

DIARIO DE SESIONES D S P A

DIARIO DE SESIONES



PARLAMENTO DE ANDALUCÍA

COMISIONES

Presidencia: Ilma. Sra. Dña. Carmen Martínez Aguayo

Sesión celebrada el miércoles, 3 de septiembre de 2014

ORDEN DEL DÍA

PROPOSICIONES NO DE LEY

9-13/PNLC-000246. Proposición no de ley relativa a ingreso mínimo de solidaridad, presentada por el G.P. Popular Andaluz.

9-14/PNLC-000205. Proposición no de ley relativa a estrategia de atención a la salud de la infancia y adolescencia en Andalucía, presentada por el G.P. Socialista.

COMPARECENCIAS

9-14/APC-000303. Comparecencia de la Excmá. Sra. Consejera de Igualdad, Salud y Políticas Sociales, a fin de informar sobre el grado de cumplimiento de los objetivos marcados en el Plan Integral de Diabetes de Andalucía 2009-2013, así como sobre el grado de redacción del nuevo plan y sus aspectos más destacados, presentada por el G.P. Izquierda Unida Los Verdes-Convocatoria por Andalucía.

9-14/APC-000421. Comparecencia de la Excmá. Sra. Consejera de Igualdad, Salud y Políticas Sociales, a fin de informar sobre el balance de los dos planes para personas con discapacidad: II Plan de

Acción Integral y I Plan de Acción Integral para mujeres con discapacidad en Andalucía, presentada por los Ilmos. Sres. D. Mario Jesús Jiménez Díaz, D. José Muñoz Sánchez, Dña. Soledad Pérez Rodríguez, D. Jesús María Ruiz García, Dña. María Flor Almón Fernández y Dña. María Luisa Bustinduy Barrero, del G.P. Socialista.

9-14/APC-000431. Comparecencia de la Excm. Sra. Consejera de Igualdad, Salud y Políticas Sociales, a fin de informar sobre las incidencias de la aplicación del Plan de Verano 2014 puesto en marcha por la Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales en los centros sanitarios andaluces y su repercusión en la atención sanitaria que reciben los andaluces, presentada por el G.P. Popular Andaluz.

PREGUNTAS ORALES

9-14/POC-000414. Pregunta oral relativa a hospital de día del área de salud mental de Huelva, formulada por el Ilmo. Sr. D. Manuel Baena Cobos, del G.P. Izquierda Unida Los Verdes-Convocatoria por Andalucía.

9-14/POC-000535. Pregunta oral relativa a Certificación de Competencias Profesionales, formulada por los Ilmos. Sres. D. Jesús María Ruiz García y Dña. María Luisa Bustinduy Barrero, del G.P. Socialista.

9-14/POC-000553. Pregunta oral relativa a garantizar la sostenibilidad, desarrollo y financiación de la dependencia, formulada por las Ilmas. Sras. Dña. Soledad Pérez Rodríguez y Dña. Carmen Martínez Aguayo, del G.P. Socialista.

9-14/POC-000587. Pregunta oral relativa a adjudicación transporte sanitario de urgencia, formulada por las Ilmas. Sras. Dña. Ana María Corredera Quintana y Dña. Patricia del Pozo Fernández, del G.P. Popular Andaluz.

9-14/POC-000590. Pregunta oral relativa a pago de la deuda a entidades sociales, formulada por la Ilma. Sra. Dña. María Rosario Soto Rico, del G.P. Popular Andaluz.

SUMARIO

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

PROPOSICIONES NO DE LEY

9-13/PNLC-000246. Proposición no de ley relativa a ingreso mínimo de solidaridad (pág. 6).

Intervienen:

Dña. María Rosario Soto Rico, del G.P. Popular Andaluz.

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

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

Votación: aprobada por unanimidad.

9-14/PNLC-000205. Proposición no de ley relativa a estrategia de atención a la salud de la infancia y adolescencia en Andalucía (pág. 14).

Intervienen:

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

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

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

Votación: aprobada por unanimidad.

COMPARECENCIAS

9-14/APC-000303. Comparecencia de la consejera de Igualdad, Salud y Políticas Sociales, a fin de informar sobre el grado de cumplimiento de los objetivos marcados en el Plan Integral de Diabetes de Andalucía 2009-2013, así como sobre el grado de redacción del nuevo plan y sus aspectos más destacados (pág. 22).

Intervienen:

Dña. María José Sánchez Rubio, consejera de Igualdad, Salud y Políticas Sociales.

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

DIARIO DE SESIONES DEL PARLAMENTO DE ANDALUCÍA

Núm. 289

IX LEGISLATURA

3 de septiembre de 2014

9-14/APC-000421. Comparecencia de la consejera de Igualdad, Salud y Políticas Sociales, a fin de informar sobre el balance de los dos planes para personas con discapacidad: II Plan de Acción Integral y I Plan de Acción Integral para mujeres con discapacidad en Andalucía (pág. 33).

Intervienen:

Dña. María José Sánchez Rubio, consejera de Igualdad, Salud y Políticas Sociales.

D. Alfonso Rodríguez Gómez de Celis, del G.P. Socialista.

9-14/APC-000431. Comparecencia de la consejera de Igualdad, Salud y Políticas Sociales, a fin de informar sobre las incidencias de la aplicación del Plan de Verano 2014 puesto en marcha por la consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales en los centros sanitarios andaluces y su repercusión en la atención sanitaria que reciben los andaluces (pág. 42).

Intervienen:

Dña. María José Sánchez Rubio, consejera de Igualdad, Salud y Políticas Sociales.

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

PREGUNTAS ORALES

9-14/POC-000535. Pregunta oral relativa a Certificación de Competencias Profesionales (pág. 51).

Intervienen:

Dña. María Luisa Bustinduy Barrero, del G.P. Socialista.

Dña. María José Sánchez Rubio, consejera de Igualdad, Salud y Políticas Sociales.

9-14/POC-000414. Pregunta oral relativa a hospital de día del área de salud mental de Huelva (pág. 55).

Intervienen:

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

Dña. María José Sánchez Rubio, consejera de Igualdad, Salud y Políticas Sociales.

9-14/POC-000553. Pregunta oral relativa a garantizar la sostenibilidad, desarrollo y financiación de la dependencia (pág. 58).

Intervienen:

Dña. María José Mateos Ortigosa, del G.P. Socialista.

Dña. María José Sánchez Rubio, consejera de Igualdad, Salud y Políticas Sociales.

DIARIO DE SESIONES DEL PARLAMENTO DE ANDALUCÍA

Núm. 289

IX LEGISLATURA

3 de septiembre de 2014

9-14/POC-000587. Pregunta oral relativa a adjudicación transporte sanitario de urgencia (pág. 62).

Intervienen:

D. Rafael Javier Salas Machuca, del G.P. Popular Andaluz.

Dña. María José Sánchez Rubio, consejera de Igualdad, Salud y Políticas Sociales.

9-14/POC-000590. Pregunta oral relativa a pago de la deuda a entidades sociales (pág. 68).

Intervienen:

Dña. Ana Vanessa García Jiménez, del G.P. Popular Andaluz.

Dña. María José Sánchez Rubio, consejera de Igualdad, Salud y Políticas Sociales.

Se levanta la sesión a las catorce horas, cincuenta y ocho minutos del día tres de septiembre de dos mil catorce.

9-13/PNLC-000246. Proposición no de ley relativa al ingreso mínimo de solidaridad

La señora MARTÍNEZ AGUAYO, PRESIDENTA DE LA COMISIÓN

—Bien. Si les parece a sus señorías, a los que doy la bienvenida a este nuevo periodo de trabajo, vamos a dar comienzo a la comisión del día de hoy y a su orden del día.

Y lo primero que tengo que aclarar es algo que ya conocen, y es que, previo a la comisión, la Mesa ha declarado que no se pueden admitir cuatro enmiendas que presenta el Grupo Parlamentario Socialista a la primera PNL porque, por diferentes circunstancias no achacables a ninguna... vamos, a esto de las meigas, a veces, a la vuelta de vacaciones que hacen alguna pifia, pues, han sido presentadas fuera de plazo.

Quede esto claro como punto de partida, y sin más comentarios, si les parece, comenzamos con el primer punto del orden del día.

Primer punto del orden del día —si encuentro el orden del día oficial— son las proposiciones no ley. Y la primera que debatimos es la proposición no de ley relativa al ingreso mínimo de solidaridad a propuesta del Grupo Parlamentario Popular. ¿Correcto? Que recuerdo es aquel... Sí, que recuerdo que es a la que se le han hecho las cuatro enmiendas que no han sido admitidas.

Y sin más, tiene la palabra la portavoz del Grupo Parlamentario Popular, la señora Soto.

¿Está todo correcto?

La señora SOTO RICO

—Sí. Gracias, señora presidenta.

Sí, desde el Grupo Parlamentario Popular... Bueno, también darles la bienvenida a todos los compañeros, y que esperemos que en verano pues por lo menos hayan descansado sus señorías y hayan disfrutado de la familia.

Nosotros, respecto a las cuatro enmiendas que ha presentado el Grupo Socialista —quería empezar por ahí—, efectivamente, se presentaron fuera de hora en el registro de entrada. Pero nosotros, entendiendo, entendiendo que la voluntad era de presentarla en tiempo, porque la forma sí ha sido la correcta, y habiendo consensuado con el Grupo Socialista, que si no, la iba a tramitar *in voce*, pues vamos a admitirla *in voce*, puesto que la intención era presentarla y se registraron, aunque unos minutos fuera de hora, de tiempo, y quería aclarar esa cuestión.

La iniciativa que trae hoy el Grupo Popular es respecto al ingreso mínimo de solidaridad, conocido en Andalucía como «el salario social». Desde el Partido Popular entendemos que, bueno, que tras treinta años de gobierno socialista en nuestra comunidad autónoma, y ahora cerca de tres años de un gobierno socialcomunista, Andalucía es de las comunidades autónomas con mayores índices de paro y de pobreza no solamente de toda España sino, lamentablemente, también de Europa. Estos son datos indicadores, no propios del Partido Popular, sino estudios que se han hecho a nivel nacional e internacional.

Un tercio de la población de andaluces viven, lamentablemente, por debajo del umbral de la pobreza, y la exclusión social está afectando desde hace unos años a personas y a familias; está afectando también no so-

lamente a esas familias que viven o han vivido, lamentablemente, en esa exclusión social de forma reiterada, sino también está afectando, lamentablemente, a personas y a familias que nunca se habían visto obligadas a tener que recurrir al sistema de protección social de nuestra comunidad autónoma.

Ante esta situación, a priori entiendo que todos... o entendemos desde el Grupo Popular que todos los partidos políticos estamos de acuerdo en que urge tomar medidas que palien la situación, la grave situación de exclusión social y de pobreza que están sufriendo miles de familias en nuestra comunidad autónoma.

Y digo que entiendo a priori que todos estamos de acuerdo, porque en esta sede, en sede parlamentaria, se ha puesto en marcha un grupo de trabajo para el estudio de una posible puesta en marcha, valga la redundancia, de la renta básica. Lo que ocurre es que nosotros entendemos, desde el Grupo Popular, que esto no es suficiente. No es suficiente estudiar la posibilidad de poner o no poner en marcha en Andalucía la renta básica, ni es suficiente a todas luces, con datos en la mano, que ahora ofreceré, la cantidad presupuestada año tras año; aunque es cierto que en el último año ha habido un pequeño incremento, o un incremento, no es suficiente para resolver la situación que tantas familias están sufriendo de exclusión social y de pobreza.

Por eso, nosotros traemos de nuevo esta iniciativa en sede parlamentaria. Entendemos que el salario social debe ser recibido por las familias que lo solicitan y tienen derecho, según la propia regulación autonómica, para percibirlo. Y sin embargo el salario social está paralizado, su tramitación, mes tras mes tras mes.

En las delegaciones provinciales no se celebran las juntas para aprobar y dar cursos a la percepción de este recurso, de esta herramienta, que por otra parte es la única herramienta que existe ahora mismo en nuestro sistema de protección para atender a estas familias en necesidad extrema. Nosotros entendemos que es necesario agilizar el trámite y dar respuesta a estas familias con urgencia.

La presidenta de la Junta de Andalucía, en unas de sus primeras intervenciones públicas tras ser nombrada presidenta de nuestra comunidad autónoma, y tras una reunión con todos los colectivos del sector social, hizo una promesa públicamente. La presidenta de la Junta de Andalucía prometió, en el Palacio de San Telmo, a todos los andaluces que en un periodo como máximo de dos meses se haría efectivo el pago del salario social a todas aquellas personas que lo hubieran solicitado y que se hubiera admitido a trámite en esa... que ese trámite duraría... que tuvieran derecho, que ese trámite duraría un máximo de dos meses. Sin embargo, a la fecha, pues, esa tramitación llega a durar hasta nueve meses, nueve meses de retraso.

Insisto, por todo lo que hemos planteado desde mi grupo, entendemos que se hace necesaria la agilización en la tramitación, y que los andaluces y andaluzas que tienen derecho perciban este salario, insisto, único instrumento que hay ahora mismo en el sistema de protección social para hacer frente a sus necesidades, lo perciban en el plazo que marca la regulación vigente, que es un plazo no superior a dos meses.

Muchas gracias.

La señora MARTÍNEZ AGUAYO, PRESIDENTA DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señora Soto.

Señor Baena.

El señor BAENA COBOS

—Sí, bueno, empezar, si acaso, recordando que supuestamente las administraciones garantizan la satisfacción de los derechos, y que el principal derecho es el derecho a la vida. Un derecho que no se puede sustanciar si no se dispone de los ingresos suficientes para garantizar el techo, la comida, la educación, etcétera.

Por tanto, en una situación de emergencia social, como la que estamos viviendo, con unas cifras a las que han hecho referencia antes respecto al paro, respecto a la población bajo el umbral de la pobreza, respecto a la infancia y la pobreza, etcétera, parece que una de las obligaciones que tendríamos que cumplir, desde el Parlamento andaluz y desde la Junta de Andalucía, sería garantizar que al menos todos los andaluces dispusieran de los medios suficientes para garantizar una vida que pudiera ser efectiva.

Estoy de acuerdo con la señora Soto en que la solución a esto tendría que venir dada por la renta básica, pero también estoy de acuerdo en que la lentitud con la que se está planteando la aparición de esa figura en Andalucía, pues, es posible que la haga... que no la haga servible, que no la haga útil en estos momentos, y que, por tanto, pues tiremos del único medio del que disponemos aquí para contribuir en alguna medida a la economía de las familias en situación desesperada, y que es el del salario social.

Por tanto, yo creo que han sido muchas intervenciones a lo largo de estos dos años en las que se ha hecho alusión, por parte de todos los grupos, a la necesidad de agilizar la tramitación y, sobre todo, agilizar la concesión de esta ayuda para las familias. Y no creo que podamos decir nadie que nos oponemos a que se garantice un periodo razonable de tiempo para acceder a estas prestaciones.

Hay un tema que sí que me preocupa, tanto con respecto a la PNL como con respecto a las enmiendas que se han planteado, y es la que hace referencia a la prioridad de contratación para las personas que estén disfrutando de este salario social. Lo digo porque se está produciendo en la mayoría de las poblaciones este problema: personas que dicen, bueno, voy a trabajar 15 días, ¿voy a renunciar a una prestación que me ha costado nueve meses conseguir? No sé hasta qué punto estamos contribuyendo a mejorar la situación de estas familias, obligándolos a aceptar 15 días de trabajo, que no van a solucionarles nada, frente a la posibilidad de seguir disfrutando de este salario social.

Entiendo que debíamos ir pensando, progresivamente, en que todas estas cantidades que se destinan a puestos de trabajo que no consiguen, en absoluto, garantizar la viabilidad de la vida de esas familias, pues se destinará, precisamente, a garantizar que iban a disponer de un salario social, de una renta básica que les permitiera aguantar hasta el momento en que la situación revirtiera, si es que revierte en alguna ocasión. De lo contrario, vuelvo a insistir en que vamos a provocar muchos desaguisados, fundamentalmente del entorno rural y de las ciudades medias, en las que hay personas para las que constituye una tragedia que las llamen para trabajar 15 días y tener que renunciar y saber que, después de esos 15 días, vuelven a tener de nuevo que iniciar un trámite que por la parte más corta les va a costar eso, los nueve o diez meses de nuevo sin ningún tipo de ingresos.

Por lo tanto, yo creo que deberíamos plantearnos esto con algún tipo de flexibilidad para evitar que se produzca esa pérdida de ingresos reales en familias que ya habían conseguido acceder a ella.

Muchas gracias.

La señora MARTÍNEZ AGUAYO, PRESIDENTA DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias.

Señora Pérez.

La señora PÉREZ RODRÍGUEZ

—Sí, gracias, presidenta.

En primer lugar, agradecer a los dos grupos parlamentarios, tanto al Grupo Popular como al Grupo de Izquierda Unida, pues que tengan a bien aceptar estas enmiendas *in voce*, puesto que, efectivamente, pues es causa imprevisible, pues, se presentaron unos segundos fuera de plazo.

Pero, realmente, el interés del Grupo Socialista era registrarlas en tiempo y forma, y el interés era analizar en profundidad una proposición no de ley, que nos parece interesante en su contenido, que nos parece imprescindible este debate. No obstante, fue este mismo grupo el que propuso el Grupo de Trabajo de Renta Básica. Además, hay que reconocer que aprobado por unanimidad, por los tres grupos y que, por lo tanto, estamos trabajando, los tres grupos políticos de esta Cámara, estamos trabajando por esa renta básica.

Pero, además de trabajar por esta renta básica, no queremos ocultar una realidad. La renta básica, siendo necesaria, no nos debe hacer evitar que tengamos que seguir dando pasos y avanzando, y así lo está haciendo el Gobierno socialista cuando en el año 2013 aprueba un decreto de medidas extraordinarias y urgentes, donde se contemplan medidas extraordinarias de financiación, precisamente para el salario social. De nuevo se presenta un nuevo decreto en el año 2014, se incorporan también nuevas medidas que prevén la puesta en marcha de medidas a favor del empleo de estas personas, porque tampoco nos gustaría, aunque hay que tomar nota de las palabras del portavoz de Izquierda Unida, que me parece muy coherente la reflexión. Pero también hay que hacerle un llamamiento a la ciudadanía andaluza de que tenemos que luchar por el empleo de las personas que están sin ninguna prestación y no solamente conseguir prestaciones porque todo el mundo esté en desempleo.

No debemos olvidarnos de que también existe una obligación por parte del Gobierno central de seguir manteniendo las prestaciones por desempleo de familias para que no entren en la exclusión social y no entremos los servicios sociales cuando realmente estamos teniendo problemas de cobertura del sistema de Seguridad Social. Sistema que, por cierto, este año va a tener 5.000 millones de financiación no gestionada, que no va a tener que gestionar en prestaciones por desempleo, porque cada vez son menos las personas que perciben esas prestaciones y cada vez son menos las cuantías de quienes las perciben, porque también agotan los tiempos de desempleo.

Por lo tanto, este es un círculo complejo, donde estamos no solamente la Junta de Andalucía, sino donde también está implicado el Gobierno de España y donde también están, quiero recordar, los ayuntamientos andaluces. Porque la primera parte de la puerta de entrada del salario y gran parte del tiempo que se invierte en resolver un salario está también en los expedientes en los ayuntamientos andaluces que tramitan, previamente, los informes sociales antes de remitirlos a las comisiones de evaluación.

Por lo tanto, lo que queremos decir, desde el Grupo Socialista, es que este es un trabajo muy complejo, no es fácil de resolver, no es fácil decir, simplemente, que se pague en un periodo de un mes, dos meses o tres meses, porque, bueno, a partir de cuándo se cuentan esos dos meses y para cuántas administraciones y para quién y con qué expedientes completos y con qué requisitos. Y nos estamos encontrando con que, efectivamente, las solicitudes se duplican, que se presentan cada vez más solicitudes, que también se resuelven cada vez más solicitudes con más beneficiarios, que se han ampliado los créditos de la Junta de Andalucía en más del 25% y que este año hemos tenido, incluso, una ejecución, el año pasado y en lo que va de año, una ejecución muy superior a la prevista, con algo más de cien millones de euros de ejecución de salario, cuando, normalmente, en los periodos previos de la crisis o en los primeros años de la crisis rondábamos los 40, 50, 60 millones, como máximo, de gasto para esta prestación.

Por lo tanto, el sentido de las enmiendas *in voce* que presenta el Grupo Socialista es, contemplando el sentir de la proposición no de ley, que compartimos, del Grupo Popular y que «se sigan adoptando medidas administrativas tendentes a agilizar la concesión del ingreso mínimo». De hecho, en algunas provincias se ha puesto personal de refuerzo de la Administración de la Junta para poder resolver en el tiempo más rápido posible. Pero, insisto, no solamente compete a la Administración de la Junta, también compete a los ayuntamientos.

Por supuesto, una segunda enmienda de modificación, que sería: «Seguir adoptando las medidas administrativas que permitan esa agilización en los pagos».

Porque, efectivamente, esas serían las dos enmiendas de modificación de los puntos 1 y 2 de la proposición del Grupo Popular e incorporaríamos también dos enmiendas de adición, de dos nuevos puntos; en concreto, una: «Seguir poniendo en marcha medidas para que las personas beneficiarias del programa del salario que tengan propuestas ya favorables tengan prioridad en las ofertas de empleo». Tal y como ya aparece en el Decreto 9/2014, de 15 de julio, del programa Empleo 30+.

Pensamos que es una buena opción que otras consejerías de la Junta de Andalucía, cada vez que incorporen una medida de fomento del empleo, prioricen a las personas que ya tienen solicitada y pendiente de resolución favorable o ya resuelta esta prestación, porque no hay mejor pago que a través el empleo.

Y también un último punto de adición: conseguir también y seguir poniendo en marcha medidas para que la inclusión del empleo, tal y como establece el decreto del año 2014, de Medidas Extraordinarias y Urgentes de Inclusión Social, incorpore programas de inclusión, a través del empleo, con contratos vinculados a ese salario mínimo de solidaridad.

Es la primera vez que se hace en Andalucía esta medida, una medida que todavía no podemos analizar, pero entendemos que es una buena línea de trabajo que los tres grupos políticos podamos decir aquí, alto y claro, que no solamente queremos dar prestaciones sociales, que también, porque la gente lo está pasando mal y no podemos ser insensibles a la necesidad que tienen las familias, pero que todo pasa por conseguir mejor y más empleo para las familias que lo que necesitan, realmente, es un contrato.

Si hay que limar determinados puntos para que, efectivamente, eso no se vea mermado con prestaciones sociales, pues seguiremos trabajando en esa línea, porque nos parece la línea de trabajo adecuada y, por lo tanto, pues les pedimos al resto de los grupos que apoyen esta enmienda y volver a agradecer el tono del debate. La complejidad del mismo se merece un tono riguroso, porque no es un debate fácil de acometer y no

puede ser un debate simplista; es un debate complejo, riguroso, y ojalá consiga suficiente apoyo, una unanimidad por parte de los tres grupos.

Y gracias, de nuevo, a los dos grupos por aceptar la enmienda *in voce*.

Gracias.

La señora MARTÍNEZ AGUAYO, PRESIDENTA DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias.

Señora Soto.

La señora SOTO RICO

—Gracias, señora presidenta.

Vamos a ver, entendemos, efectivamente, yo creo que estamos los tres grupos de acuerdo en que es un debate complejo. Es un debate complejo porque, detrás de este debate, lo que todos buscamos son soluciones para esas personas que lo están pasando pues gravemente mal.

Nosotros hemos decidido traer esta iniciativa hoy al Parlamento porque, efectivamente, es una cuestión compleja, pero entendemos que hay solución. Entendemos que hay solución porque con la partida presupuestaria de salario social al día de hoy..., que podía ser mayor, pero con la partida del día de hoy se les podría estar dando respuesta a muchos andaluces. Lo que ocurre es que la tramitación es tan, tan, tan lenta, tan lenta, que una decisión de la consejería que tramita estos expedientes..., que no se les está dando respuesta a los andaluces. ¿Por qué digo esto? Porque yo entiendo que la señora Pérez diga que la tramitación es compleja y que no es cuestión de decir un mes o dos o tres, es que fue la presidenta de la Junta de Andalucía la que dijo dos meses, y lo dijo públicamente.

Pero es que además la orden que regula el salario social en nuestra comunidad autónoma habla de dos meses. Pero es que además que, efectivamente —usted también lo ha dicho, señora Pérez—, los ayuntamientos son un pilar fundamental para la tramitación del salario social..., los ayuntamientos están haciendo sus deberes, sus deberes. Y es en las delegaciones provinciales donde se están paralizando los expedientes sine día no sabemos por qué, no sabemos por qué. El caso es que los expedientes llegan a las delegaciones provinciales, se paralizan en las delegaciones provinciales y se convocan las comisiones para aprobar los expedientes nueve meses después.

El salario social de nuestra comunidad autónoma es el más pobre de toda España. Se da durante seis meses a los andaluces y la prórroga máxima es de dos años. Eso no ocurre en ninguna comunidad autónoma. Pero es que, además, fíjense ustedes que si se paralizan nueve meses los expedientes en las delegaciones provinciales, esas familias, que es el único recurso que tienen, no lo tienen, no lo tienen. Están viviendo de la caridad de las ONG, de que las ONG les den a las familias la leche en polvo para que tomen sus hijos o los alimentos para sus hijos. Entonces, entendemos que de buena voluntad..., que a lo mejor es que ocurre algo que se nos escapa. Permítame la terminología, a mi grupo, al Grupo Popular, desde la oposición..., igual está ocurriendo algo que está frenando la tramitación de los expedientes en las delegaciones provinciales.

Por eso, nosotros entendemos que es el momento de traer esta iniciativa para dar ese impulso al Gobierno, y que tramiten los expedientes porque el presupuesto está, el presupuesto está.

Usted ha dicho que del salario social en el año 2013 se ejecutaron cien millones de euros, cien millones de euros sumando año 2012 y principios del año 2013. Es que vamos con nueve meses, con un año de retraso, pero es que las familias no pueden esperar, es que las familias no pueden esperar. Por eso, nosotros entendemos que tenemos que apremiar y que con la mayor celeridad posible hay que darles a estas familias ese derecho que tienen, ese derecho que tienen, que es el salario social, que está solicitado, está tramitado en las entidades locales y está paralizado en las delegaciones provinciales. Y esa es nuestra intención.

Hablamos de la renta básica. Yo creo que es mejor, bueno, pues que en esta comisión no hubiéramos hablado de la renta básica, porque es verdad que todos estamos trabajando en un grupo de trabajo. Es verdad que la intención es analizar si es posible o no la puesta en marcha de la renta básica en Andalucía, pero también es verdad que es una promesa del Partido Socialista desde el año 2008, 20 años de promesa, que es una exigencia, lo lleva exigiendo Izquierda Unida esos mismos 20 años, que el Partido Popular presentó una proposición no de ley en pleno exigiendo la puesta en marcha de la renta básica, y que ustedes la denegaron y lo que pidieron fue un grupo de trabajo para estudiar la posibilidad. Y también es verdad que lleva gobernando el Partido Socialista con Izquierda Unida en nuestra comunidad autónoma tres años y llevamos tres años perdidos respecto a la renta básica.

Miren ustedes, nosotros... Nuestra intención es agilizar los trámites con respecto al salario social, y nuestra intención es que esas personas que tienen derecho, habiendo una partida presupuestaria con consignación para poder hacer efectivo el derecho de los andaluces respecto al salario social..., es que se aprueben las ayudas y lleguen a las personas que las necesitan hoy. Hoy lo están necesitando. Y esa es nuestra intención.

Respecto a las enmiendas, bueno, yo entiendo que se va a presentar nuestra..., que se va a aprobar, perdón, la propuesta que nosotros hemos hecho, con los puntos que nosotros hemos hecho. Si no es así, por favor, corrijanme. Y, respecto a las enmiendas que ha presentado el Grupo Socialista, pues la primera y la segunda entendemos que, bueno, es que..., que se sigan adoptando medidas administrativas necesarias para agilizar es que se..., no podemos aceptarlas. Sería, en todo caso, que se pongan en marcha medidas administrativas o las medidas que marca el reglamento, la ley, en nuestra comunidad autónoma para agilizar el trámite y conceder la ayuda.

Respecto a la enmienda de conseguir la inclusión a través del empleo, o sea, poner en marcha medidas con el fin de conseguir inclusión al empleo, que en este respecto van dos y se vinculan al decreto de exclusión social, nosotros no tenemos ningún problema de admitirlo. Lo que sí... Con una precisión, o dos, mejor dicho. Por una parte, decir que, bueno, se ha vendido como novedad del decreto de exclusión social los programas de empleo vinculados al salario social y se han consignado dos millones de euros —dos millones de euros— para 30.000 o 50.000 personas que deberían tener ese derecho. Nosotros lo que entendemos es que habría que incrementarlo. Pero es que, además, esto no es una novedad, dentro de la propia orden que regula el salario social en nuestra comunidad autónoma... Desde hace 15 años se vincula la concesión del salario social a itinerarios laborales. No es una novedad, lo que pasa es que no se está cumpliendo, pero bueno. Nosotros estamos de acuerdo con esta enmienda siempre que sea un trabajo..., que se incrementen las medidas de contratos estables, porque nosotros sí que estamos de acuerdo con el Grupo de Izquierda Uni-

da. ¿Esos contratos de cuánto son, de 15 días, de un mes, de dos meses? ¿Si una persona está trabajando..., una persona que tiene derecho al salario social durante seis meses trabaja 15 días ya pierde el derecho a ese salario social? Entonces, nosotros estamos de acuerdo en que se consigan esos itinerarios laborales o la inclusión del empleo de las personas que tienen derecho al salario social, pero que sea un empleo estable, no un empleo ni de 15 días ni de un mes.

Con esta salvedad, si se incluye en la enmienda 2 *bis* que sean contratos estables, nosotros no estamos..., no tenemos ninguna objeción sino todo lo contrario, porque, siempre lo hemos dicho en todos los lugares donde hemos tenido voz, que nosotros entendemos que la mejor manera de luchar contra la crisis es la creación de empleo, solo a través del empleo se puede luchar contra la crisis y se puede dignificar a las personas, ¿no?, porque las personas lo que quieren en nuestra comunidad autónoma, como en el resto de España, es trabajar, no ir a una Administración o a otra a solicitar una ayuda. Los ciudadanos lo que quieren es empleo, y si no hay empleo, pues, ayudas, pero ayudas estables.

Gracias.

La señora MARTÍNEZ AGUAYO, PRESIDENTA DE LA COMISIÓN

—Bien.

9-14/PNLC-000205. Proposición no de ley relativa a estrategia de atención a la salud de la infancia y adolescencia en Andalucía

La señora MARTÍNEZ AGUAYO, PRESIDENTA DE LA COMISIÓN

—Pues, sustanciado este punto del orden del día, pasamos al siguiente, la proposición no de ley relativa a la estrategia de atención a la salud de la infancia y adolescencia en Andalucía.

Para defender esta proposición no de ley, tiene la palabra el Partido Socialista.

Señor Ruiz, tiene la palabra.

El señor RUIZ GARCÍA

—Gracias, señora presidenta. Buenos días a todos, y es un placer volverles a saludar después del paréntesis veraniego.

Las políticas dirigidas a la infancia son, y deben ser, y en Andalucía especialmente han sido, prioritarias para el Gobierno, y muy especialmente el área de salud, que, posiblemente, junto con la educación, deben ser los elementos prioritarios de atención en el desarrollo de los niños desde su nacimiento hasta su posterior adolescencia y juventud.

Por eso en Andalucía, especialmente en el área de salud, se han priorizado siempre las políticas dirigidas precisamente a la salud infantil, a la población infantil. Ya desde que en el año 1985 se publicó el primer decreto de atención materno infantil hasta la actualidad se han ido actualizando, se han ido manteniendo, se han ido innovando, estableciendo programas de salud infantil relacionados con las evidencias científicas, con los contextos sociales, con las necesidades familiares y con los avances tecnológicos.

En los años noventa, se puso en marcha un programa importantísimo, como es el programa de atención a la salud infantil, que supuso, desde luego, un hito, el conocido como «programa del niño sano», que todos los que hemos sido o somos padres hemos conocido, y que establecía actividades de carácter preventivo, fundamentalmente de promoción de la salud, con..., muy estructuradas en visitas por cortes de edades, con estrategias importantísimas de captación para aquellas familias que en ese momento tenían dificultades para acudir o para acceder a la información; por tanto, con intervenciones muy específicas en situaciones de riesgo social. Y ese programa, a su vez, desarrolló subprogramas que siguen aplicándose en la actualidad, como la detección precoz de metabopatía, el programa de las vacunaciones, importantísimo, el de salud escolar, etcétera.

De modo que el impacto, evidenciado en los últimos años de este programa, ha sido excepcional, es decir, se ha mostrado como clínicamente efectivo, porque ha mejorado el diagnóstico precoz de las alteraciones estructurales, de las nutricionales, del crecimiento, ha mejorado el desarrollo sicomotor. Se han ido evitando, previniendo, por tanto, deficiencias que en algunos casos han desaparecido totalmente o en otras se han reducido a brotes localizados. El primer caso, la rubeola congénita, la poliomielitis, la difteria, tétanos, etcétera. Y, en paralelo, se ha ido avanzando en la adecuación de las estructuras del nivel de atención especializada de nuestros hospitales. Se han adaptado los entornos físicos y se ha desarrollado también otro tipo de

programas; por cierto, con una fuerte, con una gran implicación y, en muchos casos, yo diría que incluso liderazgo por parte de los profesionales. Se han desarrollado áreas muy específicas para los niños, para su formación, para el empleo del tiempo libre, para su interrelación, como, por ejemplo, el programa del Mundo de Estrellas, a través de las nuevas tecnologías. Se ha incorporado también como beneficiarias a las familias, a las madres con los hoteles de madres, con introducción de los cuidados canguro, etcétera.

Y, posteriormente, se han llevado a cabo otro tipo de programas o en paralelo, como el programa de Salud Bucodental, importantísimo. Ha sido Andalucía una comunidad pionera en este ámbito. Y programas de humanización en la atención perinatal, tanto en el ámbito, especialmente este último, de la atención especializada, como decía, en el caso del programa de Salud Bucodental, muy centrado en la atención primaria, aunque con algunas repercusiones también en los hospitales.

Y también se han introducido redes de equipos profesionales.

En cualquier caso, se ha puesto de manifiesto que el reconocimiento de los derechos de los niños en materia de salud pública ocupa, debe ocupar un lugar prioritario en la atención sanitaria y en el diseño y planificación y desarrollo de los servicios sanitarios.

En estas tres décadas, además, el impacto desde el punto de vista epidemiológico ha sido muy positivo, ha mejorado la supervivencia infantil, fundamentalmente, y el conjunto de la movilidad, como antes me he referido, pero es verdad que en paralelo, y muy especialmente en los últimos años, la complejidad de las sociedades contemporáneas está generando profundas inequidades y, sobre todo, importantes cambios en el perfil de la salud infantil, y muy especialmente en estos últimos años un elemento emergente como son los factores de vulnerabilidad y de riesgos para la salud.

Por tanto, existen riesgos para el desarrollo de enfermedades, nuevos riesgos como la obesidad, la diabetes, secuelas de prematuridad, por no hablar del maltrato infantil o los trastornos mentales.

Son ellos desafíos que nos obligan a un nuevo abordaje de las políticas vinculadas por la salud pública orientada a los niños. Eso sin hablar de los efectos de pobreza y exclusión, que se ha hecho referencia en la iniciativa anterior y que en esta comisión se hace referencia permanentemente.

En España hay casi veintitrés millones de niños con riesgo de pobreza, con riesgo de exclusión y riesgo de pobreza. Por tanto, sin olvidar el marco sanitario, nos enfrentamos a unos nuevos retos que exigen abrir la mirada hacia otras políticas, disponer, por tanto, de un marco estratégico adecuado, al igual que el anterior, pero más actualizado a los nuevos tiempos, y, por tanto, incorporar nuevas evidencias, tanto desde el enfoque de los derechos de la infancia mirando las desigualdades, considerando los contextos estratégicos, etcétera.

Desde el punto de vista exclusivamente de los datos que tenemos sobre la infancia, en general, podemos decir que tanto, como he dicho antes, la tasa de mortalidad infantil, como las consultas de pediatría, fundamentalmente, y muy especialmente en el área, por ejemplo, de salud mental infanto-juvenil, en cuanto a la salud sexual y reproductiva presentan indicadores muy favorables, pero, como decía antes, esos indicadores no nos pueden hacer olvidar que existen riesgos, en algunos casos como consecuencia de la nueva estructura de la sociedad y, en otros, como consecuencia de un empobrecimiento y de un aumento de las desigualdades económicas y sociales existentes actualmente en nuestro país y en otros países.

Por ello presentamos, este grupo presenta una iniciativa en la línea con el pacto de Estado que ha ofrecido muy recientemente, el Pacto de Estado por la Infancia, que ha ofrecido muy recientemente Unicef para

establecer, para desarrollar, redactar una estrategia de atención a la salud de la infancia, con una visión que, aunque esté fundamentada en el área de salud de los niños e integrada en ella, también tenga en cuenta o aborde nuevas realidades sociofamiliares, perspectivas intelectuales, así como el enfoque de derechos de la infancia, un enfoque político pero, desde luego, con un fuerte compromiso social. Iniciativa que deseamos y esperamos que sea apoyada por el resto de grupos políticos.

Muchas gracias.

La señora MARTÍNEZ AGUAYO, PRESIDENTA DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias.

Señor Baena.

El señor BAENA COBOS

—Bueno, he de reconocer el esfuerzo que se ha hecho en Andalucía con respecto a la atención a la salud de la infancia desde, prácticamente, el inicio de la autonomía, desde que conseguimos las competencias en materia sanitaria, ¿no?

Es evidente también que actualmente estamos viviendo una situación que determina unas circunstancias distintas para el desarrollo de la vida de esta infancia y que exige por parte de la Administración una adecuación de sus instrumentos a la situación actual y una revisión de lo que se ha venido haciendo hasta ahora. Yo he oído antes al señor Ruiz hablar del programa de Salud Infantil, el programa de El Niño Sano y querido recordar algo que hemos venido diciendo en numerosas ocasiones, ¿no?, que hablar de consultas del Niño Sano es hacer una paradoja: si está sano, ¿para qué va a la consulta? Esa consulta de El Niño Sano yo creo que es el momento de replanteársela, es una consulta que problematiza más que empodera a las familias con respecto a la salud de sus hijos. Como en alguna ocasión hemos descrito, después de pesar y medir al niño las madres se van preocupadísimas porque no están en el percentil 83 o en el percentil 105, y eso pues no tiene remedio, además, porque, además, es que no tiene remedio y le supone una gran preocupación. Y entendemos que debía ser solucionado vía grupos de trabajo de madres aleccionadas por matronas, que para eso están, que podrían contribuir bastante más a una atención no problematizada de la salud de los niños. Los niños, en unas condiciones normales, lo normal es que se desarrollen de manera adecuada, y salvo en casos muy excepcionales aparecen eventos que pueden afectar a su salud.

Recordamos también el hecho de que son las condiciones de vida el factor más importante para garantizar la salud de las personas, con una influencia mucho más notable que del aparato sanitario que disponga cualquier país. Por tanto, es precisamente esto lo que nos debe llevar a replantearnos un poco, a estudiar de nuevo el abordaje de la salud infantil teniendo en cuenta que los efectos que se están produciendo, o sea, que los efectos que está produciendo la crisis sobre la infancia se van a reflejar en patologías que veremos dentro de diez o quince años, porque están significando ya pues una nutrición no adecuada en muchísimos casos, unas condiciones de higiene y de viviendas que no son tampoco las aconsejables y que eso va a tener una repercusión clara en la salud de la infancia. Los pasos que demos antes para corregir

esas situaciones será dinero que estamos ahorrando dentro de diez o quince años para atender las patologías causadas por esa cuestión.

Por lo tanto, desde este punto de vista, desde el punto de vista de que llega un momento exigido por la situación externa, la situación social en la que se vive y con un bagaje lo suficientemente amplio como para replantearnos lo que hemos venido haciendo, que volvamos a coger el tema de la salud infantil y que lo planteemos de nuevo con unas nuevas exigencias, con una nueva metodología y con una voluntad que no se duda que se tenga de enfrentar todas aquellas medidas que sean necesarias para contribuir a que la salud del mañana, de los adultos del mañana, no esté condicionada por las dificultades sociales de supervivencia en el momento actual.

Muchas gracias.

La señora MARTÍNEZ AGUAYO, PRESIDENTA DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señor Baena.

Señora portavoz del Grupo Parlamentario Popular, señora Espinosa.

La señora ESPINOSA LÓPEZ

—Sí. Gracias, señora presidenta.

Yo creo que estamos ante otra iniciativa del Grupo Parlamentario Socialista traída para ocupar cupo más que para solucionar problemas de los andaluces. Y esta iniciativa es así porque es otra de tantas de las que nos tienen acostumbrados.

A mí me ha llamado la atención que se hayan reflejado en la iniciativa dos decretos: el primer Decreto de Salud Materno Infantil de 1985 y que también se haya hablado del posterior Decreto 246/2005, como antecedentes de este plan que presenta ahora aquí el Partido Socialista, y sin embargo no se haya hecho ninguna evaluación sobre el logro de estos dos decretos de la Junta de Andalucía, gobernada por el Partido Socialista. Pero yo le cuento yo a lo que se han dedicado estos decretos.

El Decreto 219/1985, de 9 de octubre, tiene cuatro artículos, y en estos cuatro artículos se viene a decir que la atención materno infantil se prestará en los centros de atención primaria... Pues, como se venía prestando ya en aquella época y como se continuaba prestando. La novedad del Decreto 219/1985, en cuando a la salud infantil, es que se incluirá la planificación familiar en colaboración con los centros de asesoramiento a la mujer en los centros de atención primaria.

En la siguiente norma, antecesora de este magnífico plan que se trae aquí ahora por el Grupo Parlamentario Socialista, que no hace otra cosa que ser altavoz de algo que ha anunciado ya la consejera, es el siguiente decreto. El siguiente decreto lo que hace..., el segundo, el del año 2005, es crear el Consejo de Salud de las Personas Menores de Edad en Andalucía. Este consejo tiene como objeto, como misión fundamental —que es muy importante— la misión de proponer a la consejería medidas y propuestas para mejorar la atención sanitaria de las personas menores de edad. Y claro, desde el 2005 al 2014, todavía no le conocemos ni una sola propuesta, ni muchísimo menos que se haya ocupado o preocupado de la falta de pediatras, de la

falta de camas, de la falta de salas de espera de pediatría, de tantas cosas que faltan en la sanidad y en los servicios sociales andaluces para mejorar la atención que reciben los menores, que, como ustedes comprenderán, después de ver todo esto, y que el portavoz del Grupo Parlamentario Socialista se ha olvidado de los magníficos logros de los antecesores del plan que se trae aquí ahora, pues que nosotros digamos, pues claro, ya estamos en lo que estamos, en cubrir el cupo en la comisión y en el autobombo.

Y es que la pediatría andaluza descansa mayoritariamente sobre médicos de atención primaria, no sobre pediatras. El 35% de los pediatras, en teoría, entre comillas, de Andalucía son realmente médicos de atención primaria. Y eso no es una atención especializada por mucho que se diga y que se quiera confundir en Andalucía. La gran mayoría de los centros de atención primaria en Andalucía son los que no tienen ni pediatra ni tan siquiera salas de espera de pediatría.

El programa de niño sano, al que se ha referido el portavoz de Izquierda Unida, la consulta de niño sano, con todas las deficiencias que tiene, además en verano queda de facto paralizado, pues porque no se abren los centros de salud o porque no se sustituyen las personas encargadas del programa de niño sano. Es decir, en verano, lo poco que hay ni está. Y eso es así y es una realidad.

En Andalucía, por tanto, podemos concluir que, en el momento de presentación de esta magnífica estrategia, todavía no tenemos una red comunitaria de pediatría lo suficientemente potente como la que tendría que tener ya Andalucía a estas alturas.

Y esto se ve cada día en la prensa, en las cajas de los padres, lo ponen de manifiesto los profesionales y lo pone de manifiesto también el defensor del Pueblo en sus informes anuales, año tras año, año tras año. Quejas por falta de medios, quejas por clausura de centros de protección de menores, quejas por falta o por listas de espera desmesuradas para la atención del especialista a los niños, mal funcionamiento de los servicios de protección de menores; etcétera.

Y, ante esta realidad, a nosotros nos gustaría que esta iniciativa, de verdad, se formalizara en algo real, que la acompañaran unos objetivos, que la acompañara un presupuesto, que la acompañaran unos plazos para conseguir esos objetivos. Pero ustedes no van a hacer nada de eso. Eso ya lo sabemos nosotros.

Yo me atrevería a pedirles que en esta iniciativa nos pusieramos todos de acuerdo y negociáramos unos objetivos, negociáramos un presupuesto, negociáramos unos plazos. ¿Y para qué? Pues para qué va a ser, para que no ocurra como con las normas a las que se hacen referencia en las propias iniciativas. Para que no ocurra como el primer Decreto de Salud Materno Infantil de Andalucía, que no hizo nada y que no decía nada. Y para que no ocurra como con el Decreto 246/2005, que crea un consejo que no hace nada, que no dice nada y que no contribuye a mejorar la atención que reciben los menores de edad en Andalucía. Esto es lo que hay que hacer.

Dicho esto y si, por si acaso, esta vez conduce a algo, y porque consideramos que es nuestra obligación, con todas las observaciones que les estamos haciendo, nosotros vamos a votar afirmativamente a la proposición no de ley.

¿Por qué vamos a votar afirmativamente? Pues con la esperanza de que cuenten con nosotros y que por una vez hagan algo que de verdad sea factible, que llegue a los ciudadanos como mejoras en la atención sanitaria que reciben. Porque en muchas, en muchas cuestiones, señores, vamos para atrás. Y vamos para atrás en muchas cuestiones como, por ejemplo, en la falta de instalaciones que le he puesto de referencia, pero también en algo tan básico como que no están... que hay bolsas de vacunación que no se ha efectuado

entre niños de Andalucía. Y que todos los inviernos, todas las temporadas vamos y vemos brotes, en colegios de Andalucía, pues de sarampión y de otras enfermedades que ya tendrían que estar erradicadas. Porque no han conseguido siquiera, ni siquiera, controlar las bolsas de vacunación que hay, que no están correctamente puestas a los niños. Y esto yo creo que es muy grave y un problema de salud pública.

Luego, me hace gracia, me hace gracia que utilice como que en Andalucía el 27% de los menores viven en riesgo de pobreza. El 28% de los menores en la Unión Europea están en situación de pobreza, se dice en Andalucía... Se dice en la iniciativa. Y en Andalucía se hace constar que no es el 28% como en la Unión Europea, que es el 27%. Y es que nos aprovechamos de la media de países como Grecia o Portugal, que están mucho peor que España. La media de niños en España que están en situación de riesgo y de pobreza es del 20%. Y no tenemos que venir a presumir, en una iniciativa, de que en la Unión Europea es el 28%, sino que tendríamos que estar hablando de cómo hacemos nosotros en Andalucía para acercarnos a ese 20%, y dejar ese 27% en el que estamos. Y decir las cosas claras, porque lo que no podemos hacer es engañarnos, e incluso con los números, cuando tenemos que verlos en su realidad y en su crueldad, para poder ponerle medios. Y la mejor forma, la mejor forma de empezar a solucionar problemas no son planes de autobombo, no son estrategias, como esta, que no sabemos a dónde nos van llevar, espero equivocarme, y que nos lleven a resultados positivos para familias y para niños. La mejor forma es reconocer los problemas, reconocerlos de verdad, no engañarlos ni maquillarlos con datos europeos, mirarse uno en el espejo de España, que es donde se tiene que mirar, y ponerle soluciones.

Muchas gracias.

La señora MARTÍNEZ AGUAYO, PRESIDENTA DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señora Espinosa.

Señor Ruiz.

El señor RUIZ GARCÍA

—Gracias, señora presidenta.

Bueno, yo agradezco en general la disposición de los dos grupos a aprobar la proposición no de ley y en general el tono en el que han permanecido sus intervenciones. Y voy a hacer una pequeñísima reseña a dos de los asuntos planteados por los distintos intervinientes.

En primer lugar, comprendo..., aunque en cierto modo discrepo. Comprendo el planteamiento que hace el señor Baena en torno al Programa de Salud Infantil, porque no hay que olvidar que si bien en este momento puede ser revisado, pero deberá ser la comunidad científica la que lo haga; no tanto nosotros en este Parlamento, sin menoscabo de las opiniones que se puedan verter, como es natural. Pero decía que ha jugado un papel importantísimo en la educación, en la promoción y en la prevención de la salud; y, como he dicho antes, incluso en la captación de aquellos niños en entornos con riesgo de exclusión social, que ni siquiera eso lo sabe muy bien el señor Baena, porque lo ha vivido profesionalmente, que había que ir a por ello.

Entonces, el Programa de Salud Infantil creo que ha jugado un papel importante, aun comprendiendo que se pueda plantear la revisión, como todo, en el ámbito de la salud y en el resto de servicios públicos. Una revisión permanente..., eso sí, apoyada en la evidencia científica y en la opinión de los profesionales.

Comparto e insisto que comprendo su apreciación, pero me gustaría hacer la mía.

Respecto a la señora Espinosa, no debe tener dudas, y más cuando ha mostrado su intención de apoyar la iniciativa, que nuestro grupo siempre quiere contar con todos los grupos que deseen participar. Serán bienvenidas sus aportaciones, pero me permito decir que ha dejado entrever la señora Espinosa, de nuevo, ese tic catastrofista, ese tic que, por querer abusar de, en este caso sí es el cupo hipercrítica, de oposición no constructiva que en ocasiones hace el Partido Popular y que se ve que le ha tocado a ella hacerla hoy, pues, se aleja en exceso de la realidad. Se aleja, incluso, de la opinión de los ciudadanos, que manifiestan una y otra vez en las encuestas al alta de hospitalización y en las encuestas de la opinión pública. Y eso es una evidencia que está ahí, y no se pueden exagerar determinados problemas o determinadas carencias hasta el punto de perder la razón, porque se ha puesto de manifiesto que Andalucía es la comunidad autónoma en la que se han desarrollado más los servicios de pediatría y, sobre todo, señora Espinosa, porque a la hora de criticar de forma generalizada, como acaba de hacer su señoría, hombre, depende de la autoridad moral que se tenga, hay que predicar con el ejemplo. Eso de que cree el ladrón de que todos son de su condición no cabe en un debate, desde luego, sincero, en un debate objetivo y en un debate riguroso.

Claro, yo he dicho antes que la estrategia que se pretende redactar está en la línea de los pactos por la infancia que ha ofrecido Unicef, no sé si su señoría lo conoce, en concreto el pacto estatal de hace escasamente algo más de un mes. Pero hay comunidades autónomas del Partido Popular que no han suscrito los pactos promovidos por los comités autonómicos de Unicef, muchas de ellas. Por ejemplo, la Comunidad Autónoma de Madrid, donde su presidente se permite decir que gracias a Dios no hay ningún problema de malnutrición. O por aquellas comunidades autónomas donde no se les ha ocurrido ni por asomo, como Castilla-La Mancha, a pesar de tener una de las mayores tasas de pobreza, abrir los comedores escolares en verano. Decían que es que eso era para estigmatizar a los niños.

Pero también quería referirme, cuando hablamos de infancia, y se lo ha..., también se ha mencionado en el debate, que es precisamente, me refiero al informe que ha publicado Unicef en el mes de julio, en la época del Gobierno del señor Rajoy, del Partido Popular, cuando más ha descendido, y aquí está el gráfico, la inversión total en políticas de infancia.

Es decir, de qué estamos hablando, cuando cerramos hospitales enteros en comunidades gobernadas por el Partido Popular. Yo celebro que el Partido Popular se una a esta iniciativa, pero cuidado con los argumentos que se vierten en el debate, porque hay que tener autoridad moral para defenderlo, porque no se pueden decir cosas que no son, ni mucho menos, generalizadas.

En cualquier caso, como digo, nosotros vamos a seguir en esta línea. Pensamos que Andalucía tiene que volver a liderar estrategias, que es de lo que se trata, estrategias integradas en defensa de los derechos de la infancia y, desde luego, agradezco y doy la bienvenida al apoyo que el resto de grupos, tanto Izquierda Unida como el Partido Popular, acaban de manifestar en sus correspondientes intervenciones.

Muchas gracias.

La señora MARTÍNEZ AGUAYO, PRESIDENTA DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias.

Bien. Pues, si les parece, vamos a proceder entonces a las votaciones.

Vamos a votar, en primer lugar, la primera PNL, relativa a ingreso mínimo de solidaridad. Entiendo que se han aceptado por todos los grupos las enmiendas in voce y entiendo, asimismo, que se han aceptado por el Partido Socialista las enmiendas transaccionales a las enmiendas in voce. Y, por tanto, se vota la PNL conforme ha quedado, que, si les parece, la leo para que no haya duda de cómo queda, en cuatro puntos.

Queda una... Cuatro, son las..., lo que construye la PNL.

Primero: que se pongan en marcha las medidas administrativas necesarias para agilizar la tramitación y concesión, en su caso, del ingreso mínimo de solidaridad.

El punto 2 sería: que se pongan en marcha las medidas administrativas necesarias para dar una mayor agilidad en el pago del ingreso mínimo de solidaridad.

La tercera sería..., que esta es, entera, redactada nueva: poner en marcha medidas por las que las personas beneficiarias del ingreso mínimo de solidaridad, las personas solicitantes del programa de solidaridad respecto de las que las comisiones provinciales de valoración hayan formulado propuestas favorables de resolución, tengan prioridad en los requisitos y criterios de selección de ofertas de empleo conforme establece el Decreto Ley 9/2014, de 15 de julio, por el que se aprueba el programa de Empleo 30+.

Y la última, la cuatro es: seguir poniendo en marcha e incrementar medidas a fin de conseguir la inclusión a través del empleo con contratos de un periodo mínimo de seis meses a jornada completa, vinculados al ingreso mínimo de solidaridad, conforme se establece en el Decreto Ley 8/2014, de 10 de junio, De medidas extraordinarias y urgentes para la inclusión social a través del empleo y el fomento de la solidaridad de Andalucía.

¿Correcto? ¿Está bien leído?

Nada, se entiende perfecto.

Bien, entonces vamos a votar esta PNL. Bueno, pues se inicia la votación.

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

Segunda proposición no de ley, relativa a la estrategia de atención a la salud de la infancia y adolescentes. Se inicia la votación.

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

[Rumores.]

Por lo tanto... ¿Perdón?

Bien. Pasamos pues, a continuación, a suspender la sesión un minuto para dar la bienvenida a la señora consejera y empezar con el siguiente punto del orden del día.

[Receso.]

9-14/APC-000303. Comparecencia de la consejera de Igualdad, Salud y Políticas Sociales, a fin de informar sobre el grado de cumplimiento de los objetivos marcados en el Plan Integral de Diabetes de Andalucía 2009-2013, así como sobre el grado de redacción del nuevo plan y sus aspectos más destacados

El señor RODRÍGUEZ GÓMEZ DE CELIS, VICEPRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Bueno, continuamos la sesión, si... si les parece, señorías. Tomamos asiento y pasamos al siguiente punto del orden del día, concretamente a la solicitud de comparecencia en comisión y, en primer lugar, la solicitud de comparecencia de la excelentísima señora consejera de Igualdad, Salud y Políticas Sociales, a fin de informar sobre el grado de cumplimiento de los objetivos marcados en el Plan Integral de Diabetes de Andalucía 2009-2013, así como sobre el grado de redacción del nuevo plan y sus aspectos más destacados. Para lo cual tiene la palabra la consejera.

La señora SÁNCHEZ RUBIO, CONSEJERA DE IGUALDAD, SALUD Y POLÍTICAS SOCIALES

—En primer lugar, quiero saludarles y espero que hayamos, bueno, que hayan tenido unas vacaciones reparadoras, como es lo que uno espera de las vacaciones tanto a nivel personal como a nivel familiar. Así que, encantada de volver a estar aquí en sede parlamentaria.

Sí que quiero agradecer esta petición de comparecencia por parte del portavoz de Izquierda Unida, el señor Baena, porque creo que nos da oportunidad de reflexionar sobre un tema que nos tiene siempre preocupados, porque es una de las enfermedades de estos tiempos modernos que tiene mucho que ver con hábitos, que tiene mucho que ver con no prevenir, aunque, bueno, hay otras circunstancias que la ocasionan, pero sí es verdad que en gran medida, independiente de poder intervenir sobre la enfermedad, también podemos intervenir para que no se produzca esa enfermedad, que yo creo que es lo más importante que podríamos destacar de por dónde tendrían que seguir yendo los objetivos de los planes, del próximo plan, cuando lo abordemos.

En cuanto al grado de cumplimiento de los objetivos que se marcaron en el Plan Integral de Andalucía en materia de diabetes, que tenía una temporalidad 2009-2013, así como el grado de redacción del nuevo plan, pues le voy a informar lo más ampliamente posible.

En primer lugar, se estima que en Andalucía tenemos alrededor de un 15% de la población adulta que padece esta enfermedad, en torno a unos seiscientos cincuenta mil andaluces que están diagnosticados y en torno a unos trescientos mil que no están diagnosticados. Es la sexta muerte... Es la sexta causa de muerte de nuestra población y la primera de ceguera en la población laboralmente activa.

También tiene mucho que ver con la insuficiencia renal, con la disfunción eréctil orgánica y en materia de amputación de miembro inferior por causa no traumática. Además de..., la diabetes incrementa el riesgo de enfermedad cardiovascular y, hablando en términos de coste, no solamente sanitario y de calidad de vida, pues, en cuanto a coste sanitario, incrementa en dos a cuatro veces, es decir, un porcentaje importante. En-

tre un 10% y un 15% de mujeres embarazadas, además, padecen diabetes mellitus gestacional, que incide en todo el proceso del embarazo, y sobre la que tenemos que estar especialmente atentos.

Teniendo en cuenta esta realidad, el Plan Integral de Diabetes tiene entre sus objetivos ofrecer un modelo de atención compartida integral centrada en las personas y que garantice la continuidad asistencial.

La continuidad se consigue a través de la implantación de ese proceso asistencial integrado, que define el conjunto de actuaciones a través de las cuales se identifica la población con diabetes, y se establecen mecanismos para la detección precoz y confirmación del diagnóstico. Además de establecer las líneas básicas del programa de acompañamiento terapéutico.

El proceso asistencial de la diabetes está diseñado en torno a los grupos multidisciplinarios y la atención en régimen de hospital de día de diabetes, así como la fluida coordinación entre atención primaria y atención hospitalaria.

El fin último, señorías, de todas las herramientas y recursos que están previstos en este plan es, por un lado, avanzar en la prevención de la enfermedad, como le comentaba anteriormente, a través de la promoción de hábitos de vida saludables, lograr un adecuado control y seguimiento de pacientes diabéticos y, además, evitar en la medida de lo posible las complicaciones de la enfermedad. En todos estos flancos, los dos planes integrales de diabetes que se han puesto en marcha hasta ahora nos han dado resultado positivo: por un lado, desde la consejería estamos impulsando gran cantidad de estrategias de salud pública, que van dirigidas a promoción de estilos de vida saludables basados en una alimentación equilibrada, actividad física frecuente y abandono del tabaco. Yo creo que aquí hay que hacer especial incidencia en lo que tiene que ver con la población infantil, sobre todo en el problema ocasionado por la obesidad. Y mucho que ver, por supuesto, en los hábitos en materia de alimentación. Es un tema que nos preocupa, y además nos ocupa, porque francamente estamos hablando de una población que se puede incorporar de manera clara ya desde la corta edad al tema de un problema de salud.

Son medidas y actuaciones que se implantan en colaboración con otros planes, como el de cardiopatías y el de tabaquismo, que son fundamentalmente la prevención de la diabetes. Estamos hablando de los planes en materia de prevención. Y especial relevancia tiene el plan para la promoción de la actividad física y la alimentación equilibrada. Y, dentro de este, el Consejo Dietético para la prevención y tratamiento de la obesidad, desde la atención primaria. Decirles que, además, estos esfuerzos se intensifican cuando se trata de atención a lo que les comentaba a ustedes anteriormente, a los menores. No en vano contamos, pues, con un plan específico de obesidad infantil.

Junto con la prevención, otro de los grandes objetivos planteados en la atención a la diabetes, y que está en el plan, en la base del plan, es aumentar la capacidad de nuestro sistema sanitario público en Andalucía de identificar precozmente y confirmar el diagnóstico. Estamos cumpliendo este reto, con un total de 564.327 pacientes incluidos en el proceso asistencial integrado de la diabetes. Suponen casi un 7% de la población general, una cifra que se aproxima bastante a la prevalencia de la diabetes que conocemos. La clave ha sido, entre otras actuaciones, el fortalecimiento de la detección precoz en la atención primaria, con un *screening* a través de analíticas para la población con factores de riesgo, como pueden ser mujeres que han sufrido diabetes estacional, personas con obesidad, dislipemia, hipertensión arterial o antecedentes familiares de diabetes. La extensión de la implantación de este diagnóstico precoz en la atención pri-

maria nos ha permitido además mejorar la calidad de la asistencia y disminuir los tiempos de espera en la atención hospitalaria.

Como otro objetivo importante al que ha hecho frente nuestro sistema sanitario en el Plan de Diabetes es una mejora del control de esta enfermedad, por parte de los propios pacientes, y del seguimiento de los mismos por parte de los profesionales de referencia. En el primer caso destaca un gran número de iniciativas relacionadas con la comunicación e información a la ciudadanía. Uno de los programas clave para mejorar el autocontrol y un incremento de la corresponsabilidad en las personas con diabetes está siendo la Escuela de Pacientes. La Escuela de Pacientes, que en general está dando buenos resultados pero también en esta materia, y que tiene como objetivo formar a los pacientes a convivir con su enfermedad y a mejorar en la medida de lo posible no solo su calidad de vida sino también a mejorar el propio tratamiento. Actualmente esta escuela incluye talleres para diez patologías diferentes, siendo la diabetes, desde 2009, una de esas patologías. De hecho, solo en esta área se han formado desde su inicio un total de 1.036 personas, 346 como formadores de formadores y 690 como pacientes. En 82 talleres formativos, que son los que ha habido en esta escuela, en este taller. En lo que va de 2013, se han realizado ya un total de 18 talleres formativos, de los que se han beneficiado 187 personas, 9 como formador de formadores y 178 pacientes. La Escuela de Pacientes tiene además un blog que yo creo que es específico de diabetes, en el que la ciudadanía, no solamente las personas que lo padecen sino las personas que puedan estar interesadas —familiares—, tienen un espacio para compartir los testimonios, intercambiar experiencias, consejos en cuanto a la calidad de vida, con los hábitos de vida. Y a ello se suman los vídeo-chats que se organizan para que los profesionales y los pacientes puedan resolver las dudas directamente, en comunicación con los profesionales. En la misma línea, en 2013 nació una plataforma, que es la plataforma Aprender Fácil, que es un espacio web en el que la Escuela de Pacientes pone a disposición de los ciudadanos una información útil y accesible sobre diferentes enfermedades. La de diabetes también ha sido destacada porque ha sido la primera que se ha puesto operativa en estos momentos. Aprender Fácil ofrece contenidos atractivos sobre la enfermedad, sobre el tratamiento, las experiencias de otros pacientes... Es decir, en la misma línea no solamente de acercarse a las soluciones sino de compartir y mejorar la calidad de vida.

Por otro lado, las personas con diabetes tienen atención 24 horas, mediante un canal específico. Hemos creado un canal específico que se llama Consejo Sanitario, a través de Salud Responde. Y se han registrado un total de 11.500 llamadas. Directamente, además, el 67,25 se han podido resolver directamente por teléfono, por teléfono, sin necesidad de derivar a las personas. Porque al final es que hay..., estos temas generan muchísimas dudas, mucha inquietud, y a la gente, solamente con poder hablar y con poder orientarlas, les resulta suficiente. Y es que un aspecto fundamental de la atención a la diabetes radica en lo que nosotros llamamos «educación diabetológica». El plan integral, junto con el soporte metodológico de la Escuela Andaluza de Salud Pública, puso un plan formativo, un plan formativo en red, para garantizar en todos los centros de Andalucía la presencia de profesionales con competencias específicas en esta actividad. Se han desarrollado cuatro ediciones de cursos de profesionales en educación en materia de diabetes, en los que han participado más de 200 profesionales de medicina y enfermería. Porque también es cierto que en muchas ocasiones los propios profesionales, pues, hay que ir manteniéndolos

formados e informados en esta materia. Todas estas actuaciones han dado como fruto que alrededor de la mitad de personas con diabetes que tenemos en Andalucía mantienen un buen control de su enfermedad. Presentan, en los controles que se hacen en materia de analítica, porcentajes medios de hemoglobina glucosilada en sangre inferior al 7%, que es el nivel que está considerado deseable desde el punto de vista médico. Adicionalmente, más del 80% presenta un control aceptable al presentar valores de hemoglobina glucosilada menores del 8%.

Por otro lado, además de haber avanzado en prevención y en el control de la diabetes, también estamos trabajando en la estrategia para evitar las complicaciones que presenta la enfermedad. Yo creo que este es un elemento muy importante. En este sentido, desde el plan nos ha permitido desarrollar programas de detección precoz de problemas de salud secundarios a la diabetes. Yo creo que es fundamental, sobre todo en los tiempos. Detectar cuándo empiezan a ocurrir problemas secundarios a la diabetes. Por un lado, hemos cumplido con el objetivo de disminuir porcentualmente los ingresos por complicaciones directas de la diabetes, como son las amputaciones, o el ictus, o la cetoacidosis, la descompensación hiperosmolar y el infarto agudo de miocardio. Por poner un ejemplo, los ingresos por amputaciones han bajado hasta..., más del 3,31% de ingresos por cada mil personas con diabetes, pasó del 3,31 por cada mil al 2,52. Y, en el caso de infartos, bajó la tasa de ingresos de 7,98 al 6%. Es decir, que ha bajado, aunque tenemos margen, desde luego, de mejora y que tendremos que seguir incidiendo en ello.

Hemos ganado en accesibilidad, acercando la atención a las personas con diabetes, lo cual nos está permitiendo un mejor control de la enfermedad para evitar estas complicaciones asociadas. Lo hemos conseguido, como les he explicado a ustedes, reforzando esta atención primaria, pero también gracias a la extensión en las provincias de esa atención hospitalaria para esta enfermedad en régimen de hospital de día. Ya existe unidad en todos los hospitales especializados de nuestra comunidad. Centro de día específico con una unidad para personas con diabetes. Han logrado estos hospitales de día reducir los ingresos por diabetes en más de un 50%. Es decir, que más de un 50% la atención en los hospitales de día ha sido suficiente para evitar lo que antes, al no existir, tenía que ser una hospitalización con un ingreso normalizado. Y ha mejorado notablemente, además, la accesibilidad a los pacientes y también la comunicación de los pacientes con los profesionales.

Por otro lado, en el caso de la retinopatología diabética, una de las complicaciones que son más frecuentes de la enfermedad... Y, de hecho, muchas de las personas que tienen ceguera tienen que ver con la enfermedad de la diabetes. El programa de detección precoz a través de la distribución de retinógrafos fijos y móviles por los centros sanitarios de primaria y hospitalaria que no existían ha beneficiado a más de trescientos mil pacientes, lo cual supone que más del 71% de las personas con diabetes pueden estar cubiertas con estos instrumentos de valoración.

Hasta el final del 2013 se habían realizado más de cuatrocientas treinta y cuatro mil pruebas en casi treinta mil personas diagnosticadas de retinopatía diabética, que es una afectación, como ustedes saben, en la retina por la diabetes, y que hasta entonces desconocían que padecían esta enfermedad. Es decir, que hay muchas personas que tienen contacto con la enfermedad a través del problema de visión, es decir, que se enteran de que tienen un problema de diabetes porque empiezan a tener problemas de visión. El 95% de estas personas estaban en un grado leve-moderado de la enfermedad, con lo que se llega a tiempo para tratar-

lo y frenarlo antes de que eso avance, y en 1.721 casos las lesiones ya eran graves, susceptibles de afectar a la visión a corto plazo y, además, con riesgo de ceguera.

Se estima, por tanto, señorías, que esa detección puede llegar a reducir hasta un 60% el riesgo de pérdida completa de la visión, y eso es absolutamente fundamental.

Este importante avance se consiguió gracias, entre otras cosas, a una mayor dotación de estos retinógrafos en la atención primaria, que tenemos ya en todos los distritos y áreas de gestión sanitaria, que son 155 los que tenemos digitales en total, que acompañada mejora la organización de los circuitos y también se amplió el personal técnico, se especializó de los médicos de cribado, que yo creo que eso es importante. Eso nos ha permitido extender este *screening* para detectar la enfermedad y, además, informar sobre estas lesiones de manera precoz.

Lo mismo ocurre con el pie diabético, que es otro tema, como ustedes saben, muy vinculado, vamos, directamente vinculado a esta enfermedad. Se han creado los primeros grupos multidisciplinares de atención al pie diabético, con un alto riesgo de amputación y, actualmente, los tenemos en todas las provincias andaluzas. Un hecho que la atención mejora y que va haciéndose con más agilidad, pero decirles que el equipo multidisciplinar que atiende al paciente en estos casos, en lugar de tener que ser derivado aisladamente a especialistas, hacerlo por un equipo está mejorando sensiblemente la atención.

Por otra parte, tampoco ha dejado de crecer la cobertura de las exploraciones periódicas de pies en gabinetes de podología, que es fundamental, sobre todo en personas ya mayores, con los servicios del Servicio Andaluz de Salud que tiene concertados servicios, y a los que los médicos de atención primaria derivan a los pacientes.

Es muy importante que las personas que padecen diabetes y que tienen problemas estén atendidos por profesionales, y que los pies no se los toque nadie que no sea un profesional, porque es que si no el riesgo de que pueda ocurrir algún problema serio..., y eso hay que informar a la gente.

En otras comunidades este servicio no está contemplado en la cartera de servicios, este concierto con la podología, de forma que son los propios pacientes los que acuden, si lo estiman, al podólogo, y a veces pues no acuden al podólogo, acuden a un pedicuro, o a eso que se llamaba antiguamente un callista o acuden... Y cuando un pie es un pie de este tipo, pues no se puede ir nada más que a un profesional porque si no los riesgos son ciertos.

Se han registrado mejoras muy significativas en las nuevas tecnologías aplicadas al tratamiento de la diabetes, como son los sistemas de infusión continua de insulina, ya implantado en 14 hospitales y en todas las provincias andaluzas.

En 2003 el tratamiento de administración con bomba de insulina, vamos, fueron 35, la verdad es que han pasado 10 años y ya son más de mil los casos, un esfuerzo costoso, no les quepa a ustedes la menor duda, pero creemos que es absolutamente necesario.

Lo que acabo de presentarles, pues, son indicadores significativos que ponen en evidencia la evolución de la aplicación del Plan Integral de Diabetes. Hay muchos más aspectos en lo que hemos seguido avanzando, como es la nefropatía diabética, los riesgos cardiovasculares, los problemas psicológicos y de salud mental relacionados con la diabetes, la atención a la diabetes en situaciones especiales como la infancia o el embarazo. Pero bueno, para no entrar en todos esos detalles, pues decirles que también son aspectos que se han tocado.

Señalar que hemos realizado un enorme esfuerzo de trabajo en materia de investigación vinculada a la diabetes, y desde la consejería se han financiado un total de 37 proyectos de investigación en diabetes, con una inversión por parte del Gobierno de 1,3 millones, al que se ha unido también, pues, la inversión que han hecho las iniciativas privadas en esta misma investigación.

Fundamentalmente el tema, pues, los siete que tenemos ahora mismo en vigor, pues, la retinopatía diabética se está estudiando, la relación entre la diabetes y el cáncer..., y la diabetes estacional también es otro trabajo que se está haciendo. Coordinando además un proyecto europeo desde Andalucía, el proyecto europeo PALANTE, en el que participan 10 países, orientado a conseguir una mayor participación de los pacientes en las enfermedades crónicas utilizando la telemedicina y posibilitando la participación del paciente en la mejora de lo que no es solo su salud, sino también de la perspectiva de futuro en su calidad de vida.

Hemos desarrollado un plan piloto en Andalucía, y se han incorporado más de dos mil pacientes. Yo creo que es importante y en esa línea seguimos trabajando.

Con todo esto observamos también puntos que tenemos que mejorar, lo que justifica que hayamos prorrogado... Tenemos ahora mismo prorrogadas las líneas estratégicas de este segundo plan, y estamos buscando los elementos ya para el tercer plan, en los que tenemos que incidir particularmente.

Cuando terminemos de revisar el proceso asistencial, que estamos revisándolo, en estos momentos pues empezaremos a elaborar el tercer plan. Este está prorrogado y lo que sí le puedo decir es que muchos de los elementos que estaban en el segundo plan se van a incorporar nuevamente, porque creemos que hay que seguir trabajando en ello. Y quizás en los temas que tengamos que mejorar y que tengamos que introducir en el tercer plan estaría la necesidad de mejorar la tasa de diagnóstico precoz de la diabetes y del cribado de la retinopatía diabética y del pie diabético, que eso necesitamos mejorarlo, aumentando también el número y la composición de los equipos multidisciplinares para la atención al pie diabético grave y hacerlo extensivo a todos los hospitales y especialidades. Mejorar también la potencia e intercomunicación de las bases de datos para realizar un análisis de la situación más detallada, es decir, un cruce de información y avanzar en la participación de los pacientes.

Potenciar esa participación no solamente desde el punto de vista individual, sino también de las asociaciones de ayudas mutuas, en la elaboración de los programas de atención a la diabetes, y alcanzar un mayor grado de compromiso con la organización sanitaria pública, en colaboración con las asociaciones.

Yo creo... No deben dudar que vamos a seguir trabajando para cumplir estos objetivos. Creo que podemos decir que hemos avanzado significativamente, sin tener ningún ánimo de autocomplacencia, pero sí creo que se ha mejorado sensiblemente en torno a las metas que nos fijamos cuando se redactó el segundo plan, y sobre todo lo referente al impacto de la enfermedad en cuanto a las complicaciones, que yo creo que eso es importante.

Tenemos, bajo mi punto de vista, que incidir mucho en el tercer plan, en la parte que tiene que ver con la prevención, y el análisis de las causas y, por lo tanto, intentar evitar que, finalmente, aparezca esta enfermedad, sobre todo en edades tempranas, en muchas ocasiones vinculado a hábitos de vida y, sobre todo, a hábitos en materia de alimentación.

Así que yo, sin más, darle las gracias por haber pedido la comparecencia y, por supuesto, estoy a su disposición.

El señor RODRÍGUEZ GÓMEZ DE CELIS, VICEPRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchísimas gracias, consejera.

Tiene la palabra el portavoz de Izquierda Unida, el señor Baena.

El señor BAENA COBOS

—Muchas gracias. Gracias, señora consejera, espero que las vacaciones hayan sido tan gratas para usted como para el resto.

Y bueno, sí quiero plantearle la preocupación que nos ha hecho plantear esta comparecencia, era el retraso en la aparición del nuevo plan de diabetes. Queríamos conocer los motivos que justificaban este retraso. Y empezar diciendo que, efectivamente, los avances realizados en el abordaje de esta enfermedad y de sus complicaciones han sido evidentes a lo largo de estos últimos años, ¿no?, tanto a nivel de la detección de casos como a nivel de corrección de posibles causas que provocaran complicaciones, se han dado pasos evidentes, así como con la disposición de una organización específica para la captación, el trabajo con tratamiento de los afectados.

Pero, dicho eso, viene a colación..., antes hemos tenido una discusión sobre..., no discusión, hemos hablado sobre la salud infantil y sobre las medidas de salud infantil, y algo no estamos haciendo bien cuando, pese a tener consultas de El Niño Sano, pese a la paradoja a la que ya me refería antes, resulta que no estamos..., estamos asistiendo a una población infantil que empieza a presentar serios problemas de obesidad y de hipercolesterolemia, ¿no? Algo no estamos haciendo bien y debería ser, a partir de ese contacto de las familias con el aparato sanitario, desde donde se plantearan las iniciativas que permitieran mejorar los hábitos alimenticios de la infancia andaluza y de la infancia española en general, porque estas son enfermedades de los países que están mejor, ¿no?, eso no pasa en Senegal ni pasa en Nigeria, pasa en España y en Francia y en Alemania.

Bien. Luego entiendo que ese nuevo plan tendrá que enfrentar de manera decidida esa..., una intervención que tendrá que ser multidisciplinar y, por supuesto, contando con la participación social en la determinación de hábitos más saludables de cara a todo lo relacionado con la alimentación y con el ejercicio físico, que es otra cosa que se nos olvida, en unos momentos en que los niños van a la escuela en coche, los niños ya no andan por las aceras para ir a la escuela sino que van permanentemente..., las pocas ocasiones que había de moverse un poco pues se han eliminado.

Bien. Sí que querría incidir específicamente en dos temas. Reconozco que se ha hecho un gran esfuerzo y que se va por la vía positiva en la detección de la retinopatía diabética, pero entiendo que son menos logros los que estamos consiguiendo a nivel de evitar que el pie diabético se convierta finalmente en un pie que tenga que ser eliminado por los problemas que conlleva. Y, posiblemente, uno de los problemas sea el estar fuera de la rutina del reconocimiento médico habitual que se tiene con estas personas, el cuidado de los pies, la medida de los pulsos periféricos, etcétera, que nos podrían ir adelantando las señales de lo que luego podría convertirse en pie diabético. Y, además, posiblemente una insuficiencia en el tratamiento de ese pie diabético cuando se complica la insuficiencia en el tratamiento desde el aparato sanitario. Sé que es una

de las preocupaciones que tiene la Federación de Asociaciones de Diabetes, precisamente una de ellas es fundamentalmente la de..., falta un abordaje decisivo, o sea, determinante, que disminuya las complicaciones ocasionadas por la diabetes en los miembros inferiores, y entiendo que debía ser, precisamente, uno de los puntos a mejorar, a implementar en ese nuevo plan que tendrá que venir no muy tarde para afrontar estas nuevas situaciones, ¿eh?

Y, finalmente, habría una cuestión que me ha llegado también y que tendríamos que plantearnos, ¿no? Está empezando a haber... Bueno, una de las causas que explican la mejora en el abordaje, la detección y los tratamientos ha sido la facilidad de acceso a los controles de glucemia por parte de los afectados, esto es, las tiritas y las maquinillas. Está habiendo últimamente restricciones que en algunos casos son muy severas de cara a la utilización, por motivos presupuestarios, imagino..., a la utilización de este método diagnóstico que permite el autocontrol, que imagino que es hacia donde caminamos, ¿no?, que sea el máximo tiempo posible el paciente el que autocontrole su patología y solo en los casos en que aparezcan cifras desahoradas pues que requiera la atención sanitaria. Pero, es más, esa medición..., permítanme una administración mucho más lógica de la insulina en los casos en que son dependientes de insulina, y las restricciones pueden provocar un empeoramiento de las cifras con las que venimos disfrutando, porque son cifras positivas..., puede venir una repercusión negativa sobre esa detección y sobre el control. Entiendo que debería contemplarse de una manera en que se valorara el coste de la tira pero se valorara también el coste de la atención a la complicación, estamos hablando de ahorrar..., o sea, de gastar para ahorrar, es en este caso una inversión, no sería un gasto, sería una inversión porque estamos disminuyendo el gasto posterior.

Y la otra parte es la necesidad imperiosa de contar —usted lo ha dicho al final— con las asociaciones de afectados y de familiares de afectados, porque sin ellos es muy difícil que todas las tareas de prevención, de educación, etcétera, pues sean realmente viables, ¿no? Es verdad que llevan mucho tiempo en el que está faltando esa interlocución entre la consejería y las asociaciones de afectados, que había un consejo que no se reúne para..., en el que se integraba a los miembros de estas asociaciones y no se reúne y que habría que recuperar.

Y, finalmente, recordar que dentro del aprendizaje y de la educación y de la creación de hábitos saludables, etcétera, el papel de la sociedad, el papel de la familia es fundamental y determina experiencias que se estaban llevando en Andalucía con la existencia de campamentos específicos donde se realizaba, precisamente, todo un montón de tareas relacionadas con el aprendizaje de nuevas técnicas de hábitos saludables, etcétera..., debía seguir manteniéndose porque, en última instancia, descarga a los servicios sanitarios de algo que tampoco tendría por qué ser exclusivo de ellos, que son, precisamente, las tareas de educación, de prevención, y que se hacen, posiblemente, de manera mucho más cercana y mucho más fecunda desde el seno de las familias y de los afectados. Nosotros estamos convencidos de que los grupos de autoayuda son fundamentales en el abordaje de cualquier tipo de patología, y, en este caso, pues creemos que mucho más por la relación que existe entre la patología y la vida cotidiana de las personas, la necesidad de garantizar que los ciudadanos tengan los medios suficientes para controlar y evitar los desajustes en sus cifras de glucemia, son las que finalmente ocasionan las complicaciones que queremos prevenir.

Muchas gracias.

El señor RODRÍGUEZ GÓMEZ DE CELIS, VICEPRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señor Baena.

Tiene la palabra la señora consejera.

La señora SÁNCHEZ RUBIO, CONSEJERA DE IGUALDAD, SALUD Y POLÍTICAS SOCIALES

—Gracias, presidente. Gracias, señor Baena. Y disculpen ustedes si me alargo, aunque dicen que no mucho, pero eso es..., esa es la primera y ahora corro más.

[*Risas.*] [*Intervención no registrada.*]

Sí, estaba ajustada, pero no, porque, si no, lo podemos hacer excesivamente largo.

Bueno, yo hay varias cosas...

El señor BAENA COBOS

—Es que tiene que leer palabras muy raras, palabras muy raras, y eso...

[*Risas.*]

La señora SÁNCHEZ RUBIO, CONSEJERA DE IGUALDAD, SALUD Y POLÍTICAS SOCIALES

—Bueno, en primer lugar, decirle que yo estoy de acuerdo con usted en que la oportunidad de estar en una situación en lo que estamos haciendo..., es valorando un plan que finaliza su tiempo, aunque esté ahora mismo en vigor porque esté prorrogado en 2013. Eso te permite también ver en aquellos elementos que se puede incidir, porque finalmente sí que notamos..., es decir, nosotros mismos en la aplicación del plan vamos notando dónde tenemos los problemas, ¿no?, y dónde hay que incidir.

Yo creo que los planes integrales nos han permitido mejorar la atención a todos estos procesos en general, también, como es lógico, en lo que tiene que ver con el Plan Integral de Diabetes. Por eso, nosotros entendemos que se debe reeditar y hacer un tercer plan, creemos que es necesario porque hay elementos donde se puede incidir. Hemos decidido priorizar la actualización del proceso asistencial integrado de diabetes porque creemos que es el día a día de la atención, para lo que hay un grupo de trabajo ahora mismo que se va a constituir..., que va a concluir su trabajo en unos pocos meses, para revisarlo, y eso es importante. Una revisión que va a incidir fundamentalmente en cómo se..., que incorporamos nuevas evidencias científicas referentes al tratamiento farmacológico, también al respecto de lo que usted comentaba antes de la educación en materia de diabetes. En tema de pie diabético y en atención al paciente en régimen de hospitalización, porque también ahí tenemos elementos, da la sensación a todos de que introducido en el ámbito hospitalario, pues, también hay espacios de mejora necesariamente, porque son pacientes que tienen unas características particulares. Que, además, cuando ya llegan —porque lo que llega es la punta del iceberg—..., cuando llega al ámbito de la atención en el ámbito hospitalario, finalmente son personas que tienen ya especiales dificultades desde el punto de vista asistencial.

La gestión por estos... de estos procesos asistenciales nos ha permitido mayor eficacia, y yo creo que sobre todo también coordinación, hacerlo más individualizado. Y esa revisión ahora mismo es una revisión que es fundamental.

Vamos a seguir trabajando en algunas líneas estratégicas, como les comentaba anteriormente, del segundo plan, y vamos a meter esos elementos de mejora donde vamos a recoger las propuestas que nos hace, porque yo creo que son importantes.

Actualizar este proceso asistencial, y, por lo tanto, una vez que esté actualizado abordar este tercer plan. Yo creo que eso es importante, importante.

Respecto al tema de las polémicas que surgen respecto a las tiras reactivas, ha habido una parte inicial en esa polémica que fue que inicialmente no había ningún tipo, es decir, que se iban prescribiendo, prescribiendo y hubo un momento en que se hace un..., se analiza la situación y se dice, bueno, vamos a ver exactamente cuándo se prescriben, cuando es necesario, cuando conviene, cuando no conviene. Y por lo tanto, estas prescripciones las tienen que hacer los profesionales, y las van a hacer y las siguen haciendo en base a lo que es conveniente en función de cada uno de los enfermos. Si... Ahora mismo hay un acuerdo también con las casas comerciales y, por lo tanto, no tiene por qué notar nadie que eso vaya a incidir en el control que tiene que hacer de su propia enfermedad. No hay ningún elemento para que eso sea así. Se ha revisado recientemente y si hubiera algún problema, pues nos lo va a ir diciendo porque no tenía por qué haber. Ha habido algún acuerdo con las casas comerciales.

Igual que también se está trabajando y se va a seguir trabajando con ellas para el tema de los campamentos. Los campamentos, como saben, había campamentos para distintas patologías. Ese tema era muy difícil encuadrarlo desde el punto de vista del mantenimiento como tal campamento. A través de las asociaciones de ayuda mutua, lo que vamos a..., lo que estamos haciendo ahora mismo es que dentro del ámbito de la actividad social corporativa de las propias empresas que trabajan en este ámbito terapéutico, pues, que lo financien a través de las asociaciones y que se puedan mantener. Ahora mismo desde salud pública se está trabajando, sobre todo desde Ayuda Mutua se está trabajando con las asociaciones para ver cómo podemos retomar por ahí esos campamentos que, efectivamente, tienen su interés y que pueden dar buenos resultados.

Yo sí que quería dos cosas: una, en primer lugar, hubo mucho revuelo con el tema de las tiras porque se pasó de eso, de que todo el mundo tenía todas las tiras a que, de pronto, en función de..., se marcó una pauta en cuanto al suministro de ellas. Eso yo creo que ya está mejor y que ahora mismo a lo que sí hemos llegado es —le comento— a, en primer lugar, que para qué tipo de patología es suficiente y necesaria, porque hay personas que conviene que sepan que ese sistema para valorar cómo están lo tienen que complementar con un control más exhaustivo. No todo el mundo puede resolver el tema de saber cómo está a través de las tiras, aunque sí que es cierto que en aquellos casos en que eso sea así que eso sea necesario que lo hagamos. Y en ese sentido estamos trabajando ahora mismo.

Yo quiero decirle nuevamente que creo que sí que es verdad que ahora mismo hay elementos que hemos visto que ya se pueden establecer como elementos de actuación normalizada dentro del sistema, no con planes específicos sino dentro del sistema a nivel asistencial. Y, después, que habrá algunos que tendremos que incidir particularmente.

Mi opinión, por lo que me trasladan también los profesionales y los responsables tanto del SAS como en el ámbito también de la salud pública, es que hay que incidir muchísimo en hábito, hay que incidir mucho en tema de higiene, hay que incidir mucho... Porque una vez que este proceso empieza... El problema es que cuando la gente detecta muchas veces que tiene una diabetes ellos creen que acaban de, que tienen la diabetes pero llevan muchos años padeciéndola sin saberlo y haciendo su trabajo silencioso y pernicioso para la salud de esas personas. Y al final se encuentran con una realidad en que la intervención para prevenir, para incidir no es lo mismo que cuando tú tienes una persona que inicialmente lo detecta y empiezas a trabajar con ella. Entonces, yo creo que ahí es donde tenemos un elemento importante para poder seguir trabajando.

Así que, sin más, muchas gracias, señoría.

La señora OBRERO ARIZA, SECRETARIA DE LA COMISIÓN

—Muy bien.

9-14/APC-000421. Comparecencia de la consejera de Igualdad, Salud y Políticas Sociales, a fin de informar sobre el balance de los dos planes para personas con discapacidad: II Plan de Acción Integral y I Plan de Acción Integral para mujeres con discapacidad en Andalucía

La señora OBRERO ARIZA, SECRETARIA DE LA COMISIÓN

—Bueno. Pues, siguiendo con el orden del día, pasamos a continuación a la segunda comparecencia, solicitada en este caso por el Grupo Parlamentario Socialista, a fin de informar por parte de la señora consejera sobre el balance de dos planes para personas con discapacidad: el II Plan de Acción Integral y el I Plan de Acción Integral para Mujeres con Discapacidad en Andalucía.

Y, para comenzar el debate, tiene la palabra de nuevo la señora consejera.

La señora SÁNCHEZ RUBIO, CONSEJERA DE IGUALDAD, SALUD Y POLÍTICAS SOCIALES

—Gracias, señora presidenta.

Señoría, decirle que en Andalucía tenemos un número en torno..., por los porcentajes que están más o menos establecidos a nivel internacional, en torno a 716.000 personas con discapacidad, de las cuales más del 61% son mujeres. Eso es, fundamentalmente además, porque la esperanza de vida también es mayor en las mujeres, y es fácil, independiente ya de lo específico que, como es lógico en esa última etapa de la vida envejecer con alguna discapacidad, independiente de que también se da algún tipo de discapacidad más en las mujeres.

Estamos hablando de casi el 10% de la población total de nuestra tierra, de Andalucía. Un colectivo que siempre, y ahora especialmente, está volcado el Gobierno, porque es especialmente vulnerable en estos momentos de crisis, en estos momentos de dificultad. Más de quinientas mil personas, más de quinientas mil de estas personas están..., tienen reconocido más de un 33% del grado de discapacidad. Eso le permite tener el acceso a medidas de acción positiva, tanto las que tenemos establecidas dentro del ámbito de Andalucía, por parte del Gobierno de Andalucía, como las que se tienen establecidas a nivel del Estado español por la legislación de carácter estatal que también les beneficia. Beneficios fiscales, pensiones no contributivas, bonificaciones empresariales para las contrataciones, los cupos de reserva, las ofertas públicas de empleo... Son personas que encuentran dificultad de movilidad y de realización de actividades de la vida diaria, de autocuidado y de otro tipo de dificultades.

A ello hay que añadir que es un colectivo que presenta una tasa de paro muy elevado. Se trata de personas que están siendo especialmente vulnerables y, después, que tienen una tasa de actividad muy baja. Si hemos visto como la tasa de actividad han ido bajando en general porque hay muchas personas que tiran la toalla al respecto de buscar solución a su problema de paro, no les quiero contar personas con discapacidad, sobre todo aquellas que tienen más del 65% y que tienen algún tipo de prestación económica, la verdad es que les desanima mucho tener que enfrentarse una y otra vez al mercado laboral en estas situaciones y, por lo tanto, la tasa de actividad es muy baja. Y eso, en eso hay que seguir trabajando. De hecho, decir que los

ingresos medios de las personas con discapacidad son en torno a un 25% menores que en los hogares donde no hay personas con discapacidad.

Esta situación justifica la necesidad de que la Administración pública redoble esos esfuerzos y ponga una estrategia activa para eliminar esos factores estructurales. Y decir que esas estrategias en Andalucía han estado ligadas a dos planes integrales cuya evaluación hoy les presentamos aquí. De un lado, el primer plan de acción integral para las personas con discapacidad en Andalucía, y el segundo, de acción integral para las mujeres con discapacidad en Andalucía. Ambos finalizaron a finales de 2013. A ellos se une el plan de empleabilidad para las personas con discapacidad, que no se gestiona desde esta consejería sino a través de la Consejería de Economía, Innovación, Ciencia y Empleo, aunque algunas de las medidas también se desarrollen a través de nuestra consejería y de otras.

El primer plan de acción integral para las personas con discapacidad en Andalucía ha sido un instrumento que, para nosotros, ha sido muy valioso. Nos ha permitido avanzar en la mejora de las personas con discapacidad por parte de los poderes públicos y se enmarca dentro, fundamentalmente, de los objetivos que se establecen en la convención de la ONU de las personas con discapacidad, la Convención Internacional de Derechos de las Personas con Discapacidad de Naciones Unidas.

Respecto al segundo plan de acción integral para las mujeres con discapacidad en Andalucía, fue diseñado para responder a una realidad que, créanme ustedes, señorías, que es cierta. Y es que si estamos hablando de personas con discapacidad, con discriminación, decirles que, cuando son mujeres, están especialmente discriminadas y con especiales dificultades. Desigualdades en materia de educación formal, en tasa de actividad, como les comentaba a ustedes antes, en relaciones afectivas, en derechos sexuales y reproductivos, en imagen y en un tema que nos preocupa muchísimo, en tema de violencia de género, donde, además, hay un silencio terrible. Es decir, hay una invisibilidad grande y que yo creo que, ahí, es un tema preocupante y que por eso yo creo que, igualmente que el primer plan, este es un plan que hay que reeditar y que ese será uno de los elementos importantes.

Ambos planes, además, se elaboraron con la participación activa de personas con discapacidad y las asociaciones que lo representan, la Administración autonómica y local y también con los agentes sociales y económicos. Colaboraron las consejerías de la Junta, en realidad, de manera transversal, coordinado por la de igualdad, salud y política sociales.

El balance que les voy a ofrecer de ambos planes se basa en las conclusiones de las comisiones técnicas de seguimiento y también en la ficha de seguimiento actual de estas actuaciones desarrolladas por esta consejería. Y también en una evaluación cualitativa que se realizó recientemente para testar el impacto de los planes en la realidad de las personas con discapacidad. Un impacto que ha demostrado que ha sido positivo. En su conjunto, estos planes han supuesto un impulso, fundamentalmente, en materia de concienciación social, sobre los derechos de las personas con discapacidad, sobre el tema de accesibilidad universal y también sobre la transversalidad de la dimensión del género y la de discapacidad en las políticas públicas.

Yo creo que hay un profundo cambio en el concepto social de la discapacidad, poniendo el énfasis en el entorno más que en las personas. Yo creo que eso es importante. Ha sido fundamental una alianza que se cerró con la Radiotelevisión andaluza en la mejora de la imagen social de los hombres y las mujeres con discapacidad a través de un convenio entre esta consejería, el CERMI, el Comité Español de Representantes de

Personas con Discapacidad y la entidad RTVA. De hecho, en materia de imagen se ha producido un avance en el tratamiento más normalizador de la información sobre las personas con discapacidad. Se hizo una guía de buenas prácticas sobre personas con discapacidad para profesionales de la comunicación y, concretamente en el ámbito de las mujeres, ha supuesto una mejora en temas relacionados con la visibilidad, con el empoderamiento, la conciencia de las mujeres. Sobre todo, lo que tiene que ver con la autoestima, que es un tema fundamental, en el que hay que trabajar en el tema de género. El acceso a la formación y a los recursos, y la formación y orientación y sensibilización sobre género y discapacidad.

Se ha incrementado, por otro lado, la representación de las mujeres en el ámbito del movimiento asociativo y también en el Consejo Andaluz de Participación de las Mujeres que, en este caso, además, la persona que es la vicepresidenta primera del consejo es una mujer que preside una asociación de mujeres con discapacidad y que, a su vez, ella tiene una discapacidad. Así mismo, se ha conseguido aumentar la implicación de las administraciones en esta consideración de las necesidades y dificultades.

En cuanto a las actuaciones, decirles que se han realizado 445 talleres de mejora en zonas urbanas y rurales, sobre todo en lo que le comentaba antes, de autovaloración, que han asistido 4.680 personas, fundamentalmente mujeres, porque han ido focalizados ahí. También la investigación y la difusión de los logros educativos: se han elaborado materiales que visibilicen a las mujeres —estamos hablando del plan específico de mujeres con discapacidad— y la formación a los profesionales, sobre todo de cómo evitar esa transmisión de estereotipos dominantes en la atención a estas mujeres. Ha habido 108 talleres en esta materia y con la asistencia de 1.413 personas. Encuentros grupales, dirigidos a familias, que es absolutamente fundamental porque este tema, si no se hace con el entorno, pues, pierde la mitad de su valor. Han sido 2.178 personas las que han asistido. Detallar todo lo conseguido es un poco complejo y, de hecho, hay algunas cosas que se las haremos llegar en la evaluación formal, a todas sus señorías, para que lo puedan tener.

Con perspectiva de género fue también elaborado el primer plan de acción integral para las personas con discapacidad en Andalucía, cuya evolución puede resumirse en función de estos distintos ámbitos de actuación que tiene el plan, empezando por la mejora de la flexibilidad de las personas con discapacidad en los servicios sanitarios públicos. Se ha avanzado hacia una atención más integral en la no identificación de la discapacidad con enfermedad, que es una cuestión muy demandada por este colectivo de población.

De los resultados, yo creo que podemos destacar el incremento de la población infantil con trastornos de desarrollo o con riesgo de padecerlo atendida en los servicios de atención temprana. Se ha reforzado muchísimo el tema de la atención temprana. Teníamos atendidos, en 2011, a 8.134 niños y niñas. En estos momentos, tenemos a 18.700 niños y niñas atendidos en los 169 CAIT, los Centros de Atención Infantil Temprana. Debo decirles que tenemos que ampliarlos, a pesar de todo. Es decir, que, a pesar de que se ha, prácticamente, poco más de duplicado, pues, tendremos que seguir ampliando esa atención. A este programa se han destinado, en los últimos tres años, más de 32 millones de euros. Además, se ha hecho con una visión diferente a la que se hacía anteriormente, y yo creo que eso es bueno, porque se hacía anteriormente desde la visión, fundamentalmente, exclusivamente de personas que ya estaba marcada, su discapacidad, y muy definida, y ahora se hace para niños y niñas que, finalmente, igual no van a tener la discapacidad, y que la atención temprana es un elemento fundamental para que no se establezca esa discapacidad. Y yo creo que eso ha sido, quizás, de los elementos, al pasar del ámbito de las políticas sociales al ámbito de las políticas fun-

damentalmente sanitarias y sociales, que la atención temprana ha cogido un cariz diferente, sobre todo para un colectivo de población infantil que es con la que se evita que pueda aparecer o fijarse esa discapacidad.

También disponemos de consultas ginecológicas adaptadas, en referencia a las necesidades de las mujeres con movilidad reducida. No solamente en materia de movilidad reducida, sino también a mujeres con talla baja, que yo creo que era importante hacer una adaptación, y, de hecho, hay una adaptación. Hemos continuado adaptando los centros sanitarios a esa normativa de accesibilidad. Se han intervenido entre 165 centros de atención primaria y en la práctica totalidad de los hospitales, y se han producido mejoras en la señalización y acceso a las personas con discapacidad sensorial. En estos años se ha realizado una media anual de 2.346 intervenciones en materia de interpretación de lengua de signos en el sistema sanitario público de Andalucía y se ha mejorado el acceso de las personas con discapacidad, de personas cuidadoras a los mecanismos de promoción de la salud y prevención... en iniciativas tanto de prevención secundaria y terciaria, como, por ponerles algunos ejemplos, en el tratamiento de fisioterapia a domicilio, para personas con déficits funcionales y discapacidades susceptibles de recuperación que presentan dificultades para trasladarse a los centros o, completada la terapia ocupacional, llegando a 18 equipos móviles de rehabilitación y de salas de rehabilitación en materia de terapia ocupacional. Se han realizado 333 implantes de prótesis cocleares en los tres últimos años, en los hospitales públicos, lo que ha supuesto un coste de más de 7,6 millones de euros, y la posibilidad de que finalmente muchos niños con problemas serios de audición, con un déficit auditivo, en muchos casos rayando casi al ciento por ciento, hayan podido recuperar la audición, y por lo tanto poder incorporarse con normalidad no solamente a la audición, sino también al habla, que es un tema importante.

Además del ámbito sanitario, destacan las actuaciones emprendidas en el ámbito educativo. Se constata la tendencia a la extensión de la educación inclusiva, con más del 90% del alumnado escolarizado en centros ordinarios. Se ha aprobado el Plan de Actuación para la Mejora de la Atención Educativa al alumnado escolarizado en los centros específicos de Educación Especial en Andalucía, un plan que sí tiene vigencia hasta el 2015. Y ya prácticamente se ha ejecutado el 50% de las medidas que se habían comprometido por parte de la Consejería de Educación.

Como logros más concretos en el campo educativo, destacar las aulas matinales y comedor escolar y transporte escolar, que se han incrementado en los centros... también para centros específicos y de Educación Especial, aquellos que siguen existiendo.

El Programa de Acompañamiento Escolar Domiciliario, que permite que los docentes de los propios centros del alumnado afectado puedan prestarles apoyo temporal en horario extraescolar a los niños y niñas que no puedan acudir al centro. También el incremento en los centros, sobre todo de Infantil y Primaria, del número de unidades especializadas del alumnado con trastornos del espectro autista. En este curso se han atendido a 114 niños del espectro autista en el ámbito educativo.

En cuanto a personas adultas con discapacidad, el acceso a una educación de adultos de calidad. Se facilita al alumnado con necesidades educativas especiales 1.035 programas de cualificación profesional inicial. Yo creo que eso es importante. Y también 140 programas de formación para la transición a la vida adulta y laboral. Este es un programa que da muy buenos resultados, que se hace tanto en el ámbito educativo como después, posteriormente, en el ámbito tanto de la acción, de la atención ocupacional en los centros ocupa-

cionales, ya en el ámbito específico de esta consejería. Que la formación para la transición de la vida adulta y laboral, que es uno de los elementos más importantes para la autonomía personal.

Y en el ámbito universitario también se ha avanzado. En el curso 2013-2014 se han matriculado un total de 2.413 personas con discapacidad en las universidades andaluzas, sin contar con la UNED, que, como saben ustedes, es una universidad que depende del Ministerio de Educación. Es decir, que ha habido un 6% más en este curso, y un 19% del total nacional, que es una representación poblacional un poquito superior a la que tenemos como población; yo creo que eso es importante.

Por otro lado, señorías, con la Estrategia de Atención de Mejora en los Servicios Sociales se ha pretendido facilitar los apoyos necesarios para las personas con discapacidad en situación de dependencia en calidad de vida, análogo a los del resto de la población.

Estamos consiguiendo sostener el sistema, saben ustedes, con dificultad, de atención a la dependencia, pero estamos ahí, en un porcentaje del 21,6% de atención en materia de población dependiente. Se ha elaborado el Plan de Mejora de los Centros de Valoración de Personas con Discapacidad, que teníamos problemas, como ustedes saben, sobre todo porque había mucha presión en la demanda en cuanto a valoraciones, y eso se está mejorando sensiblemente.

En 2011 se creó la Tarjeta Acreditativa del Grado de Discapacidad, que significa los procedimientos, y ofrece a los usuarios y usuarias un servicio de respuesta inmediata. Y a fecha de 31 de diciembre disponíamos de 179.989 personas con estas tarjetas acreditativas de personas con discapacidad.

Es importante recordar que en Andalucía no se cobra por el reconocimiento de discapacidad, que sí se hace en algunas otras comunidades autónomas, pero que ni se hizo nunca ni se va a hacer.

En este periodo se han emitido una medida de 73.271 resoluciones anuales de reconocimiento del grado de discapacidad. Es importante porque supone, como ustedes saben, que cuando se reconoce el grado de discapacidad las personas son vistas por un equipo de valoración multiprofesional, y que por lo tanto exige un esfuerzo importante. No solo estamos hablando de los profesionales en el ámbito sanitario, sino también psicológico, de trabajadores sociales..., es decir, que la valoración es global. Es evidente que se está haciendo un esfuerzo en unos momentos, pues, muy complicados y muy difíciles.

Podemos decir, por ejemplo, que se ha mantenido el número de servicios residenciales de carácter temporal o permanente, y estamos atendiendo ahora mismo a 21.191 plazas concertadas en este ámbito.

Y también, desde el punto de vista de la protección económica, estamos atendiendo a las personas... Se ha impulsado la atención a las personas que están incapacitadas total o parcialmente a través del apoyo económico a entidades tutelares, que tuvieron casi seiscientos mil euros de dotación para el 2013. Estamos hablando de aquellas personas que están tuteladas por fundaciones de tutela, que tienen una..., judicialmente, la capacidad de obrar la tienen limitada y por lo tanto a través de las fundaciones de tutela intervenimos para que estas personas puedan ir adelante.

Hemos continuado favoreciendo la participación de las personas con discapacidad a través del apoyo al movimiento asociativo, en materia de mejora de infraestructuras de la red de centros de día para personas con discapacidad, que se ha hecho una inversión de 934.000 euros a tal fin.

Y además, como voy apurada, pues vamos a hacer un resumen de la estrategia en mejora de la protección económica.

Destacar la regulación de los nuevos beneficios fiscales a través del IRPF. La concesión de 3.580 ayudas individuales, en cuanto a ayudas técnicas de vehículos a motor, órtesis, prótesis, con un importe de 2,5 millones. Y estamos también cubriendo desde Andalucía, complementando los niveles de cobertura para la protección a las personas que reciben pensiones no contributivas, que en este caso han sido 69.193 personas que perciben la no contributiva, que son menores de 65 años y por lo tanto que tienen una discapacidad.

También en accesibilidad urbanística y transporte, una serie de medidas que después les puedo facilitar, pero fundamentalmente en materia de lengua de signos, en el Pacto Andaluz por la Discapacidad, las tarjetas de aparcamiento, los productos de apoyo al acceso a las TIC, por parte de la Consejería de Economía; la accesibilidad en los entornos naturales y las actuaciones en materia de eliminación de barreras.

Y en el tema de apoyo, y quiero terminar con esto porque creo que es muy importante, a las mujeres con discapacidad, víctimas de delito, no solamente en materia de violencia, sino también otro tipo de delitos y de faltas.

Y termino diciendo que, como ustedes saben, estamos en estos momentos trabajando en el Anteproyecto de Ley de los Derechos de Atención a las Personas con Discapacidad en Andalucía, que ese anteproyecto se lo pasamos al Consejo Andaluz de las Personas con Discapacidad, que lo estamos haciendo llegar a los interlocutores sociales para que se trabaje en ese borrador del anteproyecto, que en su momento llegará a esta Cámara. Y que, por lo tanto, los dos planes, de los que hoy hablamos aquí, reeditar los planes va a estar condicionado, como es lógico, a este anteproyecto. Por lo tanto, prorrogamos los planes, porque, como es lógico, los planes futuros se van a vincular a esta ley. Parece lo razonable. Y en esa línea es en la que estamos trabajando en estos momentos.

Decir que, para nosotros, es importante el trabajo que hacemos con la Feaps, con la Federación de Personas con Discapacidad Intelectual en las instituciones penitenciarias, que es un plan que llevamos en Andalucía. Y que les digo a ustedes, sinceramente, que creo que en algún momento tendremos que, seriamente, como sociedad, plantearnos qué hacen personas con discapacidad en las instituciones penitenciarias. Como es lógico, no están porque sí. Están porque ha habido una decisión judicial que así lo ha decidido. Pero que es un tema que a nosotros pues cuando vemos la situación y se conoce de cerca esta realidad, pues que a todos nos tendría que hacer pesar sobre este tema.

Muchas gracias, señoría.

La señora OBRERO ARIZA, SECRETARIA DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señora consejera, por ajustarse al tiempo.

Y, para posicionar al Grupo Parlamentario Socialista, tiene, en su caso, la palabra el diputado Rodríguez Gómez de Celis.

El señor RODRÍGUEZ GÓMEZ DE CELIS

—Muchas gracias, presidenta.

Muchas gracias, consejera, por la..., por la prolija explicación que nos ha dado sobre el segundo plan de integración social y el primer plan de acción integral de mujeres discapacitadas. Creo que era importante te-

ner esta sesión; además, tenerla quizás en esta apertura del nuevo curso político, porque, sin duda, los aspectos sociales y los aspectos de integración, tanto de mujeres como en general de la discapacidad, son cruciales en la acción de gobierno de un Gobierno socialista.

Yo quiero destacar cuatro aspectos de todo lo que ha mencionado la consejera, que a mí me parecen subrayables y destacables no por encima de los demás, sino sí enfocándolos como elementos principales de los objetivos conseguidos por estos dos planes. Además de todo lo ya dicho por usted, de sensibilización, por ejemplo en la atención temprana, donde se han hecho más del doble de actuaciones de las que se venían haciendo, en la integración social, en la visibilidad gracias a la colaboración con la RTVA o en la formación. Además de todo esto, digo que hay cuatro aspectos que sí me gustaría destacar, y, en concreto, es la..., el esfuerzo presupuestario y la mejora económica directa que han supuesto estos planes. Hay que sumar a todo lo dicho por usted, pues, lo realizado también por otras consejerías en aspectos que tienen que ver mucho con la discapacidad, como puede ser, por ejemplo, que usted ha mencionado, la fisioterapia a domicilio, la adaptación ginecológica, los implantes y..., los implantes de prótesis cocleares, etcétera. Son, en definitiva, dineros, presupuestos que no están directamente adecuados al plan, sino que otras consejerías en esa transversalidad de estos planes, pues, han ejecutado.

En concreto, directamente, por el cálculo que hacemos el Grupo Socialista, han sido más de doscientos millones de euros los destinados directamente o..., por este plan. Podemos hablar, como hemos dicho, en la atención temprana, más de treinta y dos millones de euros. Gracias a estos planes, también beneficios fiscales, también por encima de los treinta y dos millones de euros, a los que hay que sumar 3,4 gracias a la puesta en marcha del plan. Las ayudas individuales de 2,6 millones de euros. Las pensiones no contributivas, a pesar de los recortes en la materia del Partido Popular, Gobierno del Partido Popular, de 45,1 millones de euros, etcétera.

Por tanto creo que es un aspecto resaltable que en estos momentos tengamos directamente beneficiando o con mejoras económicas a este sector, a pesar de los recortes que nos lleguen desde el Gobierno del Partido Popular en Madrid.

El segundo aspecto, también, en el momento que vivimos, es el empleo, creo que el realizar actuaciones concretas en relación al empleo me parece importante y resaltable también. Asumir en incremento al 7% del empleo público para personas con discapacidad me parece, yo creo que es muy subrayable, y por eso queremos poner desde el Grupo Socialista ese foco de atención, ese punto de atención en este aspecto. Pero no nos podríamos quedar como Gobierno exclusivamente en este aspecto, también hay que mencionar que el plan de empleabilidad para personas con discapacidad 2007-2013, que se hace específicamente para este sector, en este caso por la Consejería de Economía, también añade al sector privado a esta estrategia de buscar mayor empleo dentro de las dificultades que ha mencionado la propia consejera.

En tercer lugar, también dicho ya por la consejera pero importante, es la prevención de la violencia de género. Creo que al hecho ya dramático por sí mismo de lo que padece la mujer, por el hecho de serlo, si le sumamos la discapacidad, pues creo que estamos redundando en un problema, insisto, ya de por sí dramático. Creo que es importante, muy importante a nuestro parecer que se haya puesto en marcha ese protocolo de actuación de asistencia a mujeres maltratadas con discapacidad. Que se sepa por todos los que tienen que actuar cuáles son todos y cada uno de los pasos a dar, gracias a este protocolo que estos planes han podido poner en marcha.

Y luego, por último, todo lo que tiene que ver con el plan de mejora de centros de valoración y orientación de discapacidad. En este momento, como decía, de un recorte brutal por parte del Gobierno del Partido Popular en todo lo que tiene que ver, en la dependencia, el que asumamos desde el Gobierno, el Gobierno asuma nuevas iniciativas que redundan en positivo a la Ley de Dependencia, y a la dependencia y a todo lo que tiene que ver con ella, pues me parece muy importante.

Y contrasta todo esto, contrasta con lo que el Partido Popular realiza en políticas sociales. Este contraste es, en concreto en términos económicos, pues, por poner algunos ejemplos, han sido medidas que han perjudicado a muchas personas, a muchos ciudadanos. En concreto, 55.000 personas se han visto afectadas, por ejemplo, con la eliminación de la cotización a la Seguridad Social que el Gobierno del Partido Popular ha puesto en marcha; 55.000 andaluces y andaluzas. Hasta 94.948 andaluzas y andaluces han visto recortados el 15% de la prestación para el cuidado en el entorno familiar.

En segundo lugar, hemos visto cómo se ha aplazado, el aplazamiento hasta el 1 de enero de 2015 de la dependencia moderada, ha supuesto a su vez que 40.000 andaluces y andaluzas se hayan visto perjudicados por esta decisión.

O bien que se hayan dejado de recibir 3.214 millones, de 2012 a 2014, lo que ha supuesto que al final, pues, el Gobierno de Andalucía hayamos pasado de la financiación de la Ley de Dependencia de un 80% por parte de la Junta de Andalucía y un 20% el Gobierno de la nación, cuando hace unos años, hace muy poco tiempo, en 2007-2008, esa financiación era al 50% por parte de ambas administraciones.

Pero, señorías, consejera, no solo Andalucía, en materia económica, presupuestaria y de avances y de reconocimiento a todo lo realizado en estos dos planes, es, está siendo pionera: también en la acción política, también como usted acaba de terminar su intervención, en la acción legislativa: Andalucía, hay que decirlo alto y claro, es la única comunidad autónoma que ha puesto en marcha un plan específico para la mujer discapacitada.

En todo ello, junto al segundo plan de integración social, Andalucía es pionera, en vanguardia en la protección y bienestar social. Y aquí también existen contrastes con lo que realiza el Partido Popular allí donde puede hacer, que no hace nada. O allí donde puede recortar, que lo recorta casi todo en materia social y de bienestar. Lo único que ha realizado en concreto, por ejemplo, decía, en materia legislativa, lo ha hecho tarde y mal. Lo que el Gobierno y el Partido Popular vienen llamando la nueva ley de igualdad de trato y discriminación no es más que un decreto legislativo que no podrá tener, por tanto, una evaluación por parte del Congreso de los Diputados al no estar dentro del marco de la ley, de lo que es propiamente una ley, sino un decreto legislativo que ha refundido tres leyes anteriores. Además, el Partido Popular lo hace por mandato legal, gracias a esa convención también mencionada por usted en su intervención, consejera, la Convención Internacional sobre Derechos de Personas con Discapacidad que, por cierto, se aprobó con un Gobierno socialista en Madrid.

Y además, como digo, llega tarde y lo hace mal. Llegó un año y medio tarde, y, por tanto, todo ello, tanto aquellos recortes económicos que realiza el Gobierno del Partido Popular en Madrid como la falta legislativa, pues, denota una falta de interés y una dejación de funciones muy relevante, muy importante por el Partido Popular allá donde gobierna.

Nosotros, señorías, los socialistas, sin embargo, como bien ha dicho la consejera, vamos a continuar, se va a continuar desde el Gobierno con estos planes y, además, se está ya en fase de elaboración de una ver-

dadera ley, no un decreto, un decreto como hizo el Partido Popular en el Gobierno, sino una verdadera ley. Y lo que queremos es que allí donde se..., donde gobernamos, lo hacemos y lo que queremos es que el Gobierno del Partido Popular, pues, ponga en marcha un verdadero plan integral de atención a las personas con discapacidad y sus familias. Un enfoque, con ese enfoque transversal que tiene el plan aquí, en Andalucía, donde implica a todas las áreas del Gobierno y con una dotación presupuestaria suficiente, con una atención relevante y específica a los niños, niñas y jóvenes con discapacidad, y con el objetivo de mejorar y facilitar el diagnóstico precoz y la atención temprana a través de unidades eficaces. Así como el acceso a los servicios sociales, sanitarios y educativos, entre otros, con el objetivo último de lograr una vida digna y plena para todas estas personas, diseñando con ellas su itinerario de vida, donde poder disfrutar de las mismas oportunidades que el resto de la sociedad, haciendo además específicamente un aparte para lo que significa también —como hemos hecho en Andalucía de manera pionera y única—, un [...] y concreta para la mujer con discapacidad.

Muchas gracias, consejera, por su intervención. Y creo que nos podemos sentir todos verdaderamente satisfechos del trabajo que vienen realizando desde el Gobierno.

La señora OBRERO ARIZA, SECRETARIA DE LA COMISIÓN

—Bien. Bueno, pues, para finalizar el debate, tiene de nuevo la palabra la señora consejera.

La señora SÁNCHEZ RUBIO, CONSEJERA DE IGUALDAD, SALUD Y POLÍTICAS SOCIALES

—Sin más, para agradecerle la petición de la comparecencia y además su intervención.

Yo sí creo que es importante, importante que en esta situación de dificultad, en esta situación por la que estamos atravesando, mantengamos la agenda de compromiso político del gobierno de atención a las personas con discapacidad, desde el punto de vista legislativo y desde el punto de vista de las políticas. Porque suele pasar con estas políticas, como en otras en otros ámbitos, que, en situaciones de crisis, si no las sostenemos se caen. Y, por lo tanto, es importantísimo mantenerlo en la agenda, estar ahí, porque si al final todos estamos resentidos en esta situación de crisis en todos los aspectos de nuestra vida, las personas que tienen especiales dificultades, más. Entonces, más que nunca ahora. Por lo tanto, yo creo que, creo que hay que estar ahí, y que la ley tiene que venir a reforzar nuestras políticas y ese compromiso que usted ha comentado anteriormente. Con las dificultades aún que podamos tener, y que, por lo tanto, que esté.

Muchísimas gracias.

La señora OBRERO ARIZA, SECRETARIA DE LA COMISIÓN

—Muy bien.

9-14/APC-000431. Comparecencia de la consejera de Igualdad, Salud y Políticas Sociales, a fin de informar sobre las incidencias de la aplicación del Plan de Verano 2014 puesto en marcha, por la Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales en los centros sanitarios andaluces, y su repercusión en la atención sanitaria que reciben los andaluces

La señora OBRERO ARIZA, SECRETARIA DE LA COMISIÓN

—Bueno. pues continuamos con la tercera comparecencia, en este caso a solicitud del Grupo Parlamentario Popular, a fin de informar sobre las incidencias de la aplicación del Plan de Verano 2014 puesto en marcha, por la Consejería de Igualdad, Salud y Política Social en los centros sanitarios andaluces, y su repercusión en la atención sanitaria que reciben los mismos.

Y para empezar de nuevo, pues, tiene la palabra la señora consejera.

La señora SÁNCHEZ RUBIO, CONSEJERA DE IGUALDAD, SALUD Y POLÍTICAS SOCIALES

—Gracias, señora presidenta.

Señorías, quería en primer lugar decirles que quizás sea un poquito pronto y posiblemente a partir de mediados de mes o quizás a final de mes podamos darle una información más exhaustiva, de forma que lo que haremos será que cuando ya finalice la propia, lo que entendemos nosotros en calendario como temporada de verano, le actualizaremos la información, porque estamos, nos falta, yo diría que casi un mes, porque si cerramos 15, 20 de septiembre, podremos darle una información más ajustada. No obstante, vamos a intentar darles información hasta esta fecha de cómo ha ido transcurriendo el plan de verano, la atención sanitaria que se presta a los andaluces y andaluzas durante el verano.

Las incidencias, como recordarán, yo tuve la oportunidad de presentarles el plan en esta comisión al final del último periodo de sesiones, y voy a aportar la información —como les digo— que tenemos hasta ahora. No obstante, los datos oficiales pues, ya les digo que se los terminaremos de facilitar, se los haremos llegar a todas sus señorías. Yo estaré encantada de actualizárselos.

Les adelanto, para su tranquilidad, que este año no ha habido incidentes especiales, reseñables en la red de centros públicos de nuestra comunidad a fecha de hoy. Y aquí me gustaría detenerme para volver a dejar claro que nuestro sistema sanitario está preparado para prestar una asistencia accesible y de calidad todos los días del año, es decir, los 365 días del año sin excepción. Independientemente de que en cualquier momento pueda ocurrir algún tipo de incidencia, pero el sistema tiene sus propios mecanismos para poder responder a las demandas que puedan surgir a lo largo de todo el año.

Precisamente el plan de verano es uno de los instrumentos que se diseñan para garantizar esta asistencia en una temporada, en unos momentos del calendario en el que se cambian tanto los hábitos de uso como la demanda asistencial y también la presión asistencial, y hay desvíos de población de las zonas de interior a las zonas costeras, y debo decirle que tampoco a pesar de que hay como, por decirlo de alguna forma, año tras año se vuelven a repetir las pautas, pero es cierto que tampoco cada año es igual que el año anterior y sí que, por eso conviene evaluar para también para plantearse posibles modificaciones otro año.

Nuestro sistema sanitario público tiene más de una década de experiencia en el desarrollo de los planes específicos en el periodo estival, y cada año el plan se va revisando, como les comentaba a ustedes anteriormente. Se estudian esas peculiaridades que presenta el verano y se adaptan las actuaciones para que efectivamente intenten responder a la realidad a la que nos..., prevemos nosotros que nos podemos encontrar. Pero lo más valioso y lo que hace útil este instrumento y las medidas que se aplican es que la experiencia y la flexibilidad de adaptación se pueden adaptar a circunstancias diversas.

Nosotros teníamos este año como objetivo fundamental, y era que el sistema fuera capaz de ser flexible en caso de que hubiera modificaciones, cambio, alguna presión asistencial mayor en una zona u otra. Para estar preparados cada año, y teniendo en cuenta la experiencia de los veranos anteriores, se establece esa planificación que se concentra allí donde se entiende que van a ser más necesarios. Insisto en que elaboramos esa detallada planificación cada verano, y que esta planificación ha tenido siempre buenos resultados sin que se registren incidentes reseñables.

Los meses de verano van acompañados especialmente de unas condiciones muy concretas. Son meses de gran afluencia turística, en casi toda nuestra comunidad, pero en algunas zonas más que en otras. Millones de turistas nos visitan en esta época, y a estas visitas se suman los desplazamientos internos de nuestra propia población, fundamentalmente hacia las zonas costeras. En torno a este cambio de escenario se elaboran previsiones que nos permiten reorganizar. En esta planificación se valoran multitud de datos, como puede ser el nivel de frecuentación de los centros, es decir, el número de usuarios que acude a su centro de salud en cada una de las horas del día, el índice de ocupación de los centros hospitalarios, de las asistencias urgentes que se realizan. Evidentemente, esta planificación tiene en cuenta también elementos como son las vacaciones reglamentarias de los profesionales sanitarios, también los efectos de las altas temperaturas y las garantías de los derechos de los ciudadanos en tiempos máximos, obras de mejora de las infraestructuras sanitarias, y de forma específica el dispositivo que ponemos en marcha para la operación Paso del Estrecho.

En 2014, a grandes rasgos, las medidas que se adoptaron fue el refuerzo en horario de mañana en aquellos centros de mayor afluencia, debido a que están ubicados en zonas costeras de especial atracción turística, y en algunas también de interior, reorganización de la agenda de jornadas de tarde, pasando los profesionales al turno de mañana para adecuarse al descenso de la frecuentación en este tramo horario, fundamentalmente como consecuencia de las altas temperaturas, apertura de consultas dispensarizadas en los centros de grandes capitales con actividades programadas de tarde. Estas consultas asumen la demanda procedentes de otros centros de la misma zona básica que suspenden temporalmente la actividad de la tarde; refuerzo de los dispositivos de cuidados críticos y urgencias de los equipos móviles, informando a las asociaciones de vecinos correspondientes y difundiendo estos nuevos horarios. No hay cambio en la organización y funcionamiento de la actividad domiciliaria, en las unidades de cuidados críticos y urgencias o la atención urgente durante los festivos y fines de semana.

En el conjunto de Andalucía en este verano contamos con 249 centros de atención primaria abiertos durante la jornada de tarde. Normalmente abren 431 centros por la tarde. Se han reforzado más profesionales, 46 centros de atención primaria, en los que aumenta la demanda asistencial durante el verano al estar ubicados en las localidades de especial atracción turística. El esfuerzo de estos 46 centros se ha llevado a cabo

con 193 profesionales desglosados en las siguientes categorías: han sido 81 facultativos, de los cuales 79 médicos y médicas y dos pediatras, 78 de enfermería y 34 profesionales auxiliares.

Cuando termine el periodo estival se prevé que estos profesionales hayan realizado un total de 13.970 jornadas laborales aproximadamente. Al personal contratado para reforzar los centros de las localidades más turísticas se suman también las contrataciones de profesionales para cubrir las sustituciones de aquellos que se marchen de vacaciones durante el periodo estival, en torno a 900.000 jornadas laborales y alrededor de 30.000 nombramientos hasta la fecha de ahora.

Por último, es importante destacar que se han realizado contrataciones para el dispositivo sanitario diseñado específicamente con motivo de la operación Paso del Estrecho, que prevé una dotación especial de 13 profesionales, de los que seis son médicos y siete profesionales de la enfermería. Este dispositivo se distribuye en los preembarques de la zona de Almería y Algeciras. Lo que se hace en el resto de los puntos de paso del Estrecho, como pueda ser el caso de Motril, es que se tiene en coordinación con Cruz Roja y con los dispositivos de salud de la zona, donde se ubica un profesional, también, en el ámbito..., en la zona portuaria.

Debo recordar que estas mismas medidas permitieron la existencia...

¿Sí?

El señor RODRÍGUEZ GÓMEZ DE CELIS, VICEPRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Ruego mantengan un poco de silencio mientras... Gracias.

La señora SÁNCHEZ RUBIO, CONSEJERA DE IGUALDAD, SALUD Y POLÍTICAS SOCIALES

—... Debo recordar que estas mismas medidas permitieron la asistencia con absoluta normalidad en el periodo estival 2013, sin que hubiera incidencias dignas de mención.

Y, como les digo, tampoco este verano se han registrado, hasta ahora, incidencias graves. Yo les recuerdo que los datos que acabo de presentar están basados en previsiones, muchas ya realizadas hasta esta fecha, pero que tendremos que terminar de informarles con los datos más certeros cuando termine el mes de septiembre, que se lo podemos hacer o aquí mismo o directamente se lo mandamos por escrito a sus señorías, a los miembros de esta comisión.

Así que estoy a su disposición.

El señor RODRÍGUEZ GÓMEZ DE CELIS, VICEPRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, consejera.

Como decía antes, no solo se ha ajustado a tiempo, sino que ha sido muy concreta en su intervención. Lo digo por la conversación que mantenía antes con la portavoz del Grupo Popular, que decía que ella también se iba a atener al tiempo.

Así que tiene la palabra la señora Corredera.

La señora CORREDERA QUINTANA

—Muchas gracias, señor presidente.

Yo le decía que, habitualmente, suelo atenerme al tiempo. Pocas veces me han llamado la atención por pasarme, pero bueno.

Yo quiero agradecer la información de la consejera, como no podía ser de otra manera. Como usted sabe, este grupo pidió, en una Diputación Permanente en el mes de julio, la posibilidad de hacer un pleno extraordinario donde pudiéramos debatir la situación de la sanidad en Andalucía durante este verano y donde se pudieran tomar medidas para corregir ese plan de verano que usted había presentado aquí, que nosotros considerábamos que era claramente insuficiente.

Es cierto, señora consejera, que no ha habido incidentes especiales, reseñables, que puedan afectar a la vida de los ciudadanos, yo se lo reconozco. Yo sí creo que ha habido otros incidentes reseñables que provienen más de lo que son los trabajadores de la propia Administración, por denuncias que a nosotros nos parecieron, algunas, preocupantes, y a las que yo voy a hacer referencia, ¿no?

Usted ha dicho en su intervención que han garantizado, por decirlo de alguna forma, una asistencia accesible y de calidad los 365 días del año. Yo, sinceramente, le digo que esto es cuestionable y que, además, le voy a poner algunos ejemplos, algunos ejemplos que lo van a evidenciar a lo largo de mi intervención, sobre todo porque me preocuparía mucho que algunos de estos ejemplos que yo voy a poner —que han ocurrido en verano y que yo entiendo que, precisamente, se producen de forma puntual en verano porque, lógicamente, hay menos personal, porque hay parte del personal de vacaciones, porque no podemos cubrirlo absolutamente todo, y eso lo comparto con usted—, espero que no se produzcan el resto del año.

Y le diré por qué: porque yo creo que algunas cosas, de verdad que a este grupo le han preocupado enormemente. No ha habido, como le decía, grandes... no ha habido tragedias personales, gracias a Dios, creo es importante, por la labor de los profesionales y porque no se han producido, pero sí ha habido, ha habido alarma, ha habido alerta en algunos casos, ha habido saturación, ha habido sobrecarga, y algunas sobrecargas en algunas urgencias yo creo que han sido, incluso, escandalosas. Y no es alarmismo. Quiero decir, a mí no me gusta alarmar ni crear preocupación en los ciudadanos, pero sí puede ser una sobredosis de realidad que, a lo mejor, no les gusta escuchar, o que prefieren ocultar, pero que ha estado ahí y que se ha publicado en los medios y que han denunciado los sindicatos y que han denunciado los propios profesionales.

En verano no todo es cierre de camas, evidentemente, ni ahí lo podemos centrar, pero sí es verdad que se... quizás una de las cosas, uno de los parámetros que miden un poco, esa reserva de camas que hace la consejería, la eficiencia del sistema. Yo quiero empezar ahí por algo, porque yo creo que en parte... yo hago una crítica, y sabe que se la he hecho en alguna ocasión, que creo que el verano se utiliza, en parte, para meter tijera y que se note menos, por parte de la Administración. Pero a mí me gustaría saber, de verdad, de forma oficial, por parte de la consejería, cuántas camas se han reservado este año por provincia en los hospitales andaluces. Porque usted compareció aquí, en esta Cámara, nos dijo que los datos iban a ser similares a los del año pasado, había una cifra del año pasado que estaba en torno a las 3.000 camas, se hablaba entre 2.900, 3.200 camas, cada medio cogía una. Pero la verdad es que luego empezaron a salir sindicatos representativos de cada centro en cada provincia y yo empecé a sumar, y yo empecé a sumar y, cuan-

do empecé a sumar, a mí esto se me disparaba con respecto a los datos que usted daba. Y yo no digo que sean más ciertos los de ellos que los suyos, pero sí quiero saber, entonces, oficialmente, cuáles son los reales, cuáles son los reales.

En Almería salió publicado que se habían cerrado... que se reservaban 598 camas. Lo tengo también por hospital, pero creo que lo podemos evitar. En Cádiz, 525; en Córdoba, 362; en Granada, 472; en Málaga, 595; en Jaén, 185, más 85 en la provincia; en Huelva, 173, y en Sevilla ya había dos datos bastante dispares: uno de SATSE, que decía que eran 896 camas las que se reservaban; otro del sindicato de médicos, que llegaba a hablar de 1.513 camas las que se reservaban. O sea, que el abanico ya iba entre 3.900 y 4.510, lejos de las 2.900, 3.000 de las que había hecho referencia la señora consejera.

Por tanto, yo creo que es bueno que sepamos cuál es la cifra oficial, que no tengamos que hacer caso a lo que se publica en un medio, a la investigación que hace un periodista o a la denuncia puntual que, en un momento determinado, pueda hacer un sindicato, que nos llega a nosotros o que llega directamente al medio de comunicación. Como creo que es bueno que sepamos qué quirófanos han permanecido cerrados y durante cuánto tiempo. Porque yo me acercaba un día a Benalmádena, y me decían en Benalmádena los propios trabajadores que ahora van a estar quince días cerrados los quirófanos, todos los quirófanos, no se va a quedar uno de guardia. En cambio, en Marbella me decían: no va a haber reserva de camas —lógicamente, en la Costa del Sol, porque, además, por la afluencia es lógico— pero sí va a haber en el mes de agosto unos días cerrados los quirófanos y en el mes de julio otros días distintos. En fin, quiero decir, creo que es bueno que sepamos esos datos, y que las críticas que podamos hacer, las hagamos con los datos oficiales que usted nos da porque, al final, eso tiene consecuencias. Las consecuencias son que no se hace la actividad programada porque no se programa la actividad, porque ya se prevé que no va a haber el quirófano o que no vamos a tener a disposición esas camas, las listas de espera aumentan... Aquí, las listas de espera se han convertido en una serpiente de verano, porque, claro, antes, ustedes las actualizaban en enero y en junio; ahora, solo se actualizan en junio, y tenemos el dato anual. Pero yo creo que es importante, si hablamos de que hay 5.000 andaluces más esperando para una intervención quirúrgica, se incluyen también estas decisiones que está tomando el Gobierno andaluz.

Me decía usted en su intervención que se hace una planificación detallada. Yo creo que, a veces, hay falta de previsión. Usted hablaba de 246 centros que han abierto por la tarde. Normalmente, a lo largo de todo el año abren 431. Entre centros de salud y consultorios, tenemos unos 1.514, si no recuerdo mal. Estoy dando el dato entre consultorios locales. Es verdad que, evidentemente, esos ni siquiera durante todo el año abren, abren algunos, dos, tres veces a la semana, algunas horas, para poder atender a los pacientes, con lo cual entiendo que no van a abrir por la tarde. Pero a mí me parece un número insuficiente porque, al final, lo que hemos hecho es colapsar las urgencias. Las urgencias se han convertido —y principalmente por las tardes— en consultas de atención primaria, porque esas consultas estaban cerradas. Y hemos visto casos, como centros de salud, hemos visto las fotografías en los medios de comunicación, tampoco voy a traerlo yo aquí, de Roquetas norte, donde las colas en los centros de salud llegaban a la calle, llegaban a la calle, de gente esperando para ser atendida.

Pero hemos visto, que me parece más grave, cómo había en el Hospital Juan Ramón Jiménez, 30 horas de espera en las urgencias, 30 horas de espera en las urgencias para ser atendidos. Para ser ingresados,

perdón. Para ser entendidos, cinco horas. Pero es que hemos visto, también, cómo la atención domiciliaria, por ejemplo, en la provincia de Sevilla, han tenido que esperar hasta cuatro horas para una atención urgente a domicilio por la falta de transporte público. Por eso yo le decía que esperaba que esto fuera puntual, que esperaba que fuera consecuencia de esos recortes en verano, que no fuera habitual durante todo el año. Pero, producirse, se han producido. Y, lógicamente, a nosotros nos genera una preocupación saber si se ha producido porque se han cerrado excesivamente centros de salud por la tarde, entonces se han masificado las urgencias, y porque no teníamos suficiente personal para sustituciones. Con lo cual, lógicamente, estaban colapsados.

Aquí podríamos hablar, porque datos hay para dar, de esas 21 guardias, que denunciaban en alguna provincia, que habían hecho algunos profesionales en mes y medio, guardas presenciales de 24 horas, que no estamos hablando de guardias localizadas. No me puede decir que eso entra en la normalidad. Usted sabe, como yo, que la habitual, como mucho, son cuatro guardias al mes, no 21 guardias presenciales de 24 horas en mes y medio. Entonces, no creo, vuelvo a decir, que esto sea la normalidad, creo que son excepciones que tienen consecuencias en la calidad de la asistencia. Que en la provincia de Sevilla se haya denunciado que solo había una ambulancia para 700.000 habitantes para cubrir avisos a domicilio, pues luego no me extraña que, un mes después, la noticia fuera que la espera en esos domicilios era de cuatro horas. Y no me extraña que en algunos sitios los transportes los tuvieran que hacer en sus propios vehículos, porque no había ambulancias disponibles.

Por lo tanto, ahí hay problemas que hay que afrontar, que hay que afrontar con vistas al verano que viene. Si esa es una planificación y se tienen en cuenta los problemas que han surgido este verano, pues, lógicamente, hay que saberlo.

A mí me gustaría también que nos diera otro dato, como digo, oficial. ¿Cuánto se ha destinado a sustituciones este año? Porque, mire usted, en 2011 se recortó para sustituciones 46 millones de euros; en 2012, un 30% del presupuesto del año anterior; en 2013, un 20%. Estamos haciendo con datos al 75% de eventuales para esos refuerzos de verano para esas sustituciones en verano, pero que sustituyen jornadas del ciento por ciento. Estamos viendo como el acúmulo de cupos está haciendo que esa saturación se esté produciendo en los centros de salud en esas jornadas de mañana o jornadas de mañana-tarde en los que tenían la suerte de tener abierto por la tarde.

Por tanto, yo creo que es importante que usted dé respuesta a estas cuestiones. Yo vuelvo a decirle que entiendo que es normal. Entiendo que los profesionales tienen que tomar sus vacaciones en verano, porque además son reglamentarias y tienen derecho. Tiene que haber una buena planificación porque es cierto que, en última instancia, usted sabe cuántos profesionales tiene, cuántos de ellos tienen que tomar esas vacaciones y cuándo las toman. La planificación la sé. Lo que no podemos, de verdad, es utilizar el verano para hacer un recorte encubierto de prestaciones de calidad y producir la saturación, la saturación de esos profesionales.

En la denuncia del otro día de la guardia decían: «Denuncian el abuso que se repite por todos los hospitales». Ellos hablaban: «Este es un caso puntual que se ha denunciado, pero se está produciendo en todos los hospitales ante la enorme reducción de efectivos durante el verano. Esfuerzos sobrehumanos» —y no son mis palabras, son las de los profesionales— «que ponen en peligro la correcta atención a los pacientes y su seguridad, y que, lógicamente, provocan el agotamiento de los profesionales».

Y no voy a entrar, señora consejera, en casos que pueden producirse «anecdóticos», que no es la palabra que me gusta, como la profesional a la que le dio el ictus porque llevaba ya demasiadas horas trabajando y [...]. No creo que sea eso, eso ocurre porque ocurre, y ya está.

Pero sí es verdad que creo que hay muchas explicaciones que tienen que dar, porque en muchas ocasiones hemos denunciado que somos la comunidad que menos gasta por habitante en materia sanitaria. Somos la única comunidad que no llega ni a los mil euros por paciente al año. Hemos visto como en los últimos presupuestos —y no se lo voy a repetir—, se han ido reduciendo las partidas para sanidad, en la Comunidad Autónoma de Andalucía, de la parte que correspondía a fondos propios, que era bastante más grande ese recorte que el que se producía de lo que venía del Gobierno de la Nación, bastante más importante. Hemos visto como los profesionales están castigados, especialmente los eventuales, con esas jornadas al 75% y esa precariedad laboral. Hemos visto como han ido perdiendo derechos laborales y económicos el resto de profesionales, y cómo se han ido reduciendo las plantillas.

Usted ha anunciado una oferta de empleo público, he visto que se avanzado un poquito más, y que ya está ahí el temario, pero todavía no hay fecha, señora consejera. Y el 10% de reposición sí le corresponde a usted, y tiene total libertad para convocarlo cuando sea oportuno. Mientras, la sanidad andaluza sigue perdiendo profesionales.

Así que, por mi parte, nada más. Me gustaría que me hiciera esas aclaraciones concretas de las que le he hablado. No voy a entrar ni siquiera en detalles, vuelvo a decir, porque entiendo que son temas ya demasiado particulares que se pueden producir en esta época o en otras, como el caso del cierre de quirófanos en La Línea, por aquella plaga de ratas y cucarachas, que se cerró varios días, se volvió a abrir y se tuvo que volver a cerrar.

Entiendo que esas son, por otras cuestiones y no precisamente por el Plan de Verano, como ni siquiera voy a plantearle los temas de ébola, que ya comentábamos esta mañana fuera de aquí informalmente, porque entiendo que no es una cuestión del Plan de Verano.

Pero sí me gustaría que lo que yo les decía, que esos recortes que están llegando a los ciudadanos, que están padeciendo por ello importantes problemas en la atención y en la calidad, en horas de espera, en masificación de urgencias, en esperas de más en los centros de salud, en saturación de los profesionales, saber si para el año que viene se va a hacer de otra forma esa planificación y se van a abordar de otra manera esos problemas, y sobre todo conocer la realidad por parte oficial de la consejería.

Muchas gracias.

El señor RODRÍGUEZ GÓMEZ DE CELIS, VICEPRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señora Corredera.

Tiene la palabra la consejera.

La señora SÁNCHEZ RUBIO, CONSEJERA DE IGUALDAD, SALUD Y POLÍTICAS SOCIALES

—Gracias, señor presidente.

Respecto de los datos con detalle a nivel económico y demás, pues se los facilitaremos cuando termine. De todas formas, yo sí quiero decirle varias cosas.

Una, en primer lugar, como usted bien sabe, usted lo ha dicho, las camas no se cierran, están disponibles. Hay una media en torno a un 13 y pico por ciento de camas que estaban no disponibles. Nosotros hemos utilizado el criterio que hemos dado porcentualmente en cada una de las provincias, de forma que estaba en Almería el 12,76%; en Cádiz, el 13,37%; en Córdoba, el 16,92%; el 14,13%, en Granada; el 14,13%, en Huelva; en Jaén, el 14,53%; en Málaga, el 10,36%; en Sevilla, el 15,56%. Es decir, se han puesto más plazas en reservas en aquellos lugares donde no había..., no hay tanta afluencia, desde el punto de vista turístico costero. Una media en torno al 13%.

Sí que debo decirle que eso, desde luego, no ha supuesto una paralización en absoluto de la atención, sino que también ha habido y estaban previstas y, desde luego, se han realizado, y se lo concretaremos cuando termine el verano, o lo que nosotros entendemos como verano que no solo coincide, incluso llega hasta a final de mes, pero, bueno, suponiendo que fuera verano, verano, a veintitantos de septiembre, en torno a unas sesenta mil intervenciones y más de 2,5 millones de consultas externas, dos millones de pruebas diagnósticas. Es decir, los centros han estado en funcionamiento. Ha habido en torno a 22,7 millones de actos sanitarios en verano, y, por lo tanto, no puede ser creíble hablar de paralizar, colapsar, saturar, yo creo que ha habido bastante normalidad.

Ha habido puntos y momentos en los que haya podido haber algún problema. Bueno, yo debo decirle que, por ejemplo, en las urgencias los problemas que haya podido haber tendrán que ver con algún otro tema que se pueden ver en cada momento, pero que, desde luego, no tienen nada que ver con el Plan de Verano, puesto que en urgencias se mantiene al ciento por ciento todo el sistema, es decir, también con las ambulancias. Ambulancias, profesionales, sustituciones... Ahí no hay limitación, ¿eh?

Yo creo que la demanda en el ámbito de atención en las urgencias ha sido prácticamente el mismo que en meses normales. No ha habido nada que sea diferente a lo que ocurre y, además, no ha habido ningún momento en que se pueda decir saturación ni alta frecuentación. De hecho, no se ha tenido que activar ningún sistema de alta frecuentación, que si lo hubiéramos tenido que activar, también lo hubiéramos activado.

Después, al respecto de algunos... Usted ha mencionado algunas cosas específicas que lo iremos viendo. Yo sí tenía referencias por algunas denuncias que ustedes mismos han hecho a lo largo del verano en algunos medios. Pues, yo debo decirles que en los hospitales de Juan Ramón Jiménez e Infanta Elena, en Huelva, los datos de frecuentación nos dicen que la demanda de urgencias ha sido casi un 5% menos que la media anual. Es decir, que en cuanto a los tiempos de respuesta para ingresos de pacientes procedentes de urgencias, ningún paciente ha sobrepasado el tiempo de permanencia de 24 horas en las urgencias.

No sé, yo quiero pensar que cuando los profesionales hacen algún tipo de quejas, como cuando se hace por parte de algún partido político, de la oposición o no, tienen algún elemento en el que nos estamos basando. Y, por lo tanto, yo analizaré lo que usted hoy ha comentado aquí en sede parlamentaria.

Estos dos hospitales han mantenido un 15% de las camas en reserva, han sido dos puntos menos que el verano anterior y no ha habido esa restricción presupuestaria a la que usted hace referencia; yo creo que ha habido..., en todo caso, ha habido algún incremento en cuanto a los créditos que hemos destinado para el plan de verano de 2014, pero que se lo vamos a dar con absoluto detalle.

Respecto al proceso, bueno, yo creo que incluso en algunos otros hospitales..., quiero decir que el comportamiento ha sido prácticamente en la misma línea. Se ha contratado en función..., en las urgencias el ciento por ciento de las sustituciones, y en el resto, en cuanto a lo que habíamos calculado aproximadamente en cuanto a las necesidades. Y también debo decirle que en ningún caso ha estado cerrado ni está cerrado el proceso, es decir, que si es necesario reforzar, se refuerza.

Yo creo que hay un tema que es importante. En primer lugar, creo sinceramente que antes de..., cuando empieza la campaña de verano me parece que no es conveniente generar esa alarma a no ser que se vea algún elemento que diga encima de la mesa «esto hay que denunciarlo como sea porque se nos va a ir de las manos». Si no es así, creo sinceramente que ya dudar de que vaya a funcionar..., pues yo creo sinceramente que no hay que hacerlo, porque se da una imagen de caos, de colapso, de..., que no responde después a la realidad. Y, bueno, ahora a renglón seguido, cuando pase la temporada, pues haremos el análisis. Nosotros tomamos nota de lo que usted ha dicho al respecto de determinados problemas puntuales, vamos a ver exactamente qué hay detrás de esos problemas puntuales y le vamos a informar.

Y yo quedo comprometida con informarles cuando termine la temporada, sobre todo de los temas que usted me ha preguntado, poner esos porcentajes en número de camas, que no los tengo aquí, por eso hemos manejado el tema porcentual. Decirle la cuantía en cuanto al presupuesto que hemos gastado o que hemos necesitado para cubrir el plan del verano. Lo haremos comparativamente con el año anterior para responder a lo que usted nos pregunta.

Y pues los temas puntuales que nos ha planteado igualmente los analizaremos, y si eso supone que tendremos que corregir algo para el próximo plan de verano, lo hacemos, pero que en principio nosotros creemos que esto ha funcionado con bastante normalidad, que es lo que se pretende. Y que se pretende, además, hacerlo en unas situaciones pues de verdad complejas desde el punto de vista de lo que es el Capítulo Primero de esta consejería.

Muchísimas gracias, señoría.

El señor RODRÍGUEZ GÓMEZ DE CELIS, VICEPRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Pues muchísimas gracias, consejera.

9-14/POC-000535. Pregunta oral relativa a Certificación de Competencias Profesionales

El señor RODRÍGUEZ GÓMEZ DE CELIS, VICEPRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Pasamos, por tanto, al tercer punto del orden del día, preguntas con ruego de respuesta oral en comisión. Y, en primer lugar, pues si no está..., era una pregunta que realizaba...

[Intervención no registrada.]

... Izquierda Unida. Pasamos, la dejamos para después porque tiene que estar el hombre..., la dejamos para... Pasamos... ¿Estamos de acuerdo entonces...? No hay ningún problema.

De acuerdo, pues pasamos...

[Intervención no registrada.]

Sí, claro, está en dos comisiones a la par y...

Bueno, pasamos, por tanto, a la segunda pregunta con ruego de respuesta oral, relativa a Certificación de Competencias Profesionales. Y, para ello, tiene la palabra el portavoz del Grupo Socialista.

Portavoz.

La señora BUSTINDUY BARRERO

—Sí, muchas gracias, presidente. Buenos días a todos y a todas y bienvenidos de vuelta después del verano, aunque creo que ya nos hemos saludado.

Señora consejera, vamos a hablar de calidad en la prestación de los servicios públicos, algo que es una obligación de todas las administraciones públicas, el prestar un servicio público de calidad, como lo recoge la legislación que tenemos en nuestro país y también, concretamente, en nuestra comunidad autónoma. Concretamente, en materia de salud, hay una ley específica, del año 2003, la 16, de 28 de mayo, a nivel nacional, que es la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, y también en Andalucía en nuestra ley de salud pues por supuesto se habla de la búsqueda incesante de altos niveles de calidad en la prestación del servicio público de salud en nuestra comunidad autónoma.

Pero sí que es verdad que en la búsqueda de esta prestación de la calidad en el servicio público pues hay grandes diferencias entre las distintas comunidades autónomas, y no todos somos iguales, porque es verdad que, como bien dice el dicho, una cosa es la obligación y otra es la devoción, unos lo hacen por obligación y otros lo hacen porque creen firmemente en que la salud pública debe ser prestada con eficiencia y calidad.

Lo vemos todos los días en los medios de comunicación, hemos estado este verano muy entretenidos viendo cómo en otras comunidades autónomas pues ha habido ciertos escándalos en relación a derivaciones de pacientes a hospitales, incluso de otras comunidades, privados e incluso información relativa a los propios profesionales. Vamos, concretamente, hay una comunidad que en salud da muchas noticias, y no buenas, que es la liderada por la jefa política del Partido Popular, la señora De Cospedal, que parece que el tema de la calidad se lo toma en diferido.

Sin embargo, el Gobierno de la Junta de Andalucía y la consejería que usted preside vienen manteniendo una apuesta visible y creciente para garantizar la mejora continua de la calidad como pilar básico del siste-

ma en Andalucía, del sistema sanitario. Y, por supuesto, esa calidad tiene clara la consejería que debe estar orientada a la satisfacción de las necesidades y, además, a las expectativas que tienen los ciudadanos. Y por eso, no en vano, la Junta de Andalucía durante tiempo ha venido demostrando esa apuesta y lo ha hecho a través de los dos planes de calidad del sistema sanitario público de Andalucía que se han elaborado y se han desarrollado, pero además que cuenta con un instrumento muy importante, como es la Agencia de Calidad Sanitaria, que, según se define en el II Plan de Calidad, es un elemento nuclear en los centros que sitúa al servicio sanitario público de Andalucía como un sistema que busca la excelencia —ya no solo la calidad— en la prestación de los servicios.

Por tanto, nuestro sistema público en Andalucía cuenta con una entidad que genera conocimiento sobre calidad y que se convierte en una fuente valiosa de información para recopilar prácticas y espacios comunes para la mejora de la prestación del servicio. Pero, además, esta entidad ha convertido por supuesto en un pilar fundamental el tema de las certificaciones, certificaciones de centros y unidades sanitarias en relación con la calidad. Pero hablar de calidad sin contar con los profesionales sería claramente incurrir en un grave error.

Por eso, la Agencia Andaluza para la Calidad en la Atención Sanitaria en Andalucía, entre los distintos programas que ha impulsado, ha impulsado uno concreto sobre el que le vamos a preguntar, consejera, que es el programa de Certificación de Competencias Profesionales, porque sabemos que el objetivo de su consejería y, por tanto, también de lo que hace esta agencia es buscar el estímulo profesional de los profesionales sanitarios y, por supuesto, ir buscando la calidad en su trabajo y que se vayan incorporando a ese programa, que es voluntario, cada vez más trabajadores, con la finalidad, por supuesto, de contribuir a esa asistencia sanitaria que su consejería pretende que cada día sea de mayor calidad.

Hemos visto por los medios de comunicación que, efectivamente, se van incrementando los profesionales que han acudido a la acreditación, que ya hay más de siete mil y que en torno a veinte mil profesionales están en estos momentos en proceso de acreditación. Y nos gustaría que usted nos haga un balance desde su responsabilidad de este programa de Certificación de Competencias Profesionales en Andalucía.

Nada más y muchas gracias.

El señor RODRÍGUEZ GÓMEZ DE CELIS, VICEPRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchísimas gracias, señoría.

Tiene la palabra la señora consejera para contestarle.

La señora SÁNCHEZ RUBIO, CONSEJERA DE IGUALDAD, SALUD Y POLÍTICAS SOCIALES

—Sí, bueno. Gracias, señor presidente.

Señoría, lo primero es decirle que el criterio de calidad en materia del sistema público de salud es una obligación por parte del propio sistema y se lo toman también los propios profesionales. Y, de hecho, en aquellos procesos donde se determina esa cualificación o esa mejora de la cualificación por parte de los profesionales, aparte de que se les facilite por esta consejería que se pueda acceder a esa cualificación, son..., lo hacen

de manera voluntaria, por lo tanto... Y lo hacen además de... y lo hacen en sus horas de... Y, por lo tanto, es un valor que hay que reconocerles a los profesionales y a las profesionales en el ámbito de la salud.

Cuando estamos hablando de competencia y de certificación de competencias profesionales estamos hablando de que, detrás de cada una de ellas, hay una persona que se ha sometido a un esfuerzo añadido con un control muy exhaustivo de cada uno de los elementos que se entendían que eran a mejorar, y han participado activamente en esa mejora. Yo creo que eso hay que destacarlo.

Además, hay que hacerlo en un momento en que la vinculación de esa mejora al incremento salarial no es una administración..., una relación directa, no lo es. Y, por lo tanto, es importante todavía valorarlo aún más. Andalucía ha construido un sistema que se basa en un modelo de calidad, y es un referente —yo creo que así es— en el Sistema Nacional de Salud y también para otros países. Un modelo en el que estamos trabajando desde hace años, y que cuenta con un instrumento muy valioso que es la Agencia de Calidad Sanitaria, de calidad, en Andalucía.

Entre los programas que impulsa esta agencia está, efectivamente, el Programa de Certificación de Competencias Profesionales. Es un programa de acreditación que es pionero en España, que pretende estimular al profesional sanitario en la búsqueda de esa calidad de su trabajo, analizando esas competencias, presentando evidencias de sus tareas. Y tanto no solamente a nivel asistencial sino también a nivel organizativo y a nivel de investigación, fundamentalmente, ¿para qué? Pues para mejorar la asistencia sanitaria y, por lo tanto, orientándolo a la calidad y a la mejora en la calidad de cara a la ciudadanía.

Hay en Andalucía en estos momentos 7.126 profesionales sanitarios andaluces que han completado su certificación desde el inicio de este programa, que se inició en el año 2006. Se ha alcanzado esta cifra de certificaciones después de que en los últimos meses 1.328 profesionales de las provincias de Cádiz, Córdoba, Huelva, Sevilla y más de 1.500 profesionales sanitarios de Almería, Málaga, Granada y Jaén hayan recibido estas certificaciones que avalan la calidad de su trabajo.

De estos más de siete mil profesionales acreditados hasta la fecha, el 37% ha optado a una subida de nivel dentro de los que existen, es decir, que estaban en un nivel y han optado a mejorarlo —avanzado, experto y excelente—. Esto indica que el grado de superación de estos profesionales, como yo les he comentaba al inicio, es cierto, es cierto.

En estos momentos hay acreditados más de veinte mil... En estos momentos se encuentran en fase de acreditación más de veinte mil profesionales en el proceso. De hecho, los criterios a los que responde este modelo de calidad tienen que ver con la orientación dirigida a la gente, a la promoción de su salud, a la atención de los usuarios y usuarias, al trabajo en equipo, y asimismo recogen compromisos con la docencia y con la investigación.

Existen esos criterios que recogen los manuales que guían el proceso de acreditación. En la actualidad existen 78 manuales de competencias y de distinta especialidad, en cuya redacción posterior han colaborado más de seiscientos profesionales.

Yo creo que es importante destacarlo, los 518 centros y las unidades, y los 192 que ahora mismo se encuentran en ese proceso. Los centros, los 30 centros de unidades de formación continuada, los 14, además, que están en proceso. Es decir, que no solamente la cualificación desde el punto de vista de los profesionales sino también de los servicios, de las unidades y también de los centros.

Yo creo que es una política y una estrategia de cualificación y de mejora, en la que, como le comentaba anteriormente, tienen mucho que ver el compromiso y la voluntad que los profesionales y las profesionales ponen para mejorar día tras día la calidad del sistema público de salud.

Gracias.

El señor RODRÍGUEZ GÓMEZ DE CELIS, VICEPRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Gracias, señora consejera.

Le quedan 10 segundos. Nada.

9-14/POC-000414. Pregunta oral relativa al Hospital de Día del área de Salud Mental de Huelva

El señor RODRÍGUEZ GÓMEZ DE CELIS, VICEPRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Pasamos a la siguiente pregunta, que era la primera, y para la cual, en concreto, pregunta con respuesta oral relativa al Hospital de Día en área de Salud Mental de Huelva.

Para ello tiene la palabra el señor Baena Cobos.

El señor BAENA COBOS

—Muy bien.

Empezar agradeciendo a la Mesa y a la comisión la gentileza de permitirme retrasar la pregunta, y vamos con ella.

El 23 de enero de 2012 se inauguró el Hospital de Día del área de Salud Mental en Huelva. Desde entonces el edificio solo es usado por la URA, y pese a las demandas de las asociaciones de afectados, el hospital de día sigue sin entrar en funcionamiento, concediendo a Huelva el dudoso honor de ser la única capital de provincia que carece de dicho servicio.

Teniendo en cuenta las sucesivas afirmaciones de la consejería de que se acabarían aquellas infraestructuras con un alto grado de desarrollo y considerando que en el caso que nos ocupa la inversión de 500.000 euros está realizada y el edificio se encuentra acondicionado, formulamos la siguiente pregunta: ¿tiene previsto la consejería proceder a la puesta en funcionamiento del Hospital de Día del área de Salud Mental de Huelva?

El señor RODRÍGUEZ GÓMEZ DE CELIS, VICEPRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias.

Tiene la palabra la señora consejera.

La señora SÁNCHEZ RUBIO, CONSEJERA DE IGUALDAD, SALUD Y POLÍTICAS SOCIALES

—Gracias, presidente.

En relación con esa cuestión que usted plantea, he de decirle, en primer lugar, que entre los proyectos que estamos trabajando anteriormente en Huelva tiene que ver este en materia de salud mental, y que es la puesta en funcionamiento del hospital de día, que sigue siendo un objetivo prioritario. Y, por lo tanto, es un tema que vamos a poner en funcionamiento.

Quiero informarle que van a trasladar las consultas de la Unidad de Salud Mental Comunitaria desde el Hospital Vázquez Díaz al edificio de la plaza Houston, en el centro de la ciudad, con la finalidad de acercar este dispositivo a este ámbito comunitario y también favorecer la accesibilidad de los pacientes. Esto se va a hacer en torno a octubre más o menos. Con ello cumpliremos una de las principales demandas plan-

teadas por la Federación de Familiares y Personas con Enfermedad Mental. Esto es independiente de la pregunta en sí, pero bueno, que es acercar las consultas de salud mental a la ciudad y evitar el desplazamiento de los pacientes.

Una vez finalizado este traslado se va a poner en marcha el Hospital de Día de Salud Mental en el edificio de la calle San Cristóbal, también dentro de la ciudad. El plazo no me atrevería, pero yo creo que podría estar en torno a tres meses o cuatro meses para que pudiéramos tenerlo en condiciones, pero tampoco se lo quiero dejar cerrado, porque igual nos vamos a seis meses, en ese margen más o menos.

En la actualidad —como saben—, la unidad de rehabilitación, la URA, es la que está ocupando el edificio de la calle San Cristóbal. Es decir, que sí que está utilizándose y que pronto va a compartir esa unidad, la URA se va a compartir con este hospital de día.

Se trata de una unidad que ha implantado un modelo más moderno, la URA, de atención a los pacientes que está centrado fundamentalmente en el ámbito de la rehabilitación. Yo quiero dejar claro que, en cualquier caso y pese a la demora con respecto a la programación inicial, que se está atendiendo a estos pacientes. Lo que pasa es que, claro, cuando se abrió, la expectativa era que inmediatamente iba a empezar a funcionar. Como es lógico, al no ser así, pues se generó por parte de las personas con problemas de salud mental y sus familias una incertidumbre, pero al final eso va a ser así.

El hospital de día se pondrá en funcionamiento tal y como estaba proyectado inicialmente. Es verdad que cuando empezó a funcionar el edificio coincidió además con varias bajas por maternidad, con algunas incapacidades, con algunos traslados, yo quiero decirles por qué al final aquello se había ido retrasando. Una organización que nos ha obligado a concentrar los recursos en dispositivos que eran más urgentes, como podía ser el de la plaza Houston, que seguía unos criterios además de priorización en cuanto al tema de plantilla y demás.

Por lo tanto, como le he dicho, lo importante es que la respuesta asistencial está siendo. Que al final se va a producir este traslado, el primero se va a hacer ya, y el otro que lo haremos a lo largo de estos meses, tal y como le he indicado. Y, por lo tanto, que vamos a cumplir con las expectativas que tenían las familias y los propios enfermos.

El señor RODRÍGUEZ GÓMEZ DE CELIS, VICEPRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, consejera.

Tiene cuatro minutos y medio para su intervención.

El señor BAENA COBOS

—Me sobran los cuatro.

No. Quiero plantear que nunca hemos tenido dudas de que la atención se siguiera prestando a los pacientes necesitados de ella. Lo que sí es verdad es que la accesibilidad se complicaba y se sigue complicando con el sitio donde tienen que ir a recibir esa atención, y que es un agravio comparativo, aunque no sea bueno jugar con estos conceptos, con respecto al resto de pacientes de las provincias, de las otras siete provin-

DIARIO DE SESIONES DEL PARLAMENTO DE ANDALUCÍA

Núm. 289

IX LEGISLATURA

3 de septiembre de 2014

cias andaluzas. Y, por tanto, si efectivamente se están dando los pasos para dotar de contenido a ese edificio, pues, bienvenido sea y la felicitamos, en ese caso, en nombre de los pacientes y de sus familiares.

Muchas gracias.

El señor RODRÍGUEZ GÓMEZ DE CELIS, VICEPRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señor Baena.

9-14/POC-000553. Pregunta oral relativa a garantizar la sostenibilidad, desarrollo y financiación de la dependencia

El señor RODRÍGUEZ GÓMEZ DE CELIS, VICEPRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Pasamos a la siguiente pregunta, pregunta con ruego de respuesta oral, relativa a garantizar la sostenibilidad, desarrollo y financiación de la dependencia. Y para ello tiene la palabra el señor Castellanos... ¿No? La portavoz del Grupo Socialista dispone de cinco minutos.

La señora MATEOS ORTIGOSA

—Muy bien, gracias, señor presidente.

Buenas tardes a todas y a todos. Buenas tardes, señora consejera.

La Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia, la famosa Ley de Dependencia, fue aprobada con alto grado de acuerdo de todas las fuerzas políticas parlamentarias, con participación de las comunidades autónomas, de las entidades locales, ayuntamientos, de los agentes sociales y del movimiento asociativo. Con esta ley podemos decir que nuestro país avanzaba hacia la consolidación del Estado social y democrático de derecho que proclama nuestra Constitución.

A partir de ese momento, esta ley reconoce como un derecho universal para toda la población, con garantía pública, que las personas que no pueden valerse por sí mismas sean atendidas por los poderes públicos. Se estableció un calendario que se desplegaría de forma gradual hasta el año 2015. Hasta noviembre del año 2011, el sistema fue implantado según lo previsto y en aquel momento podemos decir que más de un 80% de las personas beneficiarias encuestadas consideraban positiva o muy positiva la atención que recibían.

Posteriormente, en diciembre de 2011 y pocos días después de la constitución del Gobierno del Partido Popular, esta ley se empieza a paralizar e impide que las personas con dependencia moderada accedan a una prestación o servicio. Después, en los primeros Presupuestos Generales del Estado que corresponden al año 2012, se elimina la partida que ascendía en su momento a 283 millones de euros, y ese nivel de financiación previsto en la ley vuelve a ser suprimido en los años 2013 y 2014.

Posteriormente, el Real Decreto 20/2012, de 13 de julio, que establecía medidas para garantizar la estabilidad presupuestaria, introduce numerosas modificaciones que vuelven a causar enormes perjuicios para las personas en situación de dependencia. Podemos hablar que se suprimen los dos niveles en que se dividía cada grado. Se reduce en un 30% la aportación que la Administración general del Estado establecía. Se reduce un 15% la prestación económica por cuidado en el entorno familiar. Se establece la revisión de la regulación del convenio especial en el sistema de la Seguridad Social, de los cuidadores no profesionales, cuyas cotizaciones pasan a ser exclusivamente a su cargo. Se aplica un periodo, un plazo suspensivo de hasta dos años para nuevas prestaciones económicas por cuidado en el entorno familiar y, además, se vuelve a revisar ese calendario para retrasar aún más la entrada de los dependientes moderados. Hay además que aña-

dir que después hay una resolución, el 13 de julio de 2012, de la Secretaría de Estado de Servicios Sociales e Igualdad, en la que se publica un acuerdo del consejo territorial del sistema para la autonomía y atención a la dependencia que aprueba los criterios y contenidos sobre capacidad económica y participación de beneficiarios en el coste de las prestaciones, en la prestación de este servicio. Esos nuevos criterios no son publicados aún mediante Real Decreto, pero sí suponen un importante incremento de copago para los beneficiarios y, además, establece una mayor participación para las comunidades autónomas que en algunos casos se ha aplicado, no así en el caso de la Junta.

En definitiva, lo que nos encontramos es que el Gobierno de España, de este Partido Popular, ha reducido el contenido esencial del derecho y ha realizado importantes recortes presupuestarios, con el dramático resultado de los beneficios..., de que los beneficiarios están recibiendo servicios y prestaciones claramente insuficientes. Además, se produce un gran retroceso en la financiación estatal del sistema: de soportar el 40% del coste total del sistema en el año 2009, la Administración central ha pasado a hacerse cargo del 19% en el año 2013. En este periodo la aportación de las comunidades autónomas ha crecido del 50,8% al 62%, y el copago de los usuarios ha..., podemos hablar y podemos decir que casi se ha duplicado.

Casi podría estar hablando del manteni..., del desmantelamiento de la Ley de Dependencia si dependiera en exclusiva de la Administración central, del Gobierno del señor Rajoy. Además, podemos decir que se está vulnerando el principio de igualdad, ya que no existe un contenido mínimo común de derecho y de los principios inspiradores del sistema. Y, además, también podemos hablar y podemos decir que todas estas medidas están incidiendo en algo tan importante como es la economía y el empleo.

Las decisiones del Gobierno central, como digo, nos están llevando a la desaparición o al desmantelamiento de lo que..., en lo que se basaba la Ley de Dependencia. Es por ello que el pasado mes de julio, en el seno del consejo territorial del sistema para la autonomía y atención a la dependencia, tenemos conocimiento que la consejera, usted, propone impulsar la constitución de un grupo de trabajo con representantes de todos los grupos parlamentarios, con el objetivo de alcanzar un acuerdo a largo alcance para garantizar la sostenibilidad y desarrollo y la financiación por parte de las administraciones públicas de este sistema.

Nuestra pregunta hoy aquí, que traemos, es: ¿qué iniciativas considera el Consejo de Gobierno de la Junta de Andalucía necesarias, que se deben plantear, con el fin de garantizar la sostenibilidad, el desarrollo y la financiación del sistema de dependencia? Y, además, conocer qué disponibilidad ha manifestado para ello el Gobierno de España a tal fin.

Gracias.

El señor RODRÍGUEZ GÓMEZ DE CELIS, VICEPRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señora Mateos.

Tiene la palabra la señora consejera.

La señora SÁNCHEZ RUBIO, CONSEJERA DE IGUALDAD, SALUD Y POLÍTICAS SOCIALES

—Bueno, muchísimas gracias, señor presidente.

Señoría, bueno, yo creo que la..., he de recordar que, como usted ha dicho, en la última reunión del pleno del consejo interterritorial del sistema, fundamentalmente en el apa..., de política social, en el consejo territorial en materia de política social, planteé en nombre del Gobierno, efectivamente, la necesidad de, en primer lugar, crear un grupo de trabajo conformado por representantes de todas las fuerzas políticas y sociales con el objetivo de alcanzar un gran acuerdo y hacerlo, además, en el ámbito del Congreso de los Diputados, en el lugar de donde tiene origen la ley. ¿Por qué? Pues porque entendemos que esta ley, a mor de..., a base de..., de decretos y a base de restricciones crediticias, cambios de, de plazos y demás, al final está bastante desconocida y, sobre todo, además, que yo creo que finalmente se ha modificado de facto la ley, que se ha ido en algunos elementos derogando, de hecho, y se ha ido modificando, lo que tiene que ver con partidas presupuestarias, por un lado, y lo que tiene que ver, por otro lado, con los temas que a nivel legislativo, de definición de las propias prestaciones y de definición de los propios servicios.

Entonces, yo creo que esta ley, recortar, ha supuesto en estos momentos, desde 2012, un recorte de derechos: desde la modificación del calendario de la ley, en cuanto a la atención a los dependientes moderados, o lo que ha sido la supresión de..., disminución y supresión de algunas partidas presupuestarias, o el decreto ley de 2012, que modificó 14 artículos y posteriormente otro decreto ley, otro real decreto de incompatibilidad, de finales de 2013, donde también se terminó de mermar calidad, parte de la calidad asistencial de atención a los beneficiarios, y ha supuesto un deterioro y la destrucción de empleo del sector.

Todo ello, señoría, al margen del Congreso, porque, al final, se ha hecho a base, como le comentaba, de decretos y no ha tenido participación, no han tenido participación directa los grupos políticos, fundamentalmente, en hacer un análisis exactamente de hacia dónde queremos orientar esta ley, qué es lo que se pretende finalmente con la ley. Y, sobre todo, la sostenibilidad de la misma. Más concretamente, entre otras, se ha reducido la intensidad de los servicios o eliminado las compatibilidades entre ellos, penalizando las prestaciones económicas para los cuidadores, lo que fue la reducción de esta prestación, que afectó a 90.000 personas en Andalucía, lo que es la Seguridad Social en la protección a los cuidadores familiares o la reducción en un 15% de la cuantía de la prestación, que afectó a 55.000 personas. Yo creo que todo eso está ahí, y al final el equilibrio en el sostenimiento y, por lo tanto, el equilibrio en el sostenimiento financiero de la ley, como usted ha dicho, ha pasado del 50 al 50, está ahora mismo bastante desequilibrado. En una..., nosotros estamos en el 72% y no tienen más que ustedes vernos, nosotros tenemos criterio, presupuesto consignado de 1.115 millones para esta materia, y el gobierno de España, en sus Presupuestos Generales del Estado, tiene para esta materia, para todo el país, 1.200 millones de euros, prácticamente la misma partida presupuestaria. Eso es cierto, eso es real. Y, por un lado, porque efectivamente han ido desapareciendo prestaciones y servicios, algunos de los cuales nosotros hemos mantenido. Y, por otro lado, finalmente, porque se está reduciendo en cuanto a la financiación y se han hecho incompatibles otros servicios. Es necesario, por lo tanto, que el Gobierno escuche a las comunidades autónomas, que se debata, que se reflexione sobre la ley para volver a hacerla viable y sostenible, y además que se haga en voz alta, claramente, en sede parlamentaria, con luz y taquígrafos, y digamos si queremos mantener esto, si lo queremos mantener en la ley, si queremos seguir sosteniendo este pilar del estado del bienestar que está dentro de los servicios sociales, y si lo vamos a hacer, porque si no, va a ser muy difícil.

De hecho, para terminar quiero decirle que es imprescindible que blindemos el contenido de la ley, que garanticemos el compromiso de financiación a partes iguales por parte de las comunidades autónomas y el

Estado, que se favorezca la cotización de las personas cuidadoras y que se apueste por los servicios, manteniendo la empleabilidad que se genera en torno a este tema. Que se garantice también la gestión pública y directa de las valoraciones y los seguimientos, que no se cobre por ellas como está pasando en algunas comunidades. Y que permita mantener un empleo estable. Eso repercutirá priorizando en lo que supuso un gran avance en materia de derechos sociales en este país del anterior Gobierno socialista a nivel de España.

Nosotros vamos, desde la comunidad autónoma, a mantener nuestro compromiso. En 2014 se han incorporado 6.617 nuevas personas que están disfrutando de más de 9.000 prestaciones, y se han realizado más de 44.000 valoraciones a fecha de hoy, en las que se está trabajando en los planes individuales de atención, y que entendemos que finalmente serán personas que se incorporarán a nuestro sistema.

Así que muchas gracias. Yo espero que finalmente ese grupo se produzca y esa reflexión se produzca, y definamos exactamente qué es lo que queremos y hacia dónde queremos llevar la ley conjuntamente el Gobierno de España y las comunidades autónomas. Porque es una ley en la que la cooperación interadministrativa tiene que ser básica y fundamental.

El señor RODRÍGUEZ GÓMEZ DE CELIS, VICEPRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, consejera.

Señora Mateos, había consumido usted su tiempo, por lo tanto...

La señora MATEOS ORTIGOSA

—Dar las gracias a la señora consejera.

El señor RODRÍGUEZ GÓMEZ DE CELIS, VICEPRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias.

9-14/POC-000587. Pregunta oral relativa a la adjudicación del transporte sanitario de urgencia

El señor RODRÍGUEZ GÓMEZ DE CELIS, VICEPRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Pasamos a la siguiente pregunta con ruego de respuesta oral, relativa a la adjudicación del transporte sanitario de urgencia.

Para ello tiene la palabra el señor Salas Machuca, ¿no? Eso me habían dicho. ¿Sí? Tiene la palabra el señor Salas Machuca.

El señor SALAS MACHUCA

—Gracias, señor presidente.

Señora consejera, buenas tardes. Y gracias también, ¿no?

Yo quiero decirle, y lamentar en primer lugar, que no ha enviado a mi grupo parlamentario la copia íntegra del expediente de adjudicación del contrato del transporte sanitario de Sevilla y Málaga en cuestión. Tengo que lamentarlo, y es así. Porque el plazo venció el 31 de julio, y por lo tanto usted no ha cumplido con su obligación de transparencia con este Parlamento, con los representantes del Partido Popular, en definitiva con los representantes de los ciudadanos. Aquí tiene la copia que le traigo de mi compañera, Ana María Corredera, solicitando el expediente administrativo completo. Por lo tanto, mal, mal empezamos.

A pesar de este incumplimiento, nos gustaría haber conocido el expediente íntegro, mi grupo parlamentario ha procedido a presentar esta pregunta, porque queremos una respuesta directa de usted. ¿Por qué? Porque sobre este megacontrato, que puede alcanzar cifras de vértigo, que supera los 230 millones de euros, pesan una serie de denuncias privadas y públicas —insisto, privadas y públicas— que alertan sobre diversas irregularidades en el proceso de adjudicación. Denuncias públicas y privadas que exigen explicaciones, a nuestro entender, al más alto nivel. Y que, por supuesto, exigen la máxima transparencia. Hay unas declaraciones del gerente del Servicio Andaluz de Salud que ha manifestado que se va a revisar el concurso. Y, por eso, nosotros hoy le hacemos esta pregunta y otras más.

Muchas gracias.

El señor RODRÍGUEZ GÓMEZ DE CELIS, VICEPRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señor Salas Machuca.

Tiene la consejera la palabra para contestar.

La señora SÁNCHEZ RUBIO, CONSEJERA DE IGUALDAD, SALUD Y POLÍTICAS SOCIALES

—Gracias, señor presidente.

Respecto a lo que me comunica de esa petición le informaré adecuadamente de por qué la situación ahora mismo..., el gerente, ahora mismo del SAS no... Vamos, comprobaremos el registro, sí, sí, lo comprobare-

mos. Si usted lo dice con seguridad, estará tramitado. Vamos a comprobarlo. Es más, si le puedo informar antes de que salgamos de aquí, le informaré. Vamos a revisar el registro pero no nos constaba, ni al gerente del SAS, que está presente aquí en la sala, ni a mí, pero que lo vamos a revisar, ¿vale? Y les informamos a ustedes de los registros de entrada y salida de la casa si podemos hacerlo ahora. En todo caso lo tendrán ustedes desde que lo hagamos. Y si no, nos llevamos una copia del escrito, que eso no es ningún problema. Estará dentro del procedimiento que está establecido de respuesta a esta Cámara por parte del Gobierno, que en ningún momento queremos incumplir.

Yo puedo asegurarle que el concurso para la adjudicación de la prestación Gestión del servicio público de transporte sanitario de los centros vinculado a la plataforma logística sanitaria de Sevilla y Málaga se ha realizado de acuerdo a la Ley de Contratos del Sector Público, con absoluta transparencia y respetando escrupulosamente los procedimientos y los plazos establecidos. Y por lo tanto ustedes tienen acceso, como pueden tener acceso a esos expedientes en cualquier momento todas las partes, y por supuesto el Parlamento.

La adjudicación se produjo en virtud de una convocatoria abierta, lo cual permite la presentación de ofertas por parte de cualquier empresa interesada, y por tramitación ordinaria. Todas las sesiones de la Mesa de Contratación se celebraron con carácter público, previa convocatoria de los licitadores, debidamente acreditada y con presencia de los mismos. En dichas sesiones se han hecho públicas las ofertas presentadas y se han ido comunicando los resultados de las valoraciones. Se ha solicitado a todos los licitadores exactamente las mismas aclaraciones y se ha dado vista del expediente a aquellos licitadores que lo han solicitado con carácter previo a la resolución del mismo. Asimismo se han cumplido los plazos de las propuestas de adjudicación y las firmas de los contratos de los plazos que establece la ley.

En cuanto a las características del expediente, se han definido de forma clara y detallada en los correspondientes pliegos de cláusulas administrativas y prescripciones técnicas, que fueron publicados y conocidos por todos los interesados desde el primer momento. Dichos pliegos, señoría, no fueron objeto de recurso y reclamación durante la tramitación del expediente.

Respecto a los criterios de adjudicación, como sabe, se valoran criterios sobre la calidad del servicio, se oferta criterio económico. Y la comisión de valoración que ha estudiado cada una de las ofertas es una comisión técnica formada por profesionales del Servicio Andaluz de Salud, y personas que son ellas expertas en transporte sanitario.

Por último, y desde el punto de vista de las garantías de los interesados en el procedimiento, se han salvaguardado los derechos de los licitadores en todo momento, como ocurre en todos los expedientes de la Administración pública, en concreto del SAS. Se han respetado escrupulosamente los principios de igualdad de trato, no discriminación y transparencia, entre las empresas competidoras.

Los contratos se formalizaron el pasado 18 de julio. Como saben, el lote de la provincia de Málaga se adjudicó a la empresa Asistencia Sanitaria Malagueña, S.L., y el lote de Sevilla a la empresa de ambulancias Tenorio e Hijos, S.L.

En resumen, señoría, nos encontramos ante un procedimiento administrativo común de los múltiples que tiene en tramitación el SAS, un procedimiento en el que, por parte del órgano de contratación, se están cumpliendo todos los requisitos, plazos y garantías para los licitadores que establece la legislación vigente. Es cierto que dentro de la tramitación del mismo se está dando curso en estos momentos al estudio de los recur-

sos administrativos que forman parte del procedimiento. Significa, señoría, que el procedimiento no está totalmente cerrado porque están en curso los recursos administrativos. En este momento estamos precisamente esperando la resolución de dichos recursos, que es lo que usted comentaba que por parte de la gerencia del SAS se le había informado. No es riguroso tampoco anticipar las conclusiones de los órganos administrativos que entienden en los procedimientos. Es decir, que yo creo que, en ese sentido, todos estamos a la espera de ese resultado. El Tribunal Administrativo de Recursos Contractuales de la propia Junta, que es uno de los que tiene que, como es lógico, resolver y dictaminar. La posibilidad de presentar recursos administrativos es una garantía más que ofrece toda licitación y que ofrece también que el Servicio Andaluz de Salud, pues, no podría ser menos. Yo creo que eso es un elemento que nos tiene que dar a todos la tranquilidad y la garantía de que el proceso, si en algún momento tuvo algún problema, algún defecto o algún defecto de forma, que en un momento determinado tenga que corregirse, cambiarse o lo que sea, se hará, de acuerdo al procedimiento tal como está establecido y con todas las garantías para todas las personas que participan y que licitan en un concurso público.

Gracias, señoría.

El señor RODRÍGUEZ GÓMEZ DE CELIS, VICEPRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Señor Salas, tiene usted tres minutos y medio para su comparecencia.

El señor SALAS MACHUCA

—Muchas gracias, señor presidente.

Señora consejera, no es un procedimiento tan común, le voy a decir por qué: porque prácticamente han otorgado ustedes un monopolio; un monopolio... por cierto, algo muy socialista, ¿verdad?, lo digo por la contradicción. Prácticamente, estamos hablando de monopolios, con el problema que puede traer. Por lo tanto, no ha sido un procedimiento de adjudicación de un contrato tan común. Y por eso, efectivamente, nosotros tenemos la obligación, como grupo de la oposición, de controlar la gestión de ese procedimiento.

Y ha hecho usted referencia a los recursos. Bueno, recursos los habrá, es lógico, habrá los que tenga que haber, pero nosotros estamos en un ámbito político, y yo tengo la obligación de preguntar, porque preguntar en principio no ofende. Y hay una serie de incertidumbres y de cuestiones por las que yo le pido una pregunta, su comparecencia, independientemente de que más adelante, cuando nos llegue la copia de ese informe y la propia resolución de los recursos, veamos más sobre este asunto.

Pero yo tengo que preguntarle: ¿es normal que se le otorgue el contrato a la empresa que ofertó... el que presentó la oferta más cara? Porque, por otra parte, ustedes han recortado la asistencia sanitaria de pacientes críticos adultos. De tal manera que algunas veces hay una ambulancia para los fines de semana, solo y exclusivamente para Sevilla y Huelva; sin embargo, se permite la adjudicación de ese contrato con un sobre coste de unos 1.200.000 euros, ¿por qué?

Hay un problema importante sobre las tarjetas de transporte. Usted sabe que a una de las empresas no se le puntúa una buena parte de la flota de ambulancias porque parece ser que carecen de tarjetas de tras-

porte, obviándose que no se puede obtener hasta el año por imperativo legal, que no es otra cosa que la disposición transitoria primera de una orden de desarrollo de la Ley de Ordenación del Transporte Terrestre en materia de transporte sanitario por carretera.

Y, concretamente, tengo que hacerle una pregunta: ¿usted sabe por qué se puntuó esa documentación, solicitada *a posteriori*, si no estaba prevista en el pliego de licitación? ¿Se ha revisado? Eso es uno de los temas que iba a revisar el gerente del SAS. ¿Le consta a usted que ya se ha revisado? ¿Usted me puede responder? ¿Usted me puede responder si le consta que las plataformas de contratación de Sevilla y Málaga preguntaron a la mesa de contratación si podían pedir la tarjeta de transportes a las empresas licitadoras? ¿Respondía afirmativamente? ¿Se advirtió de que no podía ser valorada dicha documentación, que no podía ser puntual? ¿Le consta a usted la existencia de correos electrónicos entre la plataforma y la mesa para ver si se modificaban o no los criterios? ¿Quién puntúa las tarjetas, la comisión técnica o la plataforma de contratación?, que eso es muy importante: saber quién puntúa.

¿Usted puede garantizar... —ha dicho usted asegurar— garantizar que todas las empresas... perdón, todos los vehículos de las empresas ganadoras del concurso cumplen todos con la medida exigida por la normativa vigente? ¿Todas...?

El señor RODRÍGUEZ GÓMEZ DE CELIS, VICEPRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Debe de ir terminando, ser Salas.

El señor SALAS MACHUCA

—Luego, señora consejera, y apelo un poco a la benevolencia del presidente de la comisión, nosotros lo llamamos el tráfico de coincidencias. ¿A usted qué le parece la manifestación pública del sindicato UGT, que dice que va a tener gestiones —cito literalmente— con consejería, con el distrito sanitario de Sevilla, con la gerencia de los hospitales Virgen del Rocío y Macarena, con el Hospital de Osuna y, por supuesto, con los compañeros del PSOE de Sevilla, para que la empresa adjudicataria se hiciera con el control? Eso es público. Esto es muy grave, señora consejera. ¿Usted tiene constancia de esos contactos? Porque se dan por hecho. Se han hecho ya gestiones. Usted ha investigado eso, lo va a investigar, porque sería muy grave una afirmación de este tipo. Como también resulta una coincidencia, entre comillas, que la empresa adjudicataria compre 90 ambulancias, con un riesgo de tres millones de euros, días antes del concurso...

El señor RODRÍGUEZ GÓMEZ DE CELIS, VICEPRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Señor Salas...

El señor SALAS MACHUCA

—... o una anticipación... Voy terminando...

El señor RODRÍGUEZ GÓMEZ DE CELIS, VICEPRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Debe terminar...

El señor SALAS MACHUCA

—... de los requerimientos que exigía el pliego que todavía no se conoce.

Por lo tanto, responda, conteste. Son muchas las preguntas. He tenido poco tiempo porque ya le digo que iremos a una comparecencia posterior con el fin de aclarar, con el fin de ser claros, de ser transparentes, de conocer el expediente íntegro, de hacer el seguimiento que le corresponde al partido de la oposición.

El señor RODRÍGUEZ GÓMEZ DE CELIS, VICEPRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señor Salas.

Tiene la consejera la palabra.

La señora SÁNCHEZ RUBIO, CONSEJERA DE IGUALDAD, SALUD Y POLÍTICAS SOCIALES

—Gracias.

Tenga usted por seguro que yo no me doy por ofendida. Yo no me doy por ofendida, en absoluto. En sede parlamentaria yo no me doy por ofendida por nada de lo que ustedes puedan decir, a no ser que me acusaran de un delito, entonces hablaríamos de otra cosa. En absoluto. Usted puede preguntar sobre estos extremos o sobre cualquiera de cualquier expediente.

Lo que sí le debo decir es que nosotros tenemos una clara diferenciación —porque no podía ser menos— en lo que es el órgano gestor y las mesas de contratación y las mesas técnicas. Y eso... y una total y absoluta independencia entre el órgano gestor y las mesas de contratación y las mesas técnicas que cada uno, como es lógico, tiene que responder en el ámbito de su independencia. Y en este caso yo respondo por la gestión del órgano gestor; es decir, la gestión que se haga desde el Servicio Andaluz de Salud.

A mí no me cabe la menor duda de que, una vez que todo este proceso se finalice, tendremos todos los extremos para tener garantía de que cada uno de los que son competentes en esta materia hicieron, con absoluta independencia y buen hacer y de acuerdo a la norma, su trabajo. No me cabe ninguna duda.

Y, por lo tanto, no voy a entrar en extremos. Decir qué me parece lo que dice la UGT, pues tendrán que preguntárselo a la UGT. Porque yo puedo hablar de lo que nosotros decimos, no de lo que dicen otras instituciones, otros... Porque, además, en este sentido pues es un tema... dijeron lo que sea, pero sobre el procedimiento eso habrá que ver que tendrá alguna relación o no, pero nosotros en absoluto, yo me he enterado de esas declaraciones a raíz de lo que han ido sacando en los medios lo que ustedes dicen, yo no sé si son totalmente ciertas o no; es decir, que no entro por supuesto a valorarlas.

Después, al respecto, ¿saben ustedes que estas dos empresas que licitan en Sevilla eran una UTE que trabajaban conjuntamente y que hay un momento en que se separan? Entonces, si quieren licitar, tienen que

tener los vehículos, la una y la otra, y por eso los comprarán. Digo yo, no sé. Porque, si no los compran, no los tienen, y si no los tienen, no pueden licitar. Pero que igual le pasará a la otra empresa, para licitar tienen que tener los vehículos. Entonces, en ese sentido, a mí tampoco me extraña que adquieran vehículos, pues, si van a licitar y necesitan los coches, los tendrán que tener. Eso es necesario.

Entonces, yo, por otra parte, el hecho de que se exijan... no solamente se exige la... no se valora solamente la cuestión económica: se valora, en primer lugar, que tú tengas vehículos que estén adaptados, que estén garantizados, y para que estén garantizados tienen que tener una serie de exigencias que o se cumplen o no se cumplen. No tienen que ser... es decir, que yo, como es lógico, el acceso a las actas, pues cuando ya lo podamos tener con el procedimiento, pero, como saben ustedes, las dos mesas de cada sesión de reunión levantan las correspondientes actas y de cada uno de los extremos existen detalles de lo que se dice en el acta.

Nosotros estamos convencidos de que este... por la parte que corresponde al órgano gestor, que hemos correspondido y entendemos que igualmente se ha hecho por parte de la mesa técnica y de la mesa del concurso, que se ha hecho de acuerdo a la norma que rige la Ley de Contratos con la Administración Pública de manera rigurosa.

Y finalmente, para más garantía, pues tenemos todo un proceso abierto hasta que se finalice para que finalmente la persona que se haya sentido... o la empresa que se ha sentido dañada en sus intereses pues pueda utilizarla.

Nosotros vamos a estar, como es lógico, abiertos y nos adaptamos a la resolución de cualquier determinación que en ambos... tantos recursos que se han presentado se concluya. Pero que nosotros, inicialmente, hemos hecho todo el procedimiento de acuerdo a la Ley de Contratos con la Administración Pública.

El señor RODRÍGUEZ GÓMEZ DE CELIS, VICEPRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, consejera.

9-14/POC-000590. Pregunta oral relativa al pago de la deuda a entidades sociales

El señor RODRÍGUEZ GÓMEZ DE CELIS, VICEPRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Para finalizar, la última pregunta, relativa a pagos de la deuda a entidades sociales.
Para ello tiene la señora García Jiménez la palabra.

La señora GARCÍA JIMÉNEZ

—Pues muchas gracias, señor presidente.
Buenas tardes, señorías; buenas tardes, consejera.

Deuda, tema reiterativo en esta consejería, deuda con las corporaciones locales, deuda sanitaria, deuda farmacéutica, con las empresas de limpieza, con las ambulancias, con las organizaciones sociales. Y es que, señora consejera, pagan últimamente ustedes a golpe de FLA. Viene un FLA, y pagan algo, y otra vez empezamos a generar deudas. Y yo me pregunto, nos preguntamos el Grupo Popular, señora consejera, hasta cuándo va a seguir con este sistema. Pero es que, además de no pagar, se niega usted, y lo han demostrado en sede parlamentaria votando en contra, a consensuar calendarios de pago que, al menos, den una garantía a esos acreedores que tiene su consejería.

¿Esto, qué genera? Pues, cierre de empresas, despidos y, sobre todo, mucha inquietud en muchísimos trabajadores, porque al no tener ni siquiera una fecha de posible pago, pues no saben si cobrarán este mes o cobrarán el mes que viene o el año que viene.

Hoy, señora consejera, le preguntamos por las entidades sociales que, en una tierra como la nuestra, con más de un millón de parados y 500.000 hogares sin ingresos, pues, como usted bien sabe, hacen una labor imprescindible e importantísima, porque trabajan con los más vulnerables. ¿Cuándo tiene usted previsto pagar esta deuda, señora consejera?

Muchas gracias.

El señor RODRÍGUEZ GÓMEZ DE CELIS, VICEPRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias.
Tiene la palabra la señora consejera.

La señora SÁNCHEZ RUBIO, CONSEJERA DE IGUALDAD, SALUD Y POLÍTICAS SOCIALES

—Bueno, gracias, presidente.

Señoría, es evidente que todas las administraciones públicas atravesamos por momentos de gran dificultad, y, en ese sentido, compartir con usted que cuando tenemos nosotros dificultad de tipo de tesorería que afecta a otras entidades, sean públicas o privadas, pues, realmente el problema es importante.

Nosotros estamos ahí, estamos trabajando, seguimos trabajando en el mantenimiento de los servicios. Hemos sido claros, estamos dando la cara. La situación en la que nos encontramos no es nada fácil. Las consecuencias, además, de la crisis, el mantenimiento de los servicios, hace que al problema de presupuestos se une, en momentos determinados, el problema de tesorería, sobre todo por no tener acceso, como podíamos tener en otros momentos, a esos préstamos necesarios para anticipar esos tipos de pagos. Y, por lo tanto, lo que sí podemos decirles es que la situación y el compromiso con las entidades que gestionan los servicios sociales y, en concreto, con la iniciativa social es incuestionable y permanece intacto. Que estamos trabajando estrechamente, que hay meses en que tenemos más dificultad, que compartimos con ellos. En concreto, a veces anticipamos el pago y la tesorería de aquellas entidades que son más pequeñas y que tienen más dificultad para poder sostener su propia tesorería, si no es a base de la nuestra propia, y, por tanto, priorizamos esos pagos.

Pero, vamos, decirle que los pagos mensuales en materia de dependencia, mensualmente estamos pagando 74 millones de euros, 74 millones de euros, que eso es un esfuerzo importante para la economía de esta comunidad autónoma y que, entre este año y lo que vamos del pasado año y el 2014, las entidades sociales han recibido un abono por valor de más de 409 millones de euros. Este pago último ha sido hace solo unos días. Se abonaron más de 6,7 millones a esas entidades sociales por las que usted pregunta, y más de 23 millones a las corporaciones locales.

Pero, efectivamente, la situación está teniendo retrasos en los pagos. No es igual, como le comentaba, en las entidades sociales, para todas ellas, porque sí que es cierto que estamos priorizando algunas, como le comentaba antes, que, por su pequeña entidad, si no es por nuestra tesorería, sí que se verían abocadas a tener más dificultad. Yo creo que ayudaría, sin duda, si el Gobierno de España reincorpora la financiación al sistema de atención a la dependencia y todos los elementos que se derogaron en su momento, en 2012, y que estamos sosteniendo en nuestras propias espaldas desde esta comunidad autónoma.

El señor RODRÍGUEZ GÓMEZ DE CELIS, VICEPRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchísimas gracias, señora consejera.

Tiene cuatro minutos en su intervención.

La señora GARCÍA JIMÉNEZ

—No se preocupe, señor presidente, que me van a sobrar.

Bueno, pues, señora consejera, convendrá usted conmigo en que esto no puede seguir así, porque la bola va creciendo. Dice que ha pagado 23 millones de euros a las corporaciones locales. Es verdad, ha pagado hasta marzo, de la dependencia, cuando tendría que haber pagado, este mes, septiembre y octubre. Por tanto, vuelve a deber 7 meses de dependencia, que debe usted entender, porque además dice: todas las administraciones estamos pasando una mala racha. Efectivamente, también los ayuntamientos y las diputaciones, porque es que usted les debe 7 meses de dependencia, y eso repercute en las empresas, en las pequeñas empresas de ayuda a domicilio, como usted bien conoce, porque, lamentablemente, hay muchísimas empresas que trabajan en eso.

Y se lo decía antes: a las farmacias, servicios de cáterin, residencias, servicios de limpieza... Yo, es que, señora consejera, no sé a quién no le debe. Y vuelve usted a echar balones fuera. Hace poco me mintió usted a mí en un Pleno, intentando culpar a la Diputación de Granada de una deuda suya. Luego, tuvo usted la humildad de venir y reconocérmelo, lo cual le agradecí en su momento, y aprovecho para agradecersele.

Pero lo que pretendo decirle con esto es que debe usted tomarse esto en serio. Esto no puede ser una huida hacia adelante, como parece que es lo que está haciendo la consejería, en lugar de tomar decisiones contundentes para que la bola no siga creciendo. Porque, señora consejera, si usted sigue yendo hacia adelante, resulta que este camino termina en un precipicio. Y, fíjese, nosotros, desde el Grupo Popular, pensamos que el mejor plan de empleo que puede hacer la Junta de Andalucía en nuestra tierra es pagar las deudas que tiene. Ese es el mejor plan de empleo, porque si no solo creamos poco empleo sino que encima contribuimos a que se siga destruyendo empleo, pues, desgraciadamente, nunca dejaremos de tener el triste récord de ser la tierra con mayor desempleo de Europa.

Por eso, señora consejera, le pido que reflexione y que se tome esto en serio, porque no puede seguir creciendo la bola, no puede venir ahora otro FLA, que no sé si habrá o no, y usted pagar la deuda que tiene y seguir generando deuda. Tiene usted que tomar medidas, medidas importantes, medidas de calado, para que esto deje de pasar, porque son muchos los trabajadores y muchas las familias que dependen de un salario que usted adeuda.

Muchas gracias.

El señor RODRÍGUEZ GÓMEZ DE CELIS, VICEPRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias.

Tiene la consejera, para finalizar ya la pregunta y la sesión, la palabra.

La señora SÁNCHEZ RUBIO, CONSEJERA DE IGUALDAD, SALUD Y POLÍTICAS SOCIALES

—Bueno, precisamente porque son muchas las familias, no solamente las que están pendientes de cobrar un salario, sino muchas las que están pendientes de recibir una atención, en concreto 168.000, es decir, son muchas las familias que están siendo atendidas y personas dependientes, con el 72% de aportación por parte de la Junta de Andalucía y solo con el 28% de aportación por parte del Estado, es decir, sin poner la parte que le toca, según el compromiso que tiene por ley, que además lo estamos haciendo en una situación de gran complejidad... Usted habla de 7 meses, en 7 meses, pues, ya se pone usted en octubre. Sí, porque usted... No, en octubre, vamos, de octubre. Pero bueno, primero hay que...

[Rumores.]

El señor RODRÍGUEZ GÓMEZ DE CELIS, VICEPRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Por favor, vamos a dejar intervenir a la consejera.

La señora SÁNCHEZ RUBIO, CONSEJERA DE IGUALDAD, SALUD Y POLÍTICAS SOCIALES

—De todas las formas, decir que usted sabe perfectamente la situación es muy complicada y que, por mantener esos empleos y por mantener la atención y los servicios y las prestaciones que se hacen, es por lo que nos estamos esforzando, a pesar de los problemas no solamente presupuestarios, aunque sí que tenemos los 1.115 millones presupuestados y efectivos, y ahí están, sino por los problemas de tesorería. ¿Un FLA? Parece que ustedes nos regalan dinero desde el Gobierno de España cuando nos mandan el FLA. El FLA es un anticipo, con unos intereses al 5% y en unas situaciones de gran dificultad para tenerlo que abonar. La tesorería está muy compleja, muy complicada, pero sí que es cierto que nosotros estamos trabajando tanto con las entidades como —lo vamos a hacer y lo hemos hecho— con las corporaciones locales, para ver cómo podemos ir resolviendo el problema de tesorería, que no de prestación de servicios, que no de derechos, que están, los tienen, están garantizados y los están recibiendo.

Muchas gracias.

El señor RODRÍGUEZ GÓMEZ DE CELIS, VICEPRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Pues, muchísimas gracias, consejera.

Con esto damos por finalizada la sesión de hoy.

Gracias.

