

# DIARIO DE SESIONES D S P A

## DIARIO DE SESIONES



## PARLAMENTO DE ANDALUCÍA

### COMISIONES

Núm. 130

X LEGISLATURA

4 de febrero de 2016

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

Sesión celebrada el jueves, 4 de febrero de 2016

### ORDEN DEL DÍA

#### COMISIONES, GRUPOS DE TRABAJO, PONENCIAS DE ESTUDIO Y DIPUTADOS INTERVENTORES

10-16/EMMC-000001. Elección de vicepresidente o vicepresidenta de la Comisión de Salud.

#### COMPARECENCIAS

10-15/APC-000348. Comparecencia del Excmo. Sr. Consejero de Salud, a fin de informar sobre el Plan Andaluz de Cuidados Paliativos, presentada por los Ilmos. Sres. D. Mario Jesús Jiménez Díaz, D. José Muñoz Sánchez, Dña. María Jesús Serrano Jiménez, D. Francisco José Vargas Ramos, D. Diego Ferrera Limón y Dña. María de los Ángeles Ferriz Gómez, del G.P. Socialista.

10-16/APC-000015. Comparecencia del Excmo. Sr. Consejero de Salud, a fin de informar y clarificar la situación en la que se encuentra el proceso de fusión entre los hospitales de la capital onubense Juan Ramón Jiménez e Infanta Elena, presentada por el G.P. Ciudadanos.

10-16/APC-000026. Comparecencia del Excmo. Sr. Consejero de Salud, a fin de informar sobre la recuperación de la jornada laboral completa por parte de los profesionales de la sanidad pública en Andalucía, presentada por los Ilmos. Sres. D. Mario Jesús Jiménez Díaz, D. José Muñoz Sánchez, D. Juan María Cornejo López, D. Francisco José Vargas Ramos, Dña. María de los Ángeles Ferriz Gómez y Dña. Araceli Maese Villacampa, del G.P. Socialista.

10-16/APC-000057. Comparecencia del Excmo. Sr. Consejero de Salud, a fin de informar sobre las medidas adoptadas por la Consejería de Salud para revertir la convergencia de centros hospitalarios, presentada por el G.P. Popular Andaluz.

### PREGUNTAS ORALES

10-15/POC-000999. Pregunta oral relativa a cirugía mayor ambulatoria, formulada por los Ilmos. Sres. D. Francisco José Vargas Ramos y D. José María Martín Fernández, del G.P. Socialista.

10-15/POC-001000. Pregunta oral relativa a ahorro y eficiencia energética, formulada por los Ilmos. Sres. D. Francisco José Vargas Ramos y Dña. Olga Manzano Pérez, del G.P. Socialista.

10-15/POC-001029. Pregunta oral relativa al servicio de urgencias del hospital Juan Ramón Jiménez, Huelva, formulada por el Ilmo. Sr. D. Guillermo José García de Longoria Menduiña, del G.P. Popular Andaluz.

10-16/POC-000014. Pregunta oral relativa a investigación sobre el cáncer de pulmón en mujeres, formulada por la Ilma. Sra. Dña. María Isabel Albás Vives, del G.P. Ciudadanos.

10-16/POC-000020. Pregunta oral relativa a recortes en el hospital de Puente Genil, formulada por las Ilmas. Sras. Dña. María Isabel Albás Vives y Dña. Marta Escrivá Torralva, del G.P. Ciudadanos.

10-16/POC-000021. Pregunta oral relativa al Plan Andaluz frente al Sida e Infecciones de Transmisión Sexual 2010-2015, formulada por las Ilmas. Sras. Dña. María Isabel Albás Vives y Dña. Marta Escrivá Torralva, del G.P. Ciudadanos.

10-16/POC-000050. Pregunta oral relativa a cursos de formación en la Agencia Pública Hospital de Poniente, formulada por la Ilma. Sra. Dña. Rosalía Ángeles Espinosa López, del G.P. Popular Andaluz.

10-16/POC-000054. Pregunta oral relativa al respeto de la conciliación familiar de los trabajadores del SAS, formulada por la Ilma. Sra. Dña. Catalina Montserrat García Carrasco, del G.P. Popular Andaluz.

10-16/POC-000055. Pregunta oral relativa a la revisión del Plan de Prevención y Atención de las Agresiones aprobado en 2005, formulada por la Ilma. Sra. Dña. Catalina Montserrat García Carrasco, del G.P. Popular Andaluz.

10-16/POC-000090. Pregunta oral relativa a prestación farmacéutica en los centros sociosanitarios residenciales para personas mayores y con discapacidad, formulada por los Ilmos. Sres. D. Francisco José Vargas Ramos y Dña. Brígida Pachón Martín, del G.P. Socialista.

10-16/POC-000091. Pregunta oral relativa al balance de las donaciones de sangre realizadas en el sistema sanitario andaluz en 2015, formulada por los Ilmos. Sres. D. Francisco José Vargas Ramos y D. Diego Ferrera Limón, del G.P. Socialista.

10-16/POC-000130. Pregunta oral relativa a cualificación profesional de los teleoperadores de atención, gestión y coordinación de emergencias, formulada por la Ilma. Sra. Dña. Libertad Benítez Gálvez, del G.P. Podemos Andalucía.

### COMPARECENCIAS

10-15/APC-000693. Acuerdo para la procedencia de la comparecencia de una representación de la Fundación Mehuer, a fin de explicar la situación de las enfermedades raras en Andalucía, presentada por el G.P. Izquierda Unida Los Verdes-Convocatoria por Andalucía.

10-15/APC-000693. Comparecencia de una representación de la Fundación Mehuer, a fin de explicar la situación de las enfermedades raras en Andalucía, presentada por el G.P. Izquierda Unida Los Verdes-Convocatoria por Andalucía.

### PROPOSICIONES NO DE LEY

10-15/PNLC-000204. Proposición no de ley relativa a la apertura del consultorio médico de Torre de Benagalbón de Rincón de la Victoria, Málaga, presentada por el G.P. Popular Andaluz.

10-15/PNLC-000207. Proposición no de ley relativa a auditoría de nuevos centros hospitalarios, presentada por el G.P. Podemos Andalucía.

10-16/PNLC-000011. Proposición no de ley relativa a regulación y control de la publicidad sanitaria en Andalucía, presentada por el G.P. Socialista.

## SUMARIO

Se abre la sesión a las nueve horas, tres minutos del día cuatro de febrero de dos mil dieciséis.

### COMISIONES, GRUPOS DE TRABAJO, PONENCIAS DE ESTUDIO Y DIPUTADOS INTERVENTORES

10-16/EMMC-000001. Elección de vicepresidente o vicepresidenta de la Comisión de Salud (pág. 10).

Interviene:

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

*Votación: aprobada por unanimidad.*

### COMPARECENCIAS

10-15/APC-000348. Comparecencia del consejero de Salud, a fin de informar sobre el Plan Andaluz de Cuidados Paliativos (pág. 11).

Intervienen:

D. Aquilino Alonso Miranda, consejero de Salud.

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

10-16/APC-000015. Comparecencia del consejero de Salud, a fin de informar y clarificar la situación en la que se encuentra el proceso de fusión entre los hospitales de la capital onubense Juan Ramón Jiménez e Infanta Elena (pág. 17).

Intervienen:

D. Aquilino Alonso Miranda, consejero de Salud.

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

10-16/APC-000026. Comparecencia del consejero de Salud, a fin de informar sobre la recuperación de la jornada laboral completa por parte de los profesionales de la sanidad pública en Andalucía (pág. 23).

Intervienen:

D. Aquilino Alonso Miranda, consejero de Salud.

Dña. Araceli Maese Villacampa, del G.P. Socialista.

10-16/APC-000057. Comparecencia del consejero de Salud, a fin de informar sobre las medidas adoptadas por la Consejería de Salud para revertir la convergencia de centros hospitalarios (pág. 27).

Intervienen:

D. Aquilino Alonso Miranda, consejero de Salud.

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

### PREGUNTAS ORALES

10-15/POC-000999. Pregunta oral relativa a cirugía mayor ambulatoria (pág. 37).

Intervienen:

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

D. Aquilino Alonso Miranda, consejero de Salud.

10-15/POC-001000. Pregunta oral relativa a ahorro y eficiencia energética (pág. 40).

Intervienen:

Dña. María de los Ángeles Ferriz Gómez, del G.P. Socialista.

D. Aquilino Alonso Miranda, consejero de Salud.

10-16/POC-000014. Pregunta oral relativa a investigación sobre el cáncer de pulmón en mujeres (pág. 42).

Intervienen:

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

D. Aquilino Alonso Miranda, consejero de Salud.

10-16/POC-000020. Pregunta oral relativa a recortes en el hospital de Puente Genil (pág. 44).

Intervienen:

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

D. Aquilino Alonso Miranda, consejero de Salud.

10-16/POC-000021. Pregunta oral relativa al Plan Andaluz frente al Sida e Infecciones de Transmisión Sexual 2010-2015 (pág. 46).

Intervienen:

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

D. Aquilino Alonso Miranda, consejero de Salud.

10-16/POC-000050. Pregunta oral relativa a cursos de formación en la Agencia Pública Hospital de Poniente (pág. 48).

Intervienen:

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

D. Aquilino Alonso Miranda, consejero de Salud.

10-16/POC-000054. Pregunta oral relativa al respeto de la conciliación familiar de los trabajadores del SAS (pág. 52).

Intervienen:

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

D. Aquilino Alonso Miranda, consejero de Salud.

10-16/POC-000055. Pregunta oral relativa a la revisión del Plan de Prevención y Atención de las Agresiones aprobado en 2005 (pág. 55).

Intervienen:

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

D. Aquilino Alonso Miranda, consejero de Salud.

10-15/POC-001029. Pregunta oral relativa al servicio de urgencias del hospital Juan Ramón Jiménez, Huelva (pág. 58).

Intervienen:

D. Guillermo José García de Longoria Menduiña, del G.P. Popular Andaluz.

D. Aquilino Alonso Miranda, consejero de Salud.

10-16/POC-000090. Pregunta oral relativa a prestación farmacéutica en los centros sociosanitarios residenciales para personas mayores y con discapacidad (pág. 62).

Intervienen:

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

D. Aquilino Alonso Miranda, consejero de Salud.

10-16/POC-000091. Pregunta oral relativa al balance de las donaciones de sangre realizadas en el sistema sanitario andaluz en 2015 (pág. 65).

Intervienen:

Dña. Araceli Maese Villacampa, del G.P. Socialista.

D. Aquilino Alonso Miranda, consejero de Salud.

10-16/POC-000130. Pregunta oral relativa a cualificación profesional de los teleoperadores de atención, gestión y coordinación de emergencias (pág. 68).

Intervienen:

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

D. Aquilino Alonso Miranda, consejero de Salud.

10-15/APC-000693. Acuerdo para la procedencia de la comparecencia de una representación de la Fundación Mehuer, a fin de explicar la situación de las enfermedades raras en Andalucía (pág. 71).

Interviene:

D. Miguel Ángel García Anguita, presidente de la comisión.

*Votación: aprobada por unanimidad.*

10-15/APC-000693. Comparecencia de una representación de la Fundación Mehuer, a fin de explicar la situación de las enfermedades raras en Andalucía (pág. 72).

Intervienen:

D. Manuel Pérez Fernández, presidente de la Fundación Mehuer.

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

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

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

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

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

### PROPOSICIONES NO DE LEY

10-15/PNLC-000207. Proposición no de ley relativa a auditoría de nuevos centros hospitalarios (pág. 84).

Intervienen:

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

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

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

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

Dña. María de los Ángeles Ferriz Gómez, del G.P. Socialista.

*Votación: aprobada por unanimidad.*

10-16/PNLC-000011. Proposición no de ley relativa a regulación y control de la publicidad sanitaria en Andalucía (pág. 92).

Intervienen:

Dña. Olga Manzano Pérez, del G.P. Socialista.

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

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

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

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

*Votación: aprobada por unanimidad.*

10-15/PNLC-000204. Proposición no de ley relativa a la apertura del consultorio médico de Torre de Benagalbón de Rincón de la Victoria, Málaga (pág. 99).

Intervienen:

Dña. Patricia Navarro Pérez, del G.P. Popular Andaluz.

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

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

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

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

*Votación: aprobada por unanimidad.*

Se levanta la sesión a las trece horas, cuarenta y nueve minutos del día cuatro de febrero de dos mil dieciséis.

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Don Vicente, bienvenido.

Para poder empezar la comisión, le he pedido al portavoz de Podemos que se venga como secretario, porque estamos sin vicepresidente.

Quiero, en primer lugar, antes de iniciar la comisión, en nombre de toda la comisión, darle el pésame más sentido al Grupo de Podemos, por la muerte del compañero José Luis Serrano.

Así mismo, felicitar a nuestra compañera portavoz de Ciudadanos, por su criatura, ha sido una niña. Y bienvenida.

Y dar la bienvenida también a dos nuevos diputados, doña Caridad y don Vicente Varela.

---

## 10-16/EMMC-000001. Elección de vicepresidente o vicepresidenta de la Comisión de Salud

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—El primer punto del orden del día, para completar la Mesa, es la elección de vicepresidente o vicepresidenta. Como hay un acuerdo de los grupos, desde principios de..., inicio de legislatura, la Vicepresidencia le corresponde al Partido Socialista. Por tanto, ruego al portavoz que diga el nombre que propone su grupo para ser vicepresidente o vicepresidenta de la comisión.

El señor VARGAS RAMOS

—Sí, señor presidente.

El Grupo Socialista propone para la Vicepresidencia a la señora Caridad López Martínez.

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—López Martínez. Bien.

Pues sometemos a votación. Doña Caridad López Martínez.

¿Votos a favor..., favorables?

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

Pues queda designada vicepresidenta. Y le ruego que suba a la mesa. Le ruego que tome posesión de... Muchas gracias, y bienvenida.

Y sí quiero también aprovechar para, en este momento, pues, agradecer los servicios prestados a don José María Martín, anterior vicepresidente, que está en otras labores en su provincia, y que hizo una magnífica labor como vicepresidente, y que demostró con su coherencia que era un gran vicepresidente. Hoy le he mandado un mensaje, esta mañana, diciendo que la comisión se acordaba de él cuando íbamos a nombrar otra vicepresidenta.

## 10-15/APC-000348. Comparecencia del consejero de Salud, a fin de informar sobre el Plan Andaluz de Cuidados Paliativos

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Bien, pues pasamos al orden del día, y ya..., si le pueden decir que pase el señor consejero... ¿Puede pasar el consejero? Bueno, bienvenido.

Bien, el segundo punto del orden del día es comparecencia del señor consejero de Salud, a fin de informar sobre el Plan Andaluz de Cuidados Paliativos, propuesto por el Partido Socialista Obrero Español.

Tiene quince minutos el señor consejero para su exposición.

El señor ALONSO MIRANDA, CONSEJERO DE SALUD

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

Señorías, la atención sanitaria a los pacientes en situación terminal y el apoyo a sus familias es una de las prioridades del sistema..., de los sistemas sanitarios públicos, ya que el progresivo envejecimiento de la población y la ampliación de la expectativa de vida hacen que tenga que destinar recursos específicos a esta actividad asistencial. En nuestra comunidad, en el Estatuto de Autonomía se recoge, en sus artículos 20 y 22, el derecho de los pacientes andaluces a acceder a unos cuidados paliativos integrales, recibir un adecuado tratamiento del dolor, declarar su voluntad vital anticipada y a la plena dignidad en el proceso de la muerte. Y quisiera brevemente relatar a sus señorías cuál ha sido el desarrollo en la comunidad autónoma en los últimos años de la normativa y evolución de estos derechos incluidos en nuestro Estatuto.

Paralelamente, al iniciarse el I Plan de Calidad de la Consejería de Salud en el año 2002, comienzan en nuestra comunidad a darse los primeros pasos para homogeneizar una serie de recursos de cuidados paliativos, y a la vez se pone en marcha el proceso asistencial integrado de cuidados paliativos, que fue uno de los 20 primeros procesos asistenciales desarrollados por la Consejería de Salud. Como complemento de estas primeras actuaciones en cuidados paliativos, en el año 2003 se elaboró y publicó el documento *Cuidados paliativos domiciliarios. Atención integral al paciente y su familia*. En este mismo año nuestra comunidad promulga la Ley 5/2003, de Declaración de voluntad vital anticipada, que vino a dar carta de naturaleza a la autonomía del paciente y sus deseos sobre cómo ser atendido al final de su vida. Nuestra comunidad, por tanto, integró desde hace más de una década los cuidados paliativos en su estrategia de cuidados. Y elaboró los instrumentos necesarios para que este tipo de cuidados formaran parte de la actividad asistencial ordinaria del sistema sanitario público de Andalucía. Pero además, señorías, en otros planes y estrategias de la consejería se han incluido también líneas estratégicas orientadas a cuidados paliativos, como es el caso del Plan Integral de Oncología o el proceso asistencial conocido como sedación paliativa y sedación terminal, orientación para la toma de decisiones en la práctica clínica.

Ya en el año 2007, Andalucía abordó de una forma más amplia y completa estos cuidados, con la aprobación y puesta en marcha del Plan Integral de Cuidados Paliativos de Andalucía, que a través de ocho líneas

estratégicas desarrolla los objetivos y las acciones para proporcionar una atención de calidad en cuidados paliativos. Por la aprobación en el año 2010 de la Ley de Derechos y Garantías de la Dignidad de la Persona en el Proceso de la Muerte Digna, la Ley 2/2010, de 8 de abril, nuestra comunidad se convirtió en la primera comunidad autónoma que se dotaba de esta normativa. Y, junto con todos los instrumentos que les he mencionado anteriormente, Andalucía contaba con un conjunto normativo coherente y completo con el que abordar los cuidados paliativos y el proceso de la muerte digna.

El Plan Andaluz de Cuidados Paliativos tiene como objeto esencial y prioritario asegurar una adecuada planificación, coordinación y gestión de los recursos destinados a la atención de las personas en situación terminal, motivada por cualquier tipo de enfermedad que derive en esta situación. Las personas en estas circunstancias presentan múltiples necesidades y plantean alta demanda asistencial, con implicación de todos los niveles asistenciales. El plan se basa fundamentalmente en acciones a la atención del paciente y su familia, principalmente en su propio domicilio, a través de profesionales de atención primaria, apoyados por equipos de soporte de cuidados paliativos, en función del nivel de complejidad que se requiera, y garantizándose en todo momento la continuidad asistencial, incluyendo la hospitalización si así fuera necesario. Se trata, por tanto, de un modelo de atención compartida entre diferentes niveles de recursos asistenciales, que se inicia con la identificación de los pacientes que precisan estos cuidados, ya sean oncológicos o no oncológicos, la valoración integral de los mismos y la disponibilidad de los diferentes recursos asistenciales, con especial atención a la población infantil y juvenil. En todos los casos se trata de conseguir que las personas que necesitan estos cuidados estén atendidas en todas sus necesidades de forma integral, así como sus familias, que constituyen el primer soporte con el que pueden contar en su propio domicilio.

Según se recoge en el análisis de recursos que se realiza desde el propio Plan Integral de Cuidados Paliativos, por cada millón de personas fallecen anualmente en nuestro país 10.000 personas, la cuarta parte —2.500— lo hacen debido al cáncer. De éstos, unos 2.000 requieren cuidados paliativos. En el caso de otras enfermedades no oncológicas, entre 1.000 y 1.500 personas necesitan cuidados paliativos. En el conjunto del país cada año necesitan cuidados paliativos, por tanto, entre 3.000 y 3.500 pacientes por cada millón de habitantes. En el caso de nuestra comunidad, la proporción sería de unos 30.000 pacientes al año, en el conjunto, los que necesitarían la posibilidad de tener..., 3.000 pacientes al año los que necesitarían cuidados paliativos.

El Plan Integral de Cuidados Paliativos de Andalucía se estructura en diversas líneas estratégicas, como cualquier otro plan. Por un lado, lo que sería la atención sanitaria, la formación necesaria, la investigación, la coordinación, el apoyo en la toma de decisiones, el apoyo al cuidador, la participación ciudadana y la acreditación. Quisiera brevemente detallar algunas de las principales actuaciones en cada una de estas líneas.

En la línea de Atención Sanitaria se ha implantado progresivamente el proceso asistencial integrado de cuidados paliativos, que hasta final de 2014 tenía registrados 24.289 pacientes. Disponemos de unidades de cuidados paliativos con camas propias en el hospital, de primer y de segundo nivel, con equipos de soporte domiciliario y equipos mixtos en los hospitales de tercer y cuarto nivel, que actúan cuando son requeridos por los profesionales, y también en el domicilio. En la actualidad disponemos de un total de 63 equipos de recursos avanzados. Contamos, en esta línea asistencial, con la Plataforma de Telecontinuidad coordinada por

Salud Responde y EPES, y considerada por el ministerio como una buena práctica que hacen seguimiento a estos pacientes de forma permanente favoreciendo así la continuidad asistencial.

Desde junio de 2012 se han incluido en este programa 12.042 pacientes y se han recibido 15.067 llamadas, de las cuales han sido resueltas directamente el 86,6% y han sido derivadas al centro coordinador el 11,4%.

En la línea de formación, desde el año 2009, se han formado más de siete mil profesionales en los distintos talleres dirigidos a médicos y enfermería, tanto de atención primaria como hospitalaria, profesionales de urgencias y pediatras.

Estos talleres y cursos de formación se han canalizado a través de lavante y a través de la Escuela Andaluza de Salud Pública.

Se ha creado una red de 80 teleformadores y ocho coordinadores provinciales que constituyen la base de la red de formadores en cuidados paliativos en Andalucía.

En la actualidad se está elaborando una nueva edición de cursos de cuidados paliativos que abarcarán formación básica, formación avanzada, formación para profesionales de urgencia, para cuidados en pediatría y para cuidados en ancianos.

Otra de las líneas que priorizamos dentro de la estrategia del plan es, como no puede ser de otra forma, el de la investigación. Hemos participado en diferentes proyectos de investigación de carácter nacional, coordinados desde centros sanitarios andaluces, en concreto, los Proyectos de Calidad de Vida en el Hospital de Antequera y en el Civil de Málaga, el Proyecto Paliar sobre Pronóstico del Enfermo en Situación Terminal de Teología no Oncológica, Hospital Virgen del Rocío, o el estudio «¿Cómo mueren los andaluces?», coordinado desde la Escuela Andaluza de Salud Pública.

En la línea de coordinación se han promovido el modelo de atención compartida y la continuidad asistencial, en especial, intensificando la colaboración con otros planes integrales o estrategias de forma transversal, como son: el Plan Oncológico, el Plan de Cronicidad, la Estrategia de Cuidados, el Plan de Salud Mental, el Plan de Urgencias, etcétera.

Paralelamente se han realizado encuentros con asociaciones de pacientes, familiares, fundaciones, residencias asistidas y centros de atención sociosanitaria.

En la línea de apoyo a la toma de decisiones se han incorporado en distintas dimensiones, tanto científico-técnicas, éticas y jurídicas que afectan a la toma de decisiones en cuidados paliativos.

Para esta finalidad se han desarrollado diversos manuales de apoyo para los profesionales, entre los que destacan los relativos a aspectos éticos en el final de la vida en menores y el Manual Básico de Cuidados Paliativos.

En cuanto al apoyo a cuidadores, ya se han formado en cuidados paliativos 217 voluntarios en toda la comunidad, y a través de la Escuela Andaluza de Salud Pública se han realizado ocho talleres de formación con 160 asistentes y 16 talleres de voluntariado con 320 asistentes.

Y ya por último, señorías, en la Estrategia de Participación, contamos en nuestra comunidad con la Escuela de Pacientes para Cuidados Paliativos. Que, entre otras actuaciones, difunden actividades de formación y comunicación a la ciudadanía en todos los aspectos relacionados con los cuidados paliativos.

En el trabajo de los profesionales que se relacionan con cuidados paliativos, Andalucía es la primera comunidad en la que los profesionales se pueden acreditar, habiéndose alcanzado ya la segunda promoción de

profesionales que acceden a ella, lo que garantiza una dotación de profesionales especializados y competentes en este tipo de cuidados, que pueden ofrecer una atención integral a los pacientes.

Pero, señorías, no quisiera concluir mi primera intervención sin hacer una mención especial a una de las facetas del Plan de Cuidados Paliativos que desde la Consejería de Salud consideramos de máxima prioridad, me refiero a la atención a los cuidados paliativos en la edad pediátrica.

En este sentido, se contempla la atención a menores en situación terminal por causas oncológicas o no oncológicas, independientemente de su ubicación, hospital, domicilio o institución y en cualquier situación, facilitándose que los distintos dispositivos sanitarios puedan ofrecer continuidad asistencial en permanente coordinación con los servicios de pediatría que atienden al menor.

A fin de conseguir este objetivo y ofrecer una respuesta integral al niño y/o adolescente y a su familia, tanto los profesionales que lo atienden en su domicilio como en el hospital están en contacto con los profesionales de recursos avanzados y con la Plataforma de Telecontinuidad para que en ningún momento se interrumpa la continuidad asistencial.

Para asegurar estas prestaciones han recibido formación específica en cuidados paliativos pediátricos 600 profesionales, formación que se verá reforzada con la próxima publicación del texto *Control en los síntomas en el niño y adolescente*.

Desde la Consejería de Salud también se ha desarrollado la estrategia «Al lado del menor en situaciones adversas en salud», centrada en proporcionar los mejores apoyos posibles a los niños y niñas afectados y a sus familiares.

Por tanto, contamos, pues, señorías, en nuestra comunidad con los instrumentos y estrategias que nos permiten dar respuesta a las necesidades de los pacientes que requieren cuidados paliativos y seguimos realizando un esfuerzo por ampliar la red de profesionales que los atienden y los recursos de los distintos niveles asistenciales.

Y dadas las características de estos cuidados priorizamos, en todo momento, la coordinación de los servicios y la continuidad asistencial para ofrecer una atención integral y de calidad.

Muchas gracias, señoría.

## El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señor consejero.

Grupo proponente, señor Ferrera Limón, ¿quiere una intervención o dos? ¿Quiere una de 10 o quiere...? ¿Una solo, no?

Vale. Tiene la palabra.

## El señor FERRERA LIMÓN

—Sí, muchas gracias, señor presidente.

Señorías. Señor consejero.

Este grupo parlamentario quiere agradecerle esta comparecencia en una materia de tanta sensibilidad como es esta referente a los cuidados paliativos.

Y lo es, sobre todo, por lo que significa trabajar con pacientes que tienen que enfrentarse ante la recta final de su vida y, por tanto, ante una nueva situación de mucha complejidad para el enfermo, pero también para sus familiares y allegados.

Para conocer los orígenes de los cuidados paliativos, tal y como los conocemos hoy día, tenemos que remontarnos a los años setenta en el Reino Unido. Es allí, a partir de ese momento, cuando se extiende a otros países, pero no es hasta los años noventa cuando empieza a rodar en nuestra comunidad autónoma, cuando los cuidados paliativos comienzan a incorporarse al Sistema Andaluz de Salud.

Desde ese instante y hasta el momento ha sido mucho el desarrollo normativo que se ha llevado a cabo al respecto, a todos los niveles, estatal y autonómico, por lo que hemos logrado los grandes avances de los que hoy dispone nuestra sanidad pública en esta materia.

También han sido muchos los avances en apoyo y reconocimiento impositivo de la sociedad andaluza a esta manera de afrontar la última parte de la vida de un ser humano que constituye, sin duda, una etapa personal especial y cargada de significados, que se evidencia de manera clara en el caso de las personas que se encuentra en esta situación terminal.

Es esta la finalidad del Plan de Cuidados Paliativos de Andalucía al asegurar una adecuada planificación, coordinación y gestión de los recursos sanitarios destinados a la atención de estas personas en situación terminal oncológica o no oncológica, de cualquier edad y de sus familias, de forma que se garantice su alta calidad, atendiendo a todas sus necesidades físicas, psicoemocionales, sociofamiliares y espirituales, y su accesibilidad en condiciones de equidad en la que cabe destacar el papel esencial que juegan los grandes profesionales con los que cuenta nuestra sanidad pública.

Como usted comentaba, en Andalucía, en nuestro Estatuto de Autonomía se establece el derecho a los pacientes del Sistema Andaluz de Salud a acceder a estos cuidados paliativos.

También destacar que son muchos los colectivos que de manera altruista colaboran con nuestra sanidad pública, entregando lo mejor de sí mismos para hacer posible ese acercamiento, ese calor humano y ese apoyo emocional tan necesario en este tipo de procesos. Estos apoyos son fundamentales para el paciente, porque les permite llevar una vida digna hasta el final y también para sus familias.

Señor consejero, quiero terminar tal y como empecé, dando las gracias porque nuestra sanidad pública disponga de estos recursos y medios que hacen posible que, al final de todo este proceso, sea un poco más fácil dentro de la dureza de la situación.

Agradecer la magnífica labor que llevan a cabo los profesionales de nuestra sanidad pública que trabajan en cuidados paliativos que hacen posible que el enfermo así como sus familiares se sientan en las mejores manos para asumir esa nueva situación con resignación, pero también con cierta normalidad, a pesar de la crudeza de la realidad.

Agradecer a los colectivos sin ánimo de lucro la colaboración con nuestra sanidad pública, porque son esos colectivos los que después de los profesionales las primeras personas que, conociendo la gravedad de la situación, te tienden la mano y te muestran su disponibilidad para ayudarte a entender la nueva situación a la que has de enfrentarte.

Por tanto, señor consejero, este grupo parlamentario se siente orgulloso de que contemos en Andalucía con una sanidad pública que ante situaciones de esta índole esté pensada para ayudar a los enfermos, a sus familiares, para hacer un poco más fácil lo que es tremendamente difícil de encajar.

Muchas gracias, señor consejero.

### El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Gracias, señoría.

Señor consejero, para terminar.

### El señor ALONSO MIRANDA, CONSEJERO DE SALUD

—Gracias, presidente.

Como planteaba, estamos hablando de treinta mil pacientes, cerca de treinta mil pacientes al año en Andalucía que necesitan atención en cuidados paliativos. Por eso para la Consejería de Salud y para todos los profesionales del sistema sanitario es importante la atención a estos pacientes en eso, en la etapa final de su vida.

Pero hay una cosa que se persigue, y es la sanidad pública en todos los ámbitos de actuación, desde la prevención hasta la promoción, la rehabilitación, el tratamiento, y en este caso los cuidados paliativos lo que pretenden es mejorar la calidad de vida de todas las personas que son atendidas en el sistema sanitario, en concreto de todos los andaluces. Y para ello es imprescindible que en estos periodos, como usted bien comentaba, periodos complicados, pero sí podemos hacer muchas cosas para hacer que esta etapa final de la vida sea lo menos complicada, tanto para los pacientes como para los familiares. Y ese es el objetivo y seguiremos trabajando en ese camino.

Y, como usted bien comentaba, tenemos que agradecer tanto el compromiso de los profesionales como también de las familias que colaboran en lo que es el desarrollo de los cuidados paliativos, como de muchas asociaciones que continuamente están trabajando de una forma altruista en este ámbito. Por lo tanto, creo que hemos avanzado mucho, pero seguiremos el camino de desarrollar y avanzar para dar la mejor respuesta posible en cada momento. Afortunadamente estamos hablando de un ámbito donde los avances científicos que se producen, año tras año, mejoran y nos permiten mejorar la atención y los cuidados que se prestan a estos pacientes.

Muchas gracias.

### El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señor consejero.

## **10-16/APC-000015. Comparecencia del consejero de Salud, a fin de informar y clarificar la situación en la que se encuentra el proceso de fusión entre los hospitales de la capital onubense Juan Ramón Jiménez e Infanta Elena**

### **El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN**

—Pasamos a la segunda comparecencia del día, propuesta por el Grupo Ciudadanos, a fin de informar y clarificar la situación en la que se encuentra el proceso de fusión entre los hospitales de Huelva Juan Ramón Jiménez e Infanta Elena.

Tiene la palabra por quince minutos el señor consejero.

### **El señor ALONSO MIRANDA, CONSEJERO DE SALUD**

—Gracias, presidente.

Señorías, como recordarán, tuve ocasión de informarles sobre este tema en una sesión plenaria en el mes de julio en respuesta a una pregunta del Grupo Popular.

Como ya les decía entonces la creación del Complejo Hospitalario Universitario de Huelva respondió al objetivo de adaptar la estructura hospitalaria a la realidad actual. De esta forma, logramos mejorar la atención sanitaria y las prestaciones que se ofrecen a la ciudadanía con criterios de eficiencia y racionalidad.

Señorías, la planificación sanitaria, y especialmente el desarrollo de la atención hospitalaria en el entorno que actualmente vivimos, tiene en cuenta una serie de factores que son fundamentalmente técnicos. Como es lógico, las situaciones de crisis económica imponen un principio de realidad en la construcción de infraestructuras que se venían proyectando. Sin embargo, los criterios de planificación sanitaria son criterios que responden a parámetros que están publicados y disponen de evidencia científica, que son previamente consensuados en el entorno de la literatura internacional, y, por tanto, existen pocas singularidades en el desarrollo de las redes de atención sanitaria en el contexto internacional. Estos criterios que marcan la planificación sanitaria son fundamentalmente tres.

En primer lugar, la accesibilidad; esto es, que es los ciudadanos independientemente de donde vivan tengan un centro y un recurso hospitalario que les permita su llegada en un tiempo y forma determinado. Como saben, en Andalucía nos propusimos un tiempo estándar que establecimos en media hora, criterio que luego se adoptó en el conjunto de España. Nos propusimos que ninguna persona estuviera a más de treinta minutos de un centro sanitario, como les comentaba, para lo que era necesario desplegar una red, entre otras cosas, de centros hospitalarios en el territorio, con una complejidad y unas características adaptadas en cada caso al entorno local.

El segundo criterio es el que tiene que ver con la alta calidad y planificación de aquellas actividades de excelencia, me refiero con esto, señorías, que para el trabajo que requiere un volumen importante de dotación tecnológica y un entrenamiento y adiestramiento de los profesionales en técnicas concretas —técnicas, por ejemplo, de trasplantes o de alta cirugía— se requiere un volumen de pacientes, es decir, una frecuentación

suficiente para poder dar una respuesta adecuada y de calidad. Y, por otra parte, que la capacitación de los profesionales requiere de un número de casos atendidos que permita que los ciudadanos tengan la seguridad de que el entrenamiento y la experiencia se conviertan en un valor añadido. Por tanto, calidad en la cirugía o en las actividades asistenciales de alta resolución

Y, en tercer lugar, aunque sea obvio, la realidad de las estructuras funcionantes, con las que los gobiernos asumen sus competencias sanitarias. Evidentemente, el desarrollo del mapa sanitario está condicionado por los recursos previamente existentes, y, por tanto, por la asistencia o no de redes de hospitalización, algunas veces locales y otras veces de la diputación u otras instancias que se integren en el conjunto y que se han integrado en el conjunto del sistema sanitario público, en este caso, de Andalucía, desplegando una radiografía que los gestores tienen que ser capaces de aprovechar y rentabilizar, y, por otra parte, de ubicar aquellas que no estuvieran previamente diseñadas y fueran necesarias.

Teniendo en cuenta estos criterios que hemos diseñado en Andalucía, nuestra red hospitalaria, la cual vamos adaptando a las necesidades actuales, es una red que es el resultado de una voluntad política, pero sobre todo de unos criterios técnicos que han motivado nuestra planificación.

En este sentido, las sinergias generadas por las estructuras hospitalarias que ya están disponibles son una oportunidad para avanzar en prestaciones, mejorar la calidad y garantizar el mantenimiento del empleo, y así lo avalan diversos estudios científicos o informes relativos al Sistema Nacional de Salud, que orientan a las necesidades de integrar los servicios en los hospitales. Tal es el caso de un tema monográfico publicado, *Hospitales de agudos y atención integral*, o el informe Dalton, o como dice el informe del sistema sanitario *Trabajar en red*, del Consejo Asesor de Sanidad, publicado en junio de 2015: «Es conveniente concentrar actividades alrededor de infraestructuras complejas y propiciar la movilidad del profesional entre los centros para mantener su capacitación». Entre sus conclusiones destaca: «Trabajar en red significa establecer entramados entre centros y promover relaciones que conecten profesionales y les hagan partícipes de los recursos asistenciales disponibles, independientemente del centro en el que se encuentren».

Por tanto, señorías, el proceso de unificación de las áreas hospitalarias busca precisamente esto: garantizar una mayor calidad de la prestación de los servicios, una mayor eficiencia en el uso de los recursos, y un incremento en la cartera de servicios, en una apuesta clara por garantizar la sostenibilidad del sistema sanitario universal.

Asimismo, dichas sinergias configuran un nuevo escenario, no solo en términos de calidad de la atención y renovación tecnológica, sino en generación del conocimiento e innovación.

Hasta el momento las sinergias generadas entre los centros hospitalarios públicos han contribuido a mejorar su oferta de servicio, recursos y tecnologías, lo que conlleva mayor calidad y eficiencia en la atención, al tiempo que ha mejorado su posicionamiento científico e innovador, dos elementos claros y claves para la sostenibilidad de nuestro sistema sanitario público. Y es que la unión hace la fuerza.

En el caso concreto del Complejo Hospitalario Universitario de Huelva se trata de un proceso que se encuentra avalado y respaldado legalmente por la Orden de 21 de noviembre de 2014, y que entró en vigor el 1 de diciembre de ese mismo año. Su publicación en el *BOJA* supuso un paso más dentro de la estrategia de trabajo conjunto que venimos desarrollando desde hace ya más de cinco años; dicha normativa ofrece, además, cobertura legal y mayores garantías a los trabajadores en el procedimiento de unificación, respetando así las condiciones esenciales tanto de trabajo como económicas de los profesionales.

Señorías, el proceso unificará en un solo..., ha unificado, en un solo complejo el hospital Juan Ramón Jiménez, el hospital Vázquez Díaz, el centro periférico de especialidades Virgen de la Cinta, el hospital Infanta Elena y las unidades de salud mental comunitaria de La Palma del Condado y de Lepe. La integración de estos centros hospitalarios, en los que se atienden cerca de 160.000 urgencias y 33.000 ingresos cada año, permitirá mejorar la atención sanitaria que se ofrece a la ciudadanía y mejorar así la calidad asistencial a los usuarios independientemente de la zona en la que residan, ya que serán atendidos por servicios únicos. Esta es una garantía para el ciudadano pero también para los profesionales, y por eso el proceso queremos hacerlo de su mano.

Hasta ahora, durante este proceso ha existido un importante trabajo en el que han participado cientos de profesionales expertos para definir las diferentes oportunidades. Se ha creado una mesa técnica con los sindicatos para seguir abordando las necesidades de los profesionales, garantizar de manera normativa su movilidad y favorecer su desarrollo profesional, todo bajo la premisa de que el proceso no conllevará ni disminución de camas ni pérdida de puestos de trabajo, y sí, por el contrario, incremento de carteras de servicios.

Concretamente, los nuevos usos de estos centros hospitalarios se organizarán de la siguiente forma.

El Hospital Infanta Elena se conforma como un centro monográfico de especialidades neurotraumatológicas, de referencia provincial, incorporando la cirugía ortopédica y traumatológica, la neurología, la neurocirugía y la neurofisiología, con una urgencia de perfil fundamentalmente neurotraumatológico.

El Hospital Juan Ramón Jiménez se conforma como centro médico quirúrgico para el resto de especialidades.

El Centro Periférico de Especialidades Virgen de la Cinta se conforma como un centro de consultas para atender la demanda de atención primaria.

El Hospital Vázquez Díaz se convierte en un centro de cirugía mayor ambulatoria y de instancias cortas, manteniendo un número importante de consultas, aunque se incrementa aún más toda la actividad tocoginecológica ambulatoria.

Muchas gracias, señorías.

### El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Gracias, señor consejero.

Por el grupo proponente, la señora Albás tiene la palabra.

¿Quiere una intervención o quiere dos? Una.

### La señora ALBÁS VIVES

—Gracias, señor presidente.

Señoría. Señor consejero, buenos días.

En ocasiones, la teoría también expresada y planteada por usted no coincide con la práctica de las necesidades de los ciudadanos.

Desde nuestro punto de vista, hoy no tendríamos que haber solicitado esta comparecencia si previamente la Consejería de Salud hubiera hablado y dialogado y llegado a un acuerdo con profesionales y sindicatos, pero desafortunadamente parece que no ha sido así.

La fusión hospitalaria francamente no sé si es buena o no, la verdad es que yo creo que no soy la persona indicada para opinar sobre este tema.

Entendemos que las personas indicadas son los profesionales de la salud, escuchando las necesidades de los pacientes. Ellos y no otras personas son los que deberían haber decidido sobre la fusión hospitalaria; sobre si esa fusión era lo mejor para la atención de los pacientes de Huelva o no.

Los sindicatos de enfermería: Satse, el Sindicato Médico y de Técnicos Auxiliares SAE, interpusieron un recurso contra la actuación por vía de hecho del SAS, consistente en la actuación de órgano incompetente, que el director gerente de los hospitales Juan Ramón Jiménez e Infanta Elena para llevar a cabo la fusión de los servicios y especialidades y personal de dos hospitales como si de un complejo hospitalario se tratase.

Pues bien, el día 18 de diciembre se dictó sentencia, y la sentencia judicial está referida única y exclusivamente a las actuaciones realizadas previas, como ha mencionado usted, a la orden del 21 de noviembre de 2014, que respalda expresamente el proceso de unificación hospitalaria de Huelva.

Por lo tanto, todas las actuaciones efectuadas en relación al proceso de unificación, así como las próximas previstas, siguen teniendo absoluta validez contando con el respaldo legal de la mencionada orden, que entró en vigor al día siguiente de su publicación en el *BOJA*, el 1 de diciembre de 2014. De esta forma, dicha sentencia no va a tener en la práctica ninguna repercusión en la organización asistencial en relación a los pacientes neoprofesionales. Mucho más teniendo en cuenta que las modificaciones organizadas en los servicios sanitarios a los que hace referencia se produjeron de forma posterior a la orden, o bien no habían tenido lugar.

Señorías, esta situación que hemos vivido y que siguen padeciendo profesionales y los pacientes de los hospitales de Huelva se hubiera evitado si se hubiera dialogado previamente con ellos. Diálogo y escuchar a los profesionales de la salud.

Cuando, desde el Grupo Ciudadanos, decimos más batas y menos corbatas, no es una cosa teórica, es para evitarnos que ocurran situaciones en la que nos encontramos a día de hoy, que los profesionales están descontentos y que los pacientes están descontentos. Insistimos, diálogo. Debemos dialogar con los profesionales de la salud, puesto que son ellos y no los políticos quienes tienen que asesorarnos para tomar las decisiones correctas.

Debemos tener en cuenta además que Huelva, la provincia de Huelva, es la última provincia de Andalucía y española en gasto sanitario, en camas, en profesionales por habitantes, con un recorte anual de bastantes millones de euros; única provincia sin hospital materno infantil.

Señor consejero, ¿no hablamos siempre de equidad? Pues, mucho me temo que esta provincia no cumple ese mandamiento.

Gracias.

**El señor GARCÍA ANGUIA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN**

—Muchas gracias, señoría.

Señor consejero, para cerrar el debate.

El señor ALONSO MIRANDA, CONSEJERO DE SALUD

—Gracias, presidente. Gracias, señoría.

Como ya tuve oportunidad de comentar en alguna ocasión, niego la mayor en relación a hablar con los profesionales. De hecho, si recuerdan, el miércoles 7 de enero de 2015, 27 responsables de unidades de gestión clínica manifestaron su apoyo al proceso de fusión de los hospitales. Está recogido, está planteado, son profesionales de alto prestigio, alta cualificación, algunos de los cuales, por poner un ejemplo, se dedican a las operaciones más complejas en el ámbito tanto de determinada cirugía cardiaca, como en el ámbito urológico, como en el ámbito relacionado con el área diagnóstica. Por lo tanto, estamos hablando de profesionales de reconocido prestigio a nivel nacional, y muchos de ellos a nivel internacional, habiendo obtenido incluso premios por parte de sus colaboraciones científicas y sus participaciones en investigaciones. Por lo tanto, creo que son profesionales, de verdad, de reconocido prestigio en el ámbito puramente profesional, como le estaba comentando.

Y voy a plantearles algunos datos de lo que ha representado, señorías, y yo creo que en la unificación de los hospitales de Huelva. Para hacerse una idea. Estamos ante un complejo hospitalario, donde hay más de 1.600 profesionales de enfermería, más de 675 facultativos especialistas de área, más de 1.300 profesionales no sanitarios, más de 125 quirófanos por semana, más de 180 módulos de consultas, más de 900 camas de hospitalización, y una inversión que se realizó para este proceso de fusión de momento de 10 millones de euros.

Y para hacer realidad toda esta reordenación se han llevado a cabo y está prevista una serie de actuaciones que marcarán el futuro de la asistencia sanitaria en Huelva. Pero, como usted bien decía, la unificación si no pretende mejorar la asistencia sanitaria que se le presta a la población no tendría ningún sentido.

Y también he representado, como le comentaba antes, un incremento de la cartera de servicio. Un incremento de la cartera de servicios por una sencilla razón, que en muchas ocasiones he tenido la oportunidad de comentarle, la posibilidad de respuesta de un servicio grande no es la misma que la de dos pequeños. Existe una evidencia científica a nivel internacional. Usted seguro que lo ha revisado para esta intervención y habrá comprobado que el proceso de unificación de pequeños hospitales lo que permite es crear grandes servicios que tienen mayores competencias, mayor complejidad y que permite hacer una cartera de servicios más amplia.

Por ponerle algún ejemplo, la reciente unificación de la atención hospitalaria y quirúrgica de ginecología, la obstetricia y la pediatría en el Hospital Juan Ramón Jiménez ha permitido incrementar el área... la cartera de servicios en ese ámbito.

Lo mismo podemos plantear en el ámbito de la unidad de cardiología.

También, la unificación de los recursos neurotraumatológicos ha permitido desarrollar e incrementar la cartera de servicios e incrementar los recursos técnicos de los que dispone el hospital, el actual complejo hospitalario de Huelva. Lo cual nos ha permitido muchos de los recursos que estarían a nivel regional y no podían estar en dos hospitales más pequeños, sí van a poder disponer de ellos en el futuro.

Por tanto, la unificación de hospitales de la capital onubense permitirá continuar avanzando en la calidad de la asistencia sanitaria, teniendo en cuenta los recursos asistenciales y la actividad, que no solo como les comenté, va a disminuir, sino que aumentará por el incremento de la cartera de servicios.

El número de consultas, por otro lado, no solo se mantendrá, sino que también se aumentará en el proceso de incorporación de las nuevas prestaciones que le estaba comentando.

El número total de camas se mantiene. Y otra cosa muy importante, el número de profesionales también se mantiene o se incrementará por el aumento de la cartera de servicios.

Por tanto, estamos hablando de que se multiplica su capacidad de respuesta asistencial.

Y, como le comentaba anteriormente, todo lo que se hizo se hizo en colaboración, con la participación de profesionales y también con la información, como procede, a los representantes de los trabajadores, que son los sindicatos. Y seguimos trabajando con ellos en una mesa técnica para estudiar y analizar los procesos de movilidad. Es verdad que ahí se han planteado algunas diferencias pero, en las reuniones con los profesionales, con los profesionales de prestigio del hospital, están ahí y puede usted ir a reunirse con ellos y preguntarles. Le invito, si quiere, a que me acompañe en alguna ocasión y podemos hablar con ellos, que creo que justo estamos de acuerdo, son los profesionales en el día a día los que deben comentarnos cuál es la forma de avanzar y seguir desarrollando en este proceso que creo que, al final, el objetivo que plantean todos los que estamos en esta mesa es el mismo, mejorar la calidad de la asistencia que se presta a la población de Huelva.

Muchas gracias.

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Gracias, señor consejero.

## 10-16/APC-000026. Comparecencia del consejero de Salud, a fin de informar sobre la recuperación de la jornada laboral completa por parte de los profesionales de la sanidad pública en Andalucía

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Pasamos a la tercera comparecencia del consejero de Salud, propuesta por el Grupo Socialista, a fin de informar sobre la recuperación de la jornada laboral completa por parte de los profesionales de la sanidad pública de Andalucía.

Señor consejero, tiene quince minutos.

El señor ALONSO MIRANDA, CONSEJERO DE SALUD

—Gracias, señor presidente.

Señorías, como ya conocían por diversas declaraciones, tanto de la presidenta de la Junta como también mías propias, existía un compromiso por parte del Gobierno andaluz de restituir progresivamente los derechos laborales y sociales perdidos durante estos últimos años de crisis.

Como saben, tal y como comprometió la presidenta de la Junta de Andalucía en su discurso de investidura, a finales de año, del año pasado, todos los profesionales eventuales pasaron al ciento por ciento. El objetivo está cumplido.

La concreción de este compromiso se plasmó en el acuerdo firmado en julio de 2015 por la presidenta de la Junta de Andalucía y los máximos responsables de los sindicatos UGT, Comisiones Obreras y CSIF para la defensa y la mejora del empleo público en la Administración andaluza. En el contenido de dicho acuerdo, uno de los compromisos que se recogían era la recuperación del ciento por ciento de su jornada y retribuciones de los trabajadores eventuales del Servicio Andaluz de Salud que, como saben, señorías, fue consecuencia de los recortes del Gobierno de la Nación en el año 2012 y de la ampliación de la jornada laboral a 37,5 horas en cómputo semanal, que se aplicó desde el día 1 de julio de 2012. Esta medida, en el conjunto de las medidas de ajuste presupuestario, supuso el incremento de la jornada laboral en un 7,14%, así como una reducción de las transferencias a la comunidad autónoma.

También, el Gobierno central introdujo la limitación de la tasa de reposición de efectivos que se produjeran por renuncia, excedencia, jubilación... En concreto, la tasa de reposición en el sector salud se estableció, primero, en el 10% de los efectivos y, posteriormente, en un 50%.

Esta medida, sumada a las restricciones económicas, ha impedido crear nuevas plazas de personal interino vacante y normalizar al personal eventual. En concreto, de no haberse cubierto 9 de cada 10 jubilaciones, lo que corresponde a la tasa de reposición de un 10%, con contrataciones eventuales, hubiese sido imposible mantener la misma cartera de servicios sanitarios e, incluso, la asistencia en algunas localidades.

La aplicación de estas medidas en un sector como es el sistema sanitario público, con más de 90.000 trabajadores, en concreto, 92.924, suponía la necesidad de ajustar la plantilla en más de 8.000 trabajadores,

motivo por el que el Gobierno andaluz, para evitar despidos y reducción de plantilla, decidió traducir este aumento de horas en una reducción de jornada, con la correspondiente reducción salarial.

Por parte de la Consejería de Salud, se dio prioridad al mantenimiento del volumen de empleo del personal eventual, y, para ello, adoptó la decisión de hacer los nombramientos eventuales del máximo del 75% de la nueva jornada ordinaria. Otras administraciones, en otros ámbitos, optaron por reducir el número de eventuales, lo que en Andalucía equivaldría a una reducción del empleo de unos 8.000 trabajadores.

Como comprenderán sus señorías, no fue una decisión fácil, pero entendíamos que, con ella, se evitaba tener que despedir a profesionales, lo que suponía un problema para miles de familias, así como una pérdida de personal en el sistema sanitario público andaluz.

Pero, como les decía al principio de esta intervención, el compromiso del Gobierno andaluz era firme en el sentido de restituir la situación al estado anterior a la aplicación de las medidas consecuencia de las políticas del Gobierno central, y así se ha hecho, señorías. Durante el ejercicio 2015, se inició este proceso de restitución y, en marzo de este año, los 8.500 eventuales estructurales recuperaron el ciento por ciento de su jornada salarial. En el mes de noviembre de 2015 se culminó el proceso: un total de 14.122 profesionales con nombramiento eventual y al 75% pasaron a tener su jornada a tiempo completo y la recuperación salarial.

Pero, señorías, el cumplimiento de este compromiso, con ser muy importante, no es un hecho aislado, sino que se integra en la política laboral de la Junta de Andalucía y, en concreto, del Servicio Andaluz de Salud. En este sentido, recordarles que durante el año 2014 se actualizó el Plan de Ordenación de Recursos Humanos del SAS, que marca las previsiones de necesidades del sistema sanitario para los próximos años. A pesar de las limitaciones impuestas por los presupuestos generales del Estado para reponer las plantillas, en nuestra comunidad estamos desarrollando la mayor oferta de empleo sanitario del conjunto del país, con una convocatoria de 3.282 plazas, las máximas posibles con las tasas de reposición sucesivas.

Hemos puesto en marcha, y se va a resolver antes de la incorporación de las personas que superen la oferta de empleo público, un concurso de traslados en el que se han ofertado 4.604 plazas, para permitir la movilidad entre centros, lo que sin duda beneficiará a la conciliación de la vida personal y laboral. Estamos, además, preparando la oferta pública de empleo de 2016, que saldrá en fechas próximas. Contamos también, en nuestro sistema sanitario, con una bolsa única de empleo que permite cubrir con total inmediatez cualquier necesidad temporal de personal cualificado en nuestros centros, asegurando la igualdad de oportunidades entre los aspirantes de cada categoría profesional. En la actualidad hay más de 350.000 inscritos.

Por tanto, señorías, contamos con un modelo coherente de política laboral, que estamos aplicando y hemos aplicado incluso en situaciones difíciles, como a las que nos hemos referido anteriormente, y derivadas de las políticas restrictivas de los últimos años, que nos han permitido mantener servicios y prestaciones y reducir en lo posible los efectos sobre los trabajadores del sistema sanitario público de Andalucía.

Muchas gracias, señoría.

### El señor GARCÍA ANGUIA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Gracias, señor consejero.

Por el grupo proponente, señoría, ¿quiere una intervención o dos? ¿Una? Tiene la palabra.

La señora MAESE VILLACAMPA

—Gracias, señor presidente. Señor consejero, señorías.

Señor consejero, su comparecencia de hoy nos trae una muy buena noticia y supone un cumplimiento más del Gobierno de la Junta de Andalucía.

Como usted muy bien ha explicado hace un momento, el pasado mes de julio, la Junta de Andalucía anunció que, para este febrero, se iba a abonar a los funcionarios el 25% de la paga extra de 2012, así como la recuperación del ciento por ciento de la jornada para temporales e interinos. Esta medida ha supuesto 200 millones adicionales en el presupuesto de la comunidad autónoma para 2016 y es, a día de hoy, una realidad, y es el fruto, precisamente, del acuerdo entre la presidenta de la Junta de Andalucía, Susana Díaz, y los sindicatos de la mesa general de negociación común de la Administración de la Junta, donde estaban, como muy bien ha dicho, Comisiones Obreras, UGT y CSIF, y se ha traducido en una importante mejora del empleo público andaluz, tal y como habían venido reclamando estas centrales sindicales.

Es, por tanto, el fruto del diálogo y del consenso. Podríamos decirlo en otras palabras: la Junta ha abonado la nómina de febrero de 2016, en esta nómina, la parte proporcional de la paga extraordinaria correspondiente a 2012 que el Gobierno del Partido Popular suprimió.

La recuperación progresiva de los derechos suspendidos a los empleados públicos, entre ellos el ciento por ciento de la jornada y de las retribuciones del personal interino y temporal mediante la recuperación del 10% de la jornada que faltaba, es un cumplimiento más de la palabra dada por la presidenta de la Junta. La Junta ha cumplido, nuevamente, con su compromiso de no contratar más al 75% para los eventuales del Servicio Andaluz de Salud a partir de 2016.

Estamos hablando del fortalecimiento de los servicios públicos. Los empleados públicos de nuestro sistema sanitario saben que la Junta y su presidenta, Susana Díaz, ha cumplido con ellos, garantizando además que la prestación de unos servicios tan importantes como son los que prestan los servicios sanitarios se hace desde lo público y no desde la privatización, como se ha hecho en otras comunidades en este país también gobernadas por el Partido Popular.

La crisis económica puso de manifiesto que no todas las comunidades autónomas intentaron combatirla de la misma manera. Las comunidades gobernadas por el PP combatieron mediante el despido de empleados públicos, mientras que en Andalucía se conservaron más de veinticuatro mil empleados públicos, aplicando medidas alternativas al despido que supusieron el esfuerzo —también hay que reconocerlo, y de una manera importante— de los trabajadores del sector sanitario, a los que, como no puede ser de otra manera, hay que agradecerles su enorme generosidad, puesto que su trabajo, su compromiso y su atención han seguido siendo impecables.

La Junta de Andalucía siempre advirtió que estos derechos se podían recuperar —como de hecho se ha demostrado— y que se van a seguir recuperando a lo largo de la legislatura. Lo que no se podían recuperar de ninguna manera eran los empleos perdidos.

Estamos hablando, como digo, del fortalecimiento de los servicios públicos, y, por tanto, de un beneficio para los ciudadanos y ciudadanas de Andalucía. Es a la vez una manera de devolverles el esfuerzo a quienes han contribuido con su bolsillo a sostener la sanidad pública en Andalucía frente a los recortes de Mariano Rajoy.

Ya a principios de 2015 la presidenta de la Junta anunció la recuperación de la jornada y el salario de los profesionales sanitarios a partir del día 1 de marzo, tal y como ella dijo en junio también en el Parlamento. Eran los eventuales estructurales que perdieron el salario por culpa de los recortes. Más de quince mil eventuales recuperaron el cien por cien de su jornada y su salario en 2015. Por lo tanto, es una nueva apuesta, y clara, por los servicios públicos y por la tranquilidad y, como decía antes, el fortalecimiento de los puestos de trabajo en un servicio como es el de la sanidad de nuestra comunidad autónoma, que es uno de nuestros pilares del Estado de bienestar y garantía de derechos para los andaluces y andaluzas, que, además —como ha dicho el consejero hace un momento—, se va a reforzar con la nueva convocatoria de empleo público.

Muchas gracias.

### El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias.

Señor consejero, para cerrar.

### El señor ALONSO MIRANDA, CONSEJERO DE SALUD

—Muy brevemente.

Quería aprovechar, tal y como planteó su señoría... Agradecer una vez más, como ya he tenido oportunidad de manifestarlo muchas veces, a los profesionales del sistema sanitario público de Andalucía por su compromiso con la sostenibilidad del sistema, y también agradecerles que siempre hayan estado y estén disponibles para aportar aquellas colaboraciones y aquellas aportaciones que consideran necesarias en el desarrollo presente y futuro del sistema sanitario público de Andalucía.

Por tanto, agradecérselo... Aprovechar para agradecérselo desde aquí, y seguir con nuestra manifestación clara de que tenemos que continuar avanzando en la recuperación de los derechos. Pero, simplemente, volver a agradecer el que en el desarrollo que estamos haciendo normativo, en el desarrollo que ya he tenido la oportunidad de hablar muchas veces en este ámbito de la atención primaria, o en la Ley de Sostenibilidad, siempre que hemos llamado a profesionales para participar, allí han estado, allí han hecho sus aportaciones y allí han planteado siempre ideas que nos han permitido mejorar. Y creo que ese es el camino, porque, gracias a la colaboración entre la Administración y los profesionales —y yo estoy convencido que del resto de los grupos políticos de esta Cámara—, podremos garantizar la sostenibilidad del sistema sanitario público de Andalucía, que, como saben, es un objetivo claro de este Gobierno y de la Consejería de Salud, en particular.

Muchas gracias.

### El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señor consejero.

## 10-16/APC-000057. Comparecencia del consejero de Salud, a fin de informar sobre las medidas adoptadas por la Consejería de Salud para revertir la convergencia de centros hospitalarios

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Pasamos a la cuarta y última comparecencia, solicitada por el Grupo Parlamentario Popular Andaluz, del Consejero de Salud, a fin de informar sobre las medidas adoptadas por la Consejería de Salud para revertir la convergencia de centros hospitalarios.

Tiene quince minutos, señor consejero.

El señor ALONSO MIRANDA, CONSEJERO DE SALUD

—Señorías, como he comentado hace un momento en la comparecencia anterior en respuesta al Grupo de Ciudadanos y ya he manifestado en diversas ocasiones, el sistema sanitario público de Andalucía no es una organización inamovible. Y no podría serlo, por aquello a lo que nos dedicamos, ni en su estructura ni en su funcionamiento, sino que, por el contrario, se va a adaptando en función de las nuevas demandas que presentan en cada momento, y a las circunstancias.

Y ello es así, porque el objetivo fundamental del sistema es ofrecer a los ciudadanos y ciudadanas andaluzas un servicio de mayor calidad, más eficiente, más eficaz y que favorezca la accesibilidad a la cartera de servicios, lo más cerca posible del lugar de su residencia. Para ello, analizamos permanentemente las necesidades de las distintas áreas y zonas de nuestro territorio. Y precisamente a ello responde el proceso de convergencia de centros hospitalarios o de convergencia de unidades de gestión clínica, según el caso. Un proceso que, por su naturaleza, debe sustentarse sobre un nuevo diseño organizativo mucho más centrado en las necesidades del paciente. Un modelo demasiado fragmentado y muchas veces redundante lleva o lleva consigo un máximo nivel de desarrollo posible, y, lo que es más importante, limita el desarrollo clínico y asistencial que una sociedad moderna, como la andaluza, requiere. Por lo tanto, debemos de estar en continuo cambio y adaptándonos a las situaciones de cada momento.

Señorías, no estamos hablando de nada nuevo, ya que es un proceso, el proceso de convergencia, que se ha desarrollado en provincias andaluzas, en otras comunidades autónomas y en ciudades a nivel europeo y a nivel mundial. Como ejemplo, en varias provincias andaluzas ya se produjo la integración de hospitales provinciales en los hospitales de especialidades: caso de Almería con Torrecárdenas, en Córdoba en el Reina Sofía, en Jaén en el Ciudad de Jaén, en Málaga con el hospital Virgen de la Victoria, en Sevilla con el Macarena, en Cádiz con el Puerta del Mar. Todos ellos se fueron integrando con diferentes funcionalidades y destinos ya hace más de una década. Y actualmente algunos han modificado su cartera de servicios, dirigiéndose hacia centros específicos: por ejemplo, de cirugía mayor ambulatoria, otros de especialidades concretas... Igualmente, debemos recordar que un proyecto de estas características ya se vivió en Huelva en la década de los 90 con la convergencia de los hospitales Juan Ramón Jiménez y el hospital Vázquez Díaz. Este último era un centro de la [...], y hoy en día es un hospital muy importante del complejo que alberga uni-

dades provinciales, como la unidad de salud mental infantil, las unidades de reproducción humana, la unidad de cuidados paliativos o la unidad de cirugía maxilofacial, todas ellas de referencia provincial.

Un ejemplo de las sinergias que este proceso puede producir es el que se ha experimentado en el complejo hospitalario de Granada en su posición competitiva para la captación de fondos en investigación: de estar en posiciones intermedias del conjunto de los centros de Andalucía, ha pasado a ocupar la segunda posición en proyectos financiados, detrás del hospital Virgen del Rocío IBI. En este sentido, tramitó el año pasado 39 solicitudes para la realización de ensayos clínicos, la mayoría multicéntricos, 59 para estudios observacionales, y participa en cuatro ensayos clínicos multicéntricos en terapias avanzadas. Igual evolución ha experimentado en la generación de patentes y registros de propiedad intelectual. Por ejemplo, plantearles que, en la actualidad, ocupa el segundo puesto en el *top* diez de los centros de investigación sanitarios de Andalucía, una posición alcanzada gracias al trabajo conjunto y colaborativo.

Este histórico, señorías, confirma, por tanto, que la estrategia de unificación está dentro de la normalidad, generando en nuestra comunidad importantes complejos hospitalarios como el de Córdoba, Jaén o Almería.

Me reitero, por tanto, en la idea que les he transmitido en la comparecencia anterior: los procesos de unificación de áreas hospitalarias buscan garantizar una mayor calidad de la atención sanitaria y la prestación de los servicios, así como una mayor eficiencia en el uso de los recursos. En la sociedad avanzada se producen cambios, y los cambios deben producirse también en las organizaciones hospitalarias, sin excusas de ningún tipo. Porque muchas veces vemos cómo algunos centros quieren crecer, hacer más, dar pasos de gigantes sin tener por sí solos la estructura adecuada o llegar a los estándares mínimos necesarios, lo que se consigue con el proceso de convergencia en muchos casos.

Y así lo evidencian numerosos informes científicos tanto a nivel internacional como nacional. Se los mencionaba antes: el Informe Dalton, el Informe King's Fund, del Reino Unido, o el Consejo Asesor de Sanidad o el Libro de Reinversión, asignatura pendiente del Sistema Nacional de Salud, que editó en 2014 la Fundación Gaspar Casal, entre otros muchos.

Recordar la Orden de 21 de noviembre de 2014, publicada el día 1 de diciembre de ese mismo año en el *BOJA*, por la que se actualiza la estructura de gestión y funcionamiento para la prestación de servicios de atención especializada en las áreas de salud de Granada y el área de salud de Huelva.

Y me voy a centrar ahora en el proceso de Huelva sobre que estos días atrás desde su partido han realizado algunas afirmaciones que no se ajustan del todo a la realidad. Y por si no les ha quedado claro en la comparecencia anterior de la respuesta que le he dado a Ciudadanos, paso a contarle y a aclararle algunos de los términos.

En primer lugar, y al contrario de lo que ustedes afirman, es rotundamente falso que la sentencia del juzgado de lo contencioso-administrativo número 3 de Huelva haya dejado sin efecto la unificación de los centros hospitalarios de la capital, ya que esta, por la orden que les comentaba anteriormente, está amparada, perfectamente, en la legalidad.

Se trata de un proceso que se encuentra avalado y respaldado legalmente por la orden de la Consejería de Salud, como le comentaba antes, de 21 de noviembre de 2014, y que entró en vigor en 1 de diciembre. Dicha normativa da, por tanto, cobertura legal y mayores garantías a los trabajadores.

La sentencia judicial está referida única y exclusivamente a las actuaciones realizadas previas a la orden. Por tanto, todas las actuaciones efectuadas en relación al proceso de unificación, así como las próximas previstas siguen teniendo absoluta validez contando con el debido respaldo legal.

Se ha contado siempre, como le comentaba anteriormente, con los profesionales, al contrario de lo que ustedes quieren transmitir.

Ha existido siempre una importante comunicación y trabajo, y tanto es así que han participado en el proceso cientos de profesionales expertos para definir las oportunidades y crear una mesa técnica con los sindicatos para seguir abordando las necesidades de los profesionales, y garantizar y favorecer su desarrollo profesional.

Eso no significa que exista unanimidad, como no existe ningún proceso de cambio, y ustedes lo conocen perfectamente y está avalado por estudios internacionales a todos los niveles.

En los procesos de cambio siempre hay discrepancias, y eso se produce en todos los momentos, en todas las estructuras y en todas las organizaciones tanto del ámbito de la asistencia sanitaria como de otros ámbitos.

La unificación de los hospitales va a permitirnos avanzar en la atención sanitaria de calidad, y en una mayor eficiencia y racionalidad de los servicios prestados a los ciudadanos. En ningún caso supone una reducción de los servicios ni de recursos asistenciales, sino todo lo contrario, gracias a este proceso de convergencia se han puesto en marcha numerosas prestaciones que aumentan la cartera de servicios.

Conlleva, además, importantes ventajas para el desarrollo profesional de los trabajadores sin que se produzca merma alguna en sus derechos. En definitiva, se trata de un proceso fruto de un trabajo conjunto que venimos desarrollando hace ya varios años respaldado legalmente y que responde al objetivo de adaptar la estructura sanitaria a las necesidades actuales en aras de una mejora de la atención sanitaria de las prestaciones que se ofrecen a los ciudadanos andaluces y, en el caso concreto, de la provincia de Huelva.

Muchas gracias.

### El señor GARCÍA ANGUIA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Gracias, señor consejero.

Señora proponente, ¿quiere una intervención?, ¿dos intervenciones?

Tiene siete minutos para la primera.

### La señora GARCÍA CARRASCO

—Gracias, señor presidente. Buenos días, señorías. Buenos días, consejero.

Vamos a hablar hoy de... Nosotros vamos a utilizar el nombre de fusión. Ustedes, a lo largo del tiempo, desde finales de 2012, cuando empezó los procesos, han hablado de estrategias, de alianzas estratégicas de centros hospitalarios, de convergencia, de agregación...

Nosotros creemos que no se ha afrontado desde la Consejería de Salud, nosotros, y como demostraré a lo largo de la intervención, los profesionales sanitarios, en general, no ese grupo de expertos de 25 o de 50 o de 60, sino los profesionales, en general, no se ha afrontado de una manera seria y rigurosa, lo que suponía el cambiar la estructura y el funcionamiento de los hospitales en las provincias andaluzas.

En nuestra opinión, y creo que los profesionales lo han ido diciendo a lo largo del tiempo, lo primero que se tenía que haber hecho para demostrar que eso era un programa y un proyecto serio de modificación de organización de la estructura y del funcionamiento que venía a subsanar defectos y que venía a dar eficacia y eficiencia al Sistema Sanitario Andaluz lo primero que tendríamos que haber hecho es poner encima de la mesa un proyecto, un programa que avalara que estas modificaciones, precisamente, lo que iban a traer era eso, la eficiencia, la eficacia y la mejora de la calidad de los servicios para los andaluces.

Se debería haber tenido encima de la mesa un proyecto para consensuar, para hablar con los profesionales, pero creemos que esto no ha sido así, porque los profesionales denuncian una y otra vez que se les ha mantenido al margen y que se han enterado de todo a posteriori, y que se han sentado en una mesa a negociar a posteriori de todo.

Y lo tercero que nos parece esencial y principal, pero en tercer lugar, es un proyecto de viabilidad económico-financiera que dijera que este proyecto de fusión hospitalaria en las provincias de Andalucía iban a traer eficacia y eficiencia al servicio sanitario, iba a mejorar la calidad de vida de los andaluces, iba a mejorar también la calidad de vida de los profesionales en el sistema sanitario.

Esto no se ha producido de la manera que yo estoy diciendo, pero no porque lo diga yo, sino porque hemos recogido la denuncia a través del tiempo de los profesionales en las diferentes provincias de Andalucía.

Esto, que parece tan lógico y tan razonable, que era lo que tenía que haber pasado no ha pasado, y por eso se contaba entonces y se cuenta ahora con la oposición frontal de los profesionales sanitarios. Sí, sí, con la oposición frontal de los profesionales sanitarios quitando a esos expertos o quitando a esos 22 directores de unidades de gestión clínica, los demás día tras día y año tras año dicen que se tenga en cuenta que es en contra de los profesionales sanitarios.

Un resumen rápido de lo que ha ido pasando en Andalucía. En junio de 2013 la Junta de Personal del Clínico de Málaga dijo que la actitud del Gobierno de la Junta de Andalucía era despótica, soberbia e intransigente, Junta de Personal. Supongo que ahí estarán representados los profesionales.

En junio de 2013 se aprobó una proposición no de ley en el Parlamento de Andalucía a la que la consejería tampoco le hizo caso, era pedirle una paralización del proceso para hablar con los profesionales, no era más, para demostrar a los profesionales, para demostrarles a los andaluces que esa fusión iba a ser buena para ellos, pero tampoco se hizo.

En Sevilla, los profesionales le piden a la consejería que les demuestre que la fusión del Virgen Macarena y del Virgen del Rocío va a hacer que los servicios que se prestan sean mejores. Se lo pedían los profesionales, señor consejero, que le demostraran que iba a ser más eficaz y más eficiente, porque ellos creen que es todo lo contrario, que la fusión del Macarena y del Virgen del Rocío es un desastre para la calidad y para los servicios que se les presta a los sevillanos.

Y dicen ellos, los mismos profesionales dicen que desde que se ha empezado el proceso se ha disminuido un 20% su producción asistencial, han aumentado las listas de espera y la respuesta global.

El personal dice y deja claro que no está de acuerdo ni se está haciendo con su consentimiento. Lo dicen los profesionales, señor consejero.

En Granada la fusión hospitalaria de Granada llegó a la mesa sectorial, como yo digo, pues después de todo, después de todo acordado, después de todo llega a la mesa sectorial, y porque los profesionales sanitarios empujaron y obligaron a la consejería a que esto pasara.

Todos los colegios profesionales y todos los sindicatos, todos los sindicatos coincidían en que el proceso se había hecho de forma irregular, y que todos se habían enterado cuando ya estaba todo decidido y en tiempo ya de descuento cuando se iba a abrir el PTS de Granada. In extremis, todo, in extremis.

Y ya lo último que nos quedaba era Huelva y en Huelva usted sabe que partíamos de una situación de desventaja en esa provincia, lo ha dicho Isabel, menos camas, menos médicos, menos enfermeros, menos pediátricas, no tienen materno-infantil. Situación de desventaja. Aun así se decide realizar una fusión hospitalaria de espaldas a los profesionales, pero de espaldas a los profesionales de forma total, ¿eh?

El primer documento que tenemos, de junio de 2011, un documento de la consejería, que es base para la distribución de unidad de configuración, los profesionales tuvieron conocimiento de él en marzo del 2013, y porque a alguien se le traspapeló el documento y se lo entregó a los sindicatos.

En ese documento se hablaba de que no se iban a suprimir, por ejemplo, el servicio de Cardiología del Infanta Elena, pero luego se ha suspendido ese servicio de Cardiología del Infanta Elena, pero siguen ingresando enfermos en el Infanta Elena de Cardiología, pero los ven los internistas, eso es así.

En ese mismo informe decían ustedes que especialidades de segunda categoría, por ejemplo en Nefrología u Oncología Médica, iban a quedar en un hospital, y en otro hospital donde no estaban esas especialidades lo iba a atender el médico internista. Si esto es igualdad en el acceso y calidad en el servicio que se presta, yo creo que es todo lo contrario, y estoy hablando de un documento que es de ustedes, es un documento público, un documento de ustedes que servía de base a esa fusión.

Usted dice, la consejera dice, y Susana Díaz, la presidenta de la Junta de Andalucía, dice que se llevan a cabo fusiones sin pérdida de puestos de trabajo y sin pérdida de servicios, pero no es verdad, ya lo estamos viendo, ¿no?, que en la fusión de los hospitales de Huelva han desaparecido los servicios de Cardiología, de Ginecología, de... ¿Ah, no, no han desaparecido esos servicios del Infanta Elena? Sí, se han fusionado en el Juan Ramón, claro, y han desaparecido, y las plantillas, después de la fusión, también han bajado, también han bajado, de tal manera que se suponía que era en los puestos directivos donde se iba a suponer esa reducción, pero el total de gastos antes de la fusión en el Infanta Elena es de 219.000 euros y después de la fusión es de 208.000.

### El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Su señoría tiene que terminar.

### La señora GARCÍA CARRASCO

—Gracias, presidente.

### El señor ALONSO MIRANDA, CONSEJERO DE SALUD

—Ojalá fuesen doscientos y pico mil euros el gasto de un hospital.

El señor GARCÍA ANGUIA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Gracias.

Consejero, segunda intervención. Tiene siete minutos.

El señor ALONSO MIRANDA, CONSEJERO DE SALUD

—Ah, muchas gracias, señor presidente.

Digo que ojalá fuesen doscientos y pico mil euros el gasto de un hospital, yo me apuntaría, eso es el gasto de medio servicio de cualquier hospital, lo digo por empezar...

La señora GARCÍA CARRASCO

—Cargos intermedios, cargos intermedios.

El señor ALONSO MIRANDA, CONSEJERO DE SALUD

—... por empezar a plantear algunas de las cosas que planteaba.

Yo creo que las demostraciones se hacen con hechos, con informes, y no haciéndolas de una forma parcial, como la que usted plantea. El no desaparecer servicios, lo comentaba antes, yo creo que a veces es importante, yo le animaría a leer informes que hay, tanto a nivel nacional como internacional, los que le comentaba anteriormente, donde se ve que la concentración de servicios no es desaparición de servicios, es mejorar la calidad de la prestación de los servicios, porque se mejora lo que es la cartera de servicios de los diferentes hospitales. Cuando yo hablo de profesionales, dice, claro, 27 profesionales de prestigio, y a cambio hablamos de siete u ocho profesionales con los que ustedes han hablado, que es verdad, que son los representantes de los trabajadores, pero los profesionales son todos los profesionales del sistema sanitario público de Andalucía.

Y yo sí he tenido reuniones en las que no han participado sólo los directores de las unidades, han participado profesionales de todos los hospitales, y yo les invito a hablar con ellos.

Y cuando me refería a la nota publicada por los responsables de los servicios y de las unidades de gestión clínica, ellos hablaban en nombre de los profesionales de sus servicios, puesto que son los responsables de atender, y ya digo que son los líderes clínicos, no son para nada cargos directivos del hospital, otra tendencia a confundir entre lo que son directivos y lo que son líderes clínicos y responsables en ese ámbito.

Hay algunas cosas... Hablar de desaparición cuando el servicio sigue, sigue con los mismos recursos, se incrementa la cartera de servicios, se incrementa la cartera de servicios en el ámbito de una ciudad es desaparecer... Pues, bueno, creo que tenemos diferentes formas de entender la palabra desaparecer.

Yo tampoco coincido con usted en que existen especialidades de segunda categoría. Para mí todas las especialidades son de primera categoría, y cojo literalmente lo que usted planteaba, lo diga donde lo diga.

Y hay otra diferencia que yo creo que es importante, y he explicado a lo largo de la intervención, y no sé si no me he explicado perfectamente bien. Tenemos ahora mismo dos áreas que se han fusionado, que es-

tamos hablando de Huelva y de Granada, y en el resto hablamos de convergencia de unidades de gestión clínica, son procesos ahora mismo diferentes; por tanto, no podemos hablar de fusión de hospitales allí donde no la hay, porque si no, al final, acabamos dando una impresión diferente a la que es. Estamos hablando en los hospitales Macarena y Virgen del Rocío, estamos hablando de lo que sería convergencia o unidades de gestión clínica intercentros, si quiere después lo comentamos, pero no podemos mezclar las cosas porque al final hacemos un batiburrillo que es difícil que la gente lo pueda entender. Por lo tanto, creo que tenemos que hacer esas diferencias.

Y por hacerle unos ejemplos, que antes ya he comentado algunos, de lo que ha representado para la población de Huelva y para los profesionales de ese servicio de Cardiología, que a mí me gustaría que se reuniese y hablase con ellos para ver si sus condiciones de trabajo, su cartera de servicios ha mejorado o no. Vaya, hable con los profesionales, que están, seguro, a su disposición, y estarán dispuestos, y yo le invito, si quiere, a ser acompañada por mí, o por cualquier responsable del Servicio Andaluz de Salud, y hablamos con los profesionales del servicio de Cardiología, que es el que usted ha puesto como ejemplo, con todos los profesionales del servicio de Cardiología.

Y le pongo algunos ejemplos. Se incrementa la cartera de servicios de Radioterapia, al incluirse la braquiterapia; equipo de tratamiento oncológico, que hasta ahora se derivaba a otras provincias, ya está disponible; se ha incrementado la cartera de servicios en Cardiología, incorporando la implantación de endoprótesis arteriales, que también se derivaban a otras provincias; la apertura de la unidad de rehabilitación cardíaca, que se ha incorporado en la cartera de servicios de Huelva; una nueva unidad de reproducción asistida ubicada en el hospital Vázquez Díaz, que ha permitido ampliar la cartera de servicios de Huelva e incorporar técnicas nuevas que antes se mandaban a otras provincias; la unidad de cuidados paliativos, que asume la atención domiciliaria de estos pacientes, y se ha creado una unidad de hospitalización para todo tipo de pacientes paliativos; se han completado los dispositivos asistenciales de salud mental con la unidad de rehabilitación de adultos y el hospital de día de salud mental; se ha incorporado a la cartera de servicios la cirugía maxilofacial, por ponerle sólo algunos de los ejemplos, que si quiere después seguimos comentando.

Por tanto, sí ha representado una mejora para la población de Huelva y una disminución de sus necesidades de desplazamiento a otras provincias.

Muchas gracias, señoría.

### El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Gracias, señor consejero.

Señoría, tiene tres minutos.

### La señora GARCÍA CARRASCO

—Gracias, señor presidente.

Cuando habla de ampliación de la cartera de servicios siempre le pone la coletilla «antes se mandaban a otras provincias», con lo cual quiere decir que quizá esos servicios, esa ampliación de cartera le correspon-

diera a Huelva y no la tenía en marcha, y entonces estaba discriminada con el resto de provincias, y ahora se quiere utilizar para justificar una fusión hospitalaria. Usted nos lo va a poder aclarar ahora.

En cuanto al segundo nivel de especialidades, no lo digo yo, lo dice el informe de ustedes, un informe del área médica, yo no lo digo, en especialidades de segundo nivel. Pero el informe es de ustedes, no mío. Entonces, no lo digo yo.

Lo que sí me gustaría aclarar es que esa fusión hospitalaria en Huelva sí que ha tenido una consecuencia, y cuando yo hablaba de lo que costaba era de los cargos intermedios, directivos, de cargos directivos, esos 219.000 y 208.000, los 10.000 son de cargos directivos, no de lo que cuestan los profesionales en Huelva.

Y que esa fusión hospitalaria ha sido en beneficio de conservar puestos de trabajo, las estadísticas nos dicen que no, porque dice que la plantilla, por ejemplo, en Pediatría, antes de la fusión del Juan Ramón Jiménez y del Infanta Elena era de 109, y, sin embargo, ahora es de 82. Nos dice la estadística que la plantilla del Juan Ramón Jiménez y del Infanta Elena era, en Obstetricia y Ginecología, de 109 antes, y ahora de 89, y que las camas, por ejemplo, en Obstetricia, en el Juan Ramón Jiménez e Infanta Elena, antes de la fusión eran de 109, y ahora de 79. Con lo cual, tampoco se cumple el que se haya conservado el número de camas y que se haya conservado el número de profesionales, también nos lo podría explicar.

Y, por ir finalizando, a mí me gustaría, porque a lo largo de este periodo ha tenido una figura muy importante en todo este proceso el gerente del área del complejo universitario, de tal manera que hasta en una ocasión intentó boicotear un posible acuerdo entre profesionales y la consejera, y el consejero estuvo en medio.

Nuestra opinión es que esa sentencia, que nosotros la tenemos clarísima, señor consejero, la sentencia dice muy claro que lo que ustedes decían que era que en Huelva lo que se estaba produciendo era una organización, reorganización superficial, pero que no afectaba a lo que era la organización hospitalaria en la provincia, ha quedado desmantelado porque la sentencia dice muy clarito que no se han hecho cambios superficiales, sino que hay una verdadera fusión, donde se han incorporado servicios a un hospital y se han eliminado en el otro hospital.

Esa sentencia deja muy claro que se refiere a los actos anteriores a la Orden del 21 de noviembre. Nosotros también lo tenemos muy claro. A todos esos actos que realizaron los gerentes anteriores a esa orden. Pero esta orden también nos debería de servir para que el SAE, el Servicio Andaluz de Empleo, deje la política de hechos consumados. Porque empezó a hacer la fusión hospitalaria, empezó y después sacó la orden. Y eso lo dice la sentencia, que el gerente no era competente para realizar traslados de personal y fusión de servicios y además no existía una norma legal que lo acreditase. No lo decimos nosotros, lo dice la sentencia.

Usted sabe también que la Orden del 21 de noviembre de 2014 está recurrida por los profesionales, sabe que es así. Bueno, pues nosotros le pedimos dos cosas para finalizar, porque el presidente ya me está llamando la atención. La primera, que cese al gerente, que cese al gerente después de esta sentencia, puesto que ha actuado sin competencias y fuera de la ley. Y la segunda, como usted dice «no me voy a encabezonar en las fusiones que no funcionan», pues no se encabezone, señor consejero. No se encabezone. Hable con los profesionales, convénzalos que lo que usted dice es lo mejor para los andaluces lo primero, en su calidad de servicio, y para los profesionales lo segundo, y lo tercero para la eficiencia y la economía del Sistema Nacional de Salud. Convénzalos y cuando los convenza, nosotros estaremos de acuerdo.

Gracias, señor presidente y gracias, señor consejero.

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Gracias, señoría.

Para cerrar, tiene cinco minutos.

El señor ALONSO MIRANDA, CONSEJERO DE SALUD

—Gracias, presidente. Gracias, señoría.

Yo creo que yo sí he hablado con los profesionales, pero creo que usted solo ha hablado con una parte. Y confundir el todo con la parte a veces genera muchos problemas. Hombre, lo acaba de decir, dice que los profesionales han recurrido. No, los representantes de los sindicatos han recurrido, y no todos. No, no, los representantes de los trabajadores no son el conjunto de los profesionales, son quienes tienen la capacidad de representación. Hay que dejar clara..., y si no en el diccionario está muy claro. Quiero decir que hay cosas que no tienen ninguna discusión.

Yo a veces creo que debo hablar bajito, siempre me lo dicen, tendré que hablar un poco más alto para que se me entienda. Estoy seguro de que es culpa mía. Porque cuando hablo de que los servicios pequeños no pueden tener servicios de alta complejidad y por tanto hay que hacerlos más grandes, pues está el ejemplo claro, por eso hay cosas que no..., partes de la cartera de servicios que no se podían tener en Huelva, que cuando se unifica ya se pueden tener. Y eso está escrito en los libros. Yo solo le pido que lo lea, simplemente, es un planteamiento claro. No hay libro que discuta que hay servicios de alta complejidad que requieren un determinado número de casos y que requieren una determinada tecnología, que solo en hospitales grandes se pueden tener y no en servicios pequeños. Eso es una evidencia que no es discutible a nivel de ningún ámbito ni nacional ni internacional. Simplemente se revisa la bibliografía y ahí está.

Cuando habla de un tema y dice «estamos mezclando»... Cuando habla de profesionales, la imposibilidad que comentaba antes... Y ya saben que a mí no me gusta recurrir a esos planteamientos, pero la imposibilidad de cubrir, por los límites de la tasa de reposición, profesionales interinos que se han cubierto como eventuales. El proceso de fusión no ha disminuido en ningún profesional sanitario la tasa de reposición establecida por el Gobierno central. Sí ha impedido que esos profesionales tengan la plaza en propiedad. Y cuando hemos pedido, para sacar la OPE, la autorización para incrementar el número de plazas, no se nos ha permitido por parte del Gobierno central porque la tasa de reposición que existía era del 10 y del 50%.

Yo estoy convencido de que estamos todos de acuerdo y conseguiremos que eso no sea así, pero la realidad es esa. La unificación no ha representado ninguna disminución de los efectivos ni la representará. Y les comentaba antes que en algunos casos incluso la incrementará.

Cuando hablamos de fusión hablamos de Huelva y Granada, y lo otro hablamos de convergencia. Y como ya le he comentado en algunas ocasiones y repito y se lo digo a usted también, yo creo que la voluntariedad en lo que es los procesos de convergencia de las unidades de gestión clínica es algo que yo tengo claro. Y crear unidades de gestión clínica que tengan peores resultados que las que hay, me ha oído decirlo en muchas ocasiones, no tiene ningún sentido. De hecho, a todos los centros les hemos mandando unos criterios donde se establecían las indicaciones para los procesos de convergencia de las unidades de gestión clínica,

en las cuales lo primero estaba la voluntariedad, lo segundo tener un proyecto en común que sea viable, y lo tercero presentar dicho proyecto. Y así se va a producir en los procesos de la creación de unidades de gestión clínica intercentros, por eso diferencio entre una cosa y otra.

Yo vuelvo a repetirle y a invitarle a hablar con los profesionales y podemos hacerlo en conjunto. Y, cuando le hemos remitido los procesos de convergencia y cuál era el criterio que nosotros planteábamos para las unidades de gestión clínica, a los profesionales les ha parecido bien.

Y evidentemente no vamos a mantener unidades de gestión clínica que son inviables y que son muy difíciles de mantener. Además, yo también le invito a leer un proceso que se hizo parecido en Suecia, en el Karolinska, donde se estableció unificación de unidades de gestión clínica y de hospitales y se encontraron con problemas parecidos a los nuestros.

Yo no voy a encabezonarme en tener unidades de gestión clínica de forma obligada y sin intercentros y que no sean con la voluntariedad de los profesionales. Al final, el objetivo, y eso lo compartimos de forma clara usted y yo y creo que todos los demás, es mejorar la calidad de la asistencia sanitaria. Yo le he dado datos que en el caso de Huelva se produce. Y en aquellas unidades de gestión en otros ámbitos donde no se produzca pues habrá que revisar el proyecto y si es necesario modificar la unificación de unidades, o a lo mejor hay unidades que simplemente necesitan tener un proyecto diferente. Pero nosotros las trabajaremos con los clínicos, y aquellas que no sean voluntariamente aceptadas por los clínicos no se formarán. No es un proceso que requiera prisa de hoy para mañana. Lo que requiere el proceso es dar respuesta a las necesidades de los ciudadanos, y ahí coincidimos. Ese debe ser el objetivo y será el objetivo. Y donde no sea el momento pues no será el momento, y donde los profesionales quieran seguir avanzando pues seguiremos avanzando en conjunto. Estamos totalmente de acuerdo que el objetivo es la mejora de la atención sanitaria que se presta a la población andaluza.

Gracias.

**El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN**

—Muchas gracias, señor consejero.

## 10-15/POC-000999. Pregunta oral relativa a cirugía mayor ambulatoria

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Terminada la cuarta comparecencia, pasamos al siguiente punto del orden del día, pregunta con ruego de respuesta oral en comisión.

La primera pregunta está hecha por el Grupo Socialista, relativa a cirugía mayor ambulatoria. Tiene la señora López la palabra por dos minutos y medio.

La señora LÓPEZ MARTÍNEZ

—Gracias, señor presidente, señor consejero, señoría.

Buenos días, hoy es mi primera comparecencia como parlamentaria andaluza y la verdad que es para mí un honor pues poder compartir, siempre desde el consenso, el trabajo que pueda realizar en ella, siempre en beneficio de las ciudadanas y ciudadanos.

El Grupo Socialista trae a esta comisión la iniciativa relativa de cirugía mayor ambulatoria. La incorporación, sabemos, de centros hospitalarios y de alta resolución ha permitido que muchos procesos que antes requerían ingresos hospitalarios hoy se resuelvan en consultas de acto único e intervenciones que permiten la vuelta al paciente a su domicilio en el mismo día.

Andalucía ha desarrollado un excelente sistema sanitario, apreciado por la ciudadanía como una conquista social irrenunciable y preservado además de los que quieren hacer negocio con nuestra salud; una red de atención primaria con centros de salud en todas nuestras ciudades y pueblos, impulsando además un sistema público de urgencias y emergencias presente en toda la comunidad autónoma.

En esta línea, la Junta de Andalucía sigue apostando por ofrecer unos servicios sanitarios dignos y lo más adaptados posible a la necesidad de andaluces y andaluzas.

Con el liderazgo profesional hemos potenciado nuestros hospitales, que cuentan con todos los servicios de tecnología más avanzada, me consta: el diagnóstico genético preimplantatorio, que ha permitido que nazcan niños libres de enfermedades hereditarias graves que están presentes en sus progenitores; hemos superado la tasa de donación y trasplantes por encima de comunidades como Madrid y Cataluña; se ha expandido una red de hospitales comarcales, como los centros chare, los hospitales de alta resolución. Pero además hemos colocado a la persona en el centro del sistema, con medidas innovadoras, sobre todo en los tiempos máximos para la cirugía, como son las consultas especializadas, pruebas diagnósticas, la salud electrónica, la receta..., la cita *online*, la cita telefónica, receta electrónica, que reducen también la burocracia, importante para el usuario, ¿no?

Pero también nuestro sistema sanitario lo hemos convertido en un sistema eficiente, con un coste de un 17% inferior a la media nacional, gracias a medidas como la subasta de medicamentos, o de lo que estamos hablando, lo que queremos ahora hablar, que es la cirugía mayor ambulatoria.

Esta cirugía, también, hace que deje de ser la bestia negra para muchos pacientes que hasta hace pocos años afrontaban con inquietud ese hecho de tener que entrar en un quirófano. Hoy el paciente llega al hospital el día de la operación, es intervenido con anestesia local y cirugía poco agresiva, pasa unas horas en ob-

servación y vuelve a casa. La recuperación se produce junto a su familia. Hay profesionales que opinan que este tipo de intervenciones han de ir a más, aunque su evolución sabemos que corre a cargo del centro. Y la tendencia es crear áreas de alto rendimiento, con circuitos específicos, para que estos pacientes se puedan beneficiar de modernas técnicas de quirófano, intervención, anestesia y tal.

Tras lo expuesto, el Grupo Socialista le pregunta qué medidas ha puesto en marcha el Consejo de Gobierno para potenciar la cirugía mayor ambulatoria.

### El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muy bien. Muchas gracias, señoría.

Señor consejero.

### El señor ALONSO MIRANDA, CONSEJERO DE SALUD

—Gracias, presidente.

En primer lugar, señoría, darle la bienvenida, ya que es la primera ocasión que tenemos de compartir en esta comisión.

Señoría, como sabrá, la cirugía mayor ambulatoria comprende aquellos procesos quirúrgicos realizados bajo anestesia general, regional o local con sedación, que requieren cuidados postoperatorios poco intensivos y de corta duración, por lo que no necesitan ingreso hospitalario, y pueden ser dados de alta en el mismo día de la cirugía. Se trata de un modelo organizativo óptimo y multidisciplinar, que permite tratar a pacientes bien seleccionados de una forma segura y eficiente, pudiendo realizarse sin hospitalización convencional. Las ventajas en el ámbito clínico de esta modalidad quirúrgica son muchas. La cirugía mayor ambulatoria no solo se considera una práctica beneficiosa para el paciente, indirectamente implica además una mejor organización asistencial y una más eficiente utilización de los recursos, y desarrollo de elementos de coordinación con atención primaria, o bien la disponibilidad de recursos de atención domiciliaria en el área sanitaria. Por todo ello, el sistema sanitario público de Andalucía apuesta por esta cirugía desde hace más de una década, y así se refleja en el creciente porcentaje de actividad ambulatoria, cada vez..., y cada año se incrementa.

El porcentaje de intervenciones quirúrgicas realizadas sin ingreso frente al total de intervenciones ha crecido un 23,55% durante la década de 2004 a 2013, situándose en la actualidad en un 59,91%. Desde 2007 está por encima de la media nacional y a la cabeza de las comunidades autónomas de similar número de habitantes. Hay que resaltar además que la mayoría de los procedimientos quirúrgicos de cirugía mayor ambulatoria están garantizados con un tiempo de respuesta asistencial máximo de 120 días. Pero no todos los procedimientos se pueden realizar con cirugía mayor ambulatoria, ya que han de darse las condiciones para que una intervención pueda realizarse sin necesidad de ingreso hospitalario: situaciones clínicas del paciente, destreza y curva de aprendizaje del equipo quirúrgico y tecnología apropiada.

Por ese motivo, se mide y evalúa también el porcentaje de intervenciones de procedimientos que potencialmente podrían realizarse sin hospitalización. En este indicador, Andalucía se situó en el último comparativo nacional publicado en un 92,92%, es decir, 2,43 puntos por encima de la media nacional...

## DIARIO DE SESIONES DEL PARLAMENTO DE ANDALUCÍA

Núm. 130

X LEGISLATURA

4 de febrero de 2016

---

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Señor consejero...

El señor ALONSO MIRANDA, CONSEJERO DE SALUD

—..., lo que significa que el 92,92% de las intervenciones que se podían hacer por este método se han realizado.

Muchas gracias, señoría.

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Gracias, señor consejero.

---

## 10-15/POC-001000. Pregunta oral relativa al ahorro y a la eficiencia energética

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—La siguiente pregunta, también del Grupo Socialista, relativa al ahorro y a la eficiencia energética. ¿Quién tiene la palabra, señor Vargas?

Señora Ferriz, tiene dos minutos y medio.

La señora FÉRRIZ GÓMEZ

—Gracias, señor presidente. Y buenos días a todos y a todas.

Señor consejero, a estas alturas nadie cuestiona ya que la energía es clave en el desarrollo económico y social. El ahorro energético, el uso de energías renovables o el empleo de tecnologías eficientes son medidas necesarias e imprescindibles para garantizar un nivel de calidad de vida accesible a toda la ciudadanía.

El Gobierno andaluz ha sido consciente de su responsabilidad en la lucha contra el cambio climático, y viene demostrando su profundo compromiso en este sentido. También ha sido un compromiso de este Parlamento, que reforzó la apuesta de esta comunidad autónoma con la sostenibilidad, elevándolo al máximo rango normativo, aprobando la Ley 2/2007.

El compromiso del Gobierno andaluz es también un compromiso que se ha visto reflejado en todas las áreas de gobierno. En este sentido, la colaboración entre la Agencia Andaluza de la Energía y el Servicio Andaluz de Salud ha sido constante, y se ha potenciado desde la creación en 2007 de la Red de Energía de la Junta de Andalucía, instrumento pionero a nivel nacional, destinado a mejorar la eficiencia energética, e impulsar la incorporación de las energías renovables y la diversificación energética en los centros adscritos a esta red. Y es que los servicios públicos deben ser sostenibles para ser más eficaces, racionalizando y priorizando, además, el gasto de manera inteligente.

El sector público hospitalario es uno de los subsectores de mayor consumo energético en Andalucía. Se debe fundamentalmente al uso intensivo de las instalaciones, que funcionan 24 horas al día, y que además requieren un elevado consumo energético, porque tienen que disponer de agua caliente sanitaria, climatización, vapor para la esterilización y la lavandería, alumbrado, u otros equipamientos hospitalarios. Todo eso, sumado a la amplia red hospitalaria pública que tiene nuestra comunidad autónoma, pone de manifiesto la importancia de la infraestructuras hospitalarias como sector estratégico en materia de reducción de emisión de gases de efecto invernadero, de ahorro energético, de ahorro económico, al tiempo que la adopción de esas medidas repercute de cara a la sensibilización y a la concienciación de la ciudadanía.

En este contexto, ¿podría decirnos qué actuación está realizando el Consejo de Gobierno para adecuar los criterios de ahorro y eficiencia energética a los edificios e instalaciones dependientes de la Consejería de Salud?

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Señor consejero.

El señor ALONSO MIRANDA, CONSEJERO DE SALUD

—Gracias, presidente.

Señoría, la eficiencia en el consumo y buen uso de la energía es indispensable para lograr el modelo energético al que se dirige Andalucía. En marzo de 2010 se firmó el Convenio de Coordinación, entre la Agencia Andaluza de la Energía y el Servicio Andaluz de Salud, para la realización de inversiones en materia de ahorro y eficiencia energética, y el desarrollo de energías renovables en centros hospitalarios del Servicio Andaluz de Salud.

Dicho convenio, cuya financiación se sustentaba en fondos propios del SAS, fondos provenientes de los convenios de colaboración suscritos entre la Agencia Andaluza de la Energía y el Instituto para la Diversificación y Ahorro de la Energía, y también con Fondos Feder, recogía la colaboración entre ambos organismos para la realización de actuaciones en materia de ahorro y eficiencia energética. Así, se han llevado a cabo las siguientes actuaciones en centros hospitalarios.

Se ha actuado en el hospital de Jerez de la Frontera, en el hospital Valle de los Pedroches, en el Infanta Margarita, en el hospital de Baza y el hospital Santa Ana, en el hospital San Agustín y el hospital de La Axarquía, en el hospital Infanta Elena y el hospital de La Merced, y en el hospital de San Juan de la Cruz. Las 12 obras ejecutadas han supuesto un ahorro energético estimado en unos tres millones de euros. Pero lo que es más importante, han evitado..., el ahorro energético equivalente en energía consumida... Por poner un ejemplo: en número de bombillas, sería un ahorro de 185.730 bombillas, sería el equivalente a lo que se ha ahorrado. O en reducción de emisiones de CO<sub>2</sub>, mirando en toneladas de CO<sub>2</sub> por año, 9.953. O planteándolo en ahorro energético total, en torno a un 30%. Lo cual contribuye de forma eficaz a la disminución del efecto invernadero, pero también a un uso más razonable y racional de la energía eléctrica.

Muchas gracias, señoría.

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señor consejero.

## 10-16/POC-000014. Pregunta oral relativa a investigación sobre el cáncer de pulmón en mujeres

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—La siguiente pregunta corresponde al señor García de Longoria, que está en otra comisión.

Pasamos a la siguiente, del Grupo Ciudadanos, relativa a la investigación del cáncer de pulmón en mujeres.

La señora ALBÁS VIVES

—Gracias, señor presidente.

Señor consejero, hoy, día 4 de febrero, es el Día Mundial contra el Cáncer. Entonces, por primera vez el Ministerio de Salud va a disponer de un informe anual basado en el registro poblacional, lo que representa una herramienta fundamental para la investigación, prevención y conocimiento de la enfermedad del cáncer de pulmón. El cáncer de pulmón ha aumentado en las mujeres y disminuido en los hombres, pero lo verdaderamente significativo está en las mujeres no fumadoras. Se estima que un 22% de mujeres y un 3% de varones no fumadores desarrollan este cáncer de pulmón. El riesgo de desarrollar un cáncer de pulmón se incrementa, lógicamente, cuando la mujer es fumadora. Las mujeres con cáncer de pulmón tienden a diagnosticarse en edades más tempranas, con menor exposición al tabaco, y se ha observado que hay más mujeres afectadas. Entendemos que también, además del tabaquismo debe haber otros motivos, otras razones, por el aumento del cáncer de pulmón. El cáncer de pulmón es la principal causa de muerte por cáncer, por encima del de mama, en países desarrollados en las mujeres, ha aumentado un 80% durante los últimos diez años.

Y nuestra pregunta es si se está acometiendo, se van a acometer por el SAS algunas actuaciones concretas de prevención, información e investigación para poder reducir el número de casos.

Gracias.

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Gracias, señoría.

Señor consejero.

El señor ALONSO MIRANDA, CONSEJERO DE SALUD

—Gracias, presidente. Gracias, señoría.

Una revisión actualizada de los datos epidemiológicos pone de manifiesto que el cáncer de pulmón sigue siendo la primera causa de muerte por cáncer a nivel mundial, igual que usted planteaba. En España, aunque la mortalidad por esta causa está disminuyendo hace algunos años entre los hombres, es cierto que sigue creciendo entre las mujeres. A nivel nacional, el cáncer de pulmón es responsable de 50.800 muertes al año y de 63.400 nuevos casos. En Andalucía, podemos hablar de una cifra estimada en torno a los tres mil ochocientos nuevos casos por año.

Con este panorama, resulta imprescindible reforzar las políticas destinadas a disminuir la incidencia y, en este sentido, las estrategias de reducir el consumo de tabaco siguen siendo las más eficientes por una sencilla razón: simplemente, porque es donde más evidencia científica sigue existiendo. De hecho, se calcula que el 80% de los cánceres de pulmón, según todas las estadísticas, son provocados por el tabaquismo en su conjunto. La fuerte evidencia sobre la relación entre el consumo de tabaco y el cáncer de pulmón hace que éste deba ser considerado como una enfermedad potencialmente evitable.

Por ello, desde la Junta apostamos por la prevención y el control del tabaquismo, un hábito que mantienen el 36,8% de los hombres, el 25,2% de las mujeres. Para ello, a través del Plan Integral de Tabaquismo hemos puesto a disposición de la ciudadanía los recursos necesarios para evitarlo. Así, los profesionales sanitarios de los centros de salud y consultorios de Andalucía han ofrecido consejo para dejar de fumar a más de un millón doscientas mil personas en el conjunto del sistema.

Además de la intervención básica desde los centros de salud, aquellas personas que requieren de recursos más específicos para conseguirlo..., que requieren para conseguir el objetivo final, abandonar el tabaco, tienen a su disposición los servicios de intervención avanzada individual y grupal, que combinan terapias psicológicas y cognitivas. Paralelamente, el Servicio Andaluz de Salud y la Escuela Andaluza de Salud Pública, en colaboración con el Plan Integral de Oncología de Andalucía, han diseñado y organizado diversos cursos de formación, a la vez que se están realizando diversas actividades de investigación, tanto a nivel andaluz como a nivel español como a nivel mundial, para ver el resto de las condiciones que implican o que llevan al desarrollo de cáncer de pulmón.

En este sentido, trabajamos por aunar esfuerzos para que los profesionales sanitarios estén alertas ante la sintomatología del cáncer del pulmón, aumentando su entrenamiento y concienciando a los fumadores de riesgo para evitar el desarrollo del cáncer, pero también concienciando a los profesionales de que pueda haber otra causa que lo provoque.

Gracias, señoría.

**El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN**

—Gracias, señor consejero.

## 10-16/POC-000020. Pregunta oral relativa a recortes en el hospital de Puente Genil

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Pasamos a la siguiente pregunta, también del Grupo de Ciudadanos, relativa a recortes en el hospital de Puente Genil.

Tiene la palabra.

La señora ALBÁS VIVES

—Gracias, señor presidente. Señor consejero.

Queremos saber hasta qué punto se va a llevar a cabo el plan coral en el hospital de Puente Genil. La llevada a cabo del plan coral en esta localidad va a conllevar la merma en la calidad asistencial del HAR de Puente Genil que podría derivarse de ello. Dicho plan coral pretende trasladar las muestras biológicas procedentes de los centros de salud al hospital Reina Sofía, de Córdoba, para su análisis. Supone el desmantelamiento parcial del único laboratorio público de esta localidad, infrautilizando sus instalaciones y poniendo en peligro los puestos de trabajo casi con toda seguridad.

El desarrollo de este plan lleva consigo la no realización de pruebas diagnósticas referidas a laboratorios, tales como serología, que incluye hepatitis y VIH, y otras enfermedades infecciosas, marcadores tumorales, diabetes, reuma, enfermedades inflamatorias, ácido fólico, embarazadas, anemias y la desaparición del servicio de microbiología del centro. Si el HAR de Puente Genil deja de tener este servicio, va a aumentar el número de visitas al centro y, además, aumentarán los tiempos de espera. La unidad de hospitalización también se vería afectada por no disponer del servicio de microbiología, y esto podría traer consigo la derivación de pacientes al hospital Reina Sofía, con la complicación que conllevaría para los pacientes y familiares.

Otra de las consecuencias que traería podría ser la merma en la calidad, tanto en el transporte como en el inexistente trato humano y disminución de la eficiencia, gasto en transporte, citas sucesivas por la demora de resultados y mantenimiento de un laboratorio al 40% de su rendimiento. Y además supondría un rediseño de la organización profunda del HAR, puesto que aumentaría el número de visitas por paciente.

Señor consejero, necesitamos que consulte con los profesionales y que sepa y sea consciente de que toda decisión en esta vida tiene consecuencias que afectan directamente a los ciudadanos, a su atención sanitaria y a los trabajadores.

Y nuestra pregunta es cuáles son las pretensiones de la Junta de Andalucía con esta reducción.

Gracias.

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Señor consejero.

## El señor ALONSO MIRANDA, CONSEJERO DE SALUD

—Gracias, señor presidente. Gracias, señoría.

Desde hace años venimos trabajando con los profesionales expertos en el área de análisis químicos y laboratorios para implementar las medidas que mejoren la eficiencia del área a través del Plan Andaluz de Laboratorios Clínicos, y éste lo han hecho los profesionales. Créame, señoría, por eso me llamaba la atención lo de la consulta con los profesionales, son ellos los que lo han propuesto y lo han hecho.

El objetivo de la reordenación de los laboratorios clínicos es lograr la homogeneidad en la atención que se ofrece, una mayor transparencia, además de avances en las soluciones tecnológicas y la optimización de los recursos. En todo momento, con esta reorganización se pretende garantizar la equidad y la calidad de la atención a la ciudadanía, independientemente del punto geográfico en que esté cada persona. Pero en ningún caso dicha reorganización supondrá cambios para los ciudadanos, que seguirán acudiendo a su centro habitual para la extracción de muestras. Sin embargo, sí supondrá ventajas para la atención sanitaria, dado que, al contar con una elevada dotación de alta tecnología, gracias a la agrupación homogénea de los distintos tipos de analítica, se mejorará en agilidad y seguridad en los resultados.

Los pilares de este Plan de Laboratorios Clínicos son la seguridad del paciente, la autosuficiencia en la cobertura de la demanda, la mejora operativa de los laboratorios, el incremento de las actividades de I+D+i y la sostenibilidad económica por medio del incremento de la eficiencia.

Y, como les decía, dicho plan se ha realizado con la participación e implicación activa de todos los profesionales de los laboratorios de Andalucía. Para ello se han llevado a cabo numerosas reuniones con grupos de expertos, al tiempo que se ha contado con la colaboración de las sociedades científicas andaluzas de análisis clínicos, microbiología y hematología, y con representantes de los especialistas en inmunología.

Hablando en concreto del personal, no se va a producir ninguna reducción de personal en los laboratorios..., tal y así se ha planteado. Y, por otro lado... Vamos, eso es con total seguridad. Y, por otro lado, lo que se pretende, y lo comentaba, es mejorar la calidad, garantizando que aquellas muestras que se puedan..., que se deban hacer en ámbitos donde se requiere una mayor tecnología, se hagan sin tener que trasladar para nada..., y evitando traslados al ciudadano. Y aquellas pruebas que son necesarias para el acto único, que era lo que planteaba, se seguirán haciendo en dicho hospital.

Y otro de los objetivos del plan de laboratorios será reducir todas aquellas pruebas que se hacían externamente, con lo cual, como comentaba antes, el objetivo de la autosuficiencia..., una vez implementado el plan a nivel de todo el sistema sanitario público de Andalucía, todas las pruebas analíticas se realizarán en el ámbito del sistema sanitario público de Andalucía. Y la transmisión, como saben, se hace..., de los resultados se hace a través de la historia única, con lo cual se produce *on line* y no hay ningún retraso.

Muchas gracias, señoría.

## El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señor consejero.

### 10-16/POC-000021. Pregunta oral relativa al Plan Andaluz Frente al Sida e Infecciones de Transmisión Sexual 2010-2015

El señor GARCÍA ANGUIA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Pasamos a la siguiente pregunta, también del Grupo de Ciudadanos, relativa al Plan Andaluz de Sida e Infecciones de Transmisión Sexual 2010-2015.

Tiene dos minutos y medio.

La señora ALBÁS VIVES

—Gracias, señor presidente. Señor consejero.

Cuando se elaboró este plan en 2010 se argumentaba lo siguiente: este plan tiene vocación multisectorial e integral, y pretende, entre otras estrategias, reducir el retraso diagnóstico, disminuir el estigma y mejorar el grado de autonomía de las personas infectadas. Otras actividades son la realización de actividades de formación, dirigidas tanto al personal sanitario y del movimiento asociativo como a otros sectores, como la universidad y el mundo laboral, para erradicar situaciones de discriminación provocadas por mitos y prejuicios y conseguir mayor accesibilidad al empleo.

Tal y como decimos y exponemos en la pregunta que le haré posteriormente, nos gustaría saber si se va a prorrogar el Plan Andaluz frente al VIH, sida, y otras ETS.

Desde Ciudadanos pensamos que no se debe bajar la guardia con respecto al VIH y el sida. Por eso queremos saber el tiempo de aplicación del protocolo de atención desde el diagnóstico, explicación también sobre la variabilidad en los centros, las actividades y, sobre todo, saber si se va a prorrogar este programa o no, y qué se va a hacer, en concreto, con este tema.

Gracias.

El señor GARCÍA ANGUIA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Gracias, señoría.

Señor consejero.

El señor ALONSO MIRANDA, CONSEJERO DE SALUD

—Gracias, presidente. Gracias, señoría.

Totalmente de acuerdo en la máxima de que no debemos bajar la guardia, puesto que se han mejorado mucho los resultados con los avances clínicos y bajar la guardia nos llevaría a una situación de retroceso.

Como bien dice el enunciado de su pregunta, el Plan de SIDA e Infecciones de Transmisión Sexual tenía una vigencia para el periodo 2010-2015; es decir, hace un mes que concluyó su ámbito temporal. Y, como

cualquier otro plan, una vez puestos en contacto con los responsables del plan, se prorroga su actuación mientras se finaliza lo que es la evaluación del plan que se está haciendo desde su finalización, y presentaremos los resultados y las mejoras que se producen en el plan.

Por las primeras reuniones que hemos mantenido parece que el plan está funcionando bien, pero les daremos los resultados yo imagino que en los próximos dos meses, que estará el plan completamente evaluado y se propondrán las propuestas de mejora que se consideren oportunas. En cualquier caso, el plan sigue en vigor hasta que se establezca el nuevo, que ya digo, tendrá pocos cambios, porque parece, por lo que hemos comentado con los responsables, que está funcionando de una forma buena y con unos buenos resultados.

Como comprenderá, hemos comenzado ya a efectuar la evaluación, evaluación que en un mes, por su complejidad, saben que esto afecta a muchos servicios, a muchas prestaciones, y para poder recopilar toda la información que, incluso, como bien comentaba, es intersectorial, requiere un tiempo importante. Y, vamos, nos comprometemos a, una vez que esté, hacerlo público y hacérselo llegar a todos los representantes de los grupos políticos.

Por lo tanto, le comentaba, vamos a seguir adelante con el plan, seguiremos con la formación, avanzaremos en lo que es el desarrollo de actividades formativas en los colegios, tal y como se viene haciendo para disminuir el estigma de las personas con VIH. Que, por cierto, ha disminuido de forma importante la percepción que la población tenía de rechazo hacia estos pacientes. Pero los datos preferimos tenerlos finalizados y presentarlos..., y presentárselos a todos públicamente. Y, lógicamente, a la pregunta principal: sí sigue adelante el plan, con las propuestas que se hagan, una vez que esté evaluado, se modificará. Pero, inicialmente, pensamos que se modificarán poco, porque parece que los resultados son buenos, pero no quiero adelantar ninguno hasta que no esté totalmente cerrado.

Muchas gracias, señoría.

El señor GARCÍA ANGUITA

—Gracias, señor consejero.

## 10-16/POC-000050. Pregunta oral relativa a cursos de formación en la Agencia Pública Hospital de Poniente

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Pasamos a la siguiente pregunta, en esta ocasión, perteneciente al Grupo Parlamentario Popular, relativa a cursos de formación Agencia Pública Hospital de Poniente. Señora Espinosa, tiene la palabra, tiene dos minutos y medio.

La señora ESPINOSA LÓPEZ

—Sí, gracias, señor presidente.

Lo primero que tengo que decir, señor consejero, es que esta iniciativa, esta pregunta oral en comisión, deriva de una denuncia pública que hace el sindicato CSIF y otros sindicatos con representación en la Agencia Pública Hospital de Poniente.

Para introducir esta pregunta, creo que debe de quedar claro y constar en acta que la formación, que el sistema de formación profesional en las empresas está perfectamente regulado y que es preceptivo que la representación legal de los trabajadores conozca este plan de formación y, además, informen sobre él. Si no informan sobre él, se continúa con el plan de formación. Si informan favorablemente, comienza el plan de formación. Pero si el informe es desfavorable, hay quince días para dilucidar las discrepancias y se produce un acuerdo o un desacuerdo, y se llega a un entendimiento con los representantes legales de los trabajadores antes de que comience ese plan de formación.

¿Qué ha ocurrido en el Hospital del Poniente? Pues en el Hospital del Poniente y en la Agencia Pública Empresarial Hospital de Poniente ha ocurrido que, durante 2010, durante 2011, durante 2012, durante 2013 y durante 2014, con más de 300.000 euros cada uno de esos años para formación, no se ha informado a los representantes legales de los trabajadores, no se ha informado. Y no se ha formado a los trabajadores que están atendiendo a los pacientes. Se han formado los directivos y gerentes de la Agencia Pública Hospital de Poniente. Y eso es lo que yo quiero que usted valore, que me valore esta situación y si va a tomar la consejería alguna medida para dilucidar qué es lo que ha estado pasando aquí, porque ha sido absolutamente irregular.

Gracias.

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Gracias, señoría.

Señor consejero.

El señor ALONSO MIRANDA, CONSEJERO DE SALUD

—Gracias, señor presidente. Gracias, señoría.

Como usted bien comentaba, la Agencia Pública Hospital de Poniente organiza cada año numerosas actividades y sesiones formativas dirigidas a todas las categorías profesionales de su plantilla a las que tienen acceso todos los trabajadores, y se organizan de acuerdo a las demandas que estos expresan. Usted antes lo comentaba, toda la información relativa a la organización de los cursos, las categorías profesionales participantes o la planificación de las acciones formativas se deben comunicar a los representantes de los trabajadores, que tienen acceso a toda esta documentación con total transparencia. Y eso ha sucedido en el año 2015, se les ha pasado toda esta información a los profesionales.

Para la formulación del plan de formación, se cuenta con la colaboración de la comisión de formación constituida a tal efecto. Este plan se articula en base a las necesidades ligadas al puesto de trabajo que se haya puesto de manifiesto por los propios profesionales. De igual forma, y tal y como viene establecido en el convenio colectivo de la agencia, se tienen también en cuenta las necesidades formativas para la acreditación de profesionales y la carrera profesional, así como las necesidades de la organización y los objetivos y estrategias del sistema sanitario público de Andalucía.

La dirección de la Agencia Sanitaria del Poniente ha mantenido numerosas reuniones durante el pasado año 2015 con los representantes de los trabajadores para abordar el plan de formación interna y externa.

Gracias.

### El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Gracias, señor consejero.

Segunda intervención, señora Espinosa.

### La señora ESPINOSA LÓPEZ

—Sí, señor consejero, el 3 de diciembre de 2015, la representación de CSIF Andalucía ha presentado en la Delegación de Salud de la provincia de Almería un escrito presentando una denuncia por todos estos hechos y por el total oscurantismo, desde el año 2010 al año 2014 y mitad de 2015. Porque no puede usted decir aquí que el plan de formación se ha presentado en la Agencia Pública Hospital de Poniente, cuando lo presentan después de varias denuncias, y en junio, en junio. Una solicitud de investigación, para que se abra una investigación a ver qué es lo que ha pasado y en qué se han gastado estos fondos de formación. Porque le repito: los médicos que están atendiendo a los pacientes no se están formando. Se han formado directivos o personas que, después, inmediatamente, se nombraron directivos. Se les ha creado un currículum para poder nombrarlos directivos en la Agencia Pública Hospital de Poniente. Y los médicos, mientras tanto, los que están atendiendo a pacientes, sin formar.

Pero es que es más, es así de grave cuando tengo aquí una circular que me han pasado también trabajadores del Hospital del Poniente, firmado por doña María García Cubillo, que les dice, en el año 2010, 2011, 2012, que no se pueden conceder turnos para formación por la situación de crisis que estamos sufriendo. Y, mientras tanto, 300.000 euros cada año en formación a directivos o no sabemos en qué.

Yo creo que debe usted hacer caso a los representantes de los trabajadores y abrir esa investigación y esclarecer la responsabilidades en las que pudieran haber incurrido María Agapita García Cubillo, Pilar Espejo, Gisela Zufri o Carmen Guerrero, responsables de la Agencia Pública Hospital de Poniente y de la formación, y que han estado haciendo másteres de duración de más de dos años, algunas de estas personas, mientras los representantes de los trabajadores no tenían conocimiento de nada y los trabajadores no tenían acceso a la formación.

Muchas gracias.

### El señor GARCÍA ANGUIA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Gracias, señoría

Señor consejero, para cerrar.

### El señor ALONSO MIRANDA, CONSEJERO DE SALUD

—Gracias, presidente. Gracias, señoría.

Por darles algún dato, año 2010: responsables, incluyendo directivos y cargos intermedios, porcentaje gastado, 9,8% del total de lo gastado; personal asistencial, 87,2%; personal no asistencial, el 3%. Año 2011: responsables, el 31%; personal asistencial, 56%; personal no asistencial, 12%. Año 2012: responsables, 27,9%; personal asistencial, 51,8%; personal no asistencial, 20,4%. Año 2013: 29%, 63%, 6%. Año 2014: responsables, 21,9%; personal asistencial, 55,9%; personal no asistencial, 22,39%. Año 2015: responsables, 17,9%; personal asistencial, 66,6%, y personal no asistencial, 15,5%.

Independientemente de estos datos, que reflejan que la distribución ha sido entre todos, estamos totalmente de acuerdo en que la representación sindical, y así se ha hecho por parte de la nueva gerente del hospital, debe conocer el plan de formación, debe analizarse, debe estudiarse y debe evaluarse. Y, en ese camino, avanzaremos para que sea totalmente transparente y no quepa ningún lugar a duda. Y así se hará de forma clara, fehaciente. Y lo veremos. Pero la realidad de los datos son los que acabo de comentar, y están a su disposición. Con lo cual, espero que, con datos que están sobre la mesa, no planteemos ninguna discrepancia en cosas que son como son.

### La señora ESPINOSA LÓPEZ

—Señor presidente, un segundo.

Si están los datos a mi disposición, ¿me puedo quedar con una copia esta misma mañana? Solamente, eso.

### El señor GARCÍA ANGUIA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Sí, sí, si el consejero quiere.

El señor ALONSO MIRANDA, CONSEJERO DE SALUD

—Evidentemente, se lo remitiré, porque yo lo tengo puesto en sucio... Pero sí se lo remitimos todo, sin ningún problema.

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias.

Pasamos a la siguiente pregunta, también del Grupo Parlamentario Popular, relativa al respeto a la conciliación familiar de los trabajadores del SAS.

El señor ALONSO MIRANDA, CONSEJERO DE SALUD

—Por conciliación, yo pido cinco minutos.

[Receso.]

## 10-16/POC-000054. Pregunta oral relativa al respeto de la conciliación familiar de los trabajadores del SAS

El señor ALONSO MIRANDA, CONSEJERO DE SALUD

—Señorías, seguimos con la comisión, con la siguiente pregunta, que también pertenece al Grupo Parlamentario Popular, relativa al respeto de la conciliación familiar de los trabajadores del SAS.

Señor Valero, tiene la palabra.

Dos minutos y medio.

El señor VALERO RODRÍGUEZ

—Gracias, señor presidente.

Señor consejero, ¿qué opinión le merece la denegación de un permiso adicional de maternidad a un trabajador del hospital Reina Sofía, de Córdoba, por parte del Servicio Andaluz de Salud?

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Señor consejero.

El señor ALONSO MIRANDA, CONSEJERO DE SALUD

—Gracias, señor presidente.

Bueno, lo mismo, en este caso, a su señoría también quiero darle la bienvenida, ya que es la primera vez que nos vemos en este ámbito, porque Vicente y yo nos conocemos desde hace muchos años... Mejor no decir ni cuántos. Con lo cual...

*[Intervención no registrada.]*

Siempre fueron buenos...

Bueno, señoría, en el Servicio Andaluz de Salud, como bien conoce, disponemos de un manual de vacaciones, permisos y licencias del personal, vigente, y de aplicación para todos sus profesionales. En base al mismo, se conceden los permisos, licencias y vacaciones que corresponden en cada caso. Este manual es fruto de un proceso de diálogo y consenso con las organizaciones sindicales.

En el caso al que se refiere la pregunta, se aplicó de forma literal el contenido del mismo y, por tanto, se actuó en cumplimiento de lo que planteaba el manual. Es cierto que el Servicio Andaluz de Salud va a proponer, en la correspondiente mesa sectorial, una interpretación acorde a lo que plantea el tribunal, puesto que la aplicación literal dice que es un derecho que corresponde —estamos hablando de las cuatro semanas adicionales— a las mujeres por el hecho del parto y que se puede repartir con sus parejas. Pero, en este caso, la mujer no trabajaba en el ámbito del sistema sanitario público de Andalucía ni en ninguna Administración pública, y la interpretación que se hizo, de acuerdo a lo que planteaba el manual, llevaba a que no tendría derecho a esas

cuatro semanas adicionales. Por tanto, una vez analizado, visto y vista la situación, se va a proponer, por parte del Servicio Andaluz de Salud, a la mesa sectorial, adaptar el manual a la situación que se plantea en la nueva sentencia y hacer una interpretación extensiva también para el caso en el que la mujer embarazada no trabaje en el sistema sanitario público de Andalucía. Ése es el camino que se va a tomar para garantizar algo en lo que nosotros creemos, que es la conciliación de la vida familiar y laboral, y seguir avanzando en ese derecho.

Muchas gracias.

### El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Gracias, señor consejero.

Señor Valero, tiene la palabra.

### El señor VALERO RODRÍGUEZ

—Señor consejero, sin duda para mí es un placer poder debatir, en esta mi primera intervención como parlamentario en esta legislatura, precisamente porque nos conocemos de hace algunos años. Y lo digo aquí, y me congratulo de ello. Y también le expreso la gran satisfacción que es haberle tratado tanto en lo personal como en lo privado.

También sinceramente le digo que lamento la compleja herencia que usted ha recibido y también la dificultad del trabajo que está desempeñando como consejero. Y, por tanto, mi más sincera enhorabuena, y también muchísima suerte, que seguro que ello va a ser lo más positivo para los andaluces.

Señor Alonso, permítame que le lea las palabras que los propios tribunales, y de forma literal, han dicho respecto de esta situación: «Se trata de una lógica inaceptable. Esta decisión contraviene, sin justificación, la conciliación de la vida laboral y familiar».

No lo decimos nosotros, ni siquiera lo dice el propio sindicato de enfermería, sino que lo dice la Justicia, con unos argumentos de gran peso y, sobre todo, con un gran sentido común. El único argumento que esgrime la dirección es que sólo corresponde a las mujeres, y, sin embargo, yo tengo entendido que el propio manual de permisos y licencias no distingue entre sexos. Entonces, entendemos que esto no es una gracia de la propia Administración, sino que es un derecho que tienen todos los trabajadores. Y el Gobierno de Andalucía, que se llena la boca siempre hablando del blindaje del Estado del bienestar, protegiendo a los trabajadores, es el mismo que permite y ampara decisiones arbitrarias que dañan los derechos de hombres y mujeres que trabajan cada día por la salud de los andaluces.

Y ya decía Cervantes: «un caballero se ha de avergonzar cuando sus palabras son distintas a los hechos». Y ésa es la tónica general, el resumen de la política de personal que está llevando a cabo el Gobierno de Andalucía, que es despropósito sobre despropósito, y en el que la norma fundamental es firmar contratos precarios, basura, de forma indiscriminada, y en el que, en materia de contratación, se somete a la indignidad y a la vejación a facultativos, por ejemplo, de más de quince años de trabajo, firmándoles y encadenándoles contratos solamente para guardias, solamente para fines de semana y de mes en mes, cuando son los propios trabajadores aquellos que están sacando adelante, para que tengamos un servicio andaluz de salud digno.

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Gracias, señoría.

Para cerrar...

El señor ALONSO MIRANDA, CONSEJERO DE SALUD

—Muchas gracias.

Referente a lo que planteaba inicialmente... Digo al caso de la pregunta; después ya le haré referencia a lo que planteaba al final, que no era objeto de pregunta.

En la configuración del propio manual se establece que es un permiso —recuerdo— adicional, que no existe en el conjunto de las empresas, sino en el ámbito de los sistemas públicos y del servicio público. Y se establece como un derecho de la madre profesional del Servicio Andaluz de Salud.

Coincidiendo con usted, ya he planteado que vamos a proceder a la modificación del manual, que tiene que pasar por la mesa sectorial —como no puede ser de otra forma, puesto que allí se negocia— para hacer la interpretación lo más amplia posible, tal y como establece el tribunal. Recordar esto, que es un derecho adicional.

Y, en materia de trabajadores y precariedad, la máxima precariedad que puede tener un trabajador es no trabajar. Y una tasa de reposición del 10%, como planteó el Gobierno central, es la máxima precariedad posible que se puede plantear, que es que no permitía cubrir nada más —como usted lo sabe— una de cada diez de las plazas que se quedaban vacantes. Digo que... Bueno, ahí todos tendremos que evolucionar para evitar que eso sea así, hacer una política de personal acorde con las necesidades y garantizar la estabilidad de los profesionales del sistema sanitario público, sea en el ámbito que sea.

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Gracias, señor consejero.

---

## 10-16/POC-000055. Pregunta oral relativa a la revisión del Plan de Prevención y Atención de las Agresiones aprobado en 2005

El señor GARCÍA ANGUIA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Pasamos a la siguiente pregunta, también del Grupo Parlamentario Popular, relativa revisión del Plan de Prevención y Atención de las Agresiones aprobado en 2005.

Señora portavoz, tiene la palabra.

La señora GARCÍA CARRASCO

—Gracias, señor presidente.

Me gustaría comenzar mi intervención reconociendo la labor de los profesionales sanitarios que velan por nuestra salud 24 horas al día y 365 días al año, pero que, en muchas ocasiones, en vez de encontrar un reconocimiento por parte de la sociedad, se encuentran con conductas violentas que no son propias de una sociedad avanzada como la andaluza y una sociedad que creemos todos que debería ser consciente del problema y que debería ser una parte activa en la solución de este grave problema, con su compromiso y con su colaboración.

Existe, creo, unanimidad, entre las administraciones, sindicatos y entre nosotros mismos, en que todos debemos luchar contra la violencia hacia los profesionales sanitarios, pero creo que, más concretamente, contra la prevención.

Las agresiones a los profesionales sanitarios es una cosa que hemos conocido de siempre, pero creemos que en los últimos años hay un repunte y una incidencia, porque en nuestra sociedad, desgraciadamente, hay más conductas violentas. Pero también creemos que tiene una influencia directa el que los profesionales sanitarios hayan tenido menos tiempo para atender a los pacientes, menos recursos y menos profesionales.

El primer informe con el que contamos a nivel nacional, del sistema nacional de salud oficial, nos dice que, entre el año 2008 y 2012, son 30.000 los profesionales agredidos en la sanidad española, igual en primaria que en especializada. Pero sí que hay una diferencia importante entre hombres y mujeres, siendo el 72% de afectadas las mujeres. Y hace muy poco hemos sabido también, a través del ministro Alonso, que es un hecho que yo considero que es muy importante, y es que en la reforma del Código Penal, a través del artículo 550, se considera a los sanitarios como autoridad.

Me gustaría saber qué está haciendo la consejería en el plan integral, para adaptarlo a los nuevos tiempos.

El señor GARCÍA ANGUIA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muy bien.

Muchas gracias, señoría.

Tiene la palabra, consejero.

El señor ALONSO MIRANDA, CONSEJERO DE SALUD

—Gracias, presidente.

Señoría, en primer lugar, como no podía ser de otra manera, y coincidiendo con lo que usted plantea, lamentar y a la vez expresar la más firme condena y rechazo a cualquier agresión física o verbal que reciben los profesionales que trabajan en nuestros consultorios, igual que los trabajan en el ámbito de la educación o cualquier otro tipo de profesional. Y, por lo tanto, coincidir totalmente en que tanto en este ámbito, como los distintos grupos políticos, como los profesionales, como los sindicatos, como la Administración, estamos totalmente de acuerdo en expresar nuestra repulsa a estos hechos lamentables, que suceden más de lo deseable. Porque lo deseable sería cero, y siempre que pasemos de ahí, en nuestro sistema sanitario...

Por el Registro Informático de Agresiones del Servicio Andaluz de Salud, que forma parte del Plan de Prevención y Atención a las Agresiones en nuestro sistema sanitario, disponemos de todos los datos y circunstancias de la agresión a la que se refiere su señoría. Permítame que no los comentemos aquí, porque algunos entrarían en el ámbito de la reserva o de no poder contar datos clínicos de los pacientes ni de los usuarios.

Se ha ofrecido al personal afectado, a la persona agredida, tal y como se viene haciendo de acuerdo al manual, tanto asistencia jurídica como apoyo psicológico. Como hacemos en todos los casos, siguiendo con los protocolos contenidos en el Plan de prevención de las agresiones. Y el interesado ha aceptado ese apoyo y se ha interpuesto denuncia ante un órgano competente que ha iniciado las acciones judiciales. Igualmente, se han reforzado algunas de las medidas recogidas en el Plan de prevención, como siempre se hace cada vez que se produce una agresión. Continuamente estamos revisando, pero las situaciones se modifican y seguimos avanzando en el camino.

El plan de actuación está vigente y, por tanto, mantenemos sus contenidos, pero sí estamos en continua revisión, sobre todo, para propiciar lo que usted planteaba que era la prevención.

Lo que planteaba que el ministro Alonso planteó, ya por parte de muchas de las comunidades autónomas se lo habíamos planteado en muchas ocasiones, y era la defensa que nuestros servicios jurídicos hacían con los profesionales que eran agredidos y que los jueces, de una medida como medida personal, como su actuación, venían contemplando en algunos casos. Nosotros agradecemos que se incluya ya en el Código Penal porque así se aplicará a todos los profesionales. Y en ese ámbito nosotros también en el Anteproyecto de Ley de Sostenibilidad estamos analizando poder incluir también alguna medida que mejore la defensa jurídica de los profesionales sanitarios y que, sobre todo, como usted planteaba, contribuya a prevenir estos sucesos, a que se tenga claro que son políticas, vamos, son actuaciones personales, pero que en ningún caso, en una sociedad avanzada como la nuestra, se deberían permitir.

Por lo tanto, revisaremos y seguiremos avanzando y haremos las modificaciones que le comentaba en este sentido.

Muchas gracias.

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Gracias, señor consejero.

Señora García, para terminar.

La señora GARCÍA CARRASCO

—Gracias, señor presidente.

Como usted bien dice, a pesar del Plan de prevención y atención de las agresiones a los profesionales en el sistema público andaluz, las incidencias de las agresiones han ido en aumento. Y yo creo que estamos de acuerdo en que una revisión y una evaluación del plan es importante hacerla de forma seguida. Se podía hacer a través de una mesa, de un foro donde participen todos los colectivos de forma directa. Porque sabemos que estas agresiones afectan de forma muy directa a los profesionales y a los cuidados que ellos ofrecen.

Y yo creo que deberíamos de insistir en la sensibilización de la población a través de los medios de comunicación públicos. Creo que hay medidas directas, como los timbres antipánico, que alertan y evitan muchas veces las agresiones. Que los profesionales tengan tiempo suficiente y se puedan ir arreglando todas esas situaciones puntuales que afectan también. Incentivar a los profesionales a que denuncien, porque hay un 92% de casos en que no llegan a hacer una denuncia concreta.

Y yo creo que, en definitiva, es prestar una especial atención a un problema grave de violencia y que requiere un ataque continuo y en el tiempo por parte de todos.

Gracias.

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señoría.

Señor consejero.

El señor ALONSO MIRANDA, CONSEJERO DE SALUD

—Gracias, presidente. Muy brevemente.

Compartimos..., y de hecho el Plan de agresiones se revisa en mesa sectorial, y compartimos que tenemos que seguir avanzando en la sensibilización de toda la población.

De hecho, los pactos que tenemos con los sindicatos hacen que siempre que se producen salgamos de una forma conjunta, porque creo que es el camino para hacerlo en estos casos. Y cogemos la idea, la planteamos y pediremos también la colaboración de todos, porque creo que es un tema, la sensibilización para evitar las agresiones, en el cual todos compartimos el objetivo totalmente.

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señor consejero.

## 10-15/POC-001029. Pregunta oral relativa al servicio de urgencias del hospital Juan Ramón Jiménez, Huelva

El señor GARCÍA ANGUIA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Pasamos a la siguiente pregunta, también del Grupo Parlamentario Popular, relativa al servicio de urgencias del hospital Juan Ramón Jiménez, de Huelva.

Tiene la palabra el señor García de Longoria, dos minutos y medio.

El señor GARCÍA DE LONGORIA MENDUIÑA

—Sí, gracias, señor presidente. Señor consejero, buenos días.

Huelva les debe mucho a los médicos del servicio de urgencias del hospital Juan Ramón Jiménez y muchos onubenses le debemos mucho y hoy venimos aquí a defenderlo. Y venimos aquí porque su delegado no contesta, tiene como norma no contestar a los escritos que le hacen los médicos ni que le hacen los usuarios. Y venimos aquí a defenderlo porque se sienten perseguidos, se sienten represaliados y, en cierto modo, se sienten castigados desde enero del año 2015.

Y digo desde enero del año 2015, porque en enero del año 2015 treinta médicos del servicio de urgencias del hospital Juan Ramón Jiménez presentaron este escrito, este escrito que le muestro en el día de hoy, denunciando una situación precaria, denunciando una situación caótica, denunciando una situación límite que vivían en el servicio de urgencias del hospital Juan Ramón Jiménez. Y desde enero del año 2015 vienen viviendo persecuciones, represalias y se sienten, en cierto modo, castigados por la dirección de este centro.

Desde entonces, se han producido circunstancias laborales anómalas, irregulares, que los médicos, como digo, viven como auténticas represalias: el no reconocimiento de exenciones de guardia, sanciones de empleo y sueldo incomprensibles, amenazas veladas ante las renovaciones mensuales de los contratos —hay facultativos que tienen 32 contratos en siete años—, la utilización de las calificaciones de rendimientos profesionales, etcétera. Son algunos de los instrumentos de los que se está valiendo la dirección, según estos médicos, para llevar a cabo estas prácticas.

Además, se da la situación o la circunstancia de que la encargada de ejecutar estas acciones está siendo mantenida, sorprendentemente y sospechosamente, como jefa de urgencias, cuando desde hace cuatro meses existe un requerimiento de una ejecución de sentencia que deja sin cobertura este puesto.

Por tanto, entendemos desde el Grupo Popular, y así lo entienden también los médicos del servicio de urgencias, que se están, contra la justicia en cierto modo, pagando esta serie de favores.

Y, señor consejero, esto está pasando en el servicio de urgencias del hospital Juan Ramón Jiménez. ¿Y no cree usted que ya soportan bastante presión los médicos como para que la dirección les haga vivir en un ambiente laboral irrespirable?

Señor consejero, hoy le pedimos, a través de esta pregunta, que nos diga si va a tomar medidas, que nos diga si va a investigar qué está pasando con los médicos en el hospital y, sobre todo, que le dé soluciones, como parece que sí le va a dar el Defensor del Pueblo Andaluz.

Muchas gracias.

## El señor GARCÍA ANGUIA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Gracias, señoría.

Señor consejero.

## El señor ALONSO MIRANDA, CONSEJERO DE SALUD

—Gracias, presidente.

Señoría, en relación con la iniciativa parlamentaria, he de manifestar, en primer lugar, que en la Dirección General de Profesionales en los últimos tiempos solo se recibió un escrito por parte de un profesional que trabaja en las urgencias y no se recibió ninguno otro.

No existe, por tanto, en la Dirección General de Profesionales del SAS ninguna otra denuncia verbal o escrita sobre las preguntas que denomina «represalias laborales a facultativos».

Sí conocemos que por parte de un grupo de profesionales de urgencias se dirigió escrito a la dirección médica del centro hospitalario en el que se hacían distintas propuestas para aplicar en el servicio de urgencias. Me imagino que es el mismo escrito que tienen ustedes, al que nosotros hacemos referencia.

A raíz de este escrito la dirección médica se reunió con el personal facultativo de la Unidad de Gestión Clínica de Urgencias, reunión que se desarrolló en un ambiente, por lo que yo conozco, constructivo, y dio lugar a la constitución de diferentes grupos de mejora en los servicios de urgencia del centro.

Como consecuencia de esta reunión y de los grupos de trabajo que se constituyeron, en los que participaron 12 de los 34 profesionales que conforman el servicio de urgencias, se adoptaron medidas que ya han redundado en mejoras significativas.

Por citarles algunas, indicarles que durante el año —y, por tanto, muestra un trabajo de los profesionales de urgencias, tal y como usted planteaba— los tiempos de espera de clasificación han pasado de 10,5 minutos en enero de 2015, a 5,3 en diciembre de 2015. Los tiempos de clasificación de las urgencias han pasado de 3,2 minutos en enero, a 1,8 minutos en diciembre. Los tiempos de asistencia total en áreas de consulta han pasado de 197 minutos a 141 minutos en los mismos periodos. Creo que eso refleja un buen trabajo de los profesionales, fruto de esas mesas de trabajo. Y es evidente, señorías, que por parte de los profesionales y la dirección médica se ha trabajado conjuntamente para mejorar la funcionalidad y la aplicación del Plan Andaluz de Urgencias.

Ya le digo que lo único que hemos recibido en la Dirección General de Profesionales del Servicio Andaluz de Salud ha sido una denuncia por parte de un profesional, al cual la Dirección General de Profesionales le ha dado respuesta a todos y cada uno de los puntos que se planteaban. Y no tenemos constancia de que haya existido ninguna represalia ni manifestación por escrito, aparte de un escrito que llegó a la dirección médica y del escrito profesional que les estoy comentando.

Evidentemente, nosotros no permitiremos que se produzca ningún acto de represalia en ningún ámbito y no nos consta que se esté produciendo, más bien nos consta que esas medidas de trabajo han dado sus frutos y se ha avanzado en este camino.

Muchas gracias.

**El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN**

—Gracias, señor consejero.

Señoría.

**El señor GARCÍA DE LONGORIA MENDUIÑA**

—Sí, señor consejero, a usted le pasa lo mismo que a mí, que no es capaz de contactar con su delegado en Huelva, porque no solo hay un escrito, hay alrededor de tres escritos. Hay incluso otro escrito firmado por los propios facultativos, en los cuales reprueban la..., una situación que se da en un médico al que suspendieron de empleo y sueldo.

Pero voy más allá, señor consejero, esto está pasando. Y si usted no lo quiere ver y no lo quiere investigar, será el defensor del pueblo andaluz, como yo le digo, el que sí va a investigar lo que está sucediendo en el servicio de urgencias del hospital Juan Ramón Jiménez.

Y mire, señor consejero, no convierta a nuestros héroes, porque nosotros, en Huelva, consideramos a verdaderos héroes a nuestros médicos del servicio de urgencias en las víctimas de su sistema. Eso es simplemente lo que le pedimos y, sobre todo también, que nos aclare dos cosas.

Uno. Que si, de verdad, no va a investigar absolutamente nada de lo que está sucediendo, y sobre todo que nos aclare por qué hay una jefa del servicio de urgencias que, después de cuatro meses con una sentencia de ejecución, no se ha hecho absolutamente nada.

Muchas gracias.

**El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN**

—Gracias, señoría.

Señor consejero.

**El señor ALONSO MIRANDA, CONSEJERO DE SALUD**

—Gracias..., gracias, presidente. Gracias, señoría.

Evidentemente le digo, nosotros investigamos todas las denuncias que tenemos. Lo que no nos llega, evidentemente, no lo investigamos. Por eso digo, y vuelvo a repetir, si tenemos la de un profesional, al cual se le ha dado respuesta, de forma clara, tajante y contundente, a todo lo que planteaba, y sin..., lógicamente, para

## DIARIO DE SESIONES DEL PARLAMENTO DE ANDALUCÍA

Núm. 130

X LEGISLATURA

4 de febrero de 2016

---

responder; se ha investigado. Si los profesionales hacen una denuncia, nosotros comprobaremos cuál es la realidad, y, lógicamente, las sentencias las acataremos, como no puede ser de ninguna otra forma.

Muchas gracias.

El señor GARCÍA ANGUIA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Gracias, señor consejero.

---

## 10-16/POC-000090. Pregunta oral relativa a la prestación farmacéutica en los centros sociosanitarios residenciales para personas mayores y con discapacidad

El señor GARCÍA ANGUIA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Pasamos a la siguiente pregunta, en esta ocasión del Grupo Parlamentario Socialista, relativa a la prestación farmacéutica en los centros sociosanitarios residenciales para personas mayores y con discapacidad.

Tiene la palabra...

El señor VARGAS RAMOS

—Gracias, presidente.

Señor consejero, la pregunta que le hacemos, desde el Grupo Socialista, está relacionada con la puesta en marcha del nuevo Decreto de 29 de diciembre pasado, sobre la prestación farmacéutica en los centros sociosanitarios residenciales de Andalucía. Un decreto que da cumplimiento, entre otras medidas legislativas, a la Ley de Farmacia de Andalucía; una ley ambiciosa que incluye una regulación moderna y pionera de uno de los mayores retos sanitarios que tienen planteadas las sociedades desarrolladas en la actualidad, como es el uso de los medicamentos, y sobre todo para que cumplan su finalidad, que no es otra que la mejora de la salud de la población.

Este Grupo Parlamentario Socialista está totalmente de acuerdo con la necesidad de regular un sector fundamental dentro de nuestro sistema sanitario, como es el de la planificación y la ordenación farmacéutica, estando más que orgullosos de que el Gobierno de la Junta de Andalucía haya establecido la prestación farmacéutica como un bien público, garantizando el acceso adecuado a los servicios sanitarios y, desde luego, a los medicamentos; introduciendo elementos pioneros como el uso racional del medicamento, la receta electrónica o la prescripción por principios activos.

Sin duda, la Ley de Farmacia ha consolidado a Andalucía, en España, como la comunidad más pionera y comprometida con las necesidades sanitarias de los ciudadanos, pero no solo fue duramente criticada por el Partido Popular en su momento, sino que acabó siendo objeto de un recurso ante el Tribunal Constitucional, para intentar paralizarlo, con un trasfondo del servilismo a otros intereses distintos al interés general o colectivo.

Señorías, como todos saben, este tribunal se pronunció validando y respaldando la ley, no siendo la única vez que la justicia avala la política de la Junta en materia de farmacia, como es el caso del procedimiento de selección de medicamentos, y, por tanto, dándole toda la legitimidad a todas las políticas que, en la misma Ley de Farmacia, se definían.

Por lo tanto, en base al desarrollo de esta ley, y una vez publicado dicho decreto, señor consejero, ¿qué ventaja supondrá la regulación de la prestación farmacéutica en los centros sociosanitarios residenciales para personas mayores y con discapacidad?

Muchas gracias.

El señor GARCÍA ANGUIA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Gracias, señoría.

Señor consejero.

El señor ALONSO MIRANDA, CONSEJERO DE SALUD

—Gracias, señor presidente.

Señoría, sí, efectivamente, como usted planteaba, en los últimos días de 2015 —en concreto el 29 de diciembre—, el Consejo de Gobierno aprobó el Decreto de Prestaciones Farmacéuticas en los centros sociosanitarios residenciales de..., en Andalucía. Con él se regula, por primera vez, todas las condiciones y circunstancias de la prescripción, dispensación y suministro de medicamentos y de productos sanitarios, tanto en residencias públicas como privadas.

Antes de la aprobación de este decreto, la dispensación de fármacos y productos sanitarios se gestionaba por cada residencia, de forma específica, y el nuevo decreto viene a ordenar esta prestación, siguiendo criterios técnicos de calidad y seguridad.

Las personas que residen en estos centros tienen, a partir de ahora, la garantía de un acceso homogéneo y de calidad a los medicamentos que cada uno tiene prescrito. También, y como medida de eficiencia, se extenderá el sistema de unidosis —que es también una medida de seguridad—, lo que permitirá adaptar la cantidad que se suministra en la prescripción concreta que se realiza al paciente y, además, de forma personalizada. En este sentido, los hospitales del Servicio Andaluz de Salud suministrarán los fármacos y productos sanitarios a todas las residencias que tengan más de 50 camas, lo que supone un total de 314 residencias, sobre las 838 que existen en nuestra comunidad.

En las residencias en las que los hospitales del SAS suministren los fármacos, serán los profesionales del Servicio Andaluz de Salud los que supervisarán la dispensación de los medicamentos, garantizando la calidad del servicio.

A fin de formalizar esta relación, se firmará el correspondiente convenio, que recogerá en sus disposiciones todo aquello que se relaciona con el suministro, almacenamiento, distribución y administración de medicamentos; protocolos para la detección y seguimiento de problemas relacionados con los medicamentos, e inclusión, en un posible plan de contingencias.

Para las residencias de menos de 50 camas, el suministro de medicamentos se realizará a través de las oficinas de farmacias, seleccionadas mediante un proceso de concurso, y garantizando por tanto la libre concurrencia y la igualdad de condiciones de las farmacias cercanas al centro o residencia. En estos casos, los depósitos de medicamentos de las residencias serán responsabilidad directa de un profesional farmacéutico de las oficinas de farmacia, a la que estén vinculadas las residencias. Por tanto, ya sean de más o de menos de 50 residentes, habrá un profesional farmacéutico responsable del control de estos depósitos.

Y quisiera ir concluyendo en la intervención sobre esta cuestión, reconociendo la labor que se realiza, también, desde las farmacias en el ámbito rural. En estos casos, en las farmacias de los núcleos de población aislados con menos de 1.000 habitantes que, un año antes a la entrada en vigor del decreto, atendieran

## DIARIO DE SESIONES DEL PARLAMENTO DE ANDALUCÍA

Núm. 130

X LEGISLATURA

4 de febrero de 2016

---

ya a residencias con 50 o menos camas, podrán continuar ofreciendo este servicio, si así lo solicitan y existe la responsabilidad del farmacéutico para poder atenderlas.

Muchas gracias, señoría.

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Gracias, señor consejero.

---

### 10-16/POC-000091. Pregunta oral relativa al balance de las donaciones de sangre realizadas en el sistema sanitario andaluz en 2015

El señor GARCÍA ANGUIA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Pasamos a la siguiente pregunta, también perteneciente al Grupo Parlamentario Socialista, relativa al balance de las donaciones de sangre realizadas en el sistema sanitario andaluz durante el año 2015.

Tiene la palabra...

La señora MAESE VILLACAMPA

—Gracias, señor presidente.

De todos es conocido que la donación de sangre salva, a diario, muchísimas vidas, y devuelve la salud a decenas de pacientes. No en vano se estima que una media de 75 personas, a diario, salvan su vida en nuestro país gracias a las donaciones. Cada día, nuestros hospitales necesitan de transfusión de sangre y sus derivados.

Son muchos los tratamientos que necesitan de estas transfusiones como: intervenciones complejas, accidentes de tráfico, trasplantes de órganos, etcétera, que sería imposible sin estas transfusiones.

Detrás de todos estos avances hay miles de donantes anónimos que, de una manera libre y altruista, lo hacen posible día tras día.

Nuestra sanidad dispone, en todas las provincias andaluzas, de puntos para acudir a donar sangre con horario flexible. Son también las campañas de donación de sangre, la de nuestra comunidad, la que hace, a través de la concienciación que muchos y muchas, andaluces y andaluzas, podamos acercarnos a estos puntos a donar sangre.

En Andalucía existen ocho centros de transfusión sanguínea —uno en cada provincia andaluza—, y se dispone de unidades móviles para efectuar también donaciones de sangre.

En 2004, los datos de los que disponemos nos dicen que fueron cerca de cinco mil colectas de sangre en toda la comunidad autónoma para..., se pudieron hacer gracias a que los servicios de salud acercaban estos puntos para facilitar al ciudadano la posibilidad de donar sangre, bien trasladándolo cerca de sus puestos de trabajo, de sus viviendas en las distintas poblaciones.

Puede comprobarse también en un servicio que hay en las web de estos centros de donaciones que, en cada provincia, existen puntos donde se recoge estas..., donde se hacen estas colectas; información de calendario, que se ponen con un mes de antelación, se cuelgan en esta web, etcétera.

Entendemos también que la necesidad de donación es cambiante en función de las necesidades. Me estoy refiriendo incluso a los componentes de la sangre, como pueden ser hematíes o plasma.

Nos gustaría saber, desde los datos que maneja la consejería, cuál ha sido el perfil del donante en nuestra comunidad, número total de donaciones y resultados de la campaña de donación de este año pasado.

Por ello, el Grupo Socialista quiere preguntar al señor consejero sobre el balance de las donaciones de sangre realizadas en el sistema sanitario de salud en 2015.

Muchas gracias.

**El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN**

—Gracias, señoría.

Señor consejero.

**El señor ALONSO MIRANDA, CONSEJERO DE SALUD**

—Gracias, presidente.

Señoría, los andaluces vienen demostrando desde hace mucho tiempo su solidaridad en cuanto se refiere a las donaciones, tanto de órganos como de tejidos como de sangre, facilitando así que nuestro sistema sanitario cuente con recursos que permitan realizar trasplante y transfusiones, y, por tanto, beneficios en la salud para el conjunto de la población de nuestra comunidad.

Desde el sistema sanitario público andaluz mantenemos de forma permanente campañas para promover estas donaciones, campañas que se intensifican en algunas ocasiones, como ocurre con la donación de sangre en época estival, para que ante los desplazamientos de ciudadanos se garanticen unas reservas suficientes en todo el territorio.

En concreto, señoría, y respondiendo a su iniciativa parlamentaria sobre balance de las donaciones de sangre en el año 2015, puedo indicarle que ese número se ha incrementado en, prácticamente, un 3% respecto al 2014. En 2015 se han realizado más de doscientas ochenta mil donaciones de sangre, en concreto 282.139, y más de trece mil de plasmas. Las tasas más altas se han producido en provincias como Sevilla y Málaga, pero en todas las provincias andaluzas las tasas son altas. Con este nivel de donaciones estamos cubriendo las demandas de sangre de nuestros centros hospitalarios y también un nivel de reserva de sangre adecuado.

Pero quisiera aprovechar esta iniciativa parlamentaria para transmitir a la población andaluza la necesidad que tenemos de mantener y progresivamente incrementar el número de donaciones, lo que nos garantizaría en todo momento la seguridad de disponer de sangre suficiente para el conjunto de las prestaciones sanitarias en las que se hace necesaria.

También comentarles, señorías, y con satisfacción, que entre los donantes de sangre el grupo más numeroso es el comprendido entre los 18 y los 30 años, con una proporción equitativa entre hombres y mujeres, dado que nos permite albergar la esperanza en que la solidaridad de los jóvenes andaluces, y sobre todo la fidelidad que supone su incorporación a las donaciones en edades jóvenes y su posible continuidad en años futuros, nos permita seguir albergando y mejorando lo que es la donación de sangre en el conjunto de Andalucía.

Como saben sus señorías, en el momento de la donación el personal facultativo realiza una evaluación médica personalizada para asegurar la seguridad clínica para el donante y la calidad de las donaciones. Contamos en nuestra comunidad para favorecer las donaciones con ocho centros de transfusiones sanguíneas,

uno por provincia, que en su conjunto disponen de cuarenta unidades móviles, y cinco de ellas autónomas. En ellas se pueden realizar las donaciones. Y el resto, para facilitar las donaciones en lugares concretos; de hecho, como saben, se desplazan a centros públicos, a empresas, a centros escolares. Estas últimas unidades realizan al año una media de cinco mil colectas en el conjunto del territorio, para facilitar las donaciones en los lugares de residencia o de trabajo de los propios ciudadanos.

Como pueden entender sus señorías, las unidades de urgencias, los cuidados críticos y todas las patologías relacionadas con hematología son las que presentan mayor demanda de sangre y derivados. En este sentido, las anemias, las leucemias, los linfomas y las trombocitopenias son las patologías que más demandan la sangre.

Muchas gracias.

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señor consejero.

## 10-16/POC-000130. Pregunta oral relativa a cualificación profesional de los teleoperadores de atención, gestión y coordinación de emergencias

El señor GARCÍA ANGUIA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Para terminar este punto del orden del día, pasamos a la última pregunta, correspondiente al Grupo de Podemos, relativa a cualificación profesional de los teleoperadores de atención, gestión y coordinación de emergencias.

Señora...

La señora BENÍTEZ GÁLVEZ

—Muchas gracias, señor presidente. Buenos días, señor consejero.

Bien. Hace escasos minutos que me he ausentado para acudir a las puertas del Parlamento porque están concentrados los trabajadores y trabajadoras de los servicios de emergencia de Andalucía, no sólo de los sanitarios, y, bueno, vienen buscando respuesta. Espero que con la pregunta que le voy a formular pues se satisfaga esa búsqueda, y también le animo, antes de empezar, le animo a que, cuando termine de aquí su comparecencia, pues acuda a la puerta a charlar con ellos y que personalmente pues les dé también esa respuesta.

Centrándonos en la pregunta, bueno, el Real Decreto 1.553/2011 complementa el catálogo nacional de cualificaciones profesionales, y en concreto define las competencias de los/las trabajadoras y trabajadores, de teleoperadores, teleoperadoras de atención, gestión y coordinación de emergencias; real decreto que, le recuerdo, elaboró y aprobó el Gobierno de Zapatero, siguiendo la Disposición Adicional Única, actualización del *BOE* número 269, de 8 de noviembre de 2011, donde se desarrolla la cualificación profesional de los teleoperadores de atención, gestión y coordinación de emergencias, demostrándose que la evolución de las necesidades del sistema productivo y que las demandas sociales lo requieren, se hace imprescindible que se reconozca desde ya la cualificación profesional de este colectivo, dejando a un lado el vacío legal que se está provocando por causa de no aplicarse, circunstancia que motiva que dicho colectivo se encuentre sin las mínimas garantías profesionales, laborales y legales, siendo sometidos a absoluta precariedad e inestabilidad laboral, y forzando conflictos laborales, huelgas, despidos, etcétera. Realidad que usted, señor consejero, ya conoce de sobra.

Por ello, este personal, altamente cualificado y sin reconocimiento por la Administración de sus cualificaciones, debe cualificarse, cumpliendo con ello la mencionada disposición, en la que se reconoce que se puede actualizar la misma cuando sea necesario, siendo en todo caso antes de transcurrido el plazo de cinco años desde su publicación. Estamos hablando de noviembre de 2016. En dicha actualización se deben priorizar los procesos ya existentes dentro del Instituto de Cualificaciones Profesionales, de habilitaciones profesionales, acreditaciones de competencias profesionales y la formación en certificaciones profesionales, como se recoge en el Real Decreto Ley 4/2015, de 22 de marzo, para la reforma urgente del sistema de Formación Profesional para el empleo en el ámbito laboral.

En Andalucía, en el seno de las competencias atribuidas a la Consejería de Salud, el colectivo afectado está formado por, aproximadamente, mil trabajadores y trabajadoras, a los que se somete injusta e indebidamente al convenio colectivo de Contact Center Telemarketing, cuando su trabajo no tiene nada que ver con la venta telefónica y mucho que ver con salvar vidas y movilizar efectivos para emergencias en beneficio de toda la comunidad.

¿Cuándo va a instar su consejería al órgano competente de la Junta de Andalucía a poner en marcha las medidas legales para que la cualificación profesional de los teleoperadores y teleoperadoras de atención, gestión y coordinación de emergencias se lleve a cabo antes del mes de noviembre de 2016, iniciando así el proceso de habilitaciones profesionales, acreditaciones de competencias profesionales y la formación en certificaciones profesionales, como se recoge en el Real Decreto Ley 4/2015, de 22 de marzo, para los profesionales que trabajan en los servicios públicos de emergencias y Salud Responde en Andalucía?

Muchas gracias, señor consejero.

### El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Gracias, señoría.

Señor consejero.

### El señor ALONSO MIRANDA, CONSEJERO DE SALUD

—Gracias, presidente.

Señoría, la cualificación profesional de teleoperador de atención, gestión y coordinación de emergencias ha dado lugar al certificado de profesionalidad correspondiente y que está regulado en el Real Decreto 548/2014, de 27 de junio. Es, por tanto, un certificado de profesionalidad reciente que viene a dar respuesta a las necesidades del colectivo de trabajadores.

El siguiente paso que tenemos que dar desde la Administración de la Junta de Andalucía consiste en proceder a facilitar un cauce administrativo a los trabajadores del sector para que acrediten estas competencias ya adquiridas mediante la competencia laboral, tal y como usted comentaba.

Para ello, desde la Consejería de Salud, y de forma coordinada con la Consejería de Empleo, Empresa y Comercio y la Consejería de Educación, se está trabajando para poder convocar las pruebas correspondientes que faciliten el acreditar a los trabajadores de este colectivo mediante una de las convocatorias anuales que gestiona, como usted comentaba, el Instituto de Cualificación Profesional, todo ello en coordinación con la Dirección General de Formación Profesional para el Empleo. Estamos, por tanto, avanzando en ese camino, y ya le comentaba, junto con la Consejería de Empleo y la Consejería de Educación, para hacerlo en el plazo previo al que corresponde, que es el mes de noviembre, y lo cerraremos en breve y lo comunicaremos.

Gracias.

### El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señor consejero.

¿Quiere hacer diez segundos?

La señora BENÍTEZ GÁLVEZ

—Nada, que espero que esto se lleve a cabo antes de que se cumplan los plazos, por el bien de los trabajadores y de las trabajadoras del Servicio de Emergencias en Andalucía.

Muchas gracias.

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Bien. Gracias, señoría.

Terminado este punto de preguntas orales en comisión, hoy se celebra el Día Mundial contra el Cáncer y tenemos la oportunidad de que el consejero de Salud de Andalucía pues tenga una intervención sobre ese día.

El señor ALONSO MIRANDA, CONSEJERO DE SALUD

—Aprovechando que hoy teníamos la comisión, le pedí al presidente la posibilidad, que yo creo que compartiremos entre todos los miembros de la comisión y lógicamente entre la Administración sanitaria, de sumarnos hoy al Día Mundial contra el Cáncer y mostrar nuestra solidaridad con aquellos pacientes que lo tienen y sobre todo nuestro compromiso en lo que planteamos, y yo creo que todos compartimos, que sería avanzar en todo lo que son los hábitos saludables, la prevención, la promoción, el tratamiento y la rehabilitación en aquellos casos que sea necesario. Quería comentarlo ahora, al final, porque creo que sería bueno que desde la Comisión de Salud, si a todos les parece bien, podamos recoger en acta nuestro compromiso con el Día Mundial del Cáncer y con trabajar en conjunto para que, tal y como va sucediendo en los últimos años, cada vez se convierta más en una enfermedad curable, y en aquellos casos en los que no lo es se convierta en una patología crónica que podemos mantener.

Creo que hay que mostrar desde aquí, y creo que es algo que debemos hacer todos en conjunto, nuestro compromiso con los pacientes oncológicos y con aquellos que en algún momento pueden serlo.

Si os parece bien me gustaría que sea una posición conjunta de la comisión, si al presidente le parece bien.

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Gracias, señor consejero.

Estoy convencido de que recogemos el sentir de toda la comisión. Estamos de acuerdo con usted. Y se hará constar también en acta ese sentir de todos y cada uno de los miembros de la comisión.

Muchas gracias.

Despedimos al consejero y seguimos con la comisión.

[Receso.]

### **10-15/APC-000693. Acuerdo para la procedencia de la comparecencia de una representación de la Fundación Mehuer, a fin de explicar la situación de las enfermedades raras en Andalucía**

El señor GARCÍA ANGUIA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Señorías, por favor, seguimos la comisión.

Señorías, como han visto en el orden del día, la Mesa de la comisión decidió la comparecencia de la Fundación Mehuer ante esta comisión para hablar de la situación de las enfermedades raras. Pero eso fue una decisión de la Mesa que tiene que ser ratificada por la comisión.

¿Algún inconveniente por el resto de los miembros de la comisión para esta comparecencia? Se aprueba.

Pues que pasen...

---

## 10-15/APC-000693. Comparecencia de una representación de la Fundación Mehuer, a fin de explicar la situación de las enfermedades raras en Andalucía

### El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Bien, iniciamos la comparecencia, aprobada por la Mesa y ratificada por la comisión, de la Fundación Mehuer.

Tiene una pequeña intervención de 15 minutos, después los grupos de menor a mayor, cinco minutos, y una segunda intervención.

Pues tiene usted palabra por 15 minutos.

Cuando quiera.

### El señor PÉREZ FERNÁNDEZ, PRESIDENTE DE LA FUNDACIÓN MEHUER

—Señor presidente de la comisión, señores portavoces, señores vocales, señorías.

Permítanme que, en primer lugar, agradezca la invitación a comparecer ante esta Comisión de Sanidad para abordar un tema al que he dedicado mucho tiempo durante los últimos 20 años, las enfermedades raras. Agradezco, además, y muy sinceramente, el interés de sus señorías por conocer la situación de las personas afectadas.

Una enfermedad rara o poco prevalente es aquella que afecta, como máximo, a 5 de cada 10.000 personas. Existen más de 7.000 enfermedades raras que afectan, en su conjunto, al 7% de la población. Extrapolando estos datos, en España habría tres millones de afectados; en Andalucía, 600.000, y 8 diputados de este Parlamento estarían afectados por alguna de ellas.

Su origen es genético en el 80% de los casos. Esto quiere decir que el código genético va a marcar a los enfermos y condicionar la aparición, o no, de la patología.

Un medicamento huérfano es un producto destinado a la prevención, diagnóstico o tratamiento de una enfermedad rara, cuyo desarrollo no se produce con normalidad debido al escaso interés que la industria farmacéutica tiene bajo las condiciones normales de mercado.

Según la Federación Española de Enfermedades Raras, FEDER, y la European Organisation for Rare Diseases, EURORDIS, el tiempo que transcurre desde la aparición de los primeros síntomas hasta el diagnóstico definitivo suele rondar los 5 años. No obstante, hay pacientes que tardan 10 años o más en alcanzarlo, e incluso otros que fallecen sin conocer qué patologías les afectaba. El 25% de los pacientes ha tenido que desplazarse fuera de su lugar de residencia para obtener el diagnóstico.

El coste de la enfermedad supone cerca del 20% de los ingresos anuales de cada familia afectada, debido a la adquisición de medicamentos y productos sanitarios, ayudas técnicas y productos de ortopedia, al transporte adaptado, la asistencia personal y la adaptación de la vivienda.

Dos de cada tres afectados poseen certificado de discapacidad, pero el 35% no está satisfecho con el grado reconocido, al considerar que no se les hizo una valoración adecuada por falta de conocimiento sobre

la enfermedad. Suelen necesitar apoyos para desarrollar actividades básicas, principalmente en su vida doméstica, movilidad y desplazamiento, recibéndolos habitualmente de la propia familia: padres, hermanos, esposos y esposas, y abuelos. Muchos afectados han perdido oportunidades laborales o de formación, y otros han tenido o han debido reducir la jornada laboral.

Dos son los principales problemas a los que se enfrentan los afectados: establecer el diagnóstico y encontrar el tratamiento. A pesar de que en los últimos años se han producido avances notables en prevención, diagnóstico y en diagnóstico precoz, hay muchos pacientes sin diagnosticar o pendientes de confirmación.

En cuanto al tratamiento, hay muy pocos medicamentos huérfanos disponibles, refiriendo, los pacientes y algunos profesionales sanitarios, la existencia de trabas y problemas de acceso a los mismos.

A fin de analizarlos, haremos referencia a lo que hemos venido a denominar círculos viciosos de las enfermedades raras. En el primer círculo vicioso, el paciente se encuentra mal, acude al médico, se desconoce qué puede padecer, por lo que no se le diagnostica enfermedad alguna.

En el segundo, el paciente es diagnosticado, pero no existe tratamiento para su mal.

En el tercero, el paciente es diagnosticado, y se conoce y se fabrica el tratamiento. Luego teóricamente debería romperse el círculo vicioso. No obstante, a veces no sucede, porque aparece el cuarto círculo vicioso, en algunos casos en los que el enfermo no recibe el medicamento con normalidad.

Analizando las causas, nos encontramos con la falta de presupuesto para hacer frente a los tratamientos, o bien con interferencias burocráticas de la prescripción.

¿Por qué ocurre esto? Según Yann Le Cam, director ejecutivo de EURORDIS, la Asociación Europea de Enfermedades Raras, porque los reglamentos europeos no se aplican, dando la siguiente explicación: el retraso legal para poner un medicamento huérfano en el mercado de la Unión Europea es de 180 días. Sin embargo, algunos Estados miembros tardan hasta 700 días en hacerlo, lo que significa que los pacientes no pueden acceder a los medicamentos.

Esto ocurre porque la designación de un medicamento huérfano, el protocolo y la autorización de mercado corresponden a la Agencia Europea de Medicamentos, pero la evaluación de valor terapéutico, el precio y el reembolso es responsabilidad de cada país miembro, que negocia el precio por separado con las compañías farmacéuticas.

En algunos Estados, estas negociaciones son muy complejas, al intervenir varios ministerios y representantes de las regiones, lo que retrasa la negociación y, como consecuencia, la posibilidad de ser administrados a los pacientes. En algunos casos, estos retrasos pueden ser de hasta cuatro años.

Como ejemplo extremo de lo que refiere Yann Le Cam, podemos citar el Arcerra, indicado para tratamiento de la leucemia linfocítica crónica, que tardó 50 meses y medio —casi seis años— en obtener la autorización de precio y reembolso por parte de la Agencia Española del Medicamento, una vez obtenida la aprobación de la Agencia Europea.

Posteriormente, continúa afirmando Yann Le Cam, en algunos países se han de superar las renegociaciones económico-administrativas en cada región e incluso en cada hospital. Esta sistemática, que no está prevista en la legislación vigente, retrasa la prescripción del medicamento y, por lo tanto, su administración a los pacientes.

Lucía Barrera, directora de *Gaceta Médica*, hacía las siguientes reflexiones con motivo de la celebración del Año de las Enfermedades Raras 2013: «Las desigualdades no solo se producen fuera de nuestras fronte-

ras. Cuando, por fin, un fármaco tiene aprobación y precio por parte del ministerio, hay comunidades que establecen filtros adicionales, como los comités de evaluación o las propias limitaciones presupuestarias de los hospitales, que condenan a los pacientes a la peregrinación en busca de tratamiento».

Les indicaba, al inicio de esta comparecencia, que el código genético marcaba a los enfermos y condicionaba la aparición, o no, de la patología. Según los testimonios anteriores, el código postal va a marcar a los enfermos y condicionar el tratamiento, o no, de la patología. Esta afirmación, que hago mía, fue realizada por don Boi Ruiz, hasta hace unos días consejero de Sanidad de Cataluña, en las jornadas farmacéuticas del Valle de Arán celebradas en 2014.

Evidentemente, esta situación genera inequidad entre los pacientes. Hay numerosos ejemplos y denuncias públicas sobre lo anterior. Una sentencia de un Tribunal Superior de Justicia regional hace prevalecer el criterio médico frente al económico, obligando —y cito textualmente— «a administrar el tratamiento con Eluquizumap, reiteradamente reclamado e insólitamente omitido y denegado a un paciente con hemoglobinuria paroxística nocturna, tras tres años sufriendo crisis hemolíticas e ingresos hospitalarios».

Una asociación de enfermos denunciaba la negativa de las farmacias de hospital a administrar determinado medicamento favorecedor de la movilidad en pacientes con esclerosis múltiple, invitándoles, en cambio, a que solicitaran voluntariamente y por escrito una fórmula magistral.

Juan Carrión, presidente de FEDER, manifiesta reiteradamente que el acceso eficaz solo se logra con presión política. Las negativas y los retrasos en la prescripción y administración de estos medicamentos suelen estar vinculados al elevado precio de los mismos. Sirvan como ejemplo los siguientes costos de tratamiento por paciente y año: 365.000 dólares cuesta el tratamiento con Naglazyme, indicado en el síndrome de Maroteaux-Lamy, del cual hay 150 afectados en España aproximadamente. Cuatrocientos mil dólares es el costo del tratamiento con Soliris, indicado en hemoglobinuria paroxística nocturna, del cual hay menos de 100 afectados en España. Y 375.000 dólares de tratamiento con Elaprased, para el tratamiento del síndrome de Hunter, que tiene 250 afectados en España.

Con respecto a esto, la directora de *Gaceta Médica* continúa diciendo que las restricciones son poco justificables, desde el punto de vista económico, ya que el gasto de medicamentos huérfanos representa solo el 0,5% respecto del presupuesto nacional. Es decir, su impacto es importante a nivel hospitalario, pero no es determinante en términos de sostenibilidad. Urge, por tanto, dar una solución, que debe pasar por establecer un fondo centralizado para las enfermedades poco frecuentes, algo con lo que un servidor está totalmente de acuerdo.

La mayoría de las veces se utilizan mecanismos legales para instaurar los tratamientos mediante la importación de medicamentos extranjeros no autorizados en nuestro país. En Europa hay 93 medicamentos huérfanos comercializados. En España 79 con código nacional asignado, pero solo 54 comercializados, por lo que es habitual recurrir a este mecanismo para tratar a los pacientes españoles, no sin antes salvar las correspondientes barreras burocráticas.

En cuanto a las actuaciones de la Administración, son dignas de reseñar, entre otras, la ponencia del Senado de España, de 2007, aprobada por unanimidad, que instaba al Gobierno a poner en marcha un plan de acción para combatir estas patologías. El pionero Plan de Atención a Personas Afectadas por Enfermedades Raras de Andalucía 2008-2012, que, independientemente de otras consideraciones, supuso una llamada de atención sobre este importante problema de salud pública, y la Estrategia en Enfermedades Raras, del siste-

ma nacional de salud, puesta en marcha en 2009 por el Ministerio de Sanidad. Posteriormente, otras regiones y el propio ministerio llevaron a cabo otras iniciativas similares.

Conclusiones. En mi calidad de cofundador de la Federación Española de Enfermedades Raras, de presidente de la Fundación Mehuer y de miembro del Consejo Asesor del Ministerio de Sanidad, dentro del Grupo de Trabajo sobre Enfermedades Raras, he tenido la oportunidad de compartir numerosas experiencias en los últimos veinte años, por eso, y agradeciendo la amable invitación a esta comparecencia, comparto con sus señorías las siguientes conclusiones:

Es necesario impulsar el desarrollo de la Estrategia en Enfermedades Raras del sistema nacional de salud y su coordinación entre las diferentes comunidades autónomas, dotándolo de recursos suficientes.

Promover la investigación en enfermedades raras en España, asegurando su viabilidad y sostenibilidad.

Coordinar las actuaciones de los centros, servicios y unidades de referencia, Cesur.

Implementar un modelo de asistencia integral, asegurando un diagnóstico precoz y la armonización del cribado ampliado en todas las comunidades autónomas.

Conseguir un acceso rápido y equitativo al diagnóstico y al tratamiento en toda España, unificando informes y evaluaciones, y evitando demoras en las decisiones sobre financiación y precio de los medicamentos, a fin de conseguir un precio común real en toda España.

Agilizar los trámites para la prescripción y dispensación de medicamentos extranjeros.

Crear un fondo estatal para sufragar los tratamientos con medicamentos huérfano y eliminar de esta forma la presión económica a las consejerías, los servicios de salud y los hospitales.

Conseguir la coordinación real, leal y efectiva en el seno del Consejo Interterritorial de Salud.

Señorías, lo resumiría todo con una sola frase: es necesario asumir el reto de coordinar, en el caso de las enfermedades raras, los 17 modelos sanitarios existentes en España para abordar con garantías la solución.

Muchísimas gracias.

## El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señor presidente.

A efectos del acta, decir que se llama don Manuel Pérez Fernández, que es el presidente de la fundación.

Ahora tenemos una intervención de los grupos de hasta cinco minutos, de menor a mayor. Empieza Izquierda Unida.

Tiene usted la palabra, señoría.

## La señora NIETO CASTRO

—Gracias, presidente.

Gracias, señor Pérez, por haber aceptado nuestra invitación. Es un placer tenerle aquí y abordar estas cuestiones con una persona de tan dilatada experiencia y conocimiento en este ámbito, que a buen seguro nos va a ser de mucha utilidad en el trabajo de los distintos grupos parlamentarios a su disposición, para tra-

tar de mejorar algunos de los elementos que usted citaba como debilidades a las que se enfrentan las personas aquejadas de enfermedades raras.

He creído entender de sus palabras que los dos problemas fundamentales son el tiempo que se tarda en diagnosticar a la persona que padece la enfermedad y, después, el tiempo que transcurre hasta que finalmente puede dársele el tratamiento adecuado.

Y me gustaría, si es usted tan amable, en su segunda intervención, si nos puede sugerir, de alguna manera concreta, en el ámbito de la competencia autonómica, que comparto absolutamente con usted que debiera ser una situación homogénea para todo el territorio, pero, dado que no lo es, que el marco de competencia es el que es y la legislación vigente también, a su criterio cuáles serían las medidas que podría tomar la Consejería de Salud para acortar esos tiempos de diagnóstico y también para favorecer el acceso de las personas necesitadas de esos medicamentos en un tiempo menor.

Y volverle a agradecer la intervención y que haya aceptado estar hoy aquí con nosotros.

Muchas gracias.

### El señor GARCÍA ANGUIA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Gracias, señora Nieto.

Por Ciudadanos, señora Albás, tiene cinco minutos.

### La señora ALBÁS VIVES

—Muchas gracias, señor presidente.

En primer lugar, pues agradecer su asistencia a esta comisión. Escucharle siempre es un placer, y desde Ciudadanos, y entiendo que el resto de grupos parlamentarios también, nos ponemos a su disposición en todo aquello que podamos llevar a cabo para mejorar esta situación.

Pensamos, tal y como ha expuesto usted, que en las 17 comunidades autónomas todos los ciudadanos somos españoles y todos los ciudadanos debemos tener la misma facilidad a la hora de poder acceder a esos medicamentos huérfanos, también la agilidad a la hora del diagnóstico. Es una situación que ocurre, desafortunadamente, y creo que todos debemos trabajar por que eso deje de ocurrir. Todos los españoles somos iguales vivamos donde vivamos.

Y me pongo a su disposición para lo que necesite, y ha sido un placer escucharle.

Muchas gracias.

### El señor GARCÍA ANGUIA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señoría.

Por el Grupo Podemos, señor Gil.

El señor GIL DE LOS SANTOS

—Gracias, señor presidente.

Señorías, me gustaría comenzar agradeciendo la presencia hoy aquí de la Fundación Mehuer y mostrarle el absoluto y sincero apoyo del Grupo Parlamentario Podemos Andalucía.

Uno de los problemas de la gestión sanitaria y del diseño de las políticas de salud es el dar prioridad a los criterios de eficiencia frente a los de justicia social, sin haber realizado un análisis en profundidad. El discurso tradicional sobre la eficiencia se basa en el binomio resultados/coste. Desde una perspectiva basada en la población como un conjunto, la equidad se toma como una variable más de los resultados, de forma que si algo es equitativo se considera que aumenta la eficiencia del sistema sanitario.

Desde ese punto de vista utilitarista, un servicio será más justo cuanto mayor sea la cantidad total de bienestar conseguido, con independencia de cómo se distribuya. En esta línea, se considera mejor alargar un año la vida de mil personas de 74 años, que alargar 73 años la vida de 12 personas que morirían antes de cumplir un año de edad.

Por el contrario, valores tales como la igualdad de oportunidades se explican porque la inversión en patologías que afectan de forma importante, y en ocasiones fatal, a grupos pequeños de población es necesaria y se impulsa bajo el criterio de justicia social; o, dicho de otro modo, se considera que dejar a alguien atrás no es eficiente ni justo.

Las llamadas enfermedades raras incluyen a un grupo de, al menos, 677 enfermedades que afectan a cinco o menos personas de cada 10.000, unas personas que sufren gravísimos problemas, como el acceso tardío y poco equitativo al diagnóstico, con retrasos de hasta diez años; limitaciones en el acceso al tratamiento, si es que éstos llegan; el carácter crónico de estas enfermedades, que conllevan una importante limitación de la calidad de vida; un alto coste familiar, y, en el peor de los casos, la muerte prematura.

A ello contribuyen varios factores: en primer lugar, que son enfermedades que en muchos casos no son motivo de actuaciones de salud programadas para la provisión de servicios. A esto se une la insuficiente información a los afectados y la falta de desarrollo adecuado de competencias específicas entre los profesionales sanitarios, para continuar con la ausencia de registros adecuados, las trabas burocráticas entre administraciones, los retrasos en la financiación o uso de medicamentos, entre otros.

Desde Podemos Andalucía apoyaremos todas las medidas necesarias que permitan avanzar en la mejora de la calidad de vida de los pacientes y de las familias, y de los familiares, de los afectados por alguna enfermedad rara. Y, por supuesto, ofreceremos también nuestro apoyo a las propuestas, en este sentido, de la sociedad civil y los profesionales de organismos como la Fundación Mehuer, la Federación Española de Enfermedades Raras o la Asociación Española de Laboratorios de Medicamentos Huérfanos y Ultrahuérfanos.

Entre estas medidas, estarían las de aumentar el conocimiento epidemiológico y general sobre las enfermedades raras, como problema de salud pública; el apoyo a la investigación; la consecución de un acceso rápido y equitativo al diagnóstico y tratamiento con los medicamentos apropiados; la formación de profesionales en estas patologías especiales; apoyar a las familias y a las asociaciones de afectados, etcétera.

En la última década se han producido avances positivos, como la creación de asociaciones, además de los esfuerzos que se han realizado, que han realizado algunas administraciones para mejorar la situación. Sin

embargo, consideramos que son insuficientes y echamos en falta una voluntad política e institucional decidida para afrontar un problema de salud que sabemos que es complejo y que precisa de la implicación de las diferentes administraciones, de organismos oficiales y, por supuesto, también de la ciudadanía.

Valoramos los esfuerzos de la Consejería de Salud, reconocemos el excelente trabajo de las siete unidades, cinco de ellas situadas en Sevilla, que atienden a pacientes de seis de esas enfermedades, pero nos preguntamos si son suficientes.

Coincidimos en gran parte con las formulaciones del Plan de Atención de Afectados de Enfermedades Raras 2008-2012, que no se ha actualizado y sigue aplicándose hoy en día, pero nos preguntamos cuál es su desarrollo real y cuáles han sido sus resultados concretos.

Para terminar, quiero volver al principio. La sanidad y la sociedad andaluza necesitan un nuevo enfoque, incluso en el lenguaje. ¿Por qué llamamos enfermedades raras a aquellas que afectan a entre 27 y 30 millones de europeos, casi tres millones de españoles y alrededor de medio millón de andaluces? Tal vez deberíamos empezar a llamarlas enfermedades no rentables para la industria, o enfermedades no suficientemente atendidas por las administraciones. Empecemos a luchar por consolidar ese nuevo enfoque y pongamos las bases para que, en un futuro próximo, todo seamos iguales también ante la sanidad.

Muchas gracias.

### El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señoría.

Ahora corresponde el turno al Partido Popular. Señora García Carrasco.

### La señora GARCÍA CARRASCO

—Gracias, señor presidente.

Y bienvenidos. Gracias, por acudir a nuestra llamada. Y agradecerle la federación y a otras muchas asociaciones la labor tan importante que hacen para sacar del anonimato a las enfermedades raras, porque la verdad es que muchas veces ese anonimato repercute en que todos esos objetivos y esas conclusiones que usted ha dicho no se lleven a cabo. Y no es solo un nombre, sino que son personas, son andaluces que tienen problemas en su calidad de vida, en su calidad asistencial, en cómo se les trata, y también sus familiares.

Lo hemos dicho, con el anonimato de esas enfermedades raras, la sociedad... Cuando hablamos de enfermedades y le ponemos el adjetivo de raras, muchos no son conscientes de que es un problema de salud. Una enfermedad rara es un problema de salud, y así tenemos que hacérselo ver a la sociedad y concienciar a la sociedad.

Ha dicho «el primer problema», yo lo considero también así, es un diagnóstico alargado en el tiempo que somete a estas personas que están afectadas por enfermedades raras a un calvario hasta que reciben ese diagnóstico. Y después, una vez que han recibido ese diagnóstico, nos encontramos con que el acceso al medicamento ya es un problema. Muchos de los que tienen el medicamento resulta que el medicamento no es el adecuado, porque a los profesionales sanitarios, por mucho que hablemos de formación, todavía les queda mucho que recorrer en este camino. Y yo creo que es muy importante.

Y reconocer que existe un plan en Andalucía de Atención a las Personas con Enfermedades Raras, que yo creo que ha llegado el momento de valorar y evaluar qué se ha conseguido con ese plan, qué objetivos de los que se planteaban y de las medidas que se ponían encima de la mesa con ese plan se han conseguido, y en qué se puede mejorar. Yo creo que sería muy importante caminar en ese sentido. Y, por supuesto, creo importantísima la coordinación entre comunidades, la coordinación con el Sistema Nacional de Salud, para un problema de salud, para que cada uno no vayamos por un sitio, y para que la fuerza haga de verdad que el tema y el problema que sufren los andaluces y los españoles con enfermedades raras se le pueda dar una pronta solución.

El Partido Popular está, por supuesto, a su disposición, para trabajar y para colaborar.

Gracias.

### El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señoría.

Le corresponde el cierre al Partido Socialista.

Su señoría tiene la palabra.

### La señora PACHÓN MARTÍN

—Gracias, señor presidente.

Muchas gracias también, señor Pérez, presidente, por estar aquí esta mañana.

El Grupo Parlamentario Socialista quiere darle la bienvenida al Parlamento, a la casa de los andaluces y de las andaluzas, para trasladar así las demandas y las reivindicaciones que tienen esas personas afectadas por enfermedades raras. Y destacar, como no puede ser de otra forma, la labor de sensibilización y visibilidad que esta fundación les da a esas personas, a sus familiares también y a sus cuidadores. Una función que entendemos que es fundamental y muy importante no solamente para sensibilizar a la población, sino también y fundamentalmente para reivindicar en las administraciones públicas, que también es importante.

De ahí pues queremos destacar, como usted hacía anteriormente en su intervención, un pequeño recorrido de lo que es el concepto de medicamentos huérfanos. Y, probablemente, esa sea quizás la punta de lanza. Son esos medicamentos destinados para una minoría y que quizás pues no se vea que tengan un recorrido importante a nivel económico y, por tanto, no se apueste, quizás, de manera decidida, y que cueste, quizás, tanto trabajo, que sea tan complicado el acceder directamente al medicamento para esas personas afectadas y que, realmente, lo necesitan.

Y es que ha ido de la mano, en esta trayectoria, desde que en los años 80 en Estados Unidos se determina este concepto de enfermedad rara..., siempre ha ido ligado, de la mano, de ese medicamento huérfano, una enfermedad desconocida que no encuentra una solución.

Desde la Consejería de Salud, desde la Junta de Andalucía, siempre se ha tenido a bien atender a estos pacientes. Se ha tenido, quizás, una especial sensibilidad. Y desde Andalucía hemos sido punta de lanza en la atención a las personas con enfermedades raras. Prueba de ello es ese convenio que se firma en 2005,

entre la Consejería de Salud y la Federación Española de Enfermedades Raras, donde se hace un especial hincapié, una especial atención, fundamentalmente en la formación, en la investigación, en la colaboración, y donde se empieza a subvencionar también, por parte de la Administración pública andaluza, a las entidades y a las asociaciones para, de alguna manera, apoyarles y acompañarles en este camino tan complicado en ese momento.

Ya se ha hecho alusión, por los distintos grupos parlamentarios de esta comisión, de ese Plan de Atención a las Personas Afectadas con Enfermedades Raras. Desde Europa se hacía una llamada de atención en 2009, de que debía de haber un plan en torno a las enfermedades raras. Pero Andalucía ya era pionera, contando con ese plan en 2008, donde ha sido una herramienta de trabajo muy importante y que ha marcado una hoja de ruta principal e interesante para atender estas enfermedades raras de manera holística, multidisciplinar e integral.

Y sí es cierto que, probablemente, estemos en ese punto en el que debemos evaluar, en el que debemos de ver el recorrido de ese plan y cómo se ha ido desarrollando en estos cuatro años del mismo. Pero asentaba las bases de cosas muy importantes, como nuevos derechos sanitarios, que, si me lo permiten, me gustaría destacarles en esta mañana. Como ha sido la solicitud de una segunda opinión médica para la conformación de la enfermedad, algo tan importante. O el derecho al consejo genético y al diagnóstico genético preimplantatorio, algo fundamental para aquellos progenitores que quieren tener a su descendencia, a sus hijos e hijas, libres de ese gen, para así, de esa manera, garantizarles tener niños y niñas sanas, y algo que nuestra sanidad pública andaluza aun lo deja recogido y da la oportunidad a esos progenitores. O el cribado neonatal, que ha sido ampliado para poder identificar de forma temprana esas enfermedades que afectarían también al recién nacido. O la creación del Registro de Enfermedades Raras, el impulso de la atención temprana, la puesta en marcha también de nuevos protocolos de métodos de diagnóstico sobre las enfermedades poco frecuentes. Y, cómo no, apoyar e incentivar la investigación personalizada con la información de la red de investigación de enfermedades raras.

Desde 2010 hasta la fecha, hay un dato que también nos gustaría destacar desde este Grupo Parlamentario Socialista, y es que han sido 28 los proyectos de investigación relacionados con este tipo de enfermedades, contando con el liderazgo de 13 investigadores principales. Y del mismo modo también, desde nuestro sistema de salud público andaluz, se han lanzado 21 patentes relacionadas con las enfermedades raras.

Desde la Consejería de Salud, señor presidente, y, por supuesto, desde su Consejo de Gobierno, con nuestra presidenta, nos consta que hay una voluntad expresa y decidida para seguir trabajando en mejorar y atender las demandas y necesidades de las personas afectadas, pero, cómo no, también de sus familiares y de sus cuidadores y cuidadoras.

Y no nos cabe tampoco la menor duda de que desde el Consejo de Gobierno se va a atender a una atención, de manera —como les decía— integral, apostando desde las distintas consejerías de la Junta de Andalucía, como no puede ser de otra forma también, y apostando de manera decidida por una Ley de Dependencia, de la que muchas de estas personas que padecen estas enfermedades necesitan beneficiarse y se están beneficiando.

Queremos finalizar, desde el Grupo Parlamentario Socialista, presidente, agradeciéndole, como empezamos en esta intervención, agradeciendo la función que vienen realizando, la función que realiza su fundación

y las asociaciones que pertenecen a la misma, porque, de alguna manera, cubren aquellas lagunas donde no puede llegar la Administración pública.

Y hacerle una mano tendida, desde el Grupo Parlamentario Socialista, para, en la medida de lo posible, desde la sinergia que cada uno podamos aportar, mejorar la calidad de vida de esas personas.

Muchísimas gracias.

### El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señoría.

Segunda intervención. Y quiero decirle al señor Pérez que si necesita más de cinco minutos seremos condescendientes, porque creemos que el tema es de entidad suficiente para eso.

### El señor PÉREZ FERNÁNDEZ, PRESIDENTE DE LA FUNDACIÓN MEHUER

—Muchísimas gracias.

En primer lugar, porque siempre es de agradecer la disposición de los grupos parlamentarios a oír nuestras demandas y a comprobar que lo que realmente hemos hablado aquí esta mañana, o estamos hablando, no va a caer en saco roto, sino que va a ser, digamos, la continuidad de la actuación que se lleva a cabo en los últimos tiempos. Y, sobre todo, más que continuidad, el impulso.

Han hecho ustedes algunas apreciaciones que agradezco muchísimo, porque me permiten, digamos, un poco, a modo también de conclusión, decir que es importante el funcionamiento del plan andaluz de enfermedades raras. Está dando sus resultados, evidentemente. Es importante analizar sus resultados, de verdad, es importante analizarlos. Es importante facilitar las derivaciones y agilizar las listas de espera, en el caso de las enfermedades raras. Creo que si se puede hablar de discriminación positiva en el caso de las enfermedades raras por tratarse de un grupo sensible, o un 80% de patologías genéticas o de origen genético; o tratarse de la mayoría de los enfermos niños o de familias que, a veces, están sufriendo en demasía, pues es bueno facilitar las derivaciones, agilizar las listas de espera y, si fuera posible, una discriminación positiva en este caso.

Es importante también romper la inequidad que hay. Al no conocer los resultados efectivos de este plan andaluz —que me encantaría conocerlo, sobre todo porque si somos ejemplo en el resto de España, como de hecho lo somos en muchos aspectos—..., pues si somos ejemplo también en este tema, pues decirlo, y que nos copien lo bueno que hacemos, y si hacemos algo mal, pues lo corregimos rápidamente, y si tenemos que copiar algo, pues lo copiamos también, porque de lo que se trata al final —como bien ha dicho— es de personas, se trata de personas, de familias, ¿no?

Quiero agradecer muchísimo también el conocimiento que me demuestran que tienen en este campo, porque se ha hablado del aumento en la formación de profesionales, por supuesto; o sea, llevamos muchísimo tiempo pidiendo que las facultades de Medicina y la facultad de Farmacia, de la de Ciencias de la Salud contemplen algunos aspectos vinculados al tema de las enfermedades raras. Las enfermedades raras,

la solución es un esfuerzo de todos, no es esfuerzo de..., ni de sanitarios, ni de Administración pública, ni de sociedad civil; es un esfuerzo de todos. A veces surge el debate, con el nombre de por qué se llaman enfermedades raras, porque puede suponer algo de discriminación. Yo he hablado con cientos de pacientes, por no decir miles de pacientes y ninguno se siente discriminado porque su enfermedad se llame rara, él sabe que se llama rara porque es poco prevalente.

La enfermedad rara viene de la traducción del inglés, de *rare disease*. Si uno busca en Internet —donde buscamos todos—: enfermedad poco prevalente, enfermedad minoritaria... Le van a distraer. O sea, buscar información en Internet, que la hay muy buena y muy mala, también habría que intentar formar adecuadamente para discernir la información buena de la información mala. Si uno busca enfermedad rara encuentra cosas..., si busca enfermedad poco prevalente, minoritaria, encuentra cosas que no son de enfermedades raras. Entonces, creo que ese debate que, digamos, ni los enfermos ni las personas que estamos en las asociaciones y fundaciones tenemos, creo que tampoco es bueno tenerlo porque en realidad no..., no existe, ¿no?

Queda, en este tema, muchísimo por hacer; muchísimo por hacer en diagnóstico, muchísimo por hacer en diagnóstico precoz, muchísimo por hacer en derivaciones, en todo lo que tiene que ver con la obtención de resultados en salud, y sobre todo en mejorar la vida de estos pacientes.

El código postal, como he comentado, marca..., marca muchísimo, marca una barbaridad. Evidentemente, no es lo mismo nacer en una región española que nacer en otra; nacer en una provincia que nacer en otra; o estar cerca de un hospital importante o no. Eso..., no es lo mismo para el tratamiento y para el diagnóstico de estas personas; es importantísima la coordinación. Además también en temas de cribado, porque no se hace un cribado común en toda España. O sea, mi obligación es hablar de que no se hace un cribado común en toda España, a pesar de que, en Andalucía, se pueda hacer un cribado ampliado. Pero creemos que es importante que todos los ciudadanos tengan acceso al cribado ampliado. Y sobre todo no podemos olvidarnos de que hay muchos pacientes sin diagnóstico. Tampoco podemos olvidar que hay muchos pacientes sin diagnóstico, que hay que agilizar y formar adecuadamente a los profesionales, y dotar adecuadamente los centros —como he comentado antes, Centro de Servicio de Tosesur—, con la intención de que tanto el diagnóstico como el tratamiento se agilicen.

Por último, sí me gustaría agradecer, de nuevo, a los grupos y al Parlamento la invitación que se me ha realizado, se ha realizado a la fundación para poder estar aquí hoy con ustedes. Y, por supuesto, me pongo a disposición, tanto del Parlamento como de los distintos grupos, para trabajar conjuntamente porque al final de todo esto están los pacientes, están personas y familiares, y situaciones realmente graves.

Muchas gracias.

### El señor GARCÍA ANGUIA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muy bien. Muchas gracias.

Le queremos agradecer al presidente y al tesorero de la Fundación Mehuer su comparecencia.

Si algún grupo quiere hacer alguna pregunta que haya quedado en..., ¿ninguna pregunta?

Pues, le agradecemos su presencia...

¿Sí? Podemos.

El señor GIL DE LOS SANTOS

—Simplemente la mención de enfermedad rara, como concepto, no era abrir un debate sino simplemente el utilizarlo como recurso estilístico, haciendo mención de que porque sea rara no se tiene que poner..., o sea, se tienen que poner los medios suficientes, y si es raro, también se tiene que estudiar; o sea, no porque sea raro no se tiene que poner ni los medios disponibles, ni los profesionales tienen que formarse, ¿vale? Simplemente era un recurso, ¿vale?

Gracias.

El señor PÉREZ FERNÁNDEZ, PRESIDENTE DE LA FUNDACIÓN MEHUER

—Sí, lo he entendido así. Lo que pasa es que como ese debate existe en muchos aspectos en la sociedad, sí he querido hacer..., utilizar la oportunidad que me ha dado al sacar el tema, aunque haya sido en ese tono, que lo he entendido, así además —se ha explicado usted correctamente—, lo ha querido utilizar para aclarar el tema.

Muchísimas gracias.

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Pues, muchas gracias. Y lo despedimos.

[Receso.]

## 10-15/PNLC-000207. Proposición no de ley relativa a auditoría de nuevos centros hospitalarios

### El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Entramos en el último punto del orden del día: de proposiciones no de ley. Vamos a alterar, si les parece bien, porque tiene prisa el portavoz de Podemos, y vamos a empezar con la PNL del Grupo Parlamentario de Podemos Andalucía, relativa a la auditoría de nuevos centros hospitalarios.

Tienen, como ustedes saben, siete minutos, el proponente; cinco, el resto de grupos, y cinco, la segunda intervención.

### El señor GIL DE LOS SANTOS

—Gracias, señor presidente.

Las noticias aparecidas en los últimos meses sobre la puesta en funcionamiento de los nuevos centros hospitalarios de alta resolución, chares, y de los hospitales que sustituirán a otros en funcionamiento, son una sucesión de retrasos y aplazamientos que desconciertan a la ciudadanía y la llevan a la desconfianza en quienes la gobiernan.

Si añadimos las promesas de otros grandes hospitales, de los que no se ha vuelto a hablar, pero sobre los que no ha habido una explicación que reconozca que no son posibles en los próximos años, nos encontramos con un panorama descorazonador tras el *boom* hospitalario, en Andalucía, de los años 2000.

Si repasamos, tras rastrear noticias de prensa de los centros a los que nos referimos, si nos encontramos esta relación, posiblemente no exhaustiva, centros, al parecer, acabados y equipados, pero sin accesos, saneamiento o electrificación. Por no hablar de las ofertas públicas de empleo, que deberían estar planificadas, pero que, sin embargo, ni están, ni se les espera; o, por lo menos, no se aclara. ¿O quizás los nuevos centros se reforzarán sacrificando el empleo y vaciamiento de servicios de centros cercanos?

¿Encajar al personal estatutario de esos centros cercanos de forma provisional en régimen de laboral?

A los que me refiero... La relación no es exhaustiva, como he dicho previamente. En esta situación se encuentran:

Los chares de Cártama o Lepe, hospital de Écija, hospital de Ronda y de La Línea de la Concepción.

Chares en obras, al parecer a punto de acabar, pero sin fecha cierta de finalización ni de puesta en marcha, como Vejer de la Frontera o Cazorla.

Chares con otras paradas: Arcena.

Chares abiertos con una cartera de servicios mínima, como el de Lebrija o como el de Loja, que todavía no está su puesta en funcionamiento total y completo.

Chares en los que no han comenzado aún las obras, tal vez aparcados: La Carolina, Jaén, Mijas, Estepona, Órgiva, el de Alpujarras, Palma del Río, Córdoba.

Obras de ampliación de hospitales sin dotación presupuestaria: Hospital Costa del Sol, Materno Infantil de Almería.

Hospitales de los que no se ha vuelto a hablar, como nuevo hospital de Cádiz, nuevo o tercer hospital de Málaga, el antiguo Hospital Militar de Sevilla, hospital de Morón, que sustituiría al actual.

Creemos que este Parlamento y los andaluces y andaluzas deben conocer cuál es la situación real de la planificación de infraestructuras hospitalarias para la comunidad autónoma en esta legislatura. Cuáles son las que faltan, obras y equipamientos, con su coste, qué dificultades de acceso, la acometida de suministros básicos que presentan, cuál sería su cartera de servicios inicial y final, etcétera.

No estamos exigiendo ahora que se pongan todos en marcha en esta legislatura, sólo que la Consejería de Salud informe verazmente de sus previsiones e incluso de sus dificultades, que se informe del presupuesto necesario para ello.

No es criticable decir la verdad, sino ocultarla intentando engañar a aquellos para los que se supone que se levantan esas infraestructuras que les prestarán servicios en mejores condiciones.

Así que espero la réplica.

Muchas gracias.

### La señora LÓPEZ MARTÍNEZ, VICEPRESIDENTA DE LA COMISIÓN

—Gracias, señoría.

Tiene la palabra el Grupo de Izquierda Unida.

### La señora NIETO CASTRO

—Gracias, presidenta.

Con relación a la iniciativa que nos traslada el Grupo Parlamentario de Podemos, anticipar el voto favorable de nuestro grupo parlamentario, con algunas reflexiones que queremos trasladarles y compartir con el resto de grupos.

Es cierto que necesitamos tener un punto de partida cierto en el que conocer la situación real de la infraestructura, la que está iniciada, pero pendiente de su finalización, y la que está comprometida, pero que aún no ha comenzado. Y también cruzar esos datos con las necesidades o los déficits de atención sanitaria que puede haber en los territorios para los que esos proyectos inicialmente nacieron.

Aquí hay una relación extensa. Podríamos plantear si hay algunos que aún no ha comenzado, que quizás no sería una prioridad actual y quizás sí lo sería la finalización de lo que ya está iniciado, de lo que ya ha consumido recursos públicos y lo que, además, ya ha generado una expectativa de satisfacción de demandas a la ciudadanía de su entorno.

En ese cruce de datos, que finalmente debiera dar el mapa de las prioridades a atender por el presupuesto, que comprendemos que, al ser limitado, no lo puede atender todo a la vez, sí que desde el Grupo Parlamentario de Izquierda Unida consideramos interesante que se priorice la finalización de los equipamientos sanitarios públicos, que, por no estar a disposición de la ciudadanía, obligan a los conciertos privados. Porque esto es un círculo vicioso: como no se termina el equipamiento sanitario público y es obligada la prestación sanita-

ria a la ciudadanía de esa zona, hay que recurrir a los conciertos, que además salen muy caros, porque, como no hay una alternativa pública, hay que concertarlos al precio que quien tiene la clínica privada pone.

Como eso consume muchos recursos y la Administración tiene recursos escasos siempre, le falta para rematar esas obras, con lo cual, la necesidad sigue creciendo, la obra que no se termina se va deteriorando, cuando se reinicia hay buena parte de lo ya hecho que hay que volver a hacer y ese sobre coste no lo puede asumir la Administración; por tanto, volvemos nuevamente al concierto.

De hecho, el dinero destinado a conciertos, ahora se ha autorizado el gasto en el Consejo de Gobierno de la semana pasada, ha aumentado en algunas provincias extraordinariamente, como por ejemplo en la mía, en la provincia de Cádiz, donde hay localidades y comarcas enteras que no tienen un centro público de referencia, sólo tienen uno privado, lo cual coloca en una posición muy menesterosa al SAS, a la hora de negociar, que a nosotros no nos parece aceptable.

Por tanto, nos parece muy oportuna la iniciativa. Clarifiquemos lo que se está haciendo y lo que está por hacer, clarifiquemos su cuantificación económica y los déficits de personal que debiera asumir la Administración para cubrir el servicio adecuadamente. Homogeneicemos la cartera de servicios públicos que se le prestan a toda la ciudadanía y valoremos cuánto dinero es. Y, luego, establezcamos unas prioridades acordes a la escasez de recursos, pero, sobre todo, a la garantía de que la asistencia llega en condiciones equitativas y de calidad a toda la población andaluza.

Muchas gracias.

### La señora LÓPEZ MARTÍNEZ, VICEPRESIDENTA DE LA COMISIÓN

—Gracias, señoría.

Tiene la palabra el Grupo Parlamentario Ciudadanos.

### La señora ALBÁS VIVES

—Gracias, presidenta. Buenos días, señorías.

La proposición no de ley que trae a la comisión el Grupo Parlamentario de Podemos nos parece correcta, lo que pasa es que es un poquito frustrante porque, realmente, vemos que las cosas no se hacen conforme se deberían hacer. Entonces, también anticipo nuestro voto favorable a esta proposición no de ley.

Entendemos que la construcción de los chares no se pueden tomar a la ligera, es algo muy serio. La atención sanitaria de los ciudadanos va en ello.

Desde el Grupo Ciudadanos pedimos que no prometan lo que no se puede cumplir, esas promesas incumplidas frustran las expectativas de muchos ciudadanos y pedimos que lo que prometan se cumpla, se cumpla para dar ese servicio sanitario que necesitan los ciudadanos de esa localidad.

Pedimos transparencia y, sobre todo, pedimos como representantes que somos de los ciudadanos la correcta gestión de los recursos. No podemos encontrarnos con chares a medio hacer, a medio dotar. Resulta que lo he acabado, pero ahora no hay dotación presupuestaria para ponerlo en funcionamiento. No.

Y lo que decía mi compañera del Grupo de Izquierda Unida: esos chares que están contruidos, pero no se ponen en funcionamiento durante años, se van deteriorando. Al final sale no caro, carísimo, el poder poner esos chares en funcionamiento.

Entonces, insisto, y sabemos, además, también, que los recursos son limitados, y es por ello que debemos gestionarlos correctamente.

Estamos hablando del dinero de los ciudadanos andaluces, el cual debe ser gestionado de una forma correcta. Y lo que he dicho antes, insisto: debemos pensar que el dinero no se puede gastar alegremente. La gestión debe ser correcta, y normalmente esto siempre pasa en campañas electorales o en precampaña electoral: hoy prometo una cosa, y ya pasan los años y no se cumplen.

Entonces, es muy importante la proposición no de ley. Yo creo que es muy correcta para darnos la información clara, concreta y concisa en que se encuentran..., en qué situación se encuentran, a día de hoy, los chares en esta comunidad autónoma.

Gracias.

### La señora LÓPEZ MARTÍNEZ, VICEPRESIDENTA DE LA COMISIÓN

—Gracias, señoría.

Tiene la palabra el Grupo Parlamentario Popular.

### La señora GARCÍA CARRASCO

—Gracias, señora presidenta.

Pues decir, desde un principio, que el Grupo Parlamentario Popular también va a aprobar esta proposición no de ley del Grupo Podemos, por dos razones muy sencillas: la primera es que, desde el comienzo de la legislatura, el Grupo Parlamentario Popular ha dicho que si estamos en este punto es porque no ha habido una planificación ni una programación sanitaria real que obedeciera a los criterios de sanidad, de territorialidad, de equidad. No ha existido y lo hemos puesto de manifiesto.

Como también hemos puesto de manifiesto que, para que esto no vuelva a ocurrir, no vuelva a suceder, lo que hay que hacer es un plan de infraestructuras, como ha dicho el compañero de Podemos, que no se va a aceptar la enmienda porque considera oportuno que se haga una iniciativa sólo para eso, pero que lo importante sería realizar un plan de infraestructuras lógico y que sea por criterios sanitarios, de equidad, de acceso, de territorialidad, de necesidades. Y eso es lo que nosotros entonces haremos en una iniciativa sola para presentarlo en la comisión.

Desde el principio de la legislatura, esta comisión en sanidad ha sido un testigo muy fiel del reiterado incumplimiento en infraestructuras del Gobierno andaluz con los andaluces en todas las provincias. Hemos escuchado el chare de Alcalá, el chare de Loja, el chare de Cártama... Ahora, el chare de Lepe, que llegará.

Las infraestructuras sanitarias en Andalucía, y el Grupo Popular lo ha dicho muchas veces, se han utilizado como moneda de cambio de forma partidista, y en muchísimas ocasiones no han sido respaldados por criterios sanitarios, ni de necesidades, ni de territorialidad, ni nada que se le parezca.

Hace 14 años me gustaría recordar que el grupo..., el Gobierno andaluz se comprometió con los andaluces a que ningún andaluz estuviera a más de 30 minutos de un hospital, y que para eso prometía..., y se comprometía a hacer 26 chares. Bueno, pues 14 años después —y aquí no nos vale ni la crisis..., porque la crisis llegó muchísimos años después de esos 14—, nos encontramos con 13 chares, 13 chares que no están funcionando al ciento por ciento y 13 chares..., que no están acabados de construir los 13 chares.

Y decía que las infraestructuras se han utilizado en Andalucía, y hay muchos ejemplos, pero yo voy a poner el que tengo más cercano, que es en mi provincia, el chare de Alcalá la Real y el chare de Alcaudete.

El chare de Alcaudete atiende a una población de 11.000 habitantes, y a 30 kilómetros..., y ese tiene sus urgencias en funcionamiento y está a pleno rendimiento, pero a 30 kilómetros tenemos el chare de Alcalá la Real, que atiende a una población de 30.000 habitantes. Alcalá la Real..., 16 pedanías, Castillo de Locubín y Frailes, y que no está funcionando al ciento por ciento y que sus urgencias y su área de hospitalización no están funcionando y que desde el año 2011 tienen a los profesionales sin contratar, a pesar de aprobar su plaza, para abrir esta área.

A mí me gustaría que alguien nos explicara este disparate de esta inversión doble en 30 kilómetros. Mientras hay ciudadanos andaluces que no pueden acceder a la sanidad con ese compromiso de 30 kilómetros, tenemos dos chares en mi provincia a 30 kilómetros, uno funcionando y otro no. Me gustaría que me explicaran los criterios sanitarios de atención y de proporcionalidad que están presentes en estas dos obras y que yo sé que se dan en más.

Esta arbitrariedad y esta planificación hacen necesaria yo creo que una evaluación exhaustiva de todas las infraestructuras que tenemos ahora mismo en marcha en nuestra comunidad autónoma, valorar, como ya han dicho el resto de compañeros, y establecer unos plazos, y cumplir esos plazos, una vez que se establezcan en la evaluación las prioridades..., un compromiso por parte del Gobierno de Andalucía para llevar a cabo lo que creemos que debe ser lo justo, y es la equidad y la igualdad de los andaluces en el acceso a la sanidad pública y al sistema andaluz.

Gracias.

### La señora LÓPEZ MARTÍNEZ, VICEPRESIDENTA DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, su señoría.

Terminado ya el turno, tiene cinco minutos la parte proponente...

*[Intervención no registrada.]*

Ah, Partido Socialista. Perdón.

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

Perdón. Tiene la palabra el Partido Socialista, cinco minutos.

### La señora FÉRRIZ GÓMEZ

—Gracias, vicepresidenta.

Bueno, pues yo, en primer lugar, antes de entrar en el fondo de la cuestión, la verdad es que tengo que decir que hay algunas cosas que me llaman la atención.

Es decir, la primera es que es una proposición no de ley donde se hacen una serie de cuestiones y quizás..., quiero decir, que los que estamos aquí no podemos responder, lo tiene que responder, obviamente, la consejería, con lo cual no sé si hubiera sido más acertado hacer una pregunta oral, una pregunta escrita o una propia comparecencia del consejero para que respondiera, porque lo que venimos aquí es a aprobar que se inste al Consejo de Gobierno para que dé información. Con lo cual, en ese sentido, ya le adelanto al señor Gil que nosotros no tenemos ningún problema, no nos vamos a negar, la consejería cuando se le ha pedido información la ha dado y nosotros estamos completamente a favor de una proposición no de ley que insta a que se dé información sobre determinada gestión.

También es cierto que el título de la PNL nos llevó a cierta confusión, ¿no?, porque al poner auditoría..., pues no sé, a todos se nos viene a la cabeza un poco el concepto de auditoría en el sentido de..., pues no sé, contratar una empresa externa para... Y, bueno, pues al final la PNL está así.

Nosotros, como le digo, estamos a favor de que se conteste a todas estas cuestiones que plantea el Grupo de Podemos y con el que está de acuerdo el resto de grupos. En lo que no estamos de acuerdo, obviamente, es en determinadas afirmaciones y en determinados planteamientos que se hacen, no nos parecen correctos. Es decir, esa visión catastrofista y desastrosa de la sanidad andaluza, a la que estamos tan acostumbrados, nosotros no la compartimos. Nosotros consideramos que se han hecho unos grandes avances, que tenemos una sanidad que está considerada entre las mejores del mundo y, sobre todo, que es una sanidad pública, universal y gratuita.

Y, sobre todo, no podemos compartir algunas de las afirmaciones tan graves como que el mapa de hospitales de Andalucía responde a intereses partidistas, electorales, que no dan respuesta a las necesidades asistenciales sino a necesidades de partido, o incluso que es tan grave el que no se desarrollen los hospitales porque no se atiende a la gente, lo cual es totalmente falso. La gente y los andaluces y las andaluzas están perfectamente atendidos de manera sanitaria, otra cosa es que podamos mejorar esa atención y en eso vamos a estar de acuerdo.

Al final, no se puede tirar por tierra el trabajo hecho, y los chares, que es una apuesta de la gestión y es una gestión del Gobierno socialista andaluz, han formado..., o han supuesto una nueva forma de prestación asistencial, que garantiza atender en el menor tiempo posible, con unos enormes beneficios que han supuesto para los usuarios; que han supuesto, además, un planteamiento innovador en la prestación sanitaria; que han logrado mejorar la eficacia y la eficiencia del sistema sanitario; que utilizan medios diagnósticos y terapéuticos..., los más avanzados en su cartera de servicios; que se diseñaron para ámbitos poblacionales de entre 30.000 y 70.000 habitantes, para acercar, precisamente, la atención especializada y urgente al lugar de residencia de los pacientes; que han hecho posible desde el punto de vista de los recursos humanos que no se dupliquen estos recursos y que se aminore la presión asistencial que había en los hospitales de referencia. Y, además, sobre todo, que nueve de cada diez usuarios reconocen que la implantación del chare ha supuesto una mejora en la asistencia sanitaria y están satisfechos con su centro y con los profesionales.

Entonces, yo quiero que esto quede totalmente claro, porque cuando venimos a plantear cualquier iniciativa y todo es negativo y somos incapaces de reconocer nada positivo, pues la verdad es que dejamos de ser creíbles.

Miren, nosotros desde el Grupo Socialista no decimos que todo es perfecto y que todo está bien, claro que hay cosas que mejorar, por eso estamos aquí. ¿Que la realidad de hace 14 años no es la de ahora? No, claro que no es la de ahora. Y también estamos totalmente de acuerdo en que hay que huir de la autocomplacencia y de la autosatisfacción, pero sí reconocer las cosas que se han hecho bien.

¿Que algunos chares no han podido finalizarse con la misma rapidez que lo hicieron otros? Pues claro, tan claro como que saben ustedes también las dificultades económicas que ha tenido, fundamentalmente en estos años, esta comunidad autónoma. Y aquí hay que decir también lo que ha pasado con los presupuestos año tras año. Miren, si tuviéramos esos 4.156 millones de euros a lo mejor hubiéramos acabado mucho más rápido muchos de los chares que quedan por finalizar. Hay que reconocer que en estos años, fundamentalmente —lo decía el propio representante de Podemos—, hubo un *boom* que coincidió con una buena situación económica. A día de hoy, el Gobierno andaluz está soportando a pulmón la sanidad, porque todos lo sabemos. Y si aquí en esta comunidad autónoma no ha pasado lo que en otras, si no hay copago sanitario, si aquí se sigue manteniendo la cartera de servicios, si no se cierran centros de salud, si no se privatiza, si se mantiene el estado del bienestar, no es por casualidad, es porque hay un Gobierno andaluz que lo ha mantenido. Y eso ha hecho, y nosotros lo vamos a reconocer, que haya determinadas infraestructuras —voy terminando— hospitalarias que se hayan ralentizado. Por supuesto..., y que nosotros somos los primeros que queremos que se finalicen, pero hay que ser conscientes también del ámbito en el que estamos, fundamentalmente económico. Por eso, estamos a favor de la petición de información, pero desde luego no estamos a favor de que se utilice esa información como arma arrojadiza contra el Gobierno andaluz y que no se reconozca nada bueno de lo que se ha hecho en Andalucía.

### La señora LÓPEZ MARTÍNEZ, VICEPRESIDENTA DE LA COMISIÓN

—Tiene la palabra el Grupo Podemos.

Y le rogaría también que dijera qué enmiendas son las que acepta.

### El señor GIL DE LOS SANTOS

—Gracias, señora presidenta.

En primer lugar, agradecer a todos los grupos el apoyo mostrado, aunque algunos grupos con algún cariz, algún detalle que ahora me gustaría comentar.

Agradecer a la compañera del Partido Popular la enmienda que propone en cuanto al plan de infraestructuras sanitarias. Solamente argumentar el por qué no la acepto, y es porque entendemos que esta iniciativa tiene un valor de evaluación de una primera fase. Una vez que tengamos la información todos, no solamente la consejería sino el resto de los grupos, los profesionales, asesores..., pues evaluar con esa información, con ese mapeado, que no es solamente una simple información sino que es algo más riguroso de método, pues evaluar qué acciones emprender, que podría ser, por supuesto, un plan de infraestructuras sanitarias o un plan de oposiciones para..., de empleo para cubrir todas las necesidades de personal, o posibles otras

acciones, y quizás eso entraría en una segunda fase. Pero para poder abordarlo necesitamos esa auditoría, que ahora explicaré a lo que me refiero con auditoría.

La segunda enmienda del Partido Popular sí que la acepto, es una mejora en la redacción.

Y, bueno, contestando un poco a la compañera del Partido Socialista, esta proposición no solamente pide información, es algo más, es un método..., o sea, el espíritu es un método ordenado y riguroso para que se evalúe la situación, se ponga en común de forma transparente y, entre todos los agentes, sepamos qué acciones a emprender o entender muchas veces esa forma unilateral de tomar decisiones basándose no sé en qué criterios, pues que se pongan en común y entendamos muchas veces de las incongruencias que suceden, que quizás sea culpa de un partido, o sea culpa de circunstancias. Quizás, del método de que no se está haciendo de forma rigurosa y seria.

Y bueno, ya por último, repetir el sentir de esta proposición de forma breve antes de que finalice mi intervención. Lo que pedimos es un simple ejercicio de transparencia, saber cosas tan elementales como: cómo están las obras y cuánto, en dinero y tiempo, falta para que acabe; cuando los centros se pongan en funcionamiento, con qué cartera de servicios se contará exactamente; cuánto cuesta anualmente mantener ese centro funcionando a un ritmo normal, esto es, cuál sería su presupuesto, y si en ese año se podría asumir ese coste. ¿Cómo se piensa priorizar la apertura de los nuevos centros? Ahí la compañera de Izquierda Unida iba en esa línea, saber qué priorizar. Quizás aquellos que estén ya acabados aunque no hayan sido buenamente ejecutados con una planificación correcta, pero ya que están hechos, habrá que ponerlos en marcha. En qué medida la puesta en marcha de un nuevo centro puede afectar a servicios prestados en su entorno, sobre todo en cuanto a personal, porque si vamos a abrir un hospital que ha costado una millonada, con su retraso correspondiente, y vamos a vaciar un centro sanitario cercano, pues, la verdad es que la mejora es cuestionable.

Conclusión, un modesto ejercicio de transparencia y de respeto a los andaluces y andaluzas, y al Parlamento, que no se les oculte la verdad sobre algo que es de interés directo para la gente, y que la Junta conoce perfectamente cuánto cuesta y cuánto falta para poner estos centros en marcha, y que no se nos oculte más y que realmente haga ese ejercicio de transparencia y puesta en común.

Muchas gracias.

### La señora LÓPEZ MARTÍNEZ, VICEPRESIDENTA DE LA COMISIÓN

—Gracias, señoría.

Pasamos... ¿La votación se hace posterior o...? Lo que decidan... La práctica es al final.

Al final, ¿no?

## 10-16/PNLC-000011. Proposición no de ley relativa a la regulación y control de la publicidad sanitaria en Andalucía

El señor GARCÍA ANGUIA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Bien, pasamos a la siguiente PNL, en este caso, la del Partido Socialista, relativa a la regulación y control de la publicidad sanitaria en Andalucía.

Tiene la palabra.

La señora MANZANO PÉREZ

—Gracias, señor presidente.

Buenas tardes ya, señorías.

Esta PNL que presenta el Grupo Parlamentario Socialista es relativa, como pueden leer en su propio título, a la necesidad de hacer una regulación y un control de la publicidad sanitaria en Andalucía.

Y es que, en este ámbito de la salud, la publicidad tiene pues unas características que son específicas y que son diferentes, por decirlo de alguna manera. Y en ella concurren, en ella, en esta publicidad sanitaria, concurren aspectos que algunos deben ser regulados a través del derecho del consumo, pero también es verdad que hay otros aspectos específicos que deben ser tratados por parte del derechos sanitario.

Y esto es debido a que la publicidad sanitaria, en la publicidad sanitaria no solamente está en juego los intereses económicos de los consumidores y consumidoras, sino que también la salud de las personas puede verse afectada. El derecho a la salud de las personas puede verse afectada.

Y esa es la cuestión: regular y controlar la publicidad sanitaria en Andalucía con la intención de que el derecho a la salud nunca pueda verse dañado por una mala praxis sanitaria.

Y es que esto puede pasar, puede suceder, puede ocurrir en los casos en los que esa publicidad sea engañosa o sea, por decirlo también de alguna manera, exagerada, por ejemplo.

Mire, a este grupo parlamentario, e imagino que como al resto de los grupos, agradecemos todos los días las aportaciones, las contribuciones, las colaboraciones que los colectivos, las asociaciones, las entidades nos hacen, y sobre todo cuando nos lo hacen aquellos o aquellas que tenemos la posibilidad de traer iniciativas políticas para poder cambiar las cosas, obviamente, siempre a mejor.

Es en el caso de esta PNL. Concretamente agradecemos al Consejo Andaluz de Colegios Oficiales de Dentistas el hecho que, desde hace ya algún tiempo, ellos han venido, ellos y ellas han venido poniendo de manifiesto y exponiendo públicamente, todos somos conscientes de estas manifestaciones que ha hecho este colegio, su preocupación por el incremento de quejas, por el incremento de reclamaciones que usuarios y usuarias de este tipo de servicios y de otros similares han venido haciendo. Quejas y reclamaciones que están ligadas, obviamente, a la proliferación de ofertas publicitarias que en algunos casos podemos pensar que, de manera siempre presunta, a veces hay engaños detrás. Publicidad de tratamientos que son sanitarios, pero que a veces los tratan como si fuesen productos o servicios inocuos para la salud. Y esto es lo preocupante.

Pero también preocupante y grave nos parece el hecho de que en algunos casos estos servicios ofertados y publicitados, como digo, presuntamente de manera engañosa, una vez investigados judicialmente, cuando ha habido una investigación judicial en aquellos casos en los que ha habido, pues se ha descubierto que además se estaba cometiendo un delito de intrusismo profesional, que además está tipificado en el Código Penal. Y ambas cuestiones, como pueden imaginar, pues afectan al derecho de la salud de las personas, puede afectar al derecho de salud de las personas por dos motivos. En primer lugar, porque puede suponer un fraude real para la expectativa que genera esa publicidad en las personas y, en segundo lugar, porque se pueden producir posibles daños infringidos por aquellos, por aquellas que no están autorizados o autorizadas, o por aquellos que no están cualificados o cualificadas profesionalmente para llevar a cabo este tratamiento sanitario.

Las instituciones públicas, qué duda cabe, tienen la obligación de garantizar que los mensajes publicitarios dirigidos a la población sobre el tema de salud sean veraces, con el fin de proteger la salud individual y también colectiva como un derecho básico. Regular la publicidad engañosa en salud es un verdadero problema, es un verdadero reto de salud pública. Por ello, consideramos que cada vez se hace más necesario incluir mecanismos de control, mecanismos de regulación en la publicidad de carácter sanitario en Andalucía, con todo el alcance, con todas las posibilidades, con todas las oportunidades que nos brindan el ordenamiento jurídico en vigor, y normativa hay toda la que necesitemos, toda la que queramos, empezando por el Estatuto de Autonomía, siguiendo por la Ley de Salud de Andalucía del año 1998; continuando por la Ley de Salud pública en Andalucía del año 2011; continuando por el Real Decreto sobre Publicidad y Promoción Comercial de Productos, Actividades o Servicios con Pretendida Finalidad Sanitaria, que establece en su artículo primero que las autoridades sanitarias y demás órganos competentes en cada caso controlarán la publicidad y la promoción comercial de los productos, materiales, sustancias, energía o método que se anuncian o presentan como útiles para diagnóstico, prevención o tratamiento de enfermedades o desarrollo fisiológico, adelgazamiento, modificación del estado físico-psicológico, restauración, corrección o modificación de función orgánica u otras pretendidas finalidades sanitarias para que se ajusten a criterios de veracidad a lo que atañen a la salud para limitar todo aquello que pueda constituir un perjuicio para la misma.

Pero es que, en la misma línea, viene por ejemplo la Ley General de Sanidad, o donde habla incluso de que la publicidad de los productos sanitarios dirigida al público requerirá de una autorización previa de los mensajes por la autoridad sanitaria.

En la misma línea también, la Ley General de Publicidad, que sin ser específicamente una ley de ámbito sanitario, también habla de autorización administrativa previa para este tipo de productos, de bienes o de actividades.

Incluso hay leyes, como la Ley Ómnibus o la Ley de Garantías de Unidad de Mercado, que han respetado toda esta regulación, y permiten de manera excepcional la intervención pública sobre la actividad económica por el procedimiento de autorización previa cuando concurren causas de protección de la salud pública en dicha actividad.

Por lo tanto, marco normativo tenemos de sobra, y es necesario en esta línea poner en marcha la regulación y el control de la publicidad sanitaria, porque es una obligación de las autoridades sanitarias y porque además ya digo que la ley lo permite.

Por eso, todas y cada una de las peticiones que hacemos en esta PNL. Por un lado, desarrollar las competencias legales y estatutarias que tiene la Comunidad Autónoma andaluza encomendada en orden a implantar una adecuada regulación y control de la publicidad de este tipo de productos, de actividades y servicios. Por otro, potenciar, en el ámbito de las competencias de la Comunidad Autónoma andaluza, en materia de salud pública o consumo, la inspección de este tipo de actividades de la publicidad sanitaria, de manera que garanticemos de forma efectiva que se cumplan no solamente los requisitos sanitarios en la venta, distribución de los servicios o productos sanitarios, sino también los de la publicidad y propaganda de estos servicios.

Y por último, y nos parece también importante, establecer los cauces más adecuados de colaboración entre los colegios profesionales sanitarios de Andalucía, con el fin de participar en el ámbito de sus competencias en el adecuado control de la citada publicidad de carácter sanitario.

Muchas gracias.

### El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señoría.

Iniciamos la intervención de los grupos.

Izquierda Unida, cinco minutos.

### La señora NIETO CASTRO

—Gracias, presidente.

Con relación a la iniciativa que nos traslada el Grupo Parlamentario Socialista, y que de manera tan impecable ha desarrollado la ponente, algunas reflexiones. Porque, efectivamente, y como ella ha detallado, no existe un vacío normativo que justifique que se estén dando las situaciones que describe el cuerpo de la iniciativa y que se dan en la vida cotidiana. Por tanto, vamos a saltar del lado de lo normativo al lado de lo negligente. Es decir, hay una escasa diligencia en aplicar la normativa existente. Que, de aplicarse de manera correcta, evitaría que productos engañosos, publicidad engañosa, se abrieran paso generando unas expectativas de mejora en la salud de las personas, cuando lo que están haciendo es adquiriendo productos fraudulentos.

En ese sentido es en el que a nosotros se nos generan dos dudas. Vaya por delante el que nosotros vamos a votar a favor y que consideramos el texto positivo. Pero lo que no entendemos es por qué estas situaciones —que, efectivamente, constatamos todos— se dan si, efectivamente, tenemos una profusa normativa que lo impediría. Por tanto, parece que la consejería, el Gobierno andaluz, no está haciendo bien su trabajo de fiscalización y de garantía del cumplimiento de la normativa vigente para evitar esto.

Y luego, por otro lado, tenemos un medio de comunicación de titularidad cien por cien pública, y a lo mejor ahí también podemos evitar algunas cuestiones que se dan en el marco de la publicidad. Y no sólo la referida en esta iniciativa. Se podría hablar de otras, pero no son objeto ni de esta comisión ni de esta iniciativa. Pero, quizás, también hay que aprovechar la oportunidad de tener un medio de comunicación de titularidad pública, para cortar de plano ese tipo de actividad que, efectivamente, genera la confusión y, luego, la frustración de quienes son presa de estos engaños.

Y, luego, se habla de la colaboración con los colegios profesionales, algo que, desde el Grupo Parlamentario de Izquierda Unida, nos parece muy oportuno.

Y, luego, también entendemos nosotros que habría que añadir la colaboración con las asociaciones de consumidores, que finalmente son los receptores de las denuncias de las quejas de las personas estafadas o engañadas por esta suerte de productos milagrosos para adelgazar en veinte minutos o para todas estas cosas que... En fin, que hay personas de buena fe que, finalmente, caen en esos engaños.

Por tanto, situar esos elementos. Saber si necesitamos nueva normativa o mayor diligencia en la aplicación de la existente, hacer un control exhaustivo de lo que se emite en el medio de comunicación de titularidad pública que tiene nuestra comunidad autónoma y, luego, ampliar la colaboración o la complicitad frente a esa publicidad, no sólo con los colegios profesionales sino también con las asociaciones de consumidores.

Muchas gracias.

### El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señoría.

Le corresponde el turno a Ciudadanos.

Tiene la palabra, señora Albás.

### La señora ALBÁS VIVES

—Gracias, presidente.

Desde el Grupo Parlamentario de Ciudadanos compartimos la importancia de la regulación y control de la publicidad sanitaria en Andalucía. No solamente de la publicidad sanitaria en Andalucía, sino de otras muchas cosas. Entendemos, tal y como dice la compañera de Izquierda Unida, que las normas están para cumplirlas. Hay muchas normas que ya existen, y que nos dedicamos a intentar mejorarlas. Pero si la que está al principio no se pone en funcionamiento y no se aplica, ¿de qué sirve que sigamos trabajando en crear normativa si no vamos a hacer que se aplique? Entonces, creo que ahí nos tenemos que esforzar un poco más para que, realmente, se apliquen las normas que existen y mejorar lo que no funciona.

Y, tal y como mencionó en la exposición de motivos, hay ya varias comunidades autónomas que tienen esta normativa desarrollada, e incluso reformando los decretos anteriores. De todos es conocido que la regulación y control de la publicidad sanitaria, por un lado, se legisla sobre los medicamentos y, por otro, sobre los productos sanitarios, que son normativas completamente distintas. Los productos sanitarios no se encuentran sometidos a un régimen de autorización tan exigente y controlado como el de los medicamentos, pero no por ello menos importante. Se puede considerar la publicidad como un fenómeno social, asumiendo de una forma natural y cotidiana el conocer diferentes opciones existentes en el mercado y puestas a disposición de consumidores y de pacientes.

El control que tiene que haber por parte de la Junta de Andalucía es que esos mensajes publicitarios sean veraces, sean correctos, no sean engañosos. Y nos parece bien esta proposición no de ley. Y hemos presen-

tado una enmienda a esta proposición no de ley, que sería el punto 4, que dice que la publicidad tenga como fin la prevención de la enfermedad, la promoción y protección de la salud.

Gracias.

**El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN**

—Muchas gracias, señoría.

Señor Gil.

**El señor GIL DE LOS SANTOS**

—Gracias, señor presidente.

Señorías, respecto a la proposición no de ley de la regulación de la publicidad en materia sanitaria, adelante que nuestro voto será favorable. Sin embargo, no quiero dejar pasar la oportunidad para pedirle a la Consejería de Salud que no sólo se preocupe de la veracidad de los anuncios de otros, sino que también empiece a aplicarse esos mismos criterios sobre su propia propaganda.

Acabamos de comprobar lo que pasa con las clínicas dentales *low cost*, con el cierre de una cadena en Madrid. También conocemos de sobra la publicidad sobre productos milagro y otras maravillas que no se sustentan en ningún soporte científico. Nos parece una iniciativa interesante en avanzar en este asunto, regulando de forma efectiva qué se puede y qué no se puede hacer en la publicidad vinculada a productos, técnicas o clínicas sanitarias; en especial, si eso supone avanzar en las competencias que tiene recogidas nuestra comunidad autónoma y si eso repercute en una garantía hacia nuestros ciudadanos. Para profundizar en esa garantía nos parece que es necesario incidir en la transparencia y en la pluralidad de los organismos de control. De ahí que hayamos presentado una enmienda para dar cabida no sólo a los colegios profesionales, sino a otras instituciones, como las que representan a los consumidores.

Pero, insisto, que hayamos dado el visto bueno a esta proposición no de ley no obsta para que pidamos a la Consejería de Salud la misma responsabilidad respecto a su propia publicidad institucional.

No podemos estar hablando de las maravillas del sistema sanitario andaluz, y luego tener que vérnosla a diario con noticias de despidos de profesionales, de cierre de plantas, de hospitales que no abren, de obras que no se terminan. En definitiva, de un sistema sanitario andaluz que hace aguas por muchos frentes.

Arreglemos el tema de la publicidad sanitaria y garanticemos una información más veraz a nuestros ciudadanos. Pero trabajemos no sólo por mejorar la información, sino arrimando el hombro para mejorar también los servicios y la atención; al menos, en los centros públicos.

Muchas gracias.

**El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN**

—Muchas gracias, señoría.

Señora Mestre.

## La señora MESTRE GARCÍA

—Muchas gracias.

Para comenzar, anunciar el voto favorable a esta proposición no de ley que presenta el Partido Socialista. Creemos que no es algo poco importante. Creemos que debe ser, como lo está siendo, un debate serio, pero también la aprobación de esta proposición no de ley debe ir acompañada de una acción inmediata por parte del Ejecutivo andaluz, ya que esta publicidad, este tipo de publicidad, no es nueva, no se produce de hace unos meses hasta la fecha, sino que es una publicidad en la que creo que a todos y todas, cuando la vemos, nos chirrían en muchas ocasiones los oídos, porque tenemos capacidad —quizás, nosotros— para reflexionar en torno a lo que estamos escuchando, en torno a lo que estamos viendo, pero hay otras personas que quizás no tengan, por una cuestión u otra, esa capacidad, en un momento determinado, de discernir entre lo que puede ser verdad y lo que no.

Y creo que, como vivimos en una sociedad en la que la publicidad influye muchísimo en los hábitos de consumo de nuestra población, es imprescindible que tengamos una Administración autonómica diligente en aplicar la ley, como aquí se ha venido tratando por parte de todos los grupos que ya han intervenido. Y creemos que también es muy importante, teniendo en cuenta que tenemos unos segmentos de población, en base a sus diferentes edades, muy vulnerables en ocasiones y sensibles, tenemos una población infantil y una población joven que, en momentos determinados, ciertas informaciones pueden llegar a ser muy perjudiciales para ellos, y una población anciana que también, debido a su propio estado físico, pues, se encuentra en una situación vulnerable. De ahí que veamos todos por que esta publicidad, la de estos servicios o recursos sanitarios, sea veraz, obviamente, y que recaiga todo el peso de la ley sobre aquellos que no sean veraces.

Por ello, nosotros apoyamos esta proposición no de ley. Creemos que tenemos que ir de la mano de todos los colegios profesionales, como bien recoge también esta proposición no de ley, como entiendo que ellos están reivindicando, porque son los principales actores también en este sentido, y escuchar siempre a los consumidores y a los pacientes en base a sus reclamaciones, que no son pocas, todo lo contrario, son muchas.

Así que por parte del Partido Popular creemos que, igual que hemos avanzado en nuestra sociedad en tener una sociedad..., o intentamos tener una sociedad libre de publicidad sexista, intentamos tener una sociedad donde el lenguaje incluyente sea el día a día de todos y de todas, pues también tenemos que tener pues una publicidad que vele por las garantías del producto que se vende o que se publicita a través de la misma, en beneficio de nuestra población y en beneficio del consumo que cada uno de nosotros hagamos en base a nuestras necesidades.

Así que nuestro voto es favorable a esta proposición no de ley, pero también exigimos que esta misma capacidad de crítica que se ha llegado a tener por parte del Partido Socialista, del Grupo Socialista, sea una palanca de impulso a la acción del Gobierno en Andalucía.

Muchas gracias.

## El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Gracias, señora Mestre.

El Grupo Socialista. Le recuerdo que indique la postura de su grupo con las tres enmiendas que han presentado.

## La señora MANZANO PÉREZ

—Bueno, pues, en primer lugar, decir que también nosotros consideramos que esta PNL es más importante..., es muy importante, ¿no?, no traemos a debate algo que pueda ser baladí o algo que pueda ser falta de importancia. Es muy importante esta PNL y coincido con algunas de las expresiones que se han hecho aquí por parte de algunas de las portavoces.

Y también agradeceremos el apoyo a esta PNL. Nosotros lo que hemos hecho ha sido simplemente seguir el camino emprendido por otras comunidades autónomas que recientemente se han puesto a trabajar en este sentido, ¿no? Pues, por daros una idea, Castilla..., la Junta de Castilla y León lo hizo el pasado 18 de junio de 2015, acordó igualmente que se va a hacer en Andalucía con el Colegio de Dentistas esa..., con el Colegio de Dentistas, efectivamente, de esa comunidad autónoma pues todas y cada una de las actuaciones que se van a poner en marcha en materia de control en el ámbito de la publicidad sanitaria. En el Parlamento canario fue el pasado 28 de octubre también del pasado año cuando se aprobó una PNL en pleno por parte de todos..., con la unanimidad de todos los grupos donde se trabajó en esta misma línea, con lo cual nos sumamos a esas comunidades autónomas que recientemente..., algunas recientemente, otras tenían normativas de hace algo más de tiempo, van a aprobar..., o van a poner en marcha en breve. Si aprobamos esta PNL es pues para que tengamos pronto esa normativa que nos ayude desde Andalucía a controlar esa publicidad en materia sanitaria.

Y me voy a posicionar sobre las enmiendas.

La primera de Podemos..., decir pues creo que se mezclan unas cosas con otras que nada tienen que ver, ¿no? Es decir, yo creo que sabemos diferenciar entre lo que es la publicidad institucional con lo que es la publicidad sanitaria de carácter institucional, yo creo que son dos cosas totalmente distintas y que, por lo tanto, creemos, señor Gil, que no tiene sentido la primera enmienda que se hace. Podríamos poner varios ejemplos de por qué no es suficiente lo que pone usted aquí en esa modificación, y que sin embargo habría muchos otros aspectos que se podrían llevar a la publicidad de carácter..., a la publicidad sanitaria de carácter institucional por parte de la consejería y que nada tiene que ver con las sospechas que usted tiene, que me parece también que es de ser retorcido, si me permite la expresión.

En segundo lugar, la segunda enmienda de Podemos sí que la aceptamos, pensamos que las asociaciones de consumidores pueden hacer mucho en esos ámbitos de colaboración pues para perseguir o para hacer esas normas de control sobre este tipo de publicidad.

Y la tercera de Ciudadanos no podemos aceptarla, porque creemos que es entrar en una competencia que no está dentro de las de la comunidad autónoma. Nosotros... La obligación con esta PNL de la comunidad autónoma es que regule sobre aquella publicidad que resulte engañosa, pero no significa que no se puedan anunciar otro tipo de aspectos relacionados con la sanidad que no tienen por qué ser engañosos.

Muchas gracias, de verdad, a los grupos por su apoyo a esta PNL.

## El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muy bien. Muchas gracias, señoría.

## 10-15/PNLC-000204. Proposición no de ley relativa a la apertura del consultorio médico de Torre de Benagalbón de Rincón de la Victoria, Málaga

El señor GARCÍA ANGUIA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Pasamos a la tercera y última PNL, en este caso, del Grupo Popular Andaluz, relativa a apertura de consultorio médico de Torre de Benagalbón, de Rincón de la Victoria, en Málaga.

Señora Navarro, tiene la palabra.

La señora NAVARRO PÉREZ

—Sí. Muchas gracias, señor presidente.

Señorías, Rincón de la Victoria es un municipio costero, como ya muchos sabrán, de la provincia de Málaga, con más de cuarenta y dos mil habitantes, cuya explosión demográfica se ha producido de forma muy especial en los últimos 15 años, cuando nuevas infraestructuras de comunicación lo acercaron, acercaron este municipio, más si cabe, a la capital y, paralelamente, el desarrollo urbanístico del municipio le dotó de una importante oferta residencial que, por su situación geográfica y por el mismo precio de este parque de viviendas, pues la hizo más que atractiva.

Este crecimiento de población, sin embargo, no ha ido aparejado de un desarrollo paralelo y al mismo ritmo de infraestructuras y servicios necesarios para cubrir el total de las necesidades de los ciudadanos, de los vecinos de este municipio, especialmente en lo relativo a educación y a sanidad.

Y este es el caso del centro de salud de Torre de Benagalbón. Rincón de la Victoria cuenta ya con dos centros de salud, hay que decirlo, uno en la Cala del Moral y otro en Rincón de la Victoria, y Torre de Benagalbón es uno de los cuatro núcleos de población que conforman el municipio y es, además, el núcleo de población por donde crece de forma natural el municipio, lo ha hecho a lo largo de estos últimos años y lo seguirá haciendo en un futuro, sobre todo ahora que estamos saliendo de la crisis. Allí se concentran alrededor de nueve mil personas, y esas serían objeto pues, efectivamente, también de esta proposición no de ley.

Porque, miren, en 2011 el ayuntamiento termina la construcción de un centro de salud que, además, financia con fondos del entonces plan Zapatero, invierte un total de 600.000 euros, supongo que con el compromiso de la Administración autonómica, administración competente, de hacerse cargo de la gestión, de la puesta en marcha y el funcionamiento de este centro de salud, como también lo había hecho con respecto a otro. Sin embargo, bueno, pues cuatro, cinco años después, la realidad es que este centro de salud sigue cerrado, con el perjuicio que eso supone para los posibles y eventuales usuarios, pero también con el perjuicio que supone para la propia infraestructura, que está verdaderamente deteriorándose día a día y dejando también, por tanto, de responder a esas necesidades de las que antes hablaba: necesidades, por un lado, de los vecinos más cercanos, que necesitan, bueno, pues tener ese centro de salud al lado de su casa; pero también del resto de la población del Rincón de la Victoria, porque, evidentemente, y qué duda cabe, este centro

de salud vendría a ser un aliviadero de los otros dos centros con los que cuenta el municipio. Sin embargo, pues a día de hoy, insisto, este centro de salud sigue estando cerrado.

Hablábamos de la población que asistiría en esta infraestructura sanitaria, pero es que, además, tenemos que tener en cuenta que, siendo un municipio costero, que por eso lo refería al principio, durante los meses de verano la población se triplica en el mismo.

Como digo, el centro de salud de la Torre de Benagalbón hasta día de hoy para lo único que ha servido es para llenar páginas de periódicos con promesas incumplidas sobre su apertura, pero desde luego para lo que no ha servido es para, como he dicho al principio, atender a las necesidades de servicios sanitarios que tiene esta población y, concretamente, este núcleo de la Torre de Benagalbón.

Espero que cuente con el respaldo de todos los grupos y animo a todos los portavoces a que así sea.

Muchas gracias, señor presidente.

### El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Gracias, señora Navarro.

Grupo de Izquierda Unida, cinco minutos.

### La señora NIETO CASTRO

—Gracias, presidente.

Efectivamente, trasladar a la proponente del Grupo Parlamentario Popular el voto favorable de Izquierda Unida a esta iniciativa, por razones que ya hemos argumentado en otras ocasiones cuando se nos han trasladado situaciones similares, porque entendemos desde Izquierda Unida que el Parlamento debe controlar e impulsar al Gobierno pero también debe recordarle que, en los compromisos que voluntariamente asume con la ciudadanía, luego debe sentirse vinculado a su cumplimiento. Y, por tanto, como los compromisos son para cumplirlos, con eso ya tendríamos para votar a favor.

A más a más está lo que hemos hablado en el debate de la PNL que nos ha trasladado el Grupo Parlamentario Podemos. Ya hay un dinero público invertido, ya hay unas expectativas generadas a una ciudadanía, y ya hay una obra que se está deteriorando por su desuso, mientras que hay unas personas que necesitan la atención que les prestarían esas instalaciones y que no la reciben.

Y esto es un despropósito, es poco razonable y es un despilfarro del escaso dinero público con que cuenta la Administración. Por tanto, esa segunda razón parece también de peso, junto con la anterior.

Y, por último, y no menos importante, porque efectivamente las modificaciones que se han producido en esa área, el movimiento de población que ha habido y la movilidad que se genera en esa zona, efectivamente, ha hecho que las necesidades hayan sido crecientes. Y, por tanto, lo que hace seis o siete años era necesario, ahora lo es más. Un municipio, además, del litoral, como bien ha trasladado la proponente, que tiene una presión, un incremento de población muy importante en la época estival.

Así que por todas esas razones, desde luego, nuestro voto es favorable. Y ojalá y cuando tengamos ese conocimiento exhaustivo de la planificación, de lo que está por hacer, de lo que está por terminar, podamos

ir marcando, quizás no a salto de mata, sino un calendario un poco pensado y consensuado entre todos de esas infraestructuras que estando cerradas lo único que traslada la sensación a la ciudadanía es de que se tira su dinero para nada.

Muchas gracias.

## El señor GARCÍA ANGUIA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señora Nieto.

Señora Albás, cinco minutos.

## La señora ALBÁS VIVES

—Gracias, señor presidente.

Anticipar, en primer lugar, nuestro voto favorable a la iniciativa del Grupo Popular.

El centro médico de Benagalbón fue finalizado el 19 de diciembre de 2012, y la consejería dijo en su día que las obras habían sido promovidas por el ayuntamiento de la citada localidad y, aunque finalizada las instalaciones, aún no habían cedido su uso a la Junta de Andalucía por no contar con la documentación necesaria. Nos encontramos en la proposición no de ley del Grupo Podemos, el buen hacer de la Junta de Andalucía a la hora de llevar a cabo un centro de salud, de llevar a cabo su construcción, pero luego resulta que se finaliza en el 2011, estamos en el 2016, y todavía no está abierto, si el trabajo estaba bien hecho, ¿por qué no rematamos y lo abrimos? La inversión gorda, grande, grande, grande, ya está hecha, vamos a reorganizar todo para que no nos salga carísimo algo que se ha finalizado en el 2011 y se va a abrir, en principio, esperemos que sea así, en el 2016, es, señores, ha tenido un coste innecesario, sobre todo innecesario, y un coste que estamos pagando todos los andaluces. O sea, el planteamiento es correcto, pero resulta que no se acaba la ejecución, va a ser yo creo que la proposición no de ley de Podemos nos va a llevar a un buen término para ayudar a la correcta gestión de los hospitales.

Tal y como ha dicho la proponente del Grupo Popular, es una zona costera en la que en verano esta localidad triplica su población, de 40.000 a 120.000. Además, en el caso de que no se abra este centro de salud, Benagalbón sería el único núcleo del municipio que no cuenta con atención primaria. La puesta en servicio de este centro es imprescindible para eliminar el hacinamiento del centro del Rincón de la Victoria, que, aunque reformado, no deja de ser pequeño para la población a atender. Actualmente, la ratio por habitante del municipio es de 2.100 ciudadanos por médico, cuando lo ideal sería 1.500; y en el caso de enfermeros sería 2.000 ciudadanos por enfermero, y a día de hoy se supera con creces. La falta de espacio físico origina problemas, como la falta de privacidad de los pacientes, atender a pacientes en los pasillos, por destacar algunas de las incomodidades en las que se encuentran.

Entendemos que aunque la asfixia económica a la que nos ha sometido el Gobierno central perjudica a los servicios de nuestra comunidad autónoma, corresponde al Gobierno andaluz hacer un esfuerzo para mantener nuestra cartera de servicios a los ciudadanos, y que la sanidad andaluza sea igual para todos los andaluces independientemente del lugar donde residan.

Gracias.

El señor GARCÍA ANGUIA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Gracias, señoría.

Señor Gil.

El señor GIL DE LOS SANTOS

—Gracias, señor presidente.

Es evidente que el caso de Torre de Benagalbón, en Rincón de la Victoria, en Málaga, no es un ejemplo aislado. Comisión tras comisión volvemos a oír proposiciones que nacen de la preocupación de los vecinos por servicios sanitarios que se retrasan o directamente se anulan. Este caso pone un punto más en el mapa negro de la sanidad andaluza, otro punto más para sumar a los otros muchos que dan la clara medida de la falta de eficacia de la Consejería de Salud.

Ya saben que Podemos Andalucía ha apoyado siempre la puesta en marcha de servicios que mejoren la calidad de vida de los andaluces y andaluzas, y este caso no va a ser menos. Vamos a dar nuestro voto favorable porque entendemos que ya va siendo hora de que la Consejería de Salud empiece a tomar nota de lo que dicen los andaluces y andaluzas, de las reclamaciones de la gente de la calle. Y va siendo hora, además, de que entiendan que las obras de los centros de salud no se pueden alargar en el tiempo hasta la eternidad. Son más de ocho mil vecinos los que llevan esperando un centro sanitario adecuado durante más de seis años, y ustedes ni se inmutan.

No quiero decir aquí, o no quiero hacer aquí balance de lo que está pasando, pero en la mente de todos están los chares, hospitales, consultorios, centros de salud, todos ellos terminados y a la espera de que la Consejería de Salud decida qué momento le parece más oportuno para ponerlos a funcionar, y, mientras, los vecinos sufriendo las consecuencias de su ineficacia.

Por lo tanto, damos nuestro apoyo no solo al consultorio de Torre de Benagalbón, sino a una nueva forma de hacer las cosas.

Muchas gracias.

El señor GARCÍA ANGUIA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señor Gil.

Por el Partido Socialista, señor Vargas.

El señor VARGAS RAMOS

—Muchas gracias, señor presidente. Señorías.

Nos encontramos ante la petición de apertura del consultorio médico de Torre de Benagalbón, en Rincón de la Victoria, en Málaga, unas infraestructuras sanitarias muy demandadas por los vecinos de este lugar, como ya se ha comentado, y a la que el ayuntamiento de esta localidad destinó la financiación del fondo es-

tatal para el empleo y la sostenibilidad local que le correspondía para su construcción, en una clara, en una muy clara colaboración institucional entre administraciones, tal y como lo hicieron muchos otros ayuntamientos destinando estos fondos a construcción de infraestructuras, sociales, educativas y sanitarias, como es este caso. Y demostrando, el equipo de gobierno de entonces, una apuesta clara por la mejora de la salud de los habitantes del Rincón de la Victoria y en concreto de esta zona de Torre de Benagalbón.

Por lo tanto, partiendo de la idea de que los cinco grupos parlamentarios aquí presentes vamos a estar de acuerdo en que allá donde sea necesaria la construcción de un centro de salud, consultorio u hospital, pues, habrá que hacerlo, y un poco esa es la línea en la que estamos. Y eso es lo que ha hecho también la Junta de Andalucía desde hace muchísimos años, afortunadamente para los andaluces y andaluzas, que nos ha dotado de la mejor red hospitalaria y de centros de salud de todo nuestro entorno. Por eso, no es lógico que no estemos de acuerdo en una infraestructura ya construida por el ayuntamientos, como así, como así lo ha manifestado el alcalde del Partido Popular que ha gobernado en este municipio hasta el mes de junio pasado, recriminando al equipo anterior del gobierno socialista que se construyó esta infraestructura con falta de previsión, y además acusando a la alcaldesa de destinar los fondos del Plan E a competencias no propiamente municipales. Pero resulta hasta cierto punto una ironía que el Partido Popular traiga ahora una PNL a este Parlamento y hablen de que este consultorio lleva casi seis años desde que terminó las obras, lo cual no es totalmente cierto, porque se ha dicho aquí que se terminó en diciembre de 2015. Por lo tanto, estamos hablando de poco más de cuatro años, precisamente los que ha estado gobernando el Partido Popular en el Rincón de la Victoria y que no ha hecho nada por este proyecto. Pero sí lo han hecho sus vecinos, a través de asociaciones, a través de todo el tejido asociativo, e incluso lo han hecho también los partidos en la oposición, como el Partido Socialista, que en 2013 presentó una moción en el Ayuntamiento del Rincón de la Victoria para que este edificio no se destinase a otro uso que no fuera el sanitario, como había pretensiones del equipo de gobierno del Partido Popular.

Y es más, en septiembre de ese mismo año, del 2013, la actual alcaldesa del Rincón en esos momentos, que era la portavoz del Grupo municipal Socialista, se reunió con la consejera de Salud en este mismo Parlamento para insistirle en la necesidad de la apertura de ese centro sanitario, que había que ver, tenía que haber, lógicamente, unas cesiones y una colaboración institucional, una actitud de esta portavoz, una actitud elogiabile y de verdadero compromiso de un responsable público, y no la del señor alcalde del Partido Popular, que gobernó este municipio en la pasada legislatura, y lo único que hizo, además de intentar usar el edificio con otros fines partidistas, lo único que hizo que durante la campaña de las elecciones municipales, perdón, de las elecciones andaluzas, colocó un inmenso cartel, sufragado con dinero municipal en el que se criticaba a la Junta de Andalucía y que tuvo que ser retirado, lógicamente, por orden de la Junta Electoral de Zona.

Está claro que ha habido dos equipos de gobierno municipales durante la transición de la terminación de este edificio con dos posicionamientos totalmente distintos sobre la necesidad de la apertura de este consultorio, y en base a éstos, pues han trabajado unos y otros. Y, claro, ¿por qué justamente ahora el Partido Popular presenta esta PNL y no lo ha hecho durante estos cuatro últimos años? ¿Por qué? Porque..., pues se está trabajando desde hace meses, tanto los responsables municipales como los profesionales del distrito sanitario Málaga, vienen trabajando para planificar la inauguración de estas instalaciones. Y que ya, el pasado martes, se anunció, además de la puesta en marcha de este consultorio, la inversión de 70.000 euros en el equipamiento, por parte del Servicio Andaluz de Salud.

Para terminar, señorías, nuestro posicionamiento va a ser, cómo no, favorable, puesto que, como he dicho anteriormente, es una proposición no de ley que llega tarde y con un poco de oportunismo político.

Nada más, y muchas gracias.

El señor GARCÍA ANGUIA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Gracias, señor Vargas.

Señora Navarro, para terminar.

La señora NAVARRO PÉREZ

—Muchas gracias, señor presidente.

Señor Vargas, lo único que ha hecho el alcalde del Partido Popular durante los años de Gobierno municipal ha sido lo que los vecinos le han pedido y lo que él ha creído razonable, como máximo representante del municipio, que es exigirle a la Administración competente, que ya tuvo en su día que invertir ese dinero de fondos propios para construir el centro de salud, y no lo hizo, pedirle que, por lo menos, se hiciera cargo del edificio, de la dotación y de la puesta en marcha del funcionamiento de la infraestructura.

Y, efectivamente, hace dos días —y hablamos de oportunismo político—..., hace dos días, cuando ya se sabía que hoy traíamos a esta comisión el debate de la apertura de este centro de salud, dos días después..., o días antes, perdón, se reúne la alcaldesa con la delegada de Salud en Málaga y anuncia esa inversión de 70.000 euros —bienvenida sea— para el equipamiento y la apertura, antes del mes de junio o de julio —antes del verano, en cualquier caso—.

Y, mire, no le voy a negar que tuve la intención de retirar... Hablé con la portavoz y tuve la intención de retirar la PNL, pero me puse a mirar y tiré de hemeroteca, no..., no muy lejana, cerca, cercana de..., sólo de mi provincia. Y, mire, me encontré con que el 18 de noviembre de 2010 aparece una noticia donde dice que la Junta retrasa un año más la apertura del hospital del Guadalhorce.

El 8 de febrero de 2012, la obra del hospital del Guadalhorce está acabada, pero falta su recepción.

El 16 de octubre de 2015, la Junta se compromete a abrir, en 2016, el hospital del Guadalhorce y el comarcal de Ronda.

Todos cerrados, señor Vargas. A día de hoy, todos cerrados.

¿Usted se cree que no tenemos motivos suficientes para, después de ese anuncio en prensa...? Oportunismo político, sí señor Vargas, oportunismo político, porque se sabía no sólo que hoy estaríamos aquí debatiendo de ese centro de salud, sino que, además, los vecinos tenían, para hoy mismo, también, convocada una manifestación en el municipio; oportunismo político.

¿Usted se cree que no tenemos razones suficientes, de peso, en la provincia de Málaga y en toda Andalucía, como se ha puesto de relieve en esta comisión, en el día de hoy, y permanentemente se hace, para mantener esta PNL y para seguir exigiendo a la Junta de Andalucía rigor con el cumplimiento de sus compromisos? Pues claro que lo seguimos haciendo.

Porque, mire, no sólo esto es una necesidad real que tienen los vecinos de Rincón de la Victoria. Porque es que, además, como cualquier andaluz, están hartos de ser los que más impuestos pagan de toda España. Y también hartos de los permanentes..., promesas incumplidas y de las permanentes mentiras, por su parte, principalmente en el ámbito de la salud. Por eso, hoy aquí traemos y hemos mantenido esta proposición no de ley. Y le invito —que todavía está a tiempo— a que se sume y a que la apruebe con nosotros.

Muchas gracias.

El señor GARCÍA ANGUIA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señoría.

Vamos a proceder a la votación de las PNL, por el orden en el que han sido debatidas.

La primera, la PNL del Grupo Parlamentario de Podemos Andalucía, relativa a auditoría de nuevos centros hospitalarios.

El señor FERNÁNDEZ-VIAGAS BARTOLOMÉ, LETRADO DE LA COMISIÓN

—Con una enmienda favorable...

El señor GARCÍA ANGUIA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Una enmienda que ha aceptado y otra que ha denegado.

El señor FERNÁNDEZ-VIAGAS BARTOLOMÉ, LETRADO DE LA COMISIÓN

—... al punto primero...

El señor GARCÍA ANGUIA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Se ha aceptado, y la otra...

Se inicia la votación.

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

Pasamos a la siguiente PNL, en este caso la presentada...

El señor FERNÁNDEZ-VIAGAS BARTOLOMÉ, LETRADO DE LA COMISIÓN

—Con una enmienda aceptada al punto tercero.

Los otros dos puntos quedan igual, y el punto tercero, el de la enmienda.

El señor GARCÍA ANGUIA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Perfecto.

Pasamos a votar la segunda PNL, en este caso del Grupo.... Grupo Socialista, relativa a regulación y control de la publicidad sanitaria en Andalucía.

Con las enmiendas... Una sola enmienda aceptada, la de Ciudadanos, y una de Podemos rechazada.

Se inicia la votación.

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

Y pasamos a votar la tercera y última PNL, en este caso del Grupo Popular, relativa a la apertura del consultorio médico de Torre de Benagalbón, de Rincón de la Victoria.

Se inicia la votación.

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

Pues, agradeciéndoles su colaboración, que ha hecho que, en cinco horas, podamos cumplir este horario, se levanta la sesión.

[Se levanta la sesión.]

