustedes abanderan las políticas sociales? Repongan el nivel acordado. Le puedo asegurar que, cuando repongan el nivel acordado que ha dejado de pagar el Gobierno de Rajoy, podrán recibir de forma adecuada su financiación los ayuntamientos y las corporaciones locales.

Por cierto, señorías, tan agradezco la labor de los ayuntamientos y de las corporaciones locales que no comparto que la Administración..., que la Ley de Reforma de la Administración Local le quite a los ayuntamientos y a las diputaciones las competencias en servicios sociales. ¿Usted lo comparte, señoría, ustedes que hacen esa, dicen, bandera de los servicios sociales? Lo que ocurre es que a veces es difícil compatibilizar el gobierno de una diputación y el gobierno municipal con los ajustes y con los problemas de falta de financiación a las comunidades autónomas, de las que ustedes también se nutren, que están recibiendo en este momento Andalucía y otras comunidades autónomas. Y, al final, a ustedes también les afecta. El problema es que si el Gobierno de Rajoy, con la asfixia a la que someten a las comunidades autónomas, entiende que están perjudicando a los gobiernos autonómicos, se equivoca, porque también está perjudicando a los ayuntamientos y a las diputaciones que financian esos programas por esas ayudas.

Por tanto, señora Obrero, vayamos de la mano, repongamos el nivel acordado y se podrá pagar en tiempo y en forma. Y, mientras tanto, intentaremos pagar lo antes posible a los ayuntamientos y a las diputaciones las cantidades que se han abonado.

El señor SÁNCHEZ TERUEL, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Gracias, señora consejera.

9-13/POC-000195. Pregunta oral relativa al centro de salud en Mairena del Aljarafe, Sevilla

El señor SÁNCHEZ TERUEL, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Continuamos con la siguiente pregunta, relativa a centro de salud en Mairena del Aljarafe. Para su formulación, tiene la palabra el portavoz del Grupo Popular, el señor Jaime Raynaud Soto.

El señor RAYNAUD SOTO

—Muchas gracias, señor presidente.

La verdad, señora consejera, que estoy atemorizado, estoy asustado, no sé si llegaré a hacerle la pregunta o retirarla, porque después de la bronca que le ha echado usted a mi compañera, pues, yo digo: «Buf, verás la que me va a caer a mí». No sé si a la señora consejera le va a gustar esta pregunta que yo le hago, si encaja en el tipo, en el parámetro de preguntas que usted quiere que se le hagan para mayor lucimiento personal. Le ha dado usted una pseudolección magistral aquí a mi compañera y a la pobre la tiene usted acogotada.

La señora MONTERO CUADRADO, CONSEJERA DE SALUD Y BIENESTAR SOCIAL

—No creo.

El señor RAYNAUD SOTO

—Yo le voy a preguntar... Y le ruego, sinceramente, que me conteste, no por mí, porque a mí..., soy un humilde diputado de la provincia de Sevilla, sino por los miles de sevillanos que están sufriendo la ineficacia de la consejería que usted dirige.

¿Qué fecha tiene prevista su consejería para la apertura y funcionamiento del nuevo centro de salud de Mairena del Aljarafe?

Muchas gracias, señor presidente.

El señor SÁNCHEZ TERUEL, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Señora consejera, tiene la palabra.

La señora MONTERO CUADRADO, CONSEJERA DE SALUD Y BIENESTAR SOCIAL

—Sí, gracias, señor Raynaud. No creo que su compañera necesite que usted defienda nada, no lo creo. Ella... También podía yo interpretar que me ha echado una bronca a mí y no lo he interpretado así, ¿eh?, también lo podría yo interpretar. Interpreto que, en el fragor del debate parlamentario, pues, a veces, se produ-

cen, ¿no?, conversaciones y cuestiones que ponen el acento en determinados argumentos. Al menos, así yo lo entiendo.

Usted me preguntaba a propósito de la fecha prevista de la consejería. Decirle, señor Raynaud, que usted conoce, imagino, perfectamente las vicisitudes por las que ha atravesado este proyecto, un proyecto que tenía un plazo de ejecución de 18 meses, que se ha visto prorrogado, en una primera ocasión, por cuestiones climatológicas, retrasos en los suministros, tramitación de una modificación, sistema de climatización... Bueno, una serie de cuestiones. En este momento, señoría, decirle que se está gestionando con la compañía del contrato de suministro eléctrico, concretamente con Endesa, el nuevo marco, puesto que ha caducado el convenio marco que tenía el SAS con esta entidad. Y, por tanto, señoría, para evitar la demora que supondría esperar a la firma del convenio general, se ha optado por tramitar un nuevo convenio específico para este centro que confiamos en que esté listo muy próximamente. El convenio se firmará, yo creo que en las próximas semanas. Es, por lo menos, la previsión que se me ha trasladado por parte de los que están legitimando las instalaciones y autorizando las instalaciones y, una vez contemos con la licencia de primera ocupación, que no hemos podido solicitar hasta que no tengamos el suministro eléctrico, produciremos la recepción del centro.

Si tengo que hacer una estimación, que no me gusta cuando los plazos no dependen de mí porque luego hay problemas con las licencias de ocupación y tenemos que subsanarlos, en la medida en que se producen, mi previsión es que el centro pudiera estar abierto en torno al verano. Esa es mi previsión, señor Raynaud, pero una previsión prudente, insisto, porque ni depende de nosotros, en este momento, el convenio con Endesa, en donde tenemos siempre..., no, dificultades, para no tener que financiar todas las instalaciones que hace la compañía en todo el marco del Aljarafe. Y, por otra parte, las licencias de primera ocupación dependen de los ayuntamientos. Pero si todo va según lo previsto y no hay inconvenientes adicionales, yo estimo que, aproximadamente, en el verano.

El señor SÁNCHEZ TERUEL, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señora consejera.

Señor Raynaud, tiene la palabra.

El señor RAYNAUD SOTO

—Muchas gracias, señora consejera. No le quepa a usted la menor duda, señora consejera, que por la cuenta que le trae, el ayuntamiento va a agilizar mucho la concesión de la licencia, por la cuenta que le trae.

Porque, mire, yo, con independencia de las vicisitudes que haya podido tener el proyecto de ejecución durante toda su tramitación, me estoy refiriendo al tiempo que lleva el edificio cerrado. Eso es lo verdaderamente grave y eso es a lo que el Ayuntamiento de Mairena del Aljarafe no le puede dar una respuesta porque, evidentemente, no hay una atención de su consejería en, simplemente, por lo menos, en haber dado..., lo que usted ha dicho, en torno al próximo verano. Nunca se le ha informado al Ayuntamiento de Mairena del Aljarafe en relación con la puesta en servicio de este edificio, que, fíjese, lleva terminado y

cerrado más de año y medio. Yo no le estoy a usted hablando de la tramitación, de los proyectos de construcción, que eso lo conocemos, ¿eh? Pero año y medio cerrado. Y, evidentemente, ante la perplejidad de los vecinos.

Usted sabe, señora consejera, cuánto ha costado el edificio, cuánto ha costado el equipamiento. Eso es un derroche, desde el punto de vista económico, de no estar rentabilizándolo desde el punto de vista social, verdaderamente inaceptable. Y eso usted lo sabe, exactamente igual que yo. ¿Cuánto está costando el mantenimiento de la vigilancia de ese edificio? ¿Qué riesgo hay, en estos momentos, señora consejera, del propio deterioro del edificio? Unas instalaciones terminadas, que pasan distintas épocas climatológicas, un verano y un invierno, que el edificio, al no estar vivo, al no tener una temperatura interna adecuada durante las distintas épocas climatológicas, sufre problemas verdaderamente importantes.

Eso, señora consejera, ese edificio sí que hay que ocuparlo, fíjese usted, ahí sí que hay que mandar *okupas*. ¿Sabe usted qué *okupas*? Médicos, especialistas, enfermeros, pacientes. Esos son los *okupas* que tienen que ir a ese edificio, que lo está clamando no solamente Mairena del Aljarafe, sino gran parte de las proximidades del Aljarafe.

Fíjese, señora consejera, el día de la primera piedra, el día de la puesta de la primera piedra, llegó usted a afirmar que el nuevo centro liberaría de carga a las actuales dependencias, al tiempo que incorporaría nuevos servicios, como educación sanitaria, rehabilitación, fisioterapia, radiología básica y salud mental. ¿No son necesarios, ahora, esos servicios en la zona del Aljarafe, señora consejera? Yo le diría que ahora son acuciantes, no necesarios, sino acuciantes. Eso presta servicio a los vecinos de Palomares y de Almensilla, y usted lo sabe. Y está masificado. Yo soy usuario del centro de salud de Mairena del Aljarafe. Y usted conoce, igual que yo, la saturación, en un momento determinado, y las dificultades con las que se está trabajando en ese centro de salud, fíjese.

Señora consejera, esto es un recorte puro y duro. Es un recorte por omisión. El recorte por acción es lo que ustedes pretenden hacer en la residencia de Montequinto, que es cerrar una residencia. Ese es la alfa. La omega, ¿cuál es? El recorte por omisión, el no poner en servicio unas instalaciones terminadas, perfectamente terminadas y recibidas por la empresa constructora y que, por recortes puros y duros de la Junta de Andalucía no se ponen en servicio. Cuando se terminó, no gobernaba Rajoy. ¿A quién le echa usted la culpa, señora consejera? ¿A esos 120 millones de euros de recorte de los presupuestos? Era el señor José Luis Rodríguez Zapatero el que gobernaba, la planificación se hizo cuando gobernaba don José Luis Rodríguez Zapatero, señora consejera. La previsión de dotar a ese hospital correspondía a la Junta de Andalucía, que tiene las competencias de sanidad desde hace muchísimos años. ¿Ha sido descortés el alcalde de Mairena del Aljarafe pidiéndole información, señora consejera? Mire, le mandó una carta el día 21 de enero de 2013. No se ha dignado usted a contestarle, no le ha contestado usted al alcalde de Mairena del Aljarafe. ¿No le merece respeto un alcalde democráticamente elegido? ¿Le parece poco respetuosa una carta que la encabeza diciendo: «Estimada consejera, excelentísima señora Montero...», y que termina diciendo: «Tengo el honor de dirigirme a usted, le agradecería me hiciera llegar fecha y hora para hablar de la puesta en servicio de un equipamiento sanitario...»? Que se lo reclaman al ayuntamiento, cuando no es de su competencia, pero que tiene que decir: «No lo sé». No le ha contestado usted, señora consejera, al alcalde. ¿Hubiera usted hecho eso, lo mismo, con un alcalde de su partido, si en vez de ser el alcalde de Mairena del Aljarafe, un alcal-

de del Partido Popular, hubiera sido un alcalde o alcaldesa del Partido Socialista? Le ha tenido que volver de nuevo a dirigir otra misiva el día 2 de abril...

El señor SÁNCHEZ TERUEL, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Señor Raynaud, debe ir concluyendo.

El señor RAYNAUD SOTO

—Termino, señor presidente, inmediatamente.

... el día 2 de abril, señora consejera. Y le han contestado ayer —porque supongo que, si le han pasado las respuestas, habrá visto que yo le iba a interpelar sobre este tema—, ayer se recibió una notificación telefónica de la alcaldía diciéndoles que vayan el lunes próximo a la delegación de la Consejería de Salud, que le darán información al respecto.

Qué poco le hubiera costado a usted darle al alcalde una respuesta en tiempo y forma, porque la respuesta no se la estaba usted dando al señor Tarno, ni siquiera a mí: se la estaba usted dando a los vecinos de Mairena del Aljarafe y del Aljarafe sevillano.

Muchas gracias, señor presidente.

El señor SÁNCHEZ TERUEL, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señor diputado.

Señora consejera, tiene la palabra.

La señora MONTERO CUADRADO, CONSEJERA DE SALUD Y BIENESTAR SOCIAL

—Señor Raynaud, si no fuera porque usted ha dicho que yo he abroncado a su compañera, entendería que usted me está abroncando. ¿No, verdad? Bueno.

Vamos a intentar llevar los debates a los tonos habituales, porque me da la impresión, señor Tarno, que usted aprovecha, ¿no?, esta obra para intentar decir... Sí, pero le voy a decir por qué, si yo le he escuchado a usted atentamente.

[Intervención no registrada.]

No, que yo le he escuchado a usted atentamente. Ahora... Ah, perdón, señor Raynaud. Ahora le voy a intentar trasladar la información.

Primero. Yo no tengo la información de cuándo se va a abrir, y yo le he hecho una previsión, porque no depende de la consejería. Por tanto, señoría, yo me aventuro a dar aquí una fecha, que entiendo que, si los plazos y los trámites van según lo que habitualmente estamos acostumbrados, estaría en ese entorno. Y, mire usted, hasta me aventuro, por respeto a la pregunta, por respeto no, señoría, porque resulte que yo quiero..., por respeto a su pregunta, decir una fecha, que le podía haber dicho: «mire usted, señoría, cuando termine»,

que es lo que ha contestado el director del distrito siempre que se le ha preguntado, cuando terminen los plazos, que no dependen de nosotros.

Yo le he dicho una previsión. Seguro, señor Raynaud que, si por cualquier casualidad no se cumple esa previsión, vendrá usted a pedirme explicación. ¿No va a venir usted?, pues yo me alegro. Yo me alegro, porque, cuando ustedes preguntan sobre una materia en la que no podemos contestar a ciencia cierta y nos aventuramos, luego se nos echa en cara. Pero, no obstante, si al alcalde no se le ha trasladado la fecha es porque no es cierta, porque no la sabemos, porque va a depender de todo esto y, por tanto..., el alcalde va a saber antes que yo cuándo se va a abrir el centro, porque va a ser la última tramitación que tenga que realizar la consejería, la de la licencia de ocupación. Cuando esté todo en regla, lo va a saber el señor Tarno antes que yo, señoría. Por tanto, yo le aventuro que es esta fecha.

Probablemente, el señor Tarno, dentro de algunas semanas, le podrá decir: «pues, mire usted, ha llegado o no ha llegado la legalización de Endesa». Y luego, habrá que asumir aquellas incidencias que, de la licencia de ocupación, habitualmente se derivan; que, si no va a ser ninguno, encantado, porque últimamente tenemos que resolver muchos de los trámites que vienen de esa situación.

Yo, señor Raynaud, no puedo compartir —y se lo digo en un tono amigable—..., no puedo compartir que usted hable de derroche, que hable de recortes... cuando estamos hablando de una nueva instalación. Hombre, señor Raynaud, hombre, no. Hombre, es que están cerrando centros en las comunidades donde ustedes gobiernan, señor Raynaud, que no quería entrar por ahí. No, que no quería entrar por ahí. ¿Usted está hablando de recortes cuando lo que me está preguntando es cuándo voy a poner en marcha una nueva instalación? Es que eso... Después, los ciudadanos, cuando nos escuchan en esta sala, señorías, creen que estamos fuera de la realidad. Eso es una ampliación de mejora, el nuevo centro, no puede ser un recorte nunca, lo habrá antes o después, viene además de lo que había, además de lo que había, y eso lo sabe usted, señor Raynaud. Lo que pasa es que usted, cuando mete una pregunta del tema sanitario, tiene que meter el recorte de algún lado, de soslayo, ahí, de cuña, donde sea, aunque no pegue. Estamos hablando de una ampliación de una instalación, ¿va usted a hablar de recortes?

Y ahora habla usted de recortes porque el plazo de apertura..., y dice usted: «eso es recorte encubierto». No, mire usted, señoría, recorte es despedir trabajadores, recorte es derechos y prestaciones que se quitan, recorte es cierre de centros..., eso es recorte, lo demás será un retraso en la puesta en marcha de una instalación nueva, que usted tendría que felicitar, si es del entorno de Mairena, se tendría que felicitar.

Decirle, señoría, que habla usted del cierre de Montequinto, lo ha metido usted aquí de soslayo, y le tengo que contestar. Es que no es verdad que se vaya a cerrar Montequinto, no es verdad. Es más, se va a abrir una nueva residencia en Montequinto que sustituye a la anterior, con unas instalaciones nuevas. ¿Qué hablamos de Sierra de Montequinto? Bueno, usted me pone la cara de que lo duda, yo le digo que es así. Da igual, ya lo veremos, en los hechos los conoceremos y en los hechos se demostrará, luego ustedes no se retractarán..., no importa. Usted lo ha metido aquí de soslayo, y yo le contesto.

Por tanto, siendo serios, señor Raynaud, espero que en verano podamos tener la oportunidad de poner en marcha las instalaciones. Seguro que durante todo el trámite contaremos con la facilidad, por parte del ayuntamiento, para desarrollarlo. Y decirle, también, señoría, que atender a un ayuntamiento, a un alcalde, por parte del delegado provincial, que para eso también están los delegados provinciales, para atender a los

DIARIO DE SESIONES DEL PARLAMENTO DE ANDALUCÍA

Núm. 126

IX LEGISLATURA

10 de abril de 2013

ayuntamientos, en vez de hacerlo en primera persona a la consejera, que no tendría tiempo material de poder atender a todo el mundo, es una realidad que ustedes tienen que asumir dentro de la naturalidad; por tanto, si la delegación es la que tiene el contacto con el ayuntamiento, tiene que ser así, incluso la dirección del distrito.

Y, en nuestro caso, hacer todo lo posible por que, en esa estimación de tiempo, podamos tener un centro tan importante como el de Mairena abierto a todos los ciudadanos, un centro que supone una ampliación y una mejora de la oferta de servicios, en ningún caso un recorte.

El señor SÁNCHEZ TERUEL, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señora consejera.

9-13/POC-000296. Pregunta oral relativa a la prevención, tratamiento y reinserción de personas con adicciones

El señor SÁNCHEZ TERUEL, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Siguiente pregunta, relativa a prevención, tratamiento y reinserción de personas con adicciones. Para su formulación, tiene la portavoz del Grupo Socialista la palabra, la señora Cinta Castillo.

La señora CASTILLO JIMÉNEZ

—Gracias, señor presidente.

Señora consejera, el Grupo Parlamentario Socialista está interesado en saber cuántas personas han recibido atención en la Red pública asistencial para la prevención, tratamiento y reinserción de personas que precisamente tienen adicciones.

¿Por qué quiere el Grupo Socialista conocer esa cifra? Pues queremos conocerla, señorías, porque, sabiendo que tenemos una potente red pública asistencial de prevención, de tratamiento y reinserción; sabiendo también que el II Plan Andaluz de Droga dio una importancia que a nosotros nos parece vital de que la información sea uno de los objetivos y que, por lo tanto, a partir de esa información se pueda trabajar y marcar la hoja de ruta de las políticas a seguir, de hecho se crea dentro de ese segundo plan el Observatorio Andaluz sobre Drogas y Adicciones; sabiendo también que a nivel nacional la Estrategia sobre Drogas 2009-2016, consensuada y aprobada por la Conferencia Sectorial sobre Drogas, da esa importancia a que la información y los datos nos permitan trabajar con absoluta garantía, y sabiendo también —y por último— que a nivel europeo se ha publicado el decimoséptimo Informe Anual del Observatorio Europeo de las Drogas y Toxicomanías, donde se recomienda que en estos tiempos es más importante que nunca las inversiones, que las inversiones además, en la coyuntura económica que padecemos, sean acertadas y que, antes de realizarlas, bien por la naturaleza del problema o por las medidas que haya que adoptar, que tengamos esa información, es por eso por lo que le damos tanta importancia al dato que hoy le solicitamos.

El señor SÁNCHEZ TERUEL, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señora diputada.

Señora consejera.

La señora MONTERO CUADRADO, CONSEJERA DE SALUD Y BIENESTAR SOCIAL

—Sí. Gracias, presidente.

Yo comparto, señora Castillo, que, para el ejercicio de las competencias en materia de drogadicción que tiene la Junta de Andalucía, tenemos a disposición de los ciudadanos un conjunto de programas, de actua-

ciones, que usted ha referido, que van desde la información a la prevención, elementos que cada día tienen mayor importancia, fundamentalmente los que conciernen a la investigación y el análisis de problema.

Porque, como saben sus señorías, el perfil de drogadicción en nuestra comunidad autónoma y en el conjunto de España ha ido variando de forma importante en los últimos años, pasando de los perfiles tradicionales de personas adictas a heroína, cocaína, habitualmente por vía parenteral, de los años setenta u ochenta, a personas que tienen, que presentan unas nuevas adicciones, en las que estas afortunadamente han caído, pero que tienen que ver con problemas emergentes, fruto de las cuestiones sociales o de las situaciones vinculadas a las nuevas tecnologías y a sustancias psicoactivas de reciente aparición, también, en el mercado.

Saben sus señorías que la consejería viene realizando estudios bianuales que, bajo el título de «La población Andalucía ante las drogas», establece indicadores de tratamiento, por consumo de diferentes sustancias, y en donde se estudia sobre todo la prevalencia del consumo de sustancias en diversas edades, fundamentalmente entre los 12 y los 64 años, y también una complementariedad, que recoge los motivos, las admisiones en los centros, las readmisiones a tratamientos que tienen lugar en los centros ambulatorios en relación con sustancias psicoactivas.

En el caso del pasado año 2012, por el que su señoría se interesa, hemos atendido a 61.235 personas afectadas en diferentes grados y naturaleza por adicción y drogadicción; de estas, 21.000 lo han sido por primera vez, es decir, nunca anteriormente han estado en nuestros centros sanitarios. Y al igual que en otros años anteriores, la adicción a opiáceos, alcohol y a sustancias estimulantes ocupan los primeros lugares entre las posibles adicciones.

Para la atención a estas personas, tenemos una red pública asistencial en la que trabajan 1.250 personas, a las que hay que añadir 471 que tienen las entidades locales en el programa Ciudades ante las drogas. Y para ello se dispone de 187 centros, que se reparten en todo el territorio, públicos y concertados, que abarcan desintoxicación, centros de día, unidades terapéuticas, o viviendas tuteladas. Pero además, desde el abordaje de estos problemas, también hay que tener en cuenta la integración y la reinserción social, poniendo en valor en esta pregunta, yo creo que de forma expresa, los programas de información profesional ocupacional, el programa Red de Artesanos y las actuaciones sociales en espacios naturales, que han permitido, señorías, que dispongamos, o que se puedan destinar 35 millones de euros a estas labores, que también han desarrollado, o se han desarrollado en ayudas y en subvenciones con entidades colaboradoras, que en el ejercicio 2012 ascendió a 3,6 millones de euros.

Decirle, señoría, que a pesar de que en los últimos ejercicios, fundamentalmente 2012, hemos recibido menor financiación por parte del Estado, en los programas de ayuda a las drogadicciones. Desde Andalucía hemos hecho un esfuerzo, conjuntamente, reitero, con diputaciones, en este caso sobre todo, que han colaborado también en que no se tradujera esa disminución de la financiación en menores prestaciones o de menor calidad, dirigida a los ciudadanos a los que va comprometida. Y por tanto, señoría, en esa línea de debate y de diálogo seguimos trabajando con las corporaciones locales, para que en el futuro podamos seguir desarrollando marcos de investigación, de tratamiento, de rehabilitación, en el entorno de la drogadicción de nuestra comunidad autónoma, en donde, insisto, señoría, no solo es necesario mantener las prestaciones sino intensificar las líneas de avance y de estudio para conocer en cada momento la situación real de las adicciones a sustancias, o a tecnologías, en el ámbito de Andalucía.

El señor SÁNCHEZ TERUEL, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Señora Castillo Jiménez, tiene la palabra.

La señora CASTILLO JIMÉNEZ

—Gracias, señor presidente.

Gracias, señora consejera, por su respuesta, por su extensa respuesta y por los datos, que nos parecen muy significativos. Con lo que me acaba de decir, creo que los retos son evitar el consumo y retrasar la edad en el inicio del consumo de las sustancias, así como otras actividades susceptibles de convertirse en adicciones.

Creemos que evitar los consumos de riesgo y abusivos, para reducir la mortalidad, y en definitiva para incorporar la cultura de calidad y de evaluación, es lo que nos va a permitir un modelo de intervención que integre los distintos ámbitos de lo que usted me acaba de explicar que estamos haciendo de manera preventiva.

Y especialmente, señoría, creo que para la infancia y para la juventud, y en ese caso también enfatizar sobre las familias de jóvenes y adolescentes, atender ese descenso en la edad de consumo, sobre todo del alcohol, que en ese informe al que usted me hacía referencia se sitúa actualmente en torno a los dieciséis años. Y cómo desciende, además, en más de seis meses, respecto al estudio anterior de hace cuatro años, el consumo de los fines de semana.

En definitiva, señorías, yo creo que tenemos, por supuesto, que continuar con la atención a las personas en riesgo, en riesgo social. Y, por lo tanto, lo que usted aportaba como prioritario, no podemos olvidar la estrategia sociolaboral, porque de eso va a depender parte el éxito de la prevención y de que no haya más consumo. Y todo ello, por supuesto, dentro del Plan Andaluz de Drogas y Adicciones que estamos desarrollando en nuestra tierra.

Terminar diciéndole, señoría, que aunque usted no ha dado el dato, sabemos perfectamente de qué estamos hablando, y no creo que ningún representante del Partido Popular lo quiera bautizar con otro nombre, los recortes, el quitarnos dinero la comunidad autónoma, en este caso para la prevención de adicciones, pues lo está llevando a cabo el Partido Popular, lo está llevando a cabo el Gobierno de Mariano Rajoy, y en Andalucía estamos resistiendo, estamos prestando los mismos servicios. Usted me acaba de dar datos que son muy relevantes. Tener 187 centros en esta comunidad autónoma dedicados a estas cuestiones, y más de 1.250 empleos, es algo que tendría que hacerle, solo ese dato, que pensar a otras comunidades autónomas donde gobierna el PP, y esto ni existe. Y desde luego, las personas que se han atendido durante el año 2012, ¿no?, más de sesenta y una mil. Bueno, pues esperemos que los recortes, estos sí que son recortes, esto sí que es asfixia a la comunidad autónoma, no se sigan produciendo.

Nada más y muchas gracias.

El señor SÁNCHEZ TERUEL, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Gracias, señora Castillo Jiménez.

¿Señora consejera?

9-13/POC-000297. Pregunta oral relativa a la Escuela de Pacientes de Andalucía

El señor SÁNCHEZ TERUEL, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Siguiente pregunta, relativa a la Escuela de Pacientes de Andalucía. Para su formulación, tiene la palabra el portavoz del Grupo Socialista, el señor Ruiz García.

El señor RUIZ GARCÍA

—Gracias, señor presidente.

Señora consejera, la implicación de la ciudadanía en la mejora de su salud, en la gestión incluso de sus procesos asistenciales, viene siendo un objetivo impulsado por la Consejería de Salud desde hace años. Términos como «autonomía», «empoderamiento» o «participación en la toma de decisiones clínicas» están presentes ya en las líneas estratégicas del conjunto del sistema. Y todo ello en un contexto de políticas sociales comprometidas con la ciudadanía, con su participación con una salud pública de calidad, y cada vez, si se me permite el término, más democrática, disminuyendo esa asimetría de información que tantas veces hemos aludido.

En ese contexto nace la Escuela de Pacientes de Andalucía. Es otra iniciativa más en la que su consejería es pionera, y marca por tanto la ruta al resto de instituciones sanitarias públicas. Tiene como misión el suponer un lugar de encuentro donde pacientes expertos enseñan a otros pacientes, donde participan los profesionales, y donde ambos, pacientes y profesionales, pueden conocer de una forma más personal, incluso más humanitaria, las distintas perspectivas de algunas patologías. En este caso son diez líneas temáticas, patologías fundamentalmente crónicas, que van a ayudar a los pacientes a convivir, a gestionar mejor su propia enfermedad. Y todo ello dentro de..., o relacionado con el Plan de Enfermedades Crónicas de la Junta de Andalucía. Precisamente Andalucía lidera la Red Nacional de Escuelas de Pacientes, y muy recientemente se ha celebrado el II Congreso de las Escuelas de Pacientes en Andalucía, en concreto en Granada. Y la Escuela de Pacientes la pone en marcha la consejería de la mano de la Escuela Andaluza de Salud Pública, precisamente el organismo encargado de orientar este espacio y de llevar a cabo las actividades formativas.

Por todo ello, señora consejera, nos gustaría conocer cómo valora el funcionamiento de la Escuela de Pacientes andaluza desde su puesta en marcha.

El señor SÁNCHEZ TERUEL, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Señora consejera.

La señora MONTERO CUADRADO, CONSEJERA DE SALUD Y BIENESTAR SOCIAL

—Sí. Gracias, presidente.

Y, efectivamente, señor Ruiz, la Comunidad Autónoma andaluza fue primera en el desarrollo de la Escuela de Pacientes en el conjunto del Estado, una iniciativa que pretendía que las personas conocieran mejor las enfermedades que tienen, compartieran experiencias y, por tanto, pudieran resolver problemas relativos a la convivencia con la enfermedad en situaciones similares. Y además sean también agentes formadores de las personas que se incorporan por primera vez a la vivencia de una enfermedad que causa a veces incertidumbre, angustia o dudas añadidas en relación con su problema. Este es el sentido fundamental de la escuela, una escuela que se creó hace ya algunos años, y en donde se ha ido abordando, de manera singular, algunas de las patologías que suponen una mayor carga de angustia, o de número de pacientes afectados, en las diferentes disciplinas que atiende el sistema sanitario público. Y concretamente tuvimos ocasión de compartirlas en el congreso que se celebró recientemente, que tuvo en Granada su sede, y, por tanto, su capacidad de albergar a muchas personas de muchas procedencias distintas, que venían a compartir sus problemas.

El sistema sanitario público y la Escuela de Pacientes —lo decía su señoría— es una expresión de la participación democrática de los ciudadanos, no solo en sus propios elementos que tienen para poder manejar mejor la enfermedad, es decir, su propio conocimiento, sino también es un área donde se orienta el sistema sanitario, se le hacen sugerencias, se le proponen medidas de mejora que permitan que las personas vivencien su tránsito en el sistema sanitario en las condiciones más agradables posibles.

Una realidad que ya tiene 120 sedes distribuidas en la geografía, 500 pacientes formadores, 8.300 participantes en las aulas, más de 180.000 visitas en sus 9 *blogs*, de cada una de las enfermedades, 151.000 reproducciones de 70 vídeos... Es decir, es una actividad muy viva, muy dinámica y con mucha incorporación de las tecnologías para que necesariamente no se tengan que desplazar de forma permanente, pues, todos estos ciudadanos y ciudadanas que viven a lo largo del todo el territorio.

Estamos atendiendo, de forma expresa, a personas con fibromialgia, diabetes, niños y adolescentes con asma, enfermedades cardíacas, problemas respiratorios obstructivos, cáncer de mama y, en general, pacientes afectados por enfermedades crónicas que se benefician de forma clara de un instrumento de este tipo, que les permite manejar mejor su enfermedad.

Hay mejora en relación con la dinámica médico-paciente, incorporación de hábitos de vida saludables... Se disminuye el número de visitas al facultativo, se disminuye el mejor control de las complicaciones, se disminuyen las bajas laborales... En definitiva, señorías, son iniciativas que permiten, como digo, contribuir a un mejor manejo de la enfermedad no sólo en su tránsito por el servicio sanitario, sino también en su integración plena en la sociedad normalizada.

Por otra parte, los objetivos que actualmente nos planteamos son ampliar aún más la red de formadores, mejorar la accesibilidad de estas personas —fundamentalmente, de enfermedades crónicas— al entorno más cercano del aula de pacientes, potenciar la formación virtual, ampliar en la Relá —en el marco de Red de Acción Local— cuántos municipios quieren sumarse a la escuela, reforzar actividades sobre sexualidad o ejercicio físico... Y, esta semana, le puedo decir —creo que es la semana del asma— que vamos a incorporar un nuevo blog, en el que personas con asma van a poder tener un espacio participativo abierto de comunicación entre otros ciudadanos que están viviendo esa misma situación.

Por tanto, señorías, estamos orgullosos de que seamos la escuela de pacientes de Granada, de la Escuela Andaluza de Salud Pública, la que lidere en este momento la Escuela Nacional de Pacientes, y por tanto

aportar esa experiencia y aportar también los retos a los que tendremos que hacer frente en el futuro de la mano del debate de la sostenibilidad, en el que, sin duda, el empoderamiento del paciente es uno de los instrumentos más eficaces para que los ciudadanos puedan seguir contando con un sistema sanitario de extraordinaria calidad.

El señor SÁNCHEZ TERUEL, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Gracias, señora consejera.

Señor Ruiz García, no hace uso de su turno...

9-13/POC-000302. Pregunta oral relativa a las nuevas líneas de actuación en materia de centros de protección de menores

El señor SÁNCHEZ TERUEL, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Seguimos con el orden del día, con la pregunta relativa a nuevas líneas de actuación en materia de centros de protección de menores.

Para su formulación tiene la palabra el señor Baena Cobos.

El señor BAENA COBOS

—Sí.

Merece un mínimo de introducción. Es un documento que nos remiten desde Prodeni, en base a unas denuncias efectuadas por una plataforma en defensa del menor de Almería, que puse en conocimiento de la Directora General de Mayor e Infancia, y que me contestó, pero que parece que requiere que demos una explicación pública con luz y taquígrafos. Yo creo que el documento tiene dos partes: una primera, sobre la incidencia real que ha tenido sobre la atención del documento, de carácter interno, la Consejería, de junio de 2012, que hacen alusión a que rebaja el número de educadores, a que introduce nuevos perfiles profesionales de menor rango, que el grupo que hay de residenciales, el grupo de doce o catorce... Y, luego, una segunda parte que hace referencia al déficit que se está produciendo en distintas instituciones dedicadas a la atención al menor: déficit de tipo laboral, alimentario, higiénico, etcétera, etcétera.

Yo creo que esta segunda parte, como ya lo hablé con la directora general, lo que merece es que hagan la denuncia ante la autoridad pertinente: la autoridad laboral, la autoridad sanitaria o quien fuere... Y es para responder a la primera parte por lo que traemos esta pregunta aquí.

El señor SÁNCHEZ TERUEL, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Gracias, señor diputado.

Señora consejera, tiene la palabra.

La señora MONTERO CUADRADO, CONSEJERA DE SALUD Y BIENESTAR SOCIAL

—Gracias, Presidente.

Efectivamente, tenemos el documento de Prodeni. Y decirle, señoría, que actualmente, en el campo de menores, se está trabajando con el objetivo de garantizar una mayor seguridad jurídica y económica a las entidades colaboradoras, por la cual, en junio de 2012, se inició un proceso de modificación del instrumento de relación con la Junta de Andalucía, a propuesta de las propias entidades, para pasar de convenio a concierto, que es una modalidad que permite una mejor planificación por parte de las entidades, y además reciben

el dinero con antelación y no tienen que andar con la política de subvenciones justificativas de subvenciones, que es tremendamente farragosa en aquellas cuestiones relativas a la prestación de servicios.

Y decirle, señoría, que por tanto ha sido esa nuestra línea de trabajo, en la que se han ido adaptando nuevos perfiles de menores del sistema de protección. Se han incluido perfiles profesionales, que hasta ahora quedaban excluidos dentro de ese nuevo concierto, y además ésta ha sido una reivindicación que la Cámara de Cuentas de Andalucía hacía ya desde hace varios años, en donde... Consideraba la Cámara de Cuentas que se debería formalizar mediante concierto y no mediante convenio esta estrategia de colaboración.

Para formalizar esta relación mediante concierto, se mantuvieron reuniones con todas las entidades, también para permitir adaptar las tarifas a la realidad actual. Y, por tanto, se pasó del... El paso del convenio al concierto ha implicado la valoración de nuevos costes, ha implicado el importe a pagar por cada plaza a las entidades, que ha sido distinto de la situación anterior.

La valoración no se ha hecho de forma lineal, sino que se ha basado en la viabilidad del servicio. Se ha tomado como referencia el convenio estatal de reforma juvenil y de protección de menores, un convenio libremente firmado por la representación de las patronales y de los trabajadores... Y, por tanto, hemos tenido reuniones con tres patronales, con cada una de las delegaciones territoriales, con cada entidad colaboradora... Y, fruto de estos encuentros, se alcanzaron algunos acuerdos que tenían como objetivo garantizar la red completa de centros vigentes hasta la fecha para evitar su cierre.

En cuanto a los profesionales que prestan los servicios, aclararle que la Administración no tiene relación jurídica laboral con estos trabajadores, pero que, en cualquier caso, se les ha trasladado que, si conocen algún incumplimiento de la legislación laboral, lo pongan en conocimiento de la Inspección de Trabajo o de los juzgados de lo Social, para poder actuar desde los instrumentos normativos. Y, no obstante, para reforzar la situación de los trabajadores, en los pliegos se ha hecho mención expresa al cumplimiento y al respeto al convenio colectivo que, actualmente, tienen estas personas.

Por tanto, señorías, yo creo que hemos obrado con responsabilidad en un momento de ajuste, que todos somos conscientes de él, pero en donde el respeto a los derechos de los trabajadores ha presidido nuestra relación con las empresas, incluso la elaboración de los pliegos que actualmente están vigentes.

El señor SÁNCHEZ TERUEL, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Señor Baena Cobos, tiene la palabra.

El señor BAENA COBOS

—Si me pudiera concretar cuánto ha significado de distribución el coste de plazas en el concierto... Y, por otra parte, esa alusión que se hace a que se habilitan trabajadores de menor cualificación profesional... Si sabe usted a qué se refiere y podría explicarlo... Y el incremento de internados, pasando de seis a ocho niños, a grupos de doce o catorce.

El señor SÁNCHEZ TERUEL, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señor diputado.

Señora consejera, tiene la palabra.

La señora MONTERO CUADRADO, CONSEJERA DE SALUD Y BIENESTAR SOCIAL

—Gracias, Presidente.

Yo le he contestado sobre la generalidad, que es la información que tengo. Se disminuyeron alrededor del 10% las tarifas de los conciertos, tal y como establecía la propia Ley de Presupuestos. Usted recordará que la disminución del 10% de los conciertos venía obligada incluso en la ley que se aprobó, la Ley de Medidas de Eficiencia de las Administraciones Públicas del Gobierno de España, que se tradujo en la Ley Autonómica, y que por tanto fue asimétrica entre las diferentes entidades, dependiendo del punto de partida; por regla general, un 10%, pero algunas fueron un 7%, otras fueron un 10%. En ese abanico.

Los convenios se pasaron a concierto, lo cual permite una mejor estabilización del personal trabajador, puesto que no hay la incertidumbre de la renovación anual y todo lo que eso puede conllevar.

Y decirle, señoría, que esta situación es la misma que han tenido el resto de los conciertos, en donde —yo creo que en esta comisión— hemos ido abordándolo —ambulancias, concierto de diálisis, de todo lo que tiene relación con sanidad y con servicios sociales por esa misma ley—, y en donde tengo que decir que los sindicatos y las organizaciones empresariales están haciendo un esfuerzo por repartir la carga de la disminución de las tarifas, algunas veces a costa de la disminución del salario y de los beneficios empresariales, intentando que no se traduzca en despedidos de trabajadores.

Eso es lo que le puedo decir. A propósito de la cuestión relativa a otras categorías que se pudieran incorporar, no sé, exactamente, si hay alguna que se puede desarrollar con un menor grado de cualificación. No se lo puedo decir, pero me imagino que siempre que se introduce es porque hay algo de la actividad que se puede desarrollar por un personal que se le obliga a un menor grado de cualificación, aunque se desempeñe la plaza por otro profesional. Pero ésa es una línea general que se comparte en todos los conciertos, y por tanto espero, señoría, que si hay algún incumplimiento de cualquiera de las medidas que hemos puesto en marcha, se denuncien en las instancias oportunas.

El señor SÁNCHEZ TERUEL, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Pues, muy bien.

Muchas gracias, señora consejera, por la abundante información que ha dado a los parlamentarios de esta comisión.

Interrumpimos la sesión durante un minuto para que se ausente la consejera, y continuamos con el debate de las proposiciones no de ley.

[Receso.]

9-12/PNLC-000019. Proposición no de ley relativa a la rehabilitación del centro de salud situado en Campillo Bajo, en Antequera

El señor SÁNCHEZ TERUEL, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Bueno, pues si les parece, señorías, retomamos el orden del día. Sí, la votación la realizaremos una vez sustanciadas las dos proposiciones no de ley.

En primer lugar, tenemos una proposición no de ley del Grupo Popular en relación con la cual ha habido una enmienda que se ha calificado de forma favorable, se ha admitido a trámite, una proposición no de ley relativa a rehabilitación del centro de salud situado en el Campillo Bajo, en Antequera. Para su formulación tiene la palabra la señora Corredera Quintana.

La señora CORREDERA QUINTANA

—Gracias, señor presidente.

Intento atenerme a los siete minutos, que nos ha pedido que reduzcamos las intervenciones.

Antequera es un municipio malagueño que tiene más de cuarenta y tres mil habitantes y que ha contado y cuenta con un único centro de salud. Y digo cuenta porque aunque en la actualidad deberíamos de contar con dos, esto no ha sido posible. Lo cierto es que desde que se diseñó el mapa de atención primaria de Andalucía ya se contemplaba un segundo centro de salud en Antequera, que lo situaba en el entorno de la conocida como zona Puerta de Granada, en la salida de Málaga-Granada para aquellos que no son y no conocen el municipio, aunque finalmente no se situó en esa zona.

Con importante retraso se inició y se finalizó el segundo centro de salud en Antequera en la avenida de la Estación, relativamente cerca del antiguo centro de salud, en la misma zona, bastante alejado de lo que hubiera sido la Puerta de Granada. Pero lo importante es que Antequera por fin contaba con ese segundo centro de salud.

Una vez finalizado, y a pesar del compromiso adquirido por la Consejería de Sanidad con los antequeranos de forma reiterada, lo único que se produjo fue un mero traslado del antiguo centro de salud al nuevo. Antequera sigue contando con un único centro de salud porque el antiguo permanece cerrado. Pero ese no era el compromiso de la Junta de Andalucía ni del Gobierno andaluz.

Desde el principio, la señora consejera anunció su intención de acometer la rehabilitación del antiguo centro de salud y que siguiera funcionando como tal. Es más, hay varias respuestas parlamentarias a la diputada que les habla y también al Grupo de Izquierda Unida, por cierto, que avalan este compromiso.

En una respuesta en el año 2009, la consejera me dice: «En relación al centro de salud de Antequera, puedo informarle de que la reforma del centro de salud se llevará a cabo, se realizará cuando los profesionales se trasladen al nuevo centro de salud. El plazo de ejecución de esta obra será aproximadamente de dieciocho meses desde su inicio. La obra de reforma consistirá en el reforzamiento de la estructura del centro y en la dotación de las condiciones de accesibilidad de las instalaciones adecuadas y de los espacios asisten-

ciales, todo ello con la finalidad de mejorar la calidad asistencial de la población que se atenderá en él conforme al programa funcional».

Un año más tarde, en 2010, me decía: «Las previsiones existentes respecto a las obras de reforma del centro de salud de Antequera son iniciar el expediente de licitación de la obra en 2010, por lo que la previsión de inicio de las mismas se sitúa en el primer semestre de 2011. Por otra parte, las partidas para la construcción de infraestructuras previstas por la consejería se encuentran garantizadas...» —es decir, problemas de presupuesto parece que no hay— «... se encuentran garantizadas con independencia de que puedan asignarse a un servicio presupuestario o a otro».

Pero es más, posteriormente hay una pregunta de Izquierda Unida en que la consejera se vuelve a ratificar, y no solo dice eso, sino que ya habla de que la inversión total de la obra supondría 2.894.078 euros, y vuelve a decir que el plazo de ejecución sería de dieciocho meses, y que se acometería en el momento en que se produjera el traslado de profesionales al nuevo centro de salud.

Así que ni había problemas con el presupuesto —a las palabras de la consejera me remito—, y estaba clarísimo cuál era el proyecto de reforma que el Gobierno andaluz quería llevar a cabo, qué plazo de ejecución tenía y cuánto nos iba a costar.

Pero el nuevo centro de salud se inauguró en abril de 2010. Es más, el 10 de abril de 2010 se trasladaron todos los profesionales y empezó a funcionar con normalidad. Fue inaugurado como corresponde por la consejera de Sanidad y por el alcalde de la ciudad en aquel momento, el señor Millán. Y en ese mismo acto, el acto de inauguración, que fue el ocho de abril de 2010, allí mismo la consejería ratificaba y la consejera ratificaba la reforma del antiguo centro de salud, anunciaba la remodelación prácticamente en su totalidad —son palabras textuales suyas—, a la que se iba a destinar unos tres millones de euros.

Tres años después, nada se ha hecho, nada de nada, y el centro de salud sigue cerrado a cal y canto, con el deterioro que eso supone para unas instalaciones de este tipo. Todos sabemos cómo la falta de uso deteriora un edificio: cañerías que no funcionan, aire acondicionado o ascensores. Pero, sobre todo, sabemos que los antequeranos no podemos disfrutar de dos centros de salud, que era el compromiso.

Desde entonces, no tenemos ninguna respuesta por parte de los responsables de salud, ningún compromiso con la ciudad de Antequera y con los antequeranos. Y, ante la falta total de respuestas, ante la inacción del Gobierno, el Ayuntamiento de Antequera se dirige a la consejería e insta a la consejera a su inmediata puesta en marcha o, si no era posible eso, a que en un momento determinado se pudieran ceder las instalaciones mientras tanto para que el municipio pudiera darles un uso cultural, dada su magnífica ubicación.

Tampoco han recibido, por cierto, respuesta a este planteamiento. Es por eso por lo que hoy traemos aquí esta iniciativa. Los antequeranos y antequeranas merecen saber qué va a pasar con este centro de salud y si podremos o no contar con él en un futuro inmediato. Y si no es así, la posibilidad de darle otro uso.

Yo les pido sencillamente que instemos al Consejo de Gobierno a iniciar de forma inmediata las obras de reforma del centro de salud situado en el Campillo Bajo, en Antequera, en el Paseo de María Cristina. Y, en el caso de que no haya en breve un compromiso firme por parte de la consejería de acometer estas obras de reforma, que el Parlamento de Andalucía inste al Consejo de Gobierno a permitir que el Ayuntamiento de Antequera pueda dar un uso cultural al edificio para evitar un mayor deterioro del mismo al permanecer cerrado sin ningún tipo de uso.

Espero contar con el apoyo de sus señorías, porque creo que Antequera y los antequeranos lo merecemos. Muchas gracias.

El señor RODRÍGUEZ GÓMEZ DE CELIS, VICEPRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Perdón.

Tiene la palabra el portavoz..., la portavoz en este caso del Grupo de Izquierda Unida.

La señora QUINTANA CAMPOS

—Gracias, señor presidente.

En siete minutos este grupo político, además de hablar de la necesaria construcción de este centro de salud, de este segundo centro de salud ya pendiente, varios años pendiente en Antequera, también creo necesario que los ciudadanos sepan cuáles son las razones por las cuales la Consejería de Salud en este caso no ha iniciado la obra, una obra que desde Izquierda Unida hemos venido reivindicando como necesaria y lo seguimos haciendo. ¿Por qué no se ha podido construir? Pues sencillamente porque no hay financiación, porque la asfixia a la que somete a Andalucía el Partido Popular y el plan de ajuste que hubo que hacer precisamente este verano, una vez que se impone a Andalucía una serie de recortes fundamentalmente en sanidad y educación, eso lo impide.

Por lo tanto, hay que explicarles a los ciudadanos cuáles son las razones, y también las razones son que se ha decidido dar prioridad a otros pagos, otros pagos como el abono, la liquidación de la deuda por delante de cualquier otra cuestión sanitaria, social, una cama de hospital o, por ejemplo, la construcción de este centro de salud. Se han cometido errores, como modificar el artículo 135 de la Constitución.

Y también hay que decirles a los ciudadanos que mientras en Andalucía se nos impone un déficit de más del 3%, el Estado se reserva algo más del 0,8%. Eso, en la práctica, supone que haya inversiones necesarias que no se puedan hacer, una obsesión permanente por el déficit, que a la vista está que ha generado y está generando más sufrimiento y más crisis, y ninguna solución para mejorar los ingresos.

Y también hay que decirles a los ciudadanos que se nos discrimina en cuanto y tanto, por ejemplo, en el próximo Fondo de Liquidez Autonómico, mientras a Cataluña se le dan 893 euros por habitante a Andalucía se le da menos de la mitad. Esta es la situación de la sanidad andaluza una vez que se le somete a ese estricto cumplimiento del déficit. Además, se ha iniciado un camino peligroso en nuestra sanidad, que ya están sufriendo los pensionistas cuando empiezan a pagar sus medicamentos o se termina con la universalidad.

O, por ejemplo, esta mañana también hemos podido conocer cómo evoluciona la Ley de Dependencia. La atención menor a los dependientes supone más enfermedad y, por lo tanto, más asistencia a los centros de salud y a los hospitales. Estamos en un escenario donde nuestro papel en el Gobierno andaluz supone resistir. Y, por lo tanto, vamos a defender ese modelo público que tiene que combinar nuevas infraestructuras con la atención permanente a los pacientes.

Yo conocí ayer, por ejemplo, otro modelo que no tiene nada que ver con Andalucía, el modelo de Murcia donde ha habido una denuncia a la fiscalía de un caso de una señora que está en coma tras esperar 253 días a que la operaran de un aneurisma cerebral. O, por ejemplo, la situación de Madrid, la privatización.

Es en el contexto en el que el Partido Popular nos pide que se acometa esta nueva infraestructura que nosotros desde Izquierda Unida —yo decía antes— hemos venido reivindicando y lo vamos a seguir haciendo.

Me han llamado la atención unas declaraciones de la señora Corredera, bueno, pues, anunciando este debate, donde decía que no se había podido traer antes a esta comisión porque Izquierda Unida y el Partido Socialista limitan el cupo. No es así, nosotros somos los más perjudicados a la hora de traer proposiciones pero, en cualquier caso, con esta, creo que son una decena las comisiones de salud que se han celebrado y, por lo tanto, podía haber sido la primera proposición del Partido Popular si tan urgente la consideraba.

En cualquier caso, nosotros consideramos que es necesario que se construya, se remodele este centro de salud en Antequera. La ubicación es la ideal, hay un centro de salud alejado fundamentalmente de aquellos barrios donde la población es mayor y, por lo tanto, tiene más necesidad de acudir a los centros de salud por sus propias dolencias crónicas.

Me ha sorprendido, porque nuestra intención de primera hora es apoyar esta proposición, pero, desde luego, nos ha sorprendido que se autoenmiende no para avanzar sino en este caso para retroceder. Y me explico: la enmienda que trae el Partido Popular en boca de la señora Corredera supone que si no se inician las obras en un plazo breve se renuncie a este centro de salud, porque se le pide a la consejería que le ceda el uso al ayuntamiento para otro uso, para otra utilidad en este caso cultural, para el conservatorio.

Por lo tanto, nosotros lo primero que queremos es claridad, creemos que la ambigüedad no es buena en ningún sentido y en este mucho menos. ¿Quieren ustedes sí o no que se remodele el centro de salud de Antequera de Campillo Bajo? Izquierda Unida sí.

Si se enmienda esta proposición, lo que estamos entrando es en una situación de medias tintas, de ambigüedad, porque ponemos en peligro dos cuestiones. En primer lugar, una cuestión sanitaria. Saben ustedes, la experiencia nos dice que cuando a un edificio se le da otro uso, que en un primer momento puede ser provisional, en este caso para conservatorio, eso supone en la práctica renunciar para siempre a que eso se convierta en centro de salud. ¿Por qué? Porque para ser conservatorio, lógicamente necesitará de una remodelación y se asentará y perderemos para siempre esa oportunidad. Y luego otro peligro que es en relación con la materia educativa, esta otra infraestructura, conservatorio, también está pendiente y nosotros entendemos que hay que reivindicarla en otro camino. Nosotros ya lo hemos hecho, nos hemos dirigido en este caso a la consejería de Educación para que Antequera pueda contar con una sede definitiva de conservatorio y que además sea un conservatorio profesional.

Pero, como no estamos hablando hoy de educación, nosotros lo que sí le pediríamos al Partido Popular es que mantenga la proposición original, que lógicamente es lo que necesita nuestra ciudad de Antequera, porque además nos damos cita aquí tres diputadas en este caso además antequeranas. Y, desde luego, que cumpla aquello que ha anunciado en la prensa, y es que va a seguir el Partido Popular reivindicando esta infraestructura hasta que se cumpla. ¿Cómo lo va a hacer? ¿Renunciando hoy aquí con una autoenmienda a que eso se pueda convertir en una infraestructura cultural? Nos parece que ese no es el camino.

Así que nosotros estamos de acuerdo pero con la proposición original. Hablan de «inmediatamente», lógicamente las circunstancias en la tesorería no dan respuesta a esa inmediatez pero, en cualquier caso, sí de manera prioritaria estamos de acuerdo en que se pueda incluir.

Y termino, creo que además este compromiso tiene que venir acompañado con un compromiso por parte del Partido Popular, porque lógicamente estamos por la labor de que se hagan las infraestructuras, pero si se nos sigue asfixiando, se nos sigue golpeando de manera permanente con ese cumplimiento del déficit, difícilmente se podrán hacer estas y otras cuestiones sanitarias y educativas que son necesarias. Creo que Izquierda Unida y el Gobierno andaluz están demostrando en estos últimos tiempos que sí se puede, se pueden hacer cosas, se puede avanzar, pero lógicamente una cosa es poder y otra es querer. Así que nosotros no estamos de acuerdo con esa autoenmienda pero sí con la proposición inicial, que es lo que necesitan los antequeranos para cubrir sus carencias, sus necesidades sanitarias.

Gracias.

El señor RODRÍGUEZ GÓMEZ DE CELIS, VICEPRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, tiene la palabra la tercera, en este caso también antequerana, diputada y portavoz del Grupo Socialista.

La señora TORRES RUIZ

—Muchas gracias, señor presidente.

Y agradezco la oportunidad que la participación en el debate de esta proposición no de ley de un asunto relacionado con mi ciudad, con Antequera, me ha dado de asistir a la comisión en su totalidad, por lo que he aprendido mucho esta mañana. Y, sobre todo me satisface la claridad, la rotundidad, la transparencia y la sinceridad con la que la consejera ha dado respuesta a todas y cada una de las demandas que se le habían hecho en esta comisión, haciendo además uso de un gran conocimiento y una gran aceptación de la realidad para poder combatir los problemas que de ella se deducen.

También he oído con atención la explicación de la portavoz del Partido Popular porque quería de su intervención poder resolver la aparente contradicción en la que se incurre en el texto final de esta proposición no de ley, y, sobre todo, por la incorporación de una enmienda, de la que ahora también hablaré, que parece ser contradictoria con la primera solicitud que se hacía, ¿no?

En el pasado pleno decía una portavoz de Izquierda Unida que no sabía qué comían sus señorías del Partido Popular para poder mantener sin ruborizarse posiciones tan contradictorias entre lo que dicen y lo que hacen cuando están en el gobierno. Y también mi compañera, Marisa Bustinduy, ironizaba con el don de la oportunidad que demostraba la señora Corredera al pedir la defensa de la sanidad pública en Andalucía cuando hay claros intentos, cuando no algunos logros, en la privatización y desmantelamiento que de ella están haciendo allí donde gobierna el Partido Popular. Bueno, pues, hoy esta proposición no de ley sigue apuntando esas formas del PP, sigue apuntando a la exigencia por la exigencia, con una buena dosis de oportunismo, aunque afortunadamente parece que alguien en el último momento le ha dado a comer un bocadito de realidad.

Es esa realidad que no ven o no quieren ver pero que se empeña en gritar todos los días, que mucho han cambiado las cosas, mucho han cambiado las posibilidades de las administraciones en cuanto a los recursos disponibles, porque no ya en tres años sino en un solo año el Partido Popular ha conseguido tener que cambiar muchas de las prioridades que se estaban desarrollando. Que la austeridad obliga a revisar prioridades sin que eso suponga que en ningún momento el Gobierno andaluz haya dejado de considerar como el primero de sus objetivos la atención a las necesidades básicas de los ciudadanos en cuanto a salud y a educación.

Y lo hemos dicho y no está mal que lo repitamos, que, cuando hay que elegir entre infraestructuras y personas, los socialistas elegimos a las personas. Y conviene, por tanto, dejar muy pero que muy claro que las personas que viven en Antequera tienen cubiertos todos los servicios que presta la atención primaria en un magnífico centro de salud dotado con toda la cartera exigible para un municipio de sus características, ya que al inaugurarse ese nuevo equipamiento al que se ha hecho alusión se complementaron los servicios existentes en el antiguo ambulatorio del Campillo Bajo, que es del que hoy estamos hablando, se complementaron —digo— con todos los que le convertían en un centro de salud de nueva generación y que incorporaba servicios como el de rehabilitación, que utilizaba las nuevas tecnologías, poniendo a disposición de los usuarios tanto el historial de la salud digital como la prescripción o la dispensación de medicamentos a través de receta electrónica y otra serie de cuestiones, que les digo que hacen que la atención a los ciudadanos esté absolutamente garantizada. Tanto es así que en el caso de que ese centro de salud del que hoy discutimos sea objeto de la reforma y vuelva a ponerse en uso, habría una distribución de esos mismos recursos, no una sobredotación de los recursos, porque está, como les digo, dimensionado al número de población, población que, por otra parte, desafortunadamente, está bajando.

Yo reconozco que, por fortuna, no han sido muchas las ocasiones en las que me he visto forzada a requerir los servicios y los cuidados profesionales de quienes, como médicos, enfermeras, o auxiliares, realizan en ese centro de la avenida de la Estación un magnífico trabajo, pero en las veces que lo he visitado no he apreciado ningún déficit, ni aglomeración, ni mucho menos colapso. Pero como no quería quedarme con mi percepción, o con mi intuición personal, sí que he consultado con algunos médicos que desarrollan allí su labor y me corroboran —cosa que es tranquilizadora, y que yo creo que a todos nos satisface— que se cubren sin dificultad las necesidades de la población, porque además la prescripción de la receta electrónica ha hecho descender la afluencia de usuarios a las consultas para expedición de las mismas.

La segunda de las cuestiones que deberíamos dejar clara es que la consejería nunca ha desechado afrontar esa reforma, la reforma que anunció del edificio de Campillo Bajo. Es más, la delegación provincial sigue manteniendo que está encargado el proyecto y cuantificada la inversión, y que la bajada de los ingresos, el incumplimiento de las obligaciones del gobierno del señor Rajoy, la bajada brutal en la financiación que corresponde a Andalucía y, por contra, la voluntad del Gobierno andaluz de, lealmente, cumplir con el objetivo de déficit que se nos ha impuesto, sí que ha obligado a modificar la planificación del gasto, primando la atención a los ciudadanos, pero eso no ha hecho que se aborten inversiones en infraestructuras, aunque sí habrá de hacerlas cuando los recursos la hagan posible.

Yo no sé si la señorita..., la señora Corredera ha tenido en cuenta algunos de estos cambios, y no sé si los ha tenido en cuenta a la hora de, bueno, hacer su incorporación de esa enmienda. No sé si ese bocado de realidad que le dieron el otro día en Antequera, cuando fue a visitar su pueblo, le sirvió para tener duda en-

tre cuál de las dos opciones quedarse, pero lo cierto es que en este momento en un municipio que no crece, sino que decrece, en habitantes, que tiene cubierta sus necesidades básicas, y que hay un edificio que se está, sin duda alguna, bueno, deprimiendo y se está dejando de cuidar, nosotros entendimos y fuimos quienes presentamos, en el pleno del ayuntamiento, la propuesta del cambio de uso para que entre tanto pudiesen hacerse el mejor uso posible de ese edificio y también, y es lo que quiero llevar al ánimo de la señora Corredera, tenía un segundo punto esa moción. No parece lógico que si la consejería autorizara el cambio de uso de ese edificio no tuviese al mismo tiempo un compromiso de disponibilidad en el futuro de un suelo donde poder dotar de ese segundo centro de salud, no ya del tercero. Ya lo del tercero, señora Corredera, me pareció una pasada.

El señor SÁNCHEZ TERUEL, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Señoría, ruego vaya terminando.

La señora TORRES RUIZ

—Así que, con el permiso del presidente, quiero plantearle para que tenga ocasión, la señora Corredera, de contestarme dos enmiendas *in voce*, si se queda con la primera parte, con el primer punto de la moción en cuanto a la reforma que nosotros estamos en condiciones de apoyar. Entiendo que, por ser leales con la realidad, deberíamos suprimir de manera inmediata, porque todos somos conscientes que primero es poco aceptable ese periodo de tiempo de manera inmediata, y, segundo, no podría hacerse en las condiciones actuales.

Si la opción de la señora Corredera es el cambio de uso, consideramos que habría que incorporar no ya el compromiso formal de cesión de suelo, sino el compromiso de poner a disposición de la consejería los suelos que están ahora mismo como equipamiento en el plan general para que la consejería pudiese estudiar en un futuro de medio plazo cuál sería la ubicación más adecuada.

El señor SÁNCHEZ TERUEL, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muy bien. Muchas gracias.

Le doy la palabra a la portavoz del Grupo Popular.

La señora CORREDERA QUINTANA

—Gracias, señor presidente.

La verdad es que estoy alucinada con mis dos compañeras antequeranas, y estoy alucinada por la manipulación y las falsedades que han dicho, y también por el desconocimiento, porque, claro, que la señora Quintana me hable hoy de por qué no se ha podido construir... No estamos hablando de construir, estamos hablando de rehabilitar y reformar un centro de salud que ha estado funcionando hasta hace tres años, y que tenía una serie de defectos por su antigüedad y porque se había quedado obsoleto, que había que reformar según la consejería.

Pero, claro, claro, es que decir que la causa de que no se haya hecho es la asfixia a la que somete el gobierno de Rajoy a la Junta de Andalucía tiene tela marinera. Vamos a ver, ¿en 2010, que era el compromiso de la consejera, gobernaba Rajoy y yo no me he enterado? Ahora resulta que gobernábamos desde 2010, y yo no me he enterado. ¿En 2011 gobernaba Rajoy, y yo tampoco me he enterado? Yo creía que el Gobierno se había constituido el 23 de diciembre de 2011. Los compromisos de la consejera, que están por escrito, y que son respuestas a Izquierda Unida y al Partido Popular, a los dos grupos, son de 2009 en el que dice claramente que se inicia el expediente de licitación de la obra en 2010, por lo que la previsión de inicio de las mismas se sitúa en el primer semestre de 2011, y donde me dice, además, que las partidas para la construcción de infraestructuras previstas por la Consejería de Salud se encuentran garantizadas, respuesta de 2009 hablando del inicio de las obras en 2010, perdón, y yo sin saber que gobernaba Rajoy y que ya le estaba recordando. Manda narices, con perdón por la expresión, porque es que eso es insultar la inteligencia de los que estamos aquí y llevamos muchos años trabajando para defender este centro de salud.

Pero es que la respuesta de Izquierda Unida, a Izquierda Unida, es todavía más contundente, es que le dice claramente: «La inversión total prevista de 2.894.078 euros, el plazo de ejecución es 18 meses desde el inicio de las obras, las cantidades asignadas irán en cada ejercicio presupuestario. Y la respuesta exactamente se lo voy a decir: 2010, febrero de 2010, ¿governaba Rajoy?, yo creo que no.

Vamos a dejar de mentir a Antequera y a los antequeranos, porque el hecho de que no se haya hecho esa reforma, como era un compromiso de este Gobierno, que ahora sustentan ustedes y entonces solo sustentaba la señora Torres, no la señora Quintana, era haber empezado, haber licitado la obra en 2010, haber empezado en 2011, y ya tendrían que haber estado finalizadas porque el compromiso era 18 meses, esa es la realidad de las respuestas parlamentarias, aparte de alguna pregunta oral a la consejera también, y de alguna intervención en alguna comparecencia, pero como estas son por escrito y están publicadas en el *BOJA*, creo que las pueden leer ustedes cuando quieran, así que dejen de manipular las respuestas.

Y ya que me digan la bajada brutal del Gobierno de la Nación. Mire usted, ya le he demostrado que en 2010 y en 2011 no gobernábamos, que Rajoy no entró hasta diciembre de 2011, pero si quiere hablamos de 2013, que es donde se supone que ha sido la bajada brutal. Mire usted, lo que se ha recortado en los Presupuestos de la Junta de Andalucía, 1.043 millones de euros de la partida de la Junta de Andalucía de fondos propios, 15,4 millones de euros de la partida que venía del Gobierno de la Nación. No sé qué es más asfixia si 1.043 de la Junta o 15,4 del Gobierno de la Nación. Seamos un poquito serios. Esa obsesión permanente por el déficit es porque ustedes han estado gastando, dejando a este país al borde de la ruina, sin pagar, y ahora tienen que venir otros a arreglar la situación que han ido dejando.

Pero, en fin, parece que aquí no cuentan para nada los compromisos por escrito de los gobiernos, parece que se renuncia, y no voy a hablar ya del caso ese de Murcia, porque podríamos hablar del caso del Macarena del otro día, donde una persona moría mientras esperaba en las urgencias a ser atendida. Yo creo que ahí no vamos a entrar. Pero, desde luego, claro que sí limitan las posibilidades de este grupo de debatir aquí, todas las mesas de comisión mi compañera la señora Obrero, mi compañera la señora Meli Palacios y mi compañero Vicente Valero tienen que batallar para que nos dejen meter iniciativas. Tenemos un cupo impresionante acumulado para poder debatir en esta comisión, que no se debate porque no nos permiten más margen, y somos el grupo que ha ganado las elecciones, el que más diputados tiene, esa es la realidad

Y, mire usted, la autoenmienda no la retiro, y no la retiro porque les voy a decir una cosa: a mí me parece sorprendente, dice: «La presentan ustedes para retroceder». No, para retroceder, no, para que se renuncie no, para que evitemos que el edificio se caiga abajo porque está cerrado a cal y canto, ¿le parece a usted mal que se pida, como pide el alcalde en una carta a la señora consejera, que se use parte del edificio, una parte mínima del edificio, hasta tanto se lleve a cabo la reforma del antiguo centro? Es decir, una vez que se acometa la reforma, se van. Hasta tanto se lleve a cabo la reforma para ser ocupado para el conservatorio elemental de música. ¿De verdad le parece tan malo que, en vez de estar cerrado, puedan utilizarse parte de las instalaciones mientras que la consejería decide cuándo acomete la obra?

Yo voy a mantener la proposición con la enmienda. Si ustedes quieren, pueden votar por separado. Hay dos puntos, pueden votar a uno que sí y al otro que no. Díganle a Antequera claramente qué es lo que quieren.

Y, por cierto, señora Torres, yo como todos los días sin ruborizarme, lo que no sé es cómo come usted. Yo, cuando habla usted de bocaditos de realidad, hablaría de los bocaditos de mentiras que estamos viendo de su consejería y de su Gobierno, bocaditos de mentiras en respuestas parlamentarias que sirven para callar bocas pero que, luego, nunca se acometen ni se cumplen con los antequeranos y con Antequera. Bocaditos de mentiras, los suyos y los de su Gobierno, porque usted formaba parte de ese Gobierno que se comprometió con Antequera, porque usted fue consejera de ese Gobierno cuando se adquirían estos compromisos. Porque usted sigue siendo una diputada de ese grupo, evidentemente, así que a mí no me hable de lo que comemos o dejamos de comer los demás. Yo, mi postura con Antequera siempre ha sido la misma: que este centro de salud se rehabilite cuanto antes, de forma inmediata, y no le admito la enmienda. ¿Qué les decimos a los antequeranos, que no es de forma inmediata? ¿Que esperen otros tres años, o que esperen seis, o que esperen nueve, o que esperen a que nunca se haga? Pues, entonces, díganse lo. No, de forma inmediata, porque esto requiere que sea ya.

Y por cierto, por cierto, por cierto. No se preocupe y no se ruborice, señora Torres, no se preocupe. ¿Es que no piensa exigirle a su gobierno que cumpla? Porque ahora me dice que, en realidad, nunca ha hecho falta, que lo que hicieron fue trasladarlo y se están dando todos los servicios. Entonces, ¿para qué queríamos un segundo centro de salud? Si el que había estaba dando todos los servicios porque se ha trasladado al nuevo, y sigue dando todos los servicios, ¿a qué están jugando, a las casitas? ¿Movemos los muebles y al personal? Esto es muy poco serio. Este centro de salud se planifica porque Antequera tenía un déficit de infraestructuras sanitarias, y hay un compromiso en el mapa de atención sanitaria de Andalucía y se inicia con retraso, se termina con retraso y, cuando lo terminamos, pues nada, hacemos un traslado, jugamos a las casitas, movemos muebles, movemos personal, pero no se cumple poniendo en marcha el segundo centro, que es necesario.

Así que lo siento por ustedes, yo creo que más lo siento por Antequera y por los antequeranos, porque lo que yo deduzco de su intervención aquí hoy es que vamos a seguir esperando, cuanto menos, otros tres años. Y, además, le van a querer echar la culpa al pobre del señor Rajoy, cuando ni gobernaba en 2009 ni en 2010 ni en 2011, que era cuando estaba adquirido este compromiso, que era cuando ustedes tenían que haber cumplido con Antequera, porque esto viene tarde y viene mal y, además, ni siquiera quieren soluciones alternativas mientras tanto se deciden a qué van a hacer con este centro de salud.

DIARIO DE SESIONES DEL PARLAMENTO DE ANDALUCÍA

Núm. 126

IX LEGISLATURA

10 de abril de 2013

El señor RODRÍGUEZ GÓMEZ DE CELIS, VICEPRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias.

No... al respecto de las enmiendas, no... las ha desechado, ¿no? Quedan desechadas. Por tanto, he entendido, hemos entendido, de su intervención... no se han admitido.

9-13/PNLC-000118. Proposición no de ley relativa a las prestaciones del sistema de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia

El señor RODRÍGUEZ GÓMEZ DE CELIS, VICEPRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Por tanto, pasamos ya al siguiente punto, a la siguiente PNLC.

Tiene la palabra el representante del Grupo Socialista.

La señora PÉREZ RODRÍGUEZ

—Sí, muy buenas tardes. Gracias, presidente.

En la proposición no de ley que presenta el Grupo Socialista en esta comisión de hoy se trata, fundamentalmente, de defender el modelo originario de prestación de servicios de la Ley de Dependencia.

Explicar brevemente que la Ley de Dependencia establece un catálogo de servicios y de prestaciones que, en el plan individual de atención, en el PIA, los trabajadores y trabajadoras sociales, junto con las familias, determinan conjuntamente cuál es el servicio o el recurso más importante o el deseado por esa familia, dentro de los disponibles.

Cuando se pone en marcha esta ley, éramos conscientes, todas las comunidades autónomas, de que había un déficit de servicios públicos, público en el sentido amplio de la palabra, es decir, conveniado o concertado por las administraciones autonómicas y que había que potenciar la puesta en marcha de esos servicios públicos, de esos recursos: residencias, unidades de estancia diurnas, ayuda a domicilio o teleasistencia. Éramos tan conscientes de que se establecía una posibilidad, que era una prestación vinculada al servicio para el supuesto de aquellos centros, de aquellas provincias o de aquellos municipios donde no existiera un recurso público disponible, pero la primera obligación, desde las comunidades autónomas, era facilitar una oferta de servicios suficiente a las personas.

Y a pesar de las dificultades de poner en marcha un recurso y a pesar de las dificultades de poner en marcha una ley y de atender la gran dependencia, así lo hicimos todas las comunidades autónomas. Todas las comunidades autónomas conveniamos y concertamos recursos con centros residenciales, unidades de estancia diurna de mayores o de personas con discapacidad, y pusimos en marcha un gran número de plazas concertadas y conveniadas para garantizar esa prestación de servicio público. Y prácticamente no utilizamos, o utilizamos de forma muy residual, esa oportunidad que se facilitaba de tener prestaciones económicas vinculadas, es decir, cuando no había ese servicio público.

Sin embargo, sorpresivamente, hemos conocido, después de la última conferencia sectorial, la última reunión de las comunidades autónomas con el Ministerio, que el Ministerio pretende cambiar esta categoría que hasta ahora se establecía, de forma que la prestación económica vinculada ya no es un servicio, ya no es una prestación económica, sino que se incorpora a la cartera de servicios con el mismo rango y el mismo nivel que cualquier otro servicio público.

Este Grupo Socialista entiende que traer la prestación económica vinculada, es decir, que traer el cheque servicio al mismo rango, al mismo nivel que tener una residencia, un concierto o un convenio es, al fin y al cabo, dejar de garantizar que, desde lo público, que las administraciones pongamos en marcha nuevos centros, nuevas residencias, nuevos centros de día y que dejemos de tener la obligación que nos establecía la propia Ley de Dependencia de poner en marcha esos recursos desde lo público y que las prestaciones económicas, dentro de las cuales entraba también ésta, fueran excepcionales, como dice la propia ley.

Por lo tanto, esa excepcionalidad se pierde con este anteproyecto que presenta el Gobierno de España, y la idea que plantea esta proposición no de ley por parte del Grupo Socialista es que siga siendo excepcional lo que era excepcional desde la ley. Es decir, que las comunidades autónomas tengamos que concertar o conveniar servicios con entidades públicas o privadas o el tercer sector, y que las prestaciones económicas vinculadas a los servicios sigan siendo prestaciones económicas y, por lo tanto, excepcionales y, por tanto, que no se limite la obligación que tienen, que tenemos las comunidades autónomas de prestar servicio a la ciudadanía.

Es un modelo, por lo tanto, que..., por el cual, y por eso esta proposición no de ley, pedimos que se modifique esta propuesta de regulación, de nueva regulación; que no sean esas prestaciones económicas como servicio; desde luego, que se vuelva al espíritu y a la letra de la ley, originariamente, y también, por qué no decirlo, que no se discrimine la prestación económica por cuidado en el entorno familiar que, con este borrador, con este anteproyecto que próximamente veremos publicado en *Boletín Oficial del Estado*, porque el compromiso del Gobierno de España es tener este nuevo real decreto antes del mes de junio, no nos encontremos con que la única prestación económica y, por lo tanto, la única penada, la única excepcional, sea la prestación económica en el cuidado familiar.

Nos parece que es una forma encubierta de privatizar un sistema que nació como público y universal. Nos parece, también, que las declaraciones del Secretario de Estado de Servicios Sociales nos generan estas alarmas, al decir que quieren, directamente, llevar a la actividad del sector empresarial para hacer sostenible el sistema. Desde luego, es una forma también dual de tratar a las personas, con un cheque, con un cheque de 300 a 700 euros como máximo, dependiendo de los grados y niveles de dependencia, las personas y las familias tendrán que buscar una residencia, y eso que parece, bueno, pues, en teoría, tan amable en su primera exposición, al final termina siendo un sistema dual. Difícilmente un gran dependiente, con 700 euros en el mejor de los casos, que sería la cuantía, que es la cuantía, 715 euros en el supuesto de mayor aportación, en el grado 3, difícilmente esa persona, esa familia, va a poder encontrar una prestación suficiente para un gran dependiente. Por lo tanto, las personas con ingresos podrán complementar ese cheque residencia, esa prestación económica vinculada con sus ingresos o los de su familia. Y las personas sin ingresos o sin familia se verán obligadas a recurrir a la beneficencia, porque —insisto— las comunidades dejarán de tener la obligación legal de implantar servicios.

Por lo tanto, le pedimos al resto de los grupos políticos que apoyen esta iniciativa, que apoyen esta proposición no de ley del Grupo Socialista. Que la obligación, a pesar de la crisis... La crisis no puede ser la excusa para mermar las leyes y para mermar los servicios. Es verdad que existe un momento actual de coyuntura muy compleja en la puesta en marcha a la hora de desplegar nuevos recursos y nuevos servicios, pero no

por ello, no por ello las entidades públicas tenemos que perder la obligación y tener la posibilidad de privatizar un recurso y de minimizar las posibilidades que tienen las personas de acceder a esos recursos de calidad.

Estamos hablando de un cheque servicio que, les daba el dato, en la gran dependencia son 713 euros, pero en la dependencia severa son 426 euros. ¿Quién con 426 euros de máximo puede acceder a un recurso, o 300 euros en el grado 1? Por lo tanto, se está haciendo inviable a las personas y a las familias acceder a los recursos, salvo que el interés sea efectivamente privatizar, el interés sea que nos vayamos a un sector del seguro privado, del seguro de dependencia, que, por cierto, la patronal ya ha dado la señal de alarma porque no tienen suficiente población que esté demandando esos seguros de dependencia. Y ese trabajar al dictado de la patronal del seguro privado o de la patronal de residencia privada, que lo que pretenden es elegir y seleccionar a las personas a atender, nos parece que es una forma no de recortar sino de privar directamente a las personas de sus derechos, de sus derechos originarios de ciudadanía.

Por lo tanto, este grupo le solicita al resto de los grupos el apoyo a esta proposición no de ley.

El señor SÁNCHEZ TERUEL, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señora diputada.

Para el posicionamiento el Grupo de Izquierda Unida tiene la palabra el señor Baena Cobos.

El señor BAENA COBOS

—Muchas gracias, señor presidente.

Creo que es obvio decir que vamos a apoyar esta proposición no de ley. En principio, recordar dos o tres cosas. En primer lugar, el problema en el Estado español en la atención a las dependencias no es un problema de gasto, es un problema de ingresos. O sea, el gasto español por la atención a la dependencia es muy inferior a la media europea, lo mismo que lo es en salud y lo mismo que lo es en educación. No estamos, por tanto, hablando de la necesidad de disminuir gasto, sino de la necesidad de incrementar los ingresos del Estado. Y es un paso que ineluctablemente habrá que dar si se quieren mantener estos servicios y garantizar estos derechos.

En segundo lugar, bueno, la Ley de la Dependencia planteaba esta asistencia como un derecho, un derecho de los españoles. Y un derecho de los españoles exige dispositivo, financiación y universalidad suficiente para garantizar a todos los españoles, independientemente de su nivel de renta, un mínimo, unos mínimos niveles de calidad en la atención a la asistencia. O sea, asistencia universal y un mínimo de calidad asegurado para todos y que no dependa del nivel de renta ni de los ingresos. Cualquier modificación de esta ley que implique introducir el nivel de renta o no tener en cuenta el nivel de renta para garantizar el servicio mínimo que se requiere pues es claramente un desmontaje del sistema.

De hecho, bueno, posiblemente todos recordemos ya no solo los asilos, yo me acuerdo en Sevilla los numerosos escándalos por aquellos chalés en el Aljarafe que se utilizaban como depósito de ancianos, que morían de hambre, que morían por infecciones y demás, ¿no?, que significa abaratar costes, eso significa abaratar costes. Si no se les da de comer a los abuelos, pues evidentemente cuesta menos dinero que si se les da de comer.

Y, finalmente, yo creo que también se han hecho unas previsiones no basadas en la realidad. Miren ustedes, con seis millones de parados, con un sector de la clase media importante empobrecido y con el otro sector de la clase media con una disminución importante de ingresos, dudo que haya mucha demanda de los ciudadanos de servicios de este nivel de precios. O sea, cuando estamos hablando de que actualmente el precio de una residencia puede estar entre los 2.500 euros y los 3.000 euros mensuales y se les van a dar 700 euros, dudo que haya muchas familias españolas y andaluzas que sean capaces o que puedan tener una disponibilidad económica para garantizar pagar la diferencia entre el nivel percibido y el nivel exigido por la residencia.

Así que, por supuesto, vamos a votar a favor de la proposición no de ley que presenta el Partido Socialista.

El señor SÁNCHEZ TERUEL, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señor Baena Cobos.

Para el posicionamiento del Grupo Popular, tiene la palabra la señora Obrero Ariza.

El señor OBRERO ARIZA

—Gracias, presidente.

Señorías, han sido varias las proposiciones no de ley presentadas por el Partido Socialista en esta comisión relativas a la prestación de los servicios de la Ley de Dependencia. Y en todas ha habido una clara intención de confrontar con el Gobierno de Mariano Rajoy. Aunque en esta ocasión, permítame que le diga, señora Pérez, que el todo vale, que el hacer iniciativas por hacerlas, el no haberse informado correctamente a la hora de elaborarla, es la impronta más evidente de esta proposición no de ley. No sé si por desconocimiento —yo quiero creer que usted no ha redactado esta iniciativa—, porque partimos de un planteamiento equivocado, acogiéndose a un consejo territorial de política social —según dice el texto de esta proposición— celebrado en enero de 2013 para hablar de una nueva clasificación de prestaciones en la Ley de Dependencia.

La equivocación radica en que fue el 10 de julio de 2012, no en enero de este año, cuando el Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia consensuó con todas las comunidades autónomas, con todas, unos acuerdos para la mejora del sistema de dependencia en el conjunto del territorio español, y se publicaron esos acuerdos en el *Boletín Oficial del Estado* el 3 de agosto.

En segundo lugar, la segunda equivocación yo creo que está en los mismos puntos de acuerdo, porque estoy segura de que usted no se ha leído ese *Boletín Oficial del Estado* porque de lo contrario no habría planteado la redacción de estos puntos de esta manera. No entiendo por qué ahora el Partido Socialista quiere modificar las propuestas de regulación de las prestaciones del sistema de promoción y de autonomía personal aprobadas por este consejo, cuando ni siquiera la propia consejera hizo objeciones o se opusiera a ese acuerdo. Es más, en aquel momento se aceptaron estas propuestas y ahora el Partido Socialista se opone. Claro, en Madrid tienen una postura y al pasar Despeñaperros ya empieza la confrontación.

El Partido Socialista pide que no se discrimine la prestación económica por cuidado en el entorno familiar, aun manteniendo el carácter excepcional que le otorga la Ley 39/2006. Ese es el tercer punto de acuerdo de esta proposición no de ley. Bueno, pues lo cierto es que en el acuerdo del consejo territorial lo que se regula es la revisión de esta prestación económica, pero sigue manteniendo el carácter excepcional y sigue siendo un recurso de la ley, que dice en ese acuerdo que se revisarán en colaboración con las comunidades autónomas para una mejor eficiencia. Es más, yo le invito a que lea ese acuerdo, ese *Boletín Oficial del Estado*, en su punto segundo, apartado séptimo. Es que no me voy a detener a leerlos todos los puntos, pero, bueno, por detenerme en algunos dice aquí: «Dado el carácter excepcional de reconocimiento de la prestación que se establece en esta ley, esta modalidad de atención será establecida por el valorador y siempre que con anterioridad a la prestación de la solicitud esté siendo ya atendido por cuidadores profesionales». Luego más abajo, después de un extenso texto haciendo referencia a esta prestación económica de cuidado en el entorno familiar, también establece abajo unos requisitos que deben cumplir las personas..., los cuidadores no profesionales de las personas en situación de dependencia. Luego, la ley sigue contemplando esta prestación. Esas modificaciones y esos acuerdos que se establecieron en ese consejo territorial, de consenso —repito— con las comunidades autónomas, recogen, recogen expresamente esas modificaciones y esos acuerdos. Y yo no sé a cuento de qué usted dice ahora que se está intentando relegar esta prestación.

Y, luego, en cuanto al punto segundo de esta proposición no de ley, tampoco entiendo muy bien cuál es el acuerdo del Partido Socialista, porque la Administración está prestando los servicios de la Ley de Dependencia a través de la oferta pública de centros y servicios públicos y privados concertados. Eso lo permite la ley y eso es lo que tenemos en el sistema de dependencia andaluz. Es más, creo que la tendencia de este gobierno es que esa oferta se preste por centros públicos, porque, con la política de impagos y asfixia económica a la que se están viendo sometidos los centros privados concertados, al final van a abocar al cierre de muchos de ellos, y nos quedaremos con esos centros públicos que ofrezcan esa oferta de plazas para la atención a la dependencia.

Luego mire usted, señora Pérez, yo creo que lo que ha hecho el Gobierno de Mariano Rajoy es tomar decisiones e intentar hacer eficiente el sistema para que llegue al mayor número de españoles y haya un mayor control y seguimiento de las prestaciones para que sean las que verdaderamente se presten a las personas dependientes que las solicitan. Y esas decisiones se han tomado porque eran necesarias y porque existen informes que así lo recomendaban, tal y como ocurre con el informe del Tribunal de Cuentas sobre el sistema de dependencia para el periodo 2007-2011, en el que se dice que se han producido importantes deficiencias en el procedimiento de reconocimiento del derecho a una persona a que se le valore la dependencia. Y, en ese informe se dice, mire usted, señora Pérez, dice que las listas de espera a 31 de diciembre de 2010, cuando gobernaba el señor Zapatero, eh, la lista de espera era de 231.055 personas, era de un 25,68% del total. A 31 de diciembre de 2011, la lista de espera ascendía a 305.941 personas, casi un 29% del total, y que el anterior gobierno de Zapatero —que lo dice textualmente el Tribunal de Cuentas— había contraído la financiación en unos 230 millones de euros. Y, a fecha de diciembre de 2012, con el gobierno de Mariano Rajoy, la lista de espera ha bajado seis puntos, hasta un 23%, y que ha aumentado la financiación en 122 millones de euros.

Y dice literalmente también este informe, señora Pérez, por eso el señor Rajoy está tomando decisiones y por eso se están haciendo estas modificaciones, que la Ley de Dependencia expresaba claramen-

te que la prestación por cuidado familiar habría de ser una excepción del sistema, pero que tal y como refrenda el Tribunal de Cuentas, dicha prestación se ha generalizado y que de seguir esta tendencia podría provocarse que el sistema de dependencia se convirtiera en un sistema de subsidios, en vez de una red asistencial de servicios. Eso no lo dice el Partido Popular, eso lo dice el informe del Tribunal de Cuentas y también dice el Tribunal de Cuentas que en el periodo 2007 a 2011 fallecieron muchas personas que seguían considerados como beneficiarios de la prestación, y que Andalucía fue una de las comunidades que más personas tenía con 4.194, y eso supuso más de 24 millones de euros que no sabemos a dónde han ido a parar.

Por tanto, yo no le voy a consentir, señora Pérez, que usted traiga una proposición no de ley con esos puntos de acuerdo que, como digo y repito. Y no le vamos a aprobar, por supuesto, una proposición no de ley que no trata nada más que de confrontar con el Gobierno de Mariano Rajoy y que no tiene otro interés y otra proposición que la de echar por tierra todo el trabajo que está haciendo el Partido Popular a nivel nacional.

Y ustedes hablan aquí de presupuestos, ustedes se llenan la boca aquí hablando de inversiones económicas, pero yo le tengo que decir a usted, señora Pérez, que el del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales y de Igualdad para 2013 es de 2.970 millones de euros, un 11% superior al último que hubiera del gobierno socialista en materia de política social, y eso es una realidad, y esos son datos objetivos que cualquier andaluz y cualquier español puede contrastar mirando los presupuestos. Todas las administraciones, todas, están haciendo grandes esfuerzos para mantener las políticas sociales, de contención del gasto corriente, de austeridad, todas menos la Junta de Andalucía. Y ya le digo, señora Pérez, yo, el Partido Popular le va a votar que no a esta proposición no de ley.

Muy distinto hubiera sido nuestro voto si los puntos de acuerdo hubieran sido otros, por ejemplo, señora Pérez, por ejemplo, que se levante la paralización de los expedientes de dependencia que están en los cajones de las delegaciones provinciales; que se empiece a cubrir la tasa de reposición de las personas dependientes que están falleciendo; que se prioricen los casos de más urgencia, porque, a día de hoy, después de varios años esperando, hay muchas personas dependientes a las que les ha cambiado su situación; que se informe a los solicitantes de dependencia sobre la situación en la tramitación de su expediente, todos esos puntos de acuerdo hubieran, seguramente, contado con el apoyo del Partido Popular; que exista un mayor control del fallecimiento de esas personas para que no se cometa fraude de aquellas prestaciones que se siguen concediendo, prestaciones económicas que se siguen recibiendo. O, por ejemplo, señora Pérez, que se paguen en tiempo y forma los convenios firmados con los ayuntamientos, con las diputaciones, con las entidades y organizaciones sociales que están prestando el servicio de la Ley de Dependencia en colaboración o en convenio con la Junta de Andalucía.

Esas son competencias de la Junta de Andalucía y esos son acuerdos que sí proceden votarse en esta comisión, y esa es la verdadera situación que hay del sistema andaluz de dependencia en nuestra comunidad autónoma.

Y, dicho esto, lamentando como digo, repito, esas equivocaciones que hemos detectado en la exposición de motivos de la proposición no de ley, y esa única intención de confrontar con el gobierno de Rajoy, evidentemente, no va a contar con la aprobación del Partido Popular.

Nada más y muchas gracias.

El señor SÁNCHEZ TERUEL, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señora Obrero.

Para cerrar el debate, tiene la palabra la señora Pérez Rodríguez.

La señora PÉREZ RODRÍGUEZ

—Muchas gracias, presidente.

Bueno, señora Obrero, voy a volver a sacarle un documento de su propio gobierno, presupuesto de dependencia de la Administración General del Estado, programa 31.34, Autonomía personal y atención de la dependencia (Imsero). Año 2012, presupuesto inicial, 1.400 millones de euros, presupuesto ampliado en 2012, 119.000, presupuesto final, 1.500 millones de euros. Presupuesto 2013, 1087 millones de euros. Si a esto no lo llama usted reducción, y, encima, nos dice en su exposición que el Gobierno de España ha aumentado la Ley de Dependencia. Bueno, la verdad es que sus argumentos no solamente son incoherentes, sino que ustedes saben perfectamente que están falseando la realidad, una y otra vez.

Si no quieren ayudar, no ayuden, señores del Partido Popular, pero no estorben. El problema que ustedes tienen con la Ley de Dependencia es que no solamente no quieren ayudar a que funcione, sino que están desmantelando la ley, y la están desmantelando a golpe de *Boletín Oficial del Estado*. Hacía usted alusión a un consejo territorial, eh, bueno, no solamente me conozco el boletín al que usted hace referencia, sino que sé perfectamente que después de ese acuerdo tienen que venir reales decretos publicados en *Boletín Oficial del Estado*, y, si al final no se modifica ese anteproyecto, tal y como lo hemos conocido desde este grupo, y en el *Boletín Oficial del Estado* se dice que las prestaciones económicas vinculadas siguen siendo prestaciones económicas y no son prestaciones de servicio, pues bienvenida sea esta iniciativa y muchas como esta, que paren lo que ustedes están intentando hacer. Pero si usted está tan convencida de su gobierno y está tan convencida de lo que ha dicho aquí, no entiendo dónde está el temor a votar sí a lo que, según usted, no va a ocurrir. Si no va a ocurrir, apoye usted este temor muy fundado, muy fundado, señora del Partido Popular, muy fundado porque son documentos que circulan por las redes sociales. Son documentos que el mismo ministerio ha quitado de su página web del ministerio. Estuvo tres días subido a la página web este real decreto que ha desaparecido rápidamente en cuanto vieron que generaba alarma y que generaba movimiento en las redes sociales. Por lo tanto, bueno, que suban de nuevo el documento al que he hecho referencia a la página web del ministerio, desde donde esta portavoz se lo descargó directamente. Por lo tanto, devuelvan ustedes lo que, según ustedes, no existe.

Y, vamos a ver, señores y señoras del Partido Popular, si ustedes creen, si ustedes creen que van a justificarlo todo única y exclusivamente achacándole al Gobierno de Andalucía que con el, por cierto, también real decreto de niveles mínimos que ustedes tienen preparado, que también lo van a sacar publicado en el *Boletín Oficial del Estado*, donde les van a pagar ustedes a las comunidades autónomas en el grado 3, 177 euros por persona, si ustedes creen que con 177,86 euros al mes a los grandes dependientes, lo que usted le va a pagar a la Junta de Andalucía, el gobierno de Rajoy, si piensan que con 177 euros se pueden pagar residencias, se puede mantener un sistema, se pueden pagar prestaciones y se le puede decir a la gente a la cara

que se le está ayudando desde el Gobierno de España, ustedes no están en la realidad. Si con 177 euros ustedes..., qué es lo que nos van a aportar a raíz de este futuro real decreto de nivel mínimo pretenden, encima, echar en cara a esta comunidad autónoma retrasos en los pagos, bueno, pues realmente ustedes están hablando de una realidad que desconocen, o que ignoran, o que quieren apartar.

Y le he dado el dato del grado 3, le voy a dar el grado 2, el nivel severo, nos van a dar ustedes a financiar con 82,84 euros por persona; y el grado 1, moderado, 44,33 euros por persona. Bueno, pues gracias a estos 177, a estos 82 euros, o a estos 44 euros, Andalucía mantiene un sistema de dependencia a pesar del Partido Popular.

Muchísimas gracias. Y siento que el Partido Popular no apoye lo que tanto defiende, pero luego no vota. Muchas gracias.

El señor SÁNCHEZ TERUEL, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señora Pérez Rodríguez.

Sustanciadas las dos iniciativas incluidas en este punto del orden del día, vamos a proceder a votar ambas iniciativas y, con ello, daremos por concluida la sesión.

En primer lugar, sometemos a votación la proposición no de ley relativa a la rehabilitación del centro de salud situado en Campillo Bajo en Antequera.

[Intervención no registrada.]

Bien, pues sometemos a votación, en primer lugar, el punto número 1, y posteriormente el punto número 2. Punto número uno. Se inicia la votación.

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

Punto número dos. Se inicia la votación.

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

Segunda proposición no de ley relativa a las prestaciones del sistema de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia.

Se inicia la votación.

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

Señorías, buen viaje de regreso.

