

DIARIO DE SESIONES

D S P A

DIARIO DE SESIONES

PARLAMENTO DE ANDALUCÍA

COMISIONES

Núm. 221

XII LEGISLATURA

18 de octubre de 2023

Comisión de Salud y Consumo

Presidencia: Ilmo. Sr. D. Manuel Santiago Bonilla Hidalgo

Sesión número 15, celebrada el miércoles, 18 de octubre de 2023

ORDEN DEL DÍA

COMPARECENCIAS

12-23/APC-003224. Comparecencia de la consejera de Salud y Consumo, a petición propia, a fin de informar sobre la Estrategia Andaluza para la Coordinación Sociosanitaria.

Debate agrupado de las siguientes iniciativas:

- 12-23/APC-003238. Comparecencia de la consejera de Salud y Consumo, a fin de informar sobre el acuerdo marco de 734 millones de euros para conciertos privados, presentada por el G.P. Socialista.
- 12-22/APC-000173. Comparecencia de la consejera de Salud y Consumo, a fin de informar sobre la evolución y perspectivas de los conciertos sanitarios y derivaciones a la sanidad privada, presentada por el G.P. Por Andalucía.
- 12-22/APC-000707. Comparecencia de la consejera de Salud y Consumo, a fin de informar sobre la evolución y perspectivas de los conciertos sanitarios, presentada por el G.P. Popular de Andalucía.

- 12-23/APC-003142. Comparecencia del Consejo de Gobierno, a fin de informar sobre los acuerdos marco con varias empresas por el que se fijan las condiciones para la contratación del servicio de asistencia sanitaria complementaria para procedimientos quirúrgicos y pruebas diagnósticas a pacientes del Servicio Andaluz de Salud (SAS) en centros sanitarios y servicios privados de la Comunidad Autónoma de Andalucía y provincias limítrofes pertenecientes a otras Comunidades Autónomas, presentada por el G.P. Por Andalucía.
- 12-23/APC-003204. Comparecencia de la consejera de Salud y Consumo, a fin de informar sobre el plan listas de espera de la Junta de Andalucía, presentada por el G.P. Vox en Andalucía.

PREGUNTAS ORALES

12-23/POC-001811. Pregunta oral relativa al servicio de ambulancias en Andalucía, formulada por Dña. Ana María Ruiz Vázquez y D. Rafael Segovia Brome, del G.P. Vox en Andalucía.

12-23/POC-001963. Pregunta oral relativa a la asistencia pediátrica en Ubrique (Cádiz), formulada por Dña. María Ángeles Prieto Rodríguez, Dña. Irene García Macías, D. Rafael Márquez Berral y Dña. Rocío Arrabal Higuera, del G.P. Socialista.

12-23/POC-001965. Pregunta oral relativa al consultorio de salud de El Higuerón, Córdoba, formulada por Dña. María Ángeles Prieto Rodríguez, Dña. María Isabel Ambrosio Palos, D. Antonio Ruiz Sánchez y Dña. Ana María Romero Obrero, del G.P. Socialista.

12-23/POC-001972. Pregunta oral relativa a la sanidad pública en Andalucía, formulada por D. Rafael Segovia Brome y Dña. Ana María Ruiz Vázquez, del G.P. Vox en Andalucía.

12-23/POC-002144. Pregunta oral relativa al área sanitaria de la Campiña Sur (Córdoba), formulada por D. José Manuel Gómez Jurado, del G.P. Por Andalucía.

12-23/POC-002209. Pregunta oral relativa a la salud bucodental, formulada por Dña. María Beatriz Jurado Fernández de Córdoba, D. Manuel Santiago Bonilla Hidalgo, D. Francisco Javier Oblaré Torres, D. José María Ayala García, D. Juan José Salvador Giménez, Dña. María Esperanza Oña Sevilla, Dña. Rosa María Fuentes Pérez, D. Alejandro Romero Romero, Dña. María Remedios Olmedo Borrego y D. Antonio Saldaña Moreno, del G.P. Popular de Andalucía.

12-23/POC-002210. Pregunta oral relativa a la inteligencia artificial aplicada a la sanidad, formulada por Dña. María Beatriz Jurado Fernández de Córdoba, D. Manuel Santiago Bonilla Hidalgo, D. Francisco Javier Oblaré Torres, D. José María Ayala García, D. Juan José Salvador Giménez, Dña. María Esperanza Oña Sevilla, Dña. Rosa María Fuentes Pérez, D. Alejandro Romero Romero, Dña. María Remedios Olmedo Borrego y D. Antonio Saldaña Moreno, del G.P. Popular de Andalucía.

12-23/POC-002211. Pregunta oral relativa al Plan de enfermedades crónicas, formulada por Dña. María Beatriz Jurado Fernández de Córdoba, D. Manuel Santiago Bonilla Hidalgo, D. Francisco Javier

Oblaré Torres, D. José María Ayala García, D. Juan José Salvador Giménez, Dña. María Esperanza Oña Sevilla, Dña. Rosa María Fuentes Pérez, D. Alejandro Romero Romero, Dña. María Remedios Olmedo Borrego y D. Antonio Saldaña Moreno, del G.P. Popular de Andalucía.

12-23/POC-002212. Pregunta oral relativa al sistema de citas en atención primaria, formulada por Dña. María Beatriz Jurado Fernández de Córdoba, D. Manuel Santiago Bonilla Hidalgo, D. Francisco Javier Oblaré Torres, D. José María Ayala García, D. Juan José Salvador Giménez, Dña. María Esperanza Oña Sevilla, Dña. Rosa María Fuentes Pérez, D. Alejandro Romero Romero, Dña. María Remedios Olmedo Borrego y D. Antonio Saldaña Moreno, del G.P. Popular de Andalucía.

12-23/POC-002240. Pregunta oral relativa a la pérdida de la representación mayoritaria de la Junta de Andalucía en las fundaciones públicas andaluzas de investigación biomédica, formulada por Dña. María de los Ángeles Férriz Gómez, Dña. María Ángeles Prieto Rodríguez, D. José Luis Ruiz Espejo, D. Manuel Enrique Gaviño Pazó y Dña. Isabel María Aguilera Gamero, del G.P. Socialista.

12-23/POC-002243. Pregunta oral relativa a la evolución de la plantilla del Hospital Regional de Málaga, formulada por Dña. María Ángeles Prieto Rodríguez, D. José Aurelio Aguilar Román, Dña. Isabel María Aguilera Gamero, D. José Luis Ruiz Espejo y Dña. Alicia Murillo López, del G.P. Socialista.

PROPOSICIONES NO DE LEY

12-23/PNLC-000208. Proposición no de ley relativa a la modificación del Catálogo Ortoprotésico del SAS en favor de las personas laringectomizadas, presentada por el G.P. Por Andalucía.

SUMARIO

Se abre la sesión a las once horas, un minuto del día dieciocho de octubre de dos mil veintitrés.

COMPARECENCIAS

12-23/APC-003224. Comparecencia de la consejera de Salud y Consumo, a fin de informar sobre la Estrategia Andaluza para la Coordinación Sociosanitaria (pág. 7).

Intervienen:

Dña. Catalina Montserrat García Carrasco, consejera de Salud y Consumo.

Dña. Ana María Ruiz Vázquez, del G.P. Vox en Andalucía.

D. José Luis Ruiz Espejo, del G.P. Socialista.

Dña. María Remedios Olmedo Borrego, del G.P. Popular de Andalucía.

12-23/APC-003238, 12-22/APC-000173, 12-22/APC-000707, 12-23/APC-003142 y 12-23/APC-003204. Comparecencia de la consejera de Salud y Consumo, a fin de informar sobre la evolución y perspectivas de los conciertos sanitarios, así como el plan listas de espera de la Junta de Andalucía (pág. 20).

Intervienen:

Dña. Catalina Montserrat García Carrasco, consejera de Salud y Consumo.

Dña. Inmaculada Nieto Castro, del G.P. Por Andalucía.

D. Rafael Segovia Brome, del G.P. Vox en Andalucía.

Dña. María Ángeles Prieto Rodríguez, del G.P. Socialista.

Dña. María Beatriz Jurado Fernández de Córdoba, del G.P. Popular de Andalucía.

PREGUNTAS ORALES

12-23/POC-001811. Pregunta oral relativa al servicio de ambulancias en Andalucía (pág. 38).

Intervienen:

D. Rafael Segovia Brome, del G.P. Vox en Andalucía.

Dña. Catalina Montserrat García Carrasco, consejera de Salud y Consumo.

12-23/POC-001963. Pregunta oral relativa a la asistencia pediátrica en Ubrique (Cádiz) (pág. 40).

Intervienen:

Dña. Irene García Macías, del G.P. Socialista.

Dña. Catalina Montserrat García Carrasco, consejera de Salud y Consumo.

12-23/POC-001965. Pregunta oral relativa al consultorio de salud de El Higuerón, Córdoba (pág. 44).

Intervienen:

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

Dña. Catalina Montserrat García Carrasco, consejera de Salud y Consumo.

12-23/POC-001972. Pregunta oral relativa a la sanidad pública en Andalucía (pág. 47).

Intervienen:

Dña. Ana María Ruiz Vázquez, del G.P. Vox en Andalucía.

Dña. Catalina Montserrat García Carrasco, consejera de Salud y Consumo.

12-23/POC-002144. Pregunta oral relativa al área sanitaria de la Campiña Sur (Córdoba) (pág. 49).

Retirada.

12-23/POC-002209. Pregunta oral relativa a la salud bucodental (pág. 50).

Intervienen:

Dña. Rosa María Fuentes Pérez, del G.P. Popular de Andalucía.

Dña. Catalina Montserrat García Carrasco, consejera de Salud y Consumo.

12-23/POC-002210. Pregunta oral relativa a la inteligencia artificial aplicada a la sanidad (pág. 52).

Intervienen:

D. Antonio Saldaña Moreno, del G.P. Popular de Andalucía.

Dña. Catalina Montserrat García Carrasco, consejera de Salud y Consumo.

12-23/POC-002211. Pregunta oral relativa al Plan de enfermedades crónicas (pág. 55).

Interviene:

D. Manuel Santiago Bonilla Hidalgo, del G.P. Popular de Andalucía.

Dña. Catalina Montserrat García Carrasco, consejera de Salud y Consumo.

12-23/POC-002212. Pregunta oral relativa al sistema de citas en atención primaria (pág. 58).

Intervienen:

D. José María Ayala García, del G.P. Popular de Andalucía.

Dña. Catalina Montserrat García Carrasco, consejera de Salud y Consumo.

12-23/POC-002240. Pregunta oral relativa a la pérdida de la representación mayoritaria de la Junta de Andalucía en las fundaciones públicas andaluzas de investigación biomédica (pág. 60).

Intervienen:

Dña. Isabel María Aguilera Gamero, del G.P. Socialista.

Dña. Catalina Montserrat García Carrasco, consejera de Salud y Consumo.

12-23/POC-002243. Pregunta oral relativa a la evolución de la plantilla del Hospital Regional de Málaga (pág. 64).

Intervienen:

D. José Luis Ruiz Espejo, del G.P. Socialista.

Dña. Catalina Montserrat García Carrasco, consejera de Salud y Consumo.

PROPOSICIONES NO DE LEY

12-23/PNLC-000208. Proposición no de ley relativa a la modificación del Catálogo Ortoprotésico del SAS en favor de las personas laringectomizadas (pág. 67).

Intervienen:

Dña. Inmaculada Nieto Castro, del G.P. Por Andalucía.

Dña. Ana María Ruiz Vázquez, del G.P. Vox en Andalucía.

D. Manuel Enrique Gaviño Pazó, del G.P. Socialista.

D. Francisco Javier Oblaré Torres, del G.P. Popular de Andalucía.

Votación: Rechazada por 7 votos a favor, 10 votos en contra, ninguna abstención.

Se levanta la sesión a las catorce horas, diez minutos del día dieciocho de octubre de dos mil veintitrés.

12-23/APC-003224. Comparecencia de la consejera de Salud y Consumo, a fin de informar sobre la Estrategia Andaluza para la Coordinación Sociosanitaria

El señor BONILLA HIDALGO, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Buenos días. Vamos a dar comienzo a esta nueva Comisión de Salud y Consumo.

Comenzamos hoy con la comparecencia de la señora consejera, a fin de informar sobre la Estrategia Andaluza para la Coordinación Sociosanitaria.

Tiene la palabra la señora consejera.

La señora GARCÍA CARRASCO, CONSEJERA DE SALUD Y CONSUMO

—Gracias, señor presidente.

Buenos días, señorías.

Comparezco a petición propia ante esta comisión para informar sobre los avances realizados en los últimos meses en la futura Estrategia Andaluza para la Coordinación Sociosanitaria.

La pandemia ocasionada por el COVID-19 ha supuesto un importante reto para los sistemas sanitarios, tanto desde el punto de vista asistencial como de gestión, incluso a nivel tecnológico. Y aún hoy seguimos sufriendo las consecuencias en un sistema asistencial que sigue tensionado, tanto por las secuelas dejadas por la enfermedad como por los actos demorables que quedaron pendientes y que ahora se resuelven.

Pero ponemos hoy el foco en las necesidades sanitarias de aquellas personas que, por diferentes causas, requieren adicionalmente de un cuidado social. Son un grupo especialmente vulnerable que exige de la Administración una atención especial y el establecimiento de medidas concretas que den respuesta a las características de su demanda sociosanitaria. Y, lógicamente, no es una situación que afecte únicamente a los pacientes andaluces.

La creciente preocupación por la gestión de la atención y los cuidados sanitarios y sociales es una constante en el resto de comunidades autónomas y en gran parte de los países europeos. Y es intención de esta Consejería de Salud y Consumo, junto con la de Inclusión Social, Juventud, Familias e Igualdad, que todas las actuaciones que se puedan llevar a cabo en el futuro estén englobadas en esta Estrategia Andaluza para la Coordinación Sociosanitaria, de la que hoy me gustaría informarles.

La aprobación definitiva del texto se realizará próximamente, pues solo se está a la espera de la aprobación de la memoria económica por parte de la Dirección General de Presupuestos. El Gobierno andaluz es muy consciente del cambio en el perfil sociodemográfico, epidemiológico y cultural que se está produciendo en los últimos años en nuestra sociedad y que muestra como principal síntoma un aumento de la fragilidad emocional y de la dependencia, al tiempo que precisa una atención sanitaria y social frecuente y simultánea. Los principales motivos de estos cambios se concretan en el envejecimiento de la población y en el aumento creciente de las enfermedades crónicas, aunque también debemos tener presentes las vicisitudes de nuestro ciclo vital, como son los trastornos, los accidentes o las enfermedades

sobrevenidas. Sin embargo, la respuesta genérica que ofrecen los sistemas públicos, sanitarios y sociales no siempre se adaptan a las particularidades y las necesidades de estos colectivos. Se hace necesaria una mayor adecuación, focalizada en potenciar la accesibilidad y facilitando la posibilidad de que los cuidados sanitarios y sociales puedan realizarse en el entorno habitual de vida de estos andaluces. Son situaciones de dependencia que requieren una coordinación planificada entre la atención sanitaria y de los servicios sociales, que garanticen en todo momento la continuidad de los cuidados, a la vez que optimicen los recursos públicos existentes. Lógicamente, la necesidad de coordinación entre los sistemas sanitarios y sociales no surge ahora, ha sido una constante en los últimos años y se han realizado actuaciones importantes. Pero creemos imprescindible que todas estas actuaciones tengan un referente documental común, una articulación que exponga las causas, las necesidades, los procedimientos y las actuaciones que deben llevarse a cabo en estas situaciones. Porque son situaciones donde la atención sanitaria, por enfermedad, confluyen al mismo tiempo con los cuidados y apoyos ofrecidos por los servicios sociales, dada la falta de autonomía o dependencia de estas personas para la realización de las actividades de la vida diaria. Y, sin ninguna duda, la crisis sanitaria derivada de la pandemia puso de manifiesto y el acento sobre esta necesidad de coordinación. Y lo hizo sobre un grupo de población especialmente vulnerable, las personas mayores que viven en los centros residenciales.

De hecho, esta consejería continúa realizando un seguimiento proactivo sobre 886 centros residenciales de personas mayores, de personas adultas con discapacidad y de personas con discapacidad gravemente afectadas. A fecha 13 de octubre, el 95,6% de los centros se encuentran libres de covid y, de hecho, parece que ya hemos superado el repunte de contagios de los primeros días de septiembre, que bajó este porcentaje al 93%.

Señorías, la próxima aprobación de la Estrategia Andaluza para la Coordinación Sociosanitaria será el primer texto que responda a estas necesidades y que apruebe un Gobierno andaluz. No obstante, encontramos importantes referentes en el pasado reciente que nos han servido, en cierto modo, como pilotaje, de manera que su experiencia y la evaluación de sus resultados permiten ahora el desarrollo de esta estrategia de coordinación. Les cito algunos de ellos:

Me parece especialmente significativa la publicación del modelo de organización de la atención sanitaria en los centros residenciales de personas mayores y otros centros sociosanitarios de Andalucía, que disponía de 13 medidas específicas para mejorar la atención sociosanitaria y que fue publicado en mayo del año 2020.

También me gustaría hacer referencia, por su importancia desde el punto de vista administrativo, a la toma de conocimiento que se realiza por parte del Consejo de Gobierno en diciembre de 2020 de la composición, funciones y constitución de las comisiones autonómicas y provinciales para la coordinación en materia sociosanitaria en Andalucía, que se materializa en el Decreto 542/2020.

Y, por último, por ser el más reciente, el acuerdo de marzo de 2021 del Consejo del Gobierno, por el que se aprueba la formulación de la Estrategia Andaluza para la Coordinación Sociosanitaria.

Y han sido estos importantes referentes los que desembocan en un primer borrador de texto de la estrategia finalizado en marzo de 2022, en el seno de la Comisión Autonómica para la Coordinación en Materia Sociosanitaria.

Siguiendo el procedimiento, este primer texto es sometido a información pública y, tras evaluar las aportaciones recibidas, se realiza el texto definitivo. El objetivo de la estrategia es muy claro, ofreciendo una atención integral centrada en las personas que requieren la atención sanitaria y reciben a la vez cuidados y apoyo de los servicios sociales. Como toda estrategia, el texto recoge una serie de objetivos estratégicos y líneas concretas de actuación. Permítanme que les cite algunas de las más significativas:

Garantizar el uso más racional de los recursos disponibles, evitando traslados, ingresos y estancias innecesarias y poco adecuadas a las características actuales de los hospitales.

Reforzar la atención preventiva, que evite la aparición o el empeoramiento de situaciones de dependencia.

Actuar como mecanismo de prevención ante reingresos.

Y reducir la posible brecha de género existente en la intervención sociosanitaria de forma transversal.

No obstante, para que estos objetivos sean realmente factibles, es necesario articular unas actuaciones concretas a través de líneas estratégicas, es decir, una materialización mucho más precisa. Igualmente, permítame que le cite las que consideran más destacadas:

Implantar una estructura organizativa de coordinación sociosanitaria y un modelo de gobernanza.

Definir el contenido de la cartera y el catálogo de servicios y las intervenciones sociosanitarias.

Y elaborar el marco normativo y de financiación del modelo de la atención sociosanitaria.

Como he repetido en diversos foros, en la salud nunca hay tiempo que perder y creo que es una afirmación igualmente aplicable a las cuestiones sociales. Por este motivo, antes incluso de la aprobación definitiva del texto de la estrategia, el pasado mayo se constituyó formalmente la Comisión Autonómica de Coordinación Sociosanitaria. Y lo realmente importante es que se ponen en marcha los primeros grupos de trabajo. Por ejemplo, el Grupo 1, que trabaja en la interoperabilidad entre los distintos sistemas de información, por un lado de los servicios sociales y por otro de la asistencia sanitaria y la atención a las adicciones. Lógicamente, para el éxito del programa es fundamental que exista un canal eficaz de consulta de los diferentes dispositivos. En este sentido, se trabaja en un proyecto de implantación del programa Diraya en todas las residencias de personas mayores de Andalucía, con una cuantía de 3,2 millones de euros, junto a la compra e instalación de ordenadores portátiles en las residencias, como punto de acceso para la consulta de historiales, cuando los profesionales del Servicio Andaluz de Salud realicen la asistencia.

Por su parte, el grupo 2 ya trabaja en los mecanismos de coordinación entre los distintos equipos locales intersectoriales. Nos consta que ya han empezado a trabajar las comisiones provinciales para la coordinación sociosanitaria en las provincias de Almería, Córdoba, Huelva, Málaga y Sevilla, y se ultima la puesta en marcha del resto de provincias.

Un aspecto fundamental de la estrategia es que centra su actuación en la mejora de la salud y del bienestar de las personas que requieren de cuidados por ambos sistemas, a través de la optimización de los recursos públicos. Y les pongo un ejemplo. Actualmente, hay una media de unas 109 personas hospitalizadas en las denominadas como estancias sociales. Se trata de personas ingresadas en el sistema sanitario público de Andalucía, pero que, aun habiendo sido resuelto el problema clínico que moti-

vó el ingreso, permanecen en el hospital. Y es así por motivos sociales de estas personas que dificultan su alta definitiva. Me refiero, por ejemplo, a cualquier persona con ausencia de apoyo familiar, a la dificultad para disponer de una plaza temporal en una residencia durante un periodo de convalecencia o en el caso de causa sobrevenida, o la falta de una plaza de carácter permanente en una residencia. En este último caso, es habitual la presencia de deterioro cognitivo y de dependencia para las actividades básicas de la vida diaria. Y en la estrategia se plantean las actuaciones precisas para que estas personas, con los problemas de salud que motivaron su ingreso ya resueltos, ocupen plazas residenciales y no plazas hospitalarias. En consecuencia, se optimizarían los recursos públicos, porque en primer lugar, se liberarían camas y, en segundo lugar, el coste de la atención hospitalaria no tiene nada que ver con el coste de una cama en una residencia de mayores.

Señorías, las actuaciones conjuntas de ambas consejerías han sido numerosas en los últimos años, porque creemos en la necesidad de articular acciones coordinadas para mejorar las condiciones socio-sanitarias de los andaluces.

Como se me ha agotado el tiempo, en la siguiente intervención...

[Intervención no registrada.]

Ah, pues entonces sigo, yo creía que eran diez.

Déjenme que destaque dos de estas actuaciones conjuntas.

El recientemente aprobado Plan Integral de Alzheimer y otras Demencias de carácter interdepartamental, basado en el compromiso de todos los agentes involucrados en la atención de personas con deterioro cognitivo y demencia. Dentro de este plan me gustaría destacar la línea de alzhéimer, que tiene por objetivo informar sobre diversos aspectos relacionados con la enfermedad, como puede ser su evolución clínica, los tratamientos, disponibilidad de recursos, etcétera.

En esta misma línea estamos avanzando en la detección precoz del deterioro cognitivo mediante biomarcadores en líquido cefalorraquídeo, lo que nos puede permitir un abordaje de la enfermedad mucho más precoz. Dentro de las acciones vinculadas al alzhéimer también me gustaría hacer referencia a la colaboración con la Confederación Andaluza de Alzheimer y otras Demencias. Junto a ellos se han realizado diversos vídeos divulgativos subtítulos. Hemos trabajado con ellos en el nuevo Plan de Alzheimer que presentábamos hace poco con la Consejería de Inclusión, pero también con la Confeafa. Y hemos trabajado con ellos en proyectos importantes, que presentaba y anunciaba la presidenta, Ángeles, de la Confeafa, con dinero que recibe de Inclusión Social, pero en los que vamos a trabajar, el secretario general de sociosanitario de la Consejería de Salud, para ampliar esa capacidad. En esa reunión se anunciaba cómo va a haber capacidad para atender la estimulación cognitiva, llegando a todos los rincones de Andalucía a través de un programa interactivo, que no va a ser a través de un ordenador, sino a través de una televisión con un mando a distancia, que todo el mundo sabe utilizar bien, incluso cuando empieza con un deterioro cognitivo todavía en sus primeras fases.

Con lo cual, yo creo que el trabajo conjunto de ambas consejerías se va a ver plasmado en muchas iniciativas que, al final, lo que redundan es en el bienestar y en la salud de los andaluces, que es el objetivo que perseguimos todos.

Gracias.

El señor BONILLA HIDALGO, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señora consejera.

Comenzamos los turnos de los grupos. Por el Grupo Vox, tiene la palabra la señora Ruiz.

La señora RUIZ VÁZQUEZ

—Buenos días, presidente.

Consejera, buenos días.

Muchas gracias por exponernos esta estrategia para la coordinación entre la Consejería de Salud y la Consejería de Inclusión. Y hablamos de dos consejerías donde vemos bien que ustedes estén haciendo esta estrategia como punto fundamental para el beneficio de los ciudadanos, de los pacientes en este caso. Pero queremos incidir en dónde vemos que puede haber un problema, y es que, por separado, estas dos consejerías tienen un gran problema que pensamos que hay que atajar y que hay que retomar, Y son las listas de espera en ambas consejerías. ¿Por qué decimos esto? Porque en las competencias en Salud y Consumo vemos listas de espera en lo fundamental, en atención primaria, en especializada. Y siendo atención primaria, por ejemplo, la primera puerta de entrada, existen esas listas de espera que luego le comentaré en la pregunta que llevamos. Listas de espera quirúrgicas, listas de espera en traumatología y de muchas especialidades vitales para los pacientes. A ello le añadimos las competencias en Inclusión, con listas de espera para la valoración en discapacidad, para el plan de atención individualizada, un decreto de más de un año que aún no se ha unificado. O los centros especiales de empleo, que ayer tuvimos oportunidad, en la Comisión de Discapacidad, de llevarlos, también con unas listas de espera también desorbitadas. Entonces, señorita, sin embargo, muchas veces todos estos centros especiales de empleo se ven abocados al cierre, precisamente porque no hay un presupuesto mensual, como decíamos. Comentaba ayer también la consejera de Empleo que se debe a problemas administrativos, mientras tanto la viabilidad de sacar la orden con el aumento del 5%.

Realmente, nos gustaría que esta estrategia sí que fuera efectiva. Y entendemos que existe un envejecimiento de la población y que nuestros mayores tienen unas necesidades tanto en salud como en dependencia que necesitan y, sobre todo, merecen.

Y, sobre todo, algo que nos preocupa muchísimo también es la soledad, es la soledad de estas personas. Para nuestro grupo es fundamental, como le comento, poner al ciudadano en el centro de todas estas estrategias, la salud y el cuidado de las personas dependientes y de las más vulnerables.

Hablaba usted del grupo 1 que se ha creado, que es el de la teleoperatividad, para conseguir un canal eficiente en la consulta. O la implantación del Diraya, por ejemplo, en las residencias de mayores. Hemos visto durante la pandemia cómo no había una interrelación, interlocución entre las residencias de ancianos y los centros de salud. Hemos visto cómo se han creado verdaderos hospitales de emergencia dentro de las residencias de ancianos y se ha tenido que trasladar un centro de salud prácticamente entero a una residencia de ancianos. Y no había una conexión de Diraya, que es algo tan fácil y tan sencillo que se podía haber hecho. No estábamos preparados para eso. Y, efectivamente, todo este tipo de estrategias sí que tenían que haber sido previstas de antemano. Valoramos que se estén haciendo ahora,

porque valoramos que ustedes hagan el esfuerzo, entre una consejería y la otra, para mejorar la salud y el bienestar de estos pacientes.

Y después hablaba también usted de estas personas que no tienen con quién estar cuando ya les tienen que dar el alta del hospital. Desde luego, es fundamental que tengan esas plazas reservadas para ellos, porque hay verdaderos dramas que nos encontramos en el hospital y que no tienen ayuda ninguna, no tienen familia. Y eso debe de ser prioridad también para esta consejería y para la Consejería de Inclusión.

Muchas gracias, consejera.

El señor BONILLA HIDALGO, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señora Ruiz.

Por el Grupo del Partido Socialista, tiene la palabra el señor Ruiz.

El señor RUIZ ESPEJO

—Sí, muchas gracias, señor presidente.

Buenos días, señorías.

Gracias por la información, consejera, de todo lo que supone la estrategia sociosanitaria en la que está trabajando el Gobierno y, especialmente, su consejería y la Consejería de Inclusión.

Compartimos la definición que hacía sobre qué supone la atención sociosanitaria. Yo creo que podemos estar de acuerdo en que la misma define «el conjunto de cuidados destinados a las personas que, por causa de graves problemas de salud o limitaciones funcionales y/o de riesgo de exclusión social, necesitan una atención sanitaria y social simultánea, coordinada y estable, ajustada al principio de continuidad de la atención».

¿Y por qué digo esto? Porque creo que es importante que tengamos clara la definición de cuáles son los cuidados sociosanitarios que tenemos que atender, porque están implicados distintos departamentos, distintas consejerías y yo creo que incluso hasta distintas Administraciones, como usted se ha referido en algún momento en la intervención. Y estas atenciones tienen que tener en cuenta que tienen que ser cuidados profesionales, que evidentemente son de carácter sanitario y social, pero, además, que tienen que estar prestados de forma coordinada, de manera simultánea y estable. Es decir, que no son intervenciones puntuales, sino que tienen que ser atenciones continuadas en función de la necesidad de las personas que lo requieren. Y el objetivo tiene que ser paliar sus limitaciones o su sufrimiento y, evidentemente, facilitar también su reinserción social, su integración en el entorno o en el contexto en el que residan.

Dada la naturaleza compleja, mixta y plural de estas situaciones y de las necesidades a las que se puede referir, se apuesta por una configuración de espacios de coordinación entre diferentes sistemas y políticas públicas susceptibles de dar respuesta a estas situaciones de necesidad. En nuestro ámbito, evidentemente, la Consejería de Salud y la Consejería de Inclusión Social, que tienen las competencias en esta materia.

Y permítame que haga también una distinción entre lo que es la planificación estratégica y la planificación operativa, que después verán el sentido. La planificación estratégica es el marco de referencia

para el desarrollo de una planificación operativa futura, define objetivos, visión, metas en un ámbito de actuaciones concretas. Y la planificación operativa es el espacio intermedio o el paso intermedio entre esos objetivos de la estrategia y la implementación de los proyectos concretos. Por tanto, un plan operativo tiene que ser un plan pragmático y programático a corto plazo en una línea de estrategia general, pero lo suficientemente concreto como para que los profesionales de cada nivel sepan de qué son responsables. Y, además, también es importante que en la elaboración de esta estrategia y de estos planes operativos participen también estos propios profesionales, que después tendrán que llevarlo a cabo.

Y con esto, ¿qué quiero decir, señora consejera, señoría? Que Andalucía hoy nos presenta la Estrategia Sociosanitaria Andaluza, alcanzada entre las dos consejerías, Salud y Consumo e Inclusión Social. He accedido a un texto del año 2022 que han publicado ambas consejerías. Es verdad que la formulación correspondió al Consejo de Gobierno el 23 de marzo de 2021, usted también hacía referencia. Después también ha hecho referencia a que en marzo de 2022, también, como digo, se ha aprobado ese borrador, pero echamos de menos los siguientes pasos. Hoy anuncia que está prácticamente finalizada la aprobación definitiva de esa estrategia, pero ya digo, nosotros echamos de menos los pasos que tienen que definir el marco práctico de esta estrategia. Y para ello están los planes operativos y los proyectos concretos que se tienen que llevar a cabo en Andalucía. Y que ahí es donde creo que ustedes como Gobierno han fallado. Bueno, en esto y en otros muchos casos que saben que hemos denunciado anteriormente o que hacía aquí la anterior portavoz mención de las listas de espera.

Y es que en varias ocasiones, consejera, han anunciado algunos proyectos específicos para los cuidados sociosanitarios en Andalucía, llegando a adjudicar incluso obras de adaptación de instalaciones para estos cuidados en centros hospitalarios, como fue el caso del antiguo hospital comarcal de Ronda, que después de cuatro años no han finalizado estas obras de adaptación, no hay fecha de apertura y hay algunas informaciones que usted misma ha dado en los últimos meses, diciendo que este proyecto se va a desarrollar por fases. Eso sí, aclaraba en los menores plazos posibles. Pero, consejera, después de cuatro años, ¿qué entienden ustedes por brevedad en los plazos? Creo que no se puede decir mucho, añadir mucho, ¿no?

Y cuando hablan también de uso compartido, dada la gran superficie edificada disponible, ¿no les parece que existen en Andalucía necesidades de cuidados sociosanitarios suficientes para ocupar estas instalaciones? Además, como usted ha dicho, de la evolución demográfica que vamos a tener. ¿Dónde quedan, por tanto, las promesas y los compromisos de convertir este antiguo hospital comarcal de Ronda en un gran centro sociosanitario para toda Andalucía?

Y, mire, creo que tenemos aquí... Mire, aquí tenemos el anuncio del consejero Aguirre, diciendo que el centro sociosanitario de Ronda sería una realidad en la anterior legislatura, no en esta, en la anterior legislatura. Pero es que, además, también la delegada del Gobierno en Málaga hablaba ya de que se iba a adjudicar la gestión y que se iba a hacer a entidades sin ánimo de lucro. Por tanto, si quería adjudicar la gestión es porque estaría a punto de finalizar, ¿no? Y no lo vemos por la evolución que hay de las obras.

Consejera, ¿se van a dejar ya de anuncios vacíos y formulación de documentos para definir de verdad proyectos reales, claros, operativos y prácticos y concretos en Andalucía? Pasen de la estrategia a la operativa. Definan los proyectos y sus planes funcionales para que sepamos a qué atenernos nosotros y, evidentemente, los ciudadanos.

Los espacios sociosanitarios están definidos. Lo que hace falta es la coordinación y la asunción de responsabilidades y proyectos concretos por cada departamento para asumir sus responsabilidades.

Y, consejera, paso a algunas cuestiones que entendemos que son propuestas de futuro, porque también creemos que hay que ser positivos y hay que pasar también a las propuestas en este caso y en esta comisión. Las propuestas para el desarrollo de este nivel asistencial desde el Grupo Socialista, además de compartir algunas que usted hacía mención, pero queremos hacerle algunas:

Establecer los cuidados sociosanitarios intermedios como prioridad política. Los principales argumentos es que ellos radican en la contención de la demanda, en la hospitalización de agudos y el desarrollo de un modelo de atención mucho más adecuado y eficaz para los pacientes y para las personas necesitadas de esta atención.

Desarrollar un sistema de acreditación de centros para asegurar la calidad de los servicios.

Adeguar la regulación y aumentar la visibilidad de los cuidados sociosanitarios intermedios entre los usuarios.

Apostar por un desarrollo normativo que defina de forma clara el perfil de beneficiarios, la cartera de servicios, las bases del modelo asistencial y las necesidades de formación que también harán falta.

Hay que tener en cuenta los retos demográficos y sociales que tenemos para definir estos cuidados intermedios.

Adaptar el desarrollo de la oferta a los recursos ya disponibles.

Debemos aumentar los espacios mediante la creación de nuevas plazas y debemos adaptar la situación específica para generar una oferta basada en necesidades reales.

Termino, señora consejera. Parece obvio, por tanto, que desarrollar estas propuestas es una apuesta segura hacia la mejora de la calidad en la atención, la mayor satisfacción de los usuarios y de los pacientes, la contención de la demanda en los hospitales de agudos y la mayor eficiencia del sistema.

Apostar por los cuidados sociosanitarios intermedios es, por tanto, apostar por el desarrollo a corto plazo del sistema sanitario y social y garantizar así el derecho de las personas a una atención sociosanitaria equitativa y de calidad.

Muchas gracias.

El señor BONILLA HIDALGO, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señor Ruiz.

Para finalizar esta primera comparecencia tiene la palabra la señora consejera por ocho minutos.

[Intervención no registrada.]

La señora OLMEDO BORREGO

—Gracias, señor presidente.

En primer lugar, muchísimas gracias, señora consejera, por presentarnos los avances y el trabajo realizado en el diseño de la Estrategia Andaluza de Coordinación Sociosanitaria, por presentárnosla hoy

aquí a los miembros de esta comisión en un ejercicio de transparencia y predisposición al diálogo, como suele ser lo habitual. Y gracias también a su equipo, al equipo de la consejería, por acompañarnos y estar tomando nota también aquí junto a nosotros. Me gustaría agradecer también las aportaciones del resto de los grupos políticos y puntualizarle al señor Ruiz que esto no son anuncios vacíos; se trata precisamente de eso, de dar detalles de lo que va a suponer esta estrategia para los andaluces y que ustedes aquí hagan sus aportaciones.

Señorías, la atención sociosanitaria representaba un reto para este Gobierno, un reto que, como nos ha trasladado, señora consejera, se había agudizado tras la pandemia, porque efectivamente estamos ante un cambio de perfil sociodemográfico y cultural de la población que demanda de la sanidad y de los servicios sociales una mayor respuesta a las necesidades y, por supuesto, más coordinada, con una mayor accesibilidad y calidad, independientemente del lugar de residencia.

Y es evidente, señor Ruiz, la dificultad que existe para coordinar estos dos sistemas, el de salud y el de servicios sociales, diferenciando, como bien ha dicho, cuáles son las competencias de cada uno y, al mismo tiempo, ofreciendo una respuesta adecuada a los problemas multidimensionales que presenta la ciudadanía. Por eso digo que es un reto.

Se hace imprescindible impulsar esta estrategia sociosanitaria, porque, además, era una prioridad para el Gobierno de Juanma Moreno desde que hace cinco años asumió responsabilidades, porque efectivamente no era comprensible que consejerías como la de Salud y la de Inclusión Social, Juventud, Familias e Igualdad trabajasen de forma independiente. Por eso se iniciaron esos primeros intentos de coordinación, unos pasos que se vieron truncados, como le decía, por una pandemia, pero de los que aprendimos que otra forma de trabajar, de forma más coordinada, era posible, encontrándonos hoy ante esta propuesta de estrategia sociosanitaria.

Consejera, nos ha hablado también del componente técnico que tiene la elaboración de esta estrategia, los grupos de trabajo implicados, la importancia del diálogo y el entendimiento entre los profesionales que están implicados y la constitución de la Comisión Autonómica de Coordinación Sanitaria para servir de base y de marco sobre la construcción de una respuesta eficaz.

Me gustaría destacar un aspecto que ya prueba de manera significativa la apuesta de este Gobierno y de esta consejería para reforzar esa interrelación entre las distintas consejerías implicadas, y es la creación, por primera vez, de una Secretaría General de Humanización, Planificación, Atención Sociosanitaria y Consumo, y de una Dirección General de Atención Sociosanitaria, Salud Mental y Adicciones. Hoy tenemos la suerte de poder tener aquí a este equipo, que está tomando nota de todas las aportaciones, siendo una de las principales funciones de esta secretaría general el diseño, el seguimiento y evaluación de la estrategia de coordinación sociosanitaria entre la Consejería de Salud y Consumo y la consejería con competencias en materia de servicios sociales, especialmente orientados a los grupos y colectivos en situación de vulnerabilidad y gran adversidad sanitaria y social. Y uno de estos colectivos vulnerables son nuestros mayores, ya lo hemos hablado aquí con el resto de los grupos, estamos ante un proceso de envejecimiento demográfico y, por tanto, están cambiando las previsiones sociales y sanitarias de nuestra sociedad.

En el caso de la crisis sanitaria, nos dimos cuenta de la necesidad de la creación de las comisiones autonómicas y provinciales para esa coordinación en materia sociosanitaria, principalmente, como ha dicho

la señora Ruiz, en las residencias de mayores, que precisaban de adopción de medidas sanitarias específicas y de una manera ágil y rápida. Pero de ahí esa respuesta que se dio, por ejemplo, con la adaptación del rol de las enfermeras gestoras de casos, o la reorientación que hubo de las funciones de los trabajadores sociales del ámbito sanitario, y también la inspección de servicios sanitarios y de servicios sociales, o ese desarrollo del programa de humanización y vida saludable dentro de los centros residenciales.

Lo mismo ocurre con el colectivo de las personas con discapacidad y las que están en situación de dependencia, en los que aumenta considerablemente la necesidad de sus cuidados, y, por tanto, la respuesta sociosanitaria debe ir acompañada de la misma forma.

Otro ejemplo de esa coordinación sociosanitaria se ve claramente reflejado en la reciente aprobada Ley de Atención Infantil Temprana, donde, por primera vez, señorías, se establece la obligatoriedad de coordinarse en cuanto a información y a respuesta desde las distintas consejerías implicadas, tanto de Salud, Servicios Sociales como Desarrollo Educativo, en este caso. Hoy se nos han dado claros ejemplos de cómo se ve reforzada esta coordinación, con la elaboración, por ejemplo, del primer Plan Estratégico Integral para las Personas Mayores en el marco 2023; el III Plan Integral de Salud Mental; esa Estrategia de Alzheimer y otras Demencias; en el Plan de Infancia y Adolescencia de Andalucía, o ese III Plan Andaluz sobre Drogas y Adicciones, y un largo etcétera.

Por tanto, estamos, como decía al principio, ante un reto, donde los colectivos vulnerables, como son los mayores, las personas con discapacidad y la infancia, se convierten en el centro de las políticas para este Gobierno y para esta consejería, para asegurarles una atención —como he comentado al principio— multidisciplinar y, al mismo tiempo, de calidad.

El Gobierno de Juanma Moreno y esta consejería son conscientes de este reto, de que debemos adaptarnos a la evolución de la sociedad, apostar por esa innovación en los diagnósticos, en los tratamientos, por consolidar los derechos en materia de servicios sociales, dar una respuesta de manera adecuada y, como hemos dicho durante la comisión, rápida y eficiente, y con más facilidad al acceso a esos datos médicos y sociales desde cualquier institución.

Además, somos conscientes también de la implicación de carácter socioeconómico y social que estas actuaciones conllevan. Y es por eso que la apuesta del presupuesto destinado a salud garantiza la sostenibilidad de unos sistemas, el sanitario y social, que, al mismo tiempo, garantizan el acceso y la igualdad de oportunidades.

En definitiva, desde este Gobierno y desde esta consejería se ha hecho un gran esfuerzo por conseguir establecer una Estrategia andaluza para la coordinación sociosanitaria que garantiza la atención integral de las personas, optimiza los recursos y promueva la prevención y promoción de la salud.

Así que enhorabuena por parte de mi grupo, señora consejera, y a su equipo.

Muchas gracias.

El señor BONILLA HIDALGO, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señora Olmedo.

Ahora sí tiene la palabra la señora consejera.

La señora GARCÍA CARRASCO, CONSEJERA DE SALUD Y CONSUMO

—Gracias, presidente.

Agradecer a los portavoces su tono y sus aportaciones.

Y empezar contestando a lo que sus señorías me decían y hablaba, por ejemplo, la señora Ruiz de la interoperabilidad y de lo sencillo y cómo no lo teníamos. Bueno, señora Ruiz, sencillo, entre comillas. Nosotros llevamos cuatro años trabajando para conseguir la interoperabilidad, para conseguir que en las residencias podamos tener Diraya. Trabajamos también, y lo he dicho en algunas ocasiones, para que en los centros penitenciarios podamos tener Diraya. Pero ¿qué pasa? Que el acceso a Diraya es con confidencialidad de las personas, sus historiales... Entonces, hemos tenido que llegar a un equilibrio, y a un equilibrio muy importante jurídico, para no desproteger a nadie. Y eso parece que ya lo hemos conseguido. Con lo cual ya es verdad que ahora ya es la implantación, tenemos el dinero, tenemos los fondos, pero nos ha costado un trabajo de cuatro años de camino para conseguir que esto sea una realidad. Algo que a la vista de las personas puede ser tan sencillo, pero es tan complicado. Pero lo hemos conseguido, cuatro años de camino y ya lo vamos a poder hacer. Lo comento para que ustedes vean la dificultad en medidas que parecen muy sencillas, pero que tienen una dificultad cuando hablamos de los datos de las personas.

Me hablaban y hablaban todos de..., el señor Ruiz hablaba de que lo que quieren ver es los objetivos, cómo lo vamos a implementar. Bueno, pues esa estrategia es precisamente lo que va a venir, porque lo que se llevó a Consejo de Gobierno era la formulación de la estrategia. Ahora lo que nosotros presentaremos será esa estrategia, trabajado con equipos de profesionales multidisciplinares, tanto de la Consejería de Salud como de la Consejería de Inclusión, y ahí vamos a presentar todo eso que usted pide, que es qué vamos a hacer, qué vamos a hacer y cómo lo vamos a concretar.

Y yo creo que todos debemos de estar contentos y felicitarnos porque vamos a tener, por primera vez en Andalucía, una estrategia sociosanitaria que va a permitir una coordinación que para mí es una necesidad.

Ahora tenemos una Secretaría General de Planificación, Consumo, Sociosanitario, pero en la legislatura anterior nosotros ya designamos una Dirección General que era Atención Sociosanitaria. O sea, nosotros desde el principio hemos tenido muy claro que esto es una necesidad para atender a nuestra población andaluza que, cada vez más, son mayores crónicos, y crónicos complejos. Y necesitamos una estrategia que coordine, precisamente para —como decía la señora Ruiz— poner en el centro a la persona y que el sistema funcione alrededor de esa persona.

Cuando esta estrategia, que ya tiene equipos constituidos en algunas provincias —lo he dicho—, esté funcionando, conseguiremos precisamente ese activo. Es decir, que las personas —y lo decía en mi intervención primera— vayan al hospital cuando sea una necesidad, pero consigamos tenerlas estabilizadas el mayor tiempo posible en su hábitat, en donde estén. ¿Que están en una residencia? En una residencia. ¿Que están en su domicilio porque es donde ellos quieren estar? En su domicilio.

Ese es el objetivo de la estrategia. El objetivo de las dos Consejerías es calidad de vida para los mayores en el lugar donde estén y que permanezcan el mayor tiempo posible y que su dependencia y grado de dependencia y de salud se mantengan y seamos capaces de protegerlos y de estabilizarlos. Ese

es el objetivo. Y con ese objetivo principal se van a mover todos los demás planes, acciones, que va a llevar la estrategia. De tal manera que vamos a utilizar los recursos sanitarios y los recursos de la Consejería de Inclusión Social, vamos a sumar recursos.

Y ustedes hablaban, por ejemplo, el señor Ruiz, nos hablaban de la cartera de servicios, por supuesto que la tenemos que definir, por supuesto, en ello estamos.

Hablaban ustedes de la formación, por supuesto, y ahí va a haber un plan muy potente de formación.

Y hablaban ustedes de la unidad de cuidados intermedios, y la unidad de cuidados intermedios, precisamente, el 11 de octubre, si no me equivoco, el 11 de octubre, se ha celebrado la mesa de contratación de licitación de 60 plazas repartidas en Almería, Granada, Huelva y Sevilla. Nos queda completar el resto de provincias. ¿Para qué? En mi intervención lo he dicho, el objetivo primordial, primordial, de esta estrategia va a ser dar la solución sanitaria y social en cada momento.

Si nosotros tenemos personas que estén ingresadas en el hospital y se haya solucionado su problema de salud y no tengan un lugar donde volver, nosotros tenemos que dar una solución a esa persona. Pero voy a más, si nosotros tenemos a una persona que ha tenido un proceso agudo, una desestabilización de su cronicidad, y la ingresamos, quizás esa persona, con solo una semana de ingreso en el hospital, no está para poder volver en las mismas condiciones al recurso que ya tenía, bien fuera su familia o bien en su casa sola. Pues esta unidad de cuidados intermedios también viene a solucionar estos problemas, porque estas personas se ingresan en esta unidad de cuidados intermedios, se les realizan las actividades y la fisioterapia que necesitan para que puedan volver a su recurso anterior. Y si no pudieran volver a su recurso anterior, porque el proceso no sea positivo, pues tendríamos que buscarles, desde esa unidad de cuidados intermedios, el recurso social que necesita esa persona. Con lo cual, yo creo que ese va a ser un avance muy importante.

Hemos incorporado y, vamos a acabar de incorporar en el año que viene las 99 enfermeras gestoras de casos, enfermeras gestoras de casos relacionadas y de coordinación con los centros residenciales, 2,9 millones de euros, y creemos que también van a ser muy importantes para la estrategia sociosanitaria.

Y vamos a tener también una figura importante en cada provincia de coordinación de las trabajadoras sociales, que no la tenemos, pero consideramos que es muy importante esa figura de coordinación de trabajador social, para que esa trabajadora social, tanto de comunitaria como de hospitales, tenga una perfecta coordinación con las trabajadoras sociales de la Consejería de Inclusión Social. Necesitamos esa coordinación perfecta y creemos que esas trabajadoras sociales de coordinación provincial también nos van a ayudar a implantar esta estrategia sociosanitaria.

Yo decía al principio de mi intervención que creo que es una necesidad, estamos obligados a hacerlo, porque la población, y no solo en Andalucía, esto es algo que se ve, y más y con mayor agudeza en otras comunidades autónomas, donde el envejecimiento es mayor que en nuestra comunidad autónoma, pero desde el año 2019 consideramos que esto era una prioridad y se han dado pasos muy importantes, lentos, porque muchos de ellos han necesitado un respaldo jurídico muy importante detrás, pero ya lo hemos conseguido y ahora creo que, una vez que la estrategia sea aprobada, el despliegue va a ser mucho mayor.

Y, señor Ruiz, con respecto a Ronda, usted no se preocupe, ustedes cerraron Ronda y nosotros vamos a abrir Ronda, ustedes no se preocupen por Ronda, que Ronda tendrá su solución, nosotros se la vamos a dar, que nosotros se la vamos a dar.

Mire, yo suelo recordarle que en junio del año 1997 ustedes formaron, entre ambas consejerías, de Salud, con José Luis García de Arboleya, e Isaías Pérez Saldaña, como consejero de Inclusión Social, para hacer una estrategia sociosanitaria, pero la estrategia sociosanitaria la vamos a hacer aquí ahora. Ustedes no se impacienten, no se impacienten que todo llega.

Así que muchas gracias a todos, vamos a seguir trabajando porque nosotros consideramos una prioridad que esta estrategia sociosanitaria empiece a funcionar y despliegue toda su acción al cien por cien, pues en el año 2024 creemos que vamos a estar funcionando.

Gracias.

El señor BONILLA HIDALGO, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señora consejera.

12-23/APC-003238, 12-22/APC-000173, 12-22/APC-000707, 12-23/APC-003142 y 12-23/APC-003204. Comparecencia de la consejera de Salud y Consumo, a fin de informar sobre la evolución y perspectivas de los conciertos sanitarios, así como el plan listas de espera de la Junta de Andalucía

El señor BONILLA HIDALGO, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Pasamos a la segunda comparecencia, en este caso es agrupada, a fin de informar sobre el acuerdo marco de 734 millones de euros por conciertos privados, evolución y perspectivas y derivación a la sanidad privada, informar sobre la evolución y perspectivas de los conciertos sanitarios, así como condiciones para la contratación del servicio de asistencia sanitaria complementaria para procedimientos quirúrgicos y pruebas diagnósticas en pacientes del SAS y plan de listas de espera.

Tiene la palabra la señora consejera.

La señora GARCÍA CARRASCO, CONSEJERA DE SALUD Y CONSUMO

—Gracias, señor presidente.

Señorías, comparezco en un debate conjunto sobre conciertos sanitarios y listas de espera. Comparezco ante esta comisión para informar acerca de estos conciertos sanitarios y de las listas de espera. El pasado miércoles tuve la oportunidad de explicar estas mismas cuestiones en el pleno parlamentario, pero en cualquier caso no tengo ningún reparo en volver a explicarlo aquí hoy, en el Pleno del Parlamento otra vez, en cualquier medio de comunicación otra vez, para dejar claro, no, clarísimo, claro, clarísimo, que aquí no se privatiza nada, que aquí lo que se ha hecho ha sido un cambio de modelo. Ustedes concertaban y nosotros sacamos un acuerdo marco, ustedes concertaban y nosotros sacamos un acuerdo marco. Forma jurídica distinta, pero se hace lo mismo. Así que, por favor, no tergiversen, no engañen. Eso es engañar, es engañar a la población. Cuando ustedes dicen que nuestro objetivo primordial es la privatización del sistema sanitario público andaluz, es engañar, permítanme que se lo diga. Nosotros hacemos lo mismo que ustedes hacían cuando gobernamos, lo único que hemos cambiado es el ámbito jurídico que lo envuelve, centralizado, no provincializado, con mayores garantías para la calidad, nos permite un mejor seguimiento. Pero, por favor, no digan que estamos haciendo una cosa distinta. Lo que estamos haciendo es un complemento cuando el sistema sanitario público andaluz no es capaz de llegar y, cuando no es capaz de llegar, nuestra obligación es llegar. Y, a partir de ahí, yo voy a volver a explicar, no una vez ni dos, sino mil veces, las veces que sean necesarias, para que quede claro cuál es el objetivo de la licitación que se ha sacado para los próximos cuatro años en Andalucía.

Señorías, como saben, los criterios indicadores y requisitos de las listas de espera vienen explícitamente indicados en el Real Decreto 605/2003. Y es ahí donde se establece la prioridad semestral de las publicaciones, que concretamente hacen referencia a la situación a fecha 30 de junio y el 31 de diciembre de cada año para todas las comunidades autónomas. En consecuencia, esta consejería, como hace todos los años y siguiendo las directrices del real decreto, ha facilitado la información en tiempo

y forma y hemos cumplido con nuestro deber legal. Por tanto, transparencia absoluta en los resultados de la actividad asistencial, porque cualquier persona puede consultar en la web del ministerio las listas de espera de Andalucía. Las más recientes corresponden a junio de 2022, diciembre de 2022 y se está a la espera de que el ministerio decida la publicación de las listas de junio de 2023. Es decir, el ministerio dispone ya de los datos de Andalucía correspondientes a junio de 2023 en las fechas que establece el procedimiento.

Por otro lado, y de forma adicional, cada comunidad suele publicar también listas de espera por estructura organizativa y simplemente estamos a la espera de que lo haga el ministerio, que publique las listas generales del corte de junio de 2023, para nosotros publicar las segmentadas de este mismo periodo.

Entenderán, señorías, y lo saben, que la publicación segregada deberá realizarse posteriormente a la publicación general, ya que lógicamente la suma de la segregada permite obtener la general. En este punto debo de lamentar que no se pudieran publicar los datos segmentados de diciembre de 2022 por problemas técnicos. No obstante, sí puedo asegurarles que los datos del corte de junio de 2023 ya están preparados y solo falta la publicación por parte del ministerio. Los datos segregados comenzaron a ser publicados por la Consejería de Salud en junio del año 2005. Sin embargo, desde el año 2006 a 2018 se publicaron una vez al año, salvo tres excepciones —2007, 2009 y 2011—, donde se publicaron dos veces. Nosotros, se han publicado siempre dos veces, excepto una sola vez. O sea, nosotros en cuatro años hemos publicado dos veces cada año las listas de espera, excepto una vez.

La obtención de datos de la actividad asistencial es un proceso muy complejo, ya que debemos tener en cuenta los millones de derivaciones realizadas y los más de 8,4 millones de usuarios del Servicio Andaluz de Salud. Es el conjunto de población asistencial más alta de toda España, a lo que se unen los movimientos poblacionales procedentes de otros territorios nacionales y extranjeros. Y es necesario realizar este proceso documental con todo rigor, porque precisamente es este instrumento de las listas de espera el que justifica que se tomen medidas y planes de choque. Además, este rigor es justo el que puede evitar que ocurra lo que ocurría cuando ustedes gobernaban, señora Prieto.

Señorías, la asistencia sanitaria se desarrolla en la actualidad en un contexto complejo, que incide significativamente en las listas de espera, no solo en Andalucía, sino en toda España. El primer factor es el déficit de profesionales dentro del Sistema Nacional de Salud. El anterior Gobierno socialista no realizó previsión de los profesionales que debían jubilarse, por lo que nos encontramos ahora en un desequilibrio real entre las personas que se jubilan y las personas que acaban su formación. Y sufrimos esas jubilaciones año tras año, que no podremos llegar a cubrir, y de hecho no será hasta el año 2025 y 2026 cuando nos podamos recuperar y, en consecuencia, podremos equilibrar todo lo que se hace dentro del sistema.

El segundo factor reside en un aumento considerable de derivaciones y de consultas durante el año 2022 y 2023. Este incremento conlleva, lógicamente, una subida del número de consultas externas, de pruebas diagnósticas e intervenciones quirúrgicas. Es decir, que el sistema sanitario funciona. Con respecto al año 2018, supone un 15% más de indicaciones quirúrgicas, un 17% más de consultas externas y un 2% más de pruebas diagnósticas. Sin embargo, ese aumento de las derivaciones es

una buena muestra de que el sistema funciona, que no es un sistema parado, que se da respuesta a las necesidades de salud de las andaluces, aunque necesitamos que esa respuesta, y lo reconocemos, sean más ágiles. El sistema funciona, pero no es suficiente para abarcar todas las indicaciones que se realizan, porque tenemos la infraestructura sanitaria, pero nos faltan los profesionales para llevarlas a cabo.

Y les digo otro objetivo que justifica el aumento muy significativo del número de derivaciones desde 2019, porque con el anterior Gobierno se establecían auténticos cupos de derivaciones que incidían expresamente en los incentivos de productividad. Así, si un médico excedía los objetivos de derivación a consultas externas, veía mermada su retribución económica. Desde luego, una estrategia dudosa. Si no se deriva a consultas externas, no se afectan las listas de espera, ¿verdad? Ahí lo dejo.

Y, por supuesto, fue una de las primeras medidas que llevó a cabo el Partido Popular al llegar al gobierno. Nada ni nadie debe delimitar el derecho de los ciudadanos a la atención asistencial, ofreciendo el recurso terapéutico más apropiado en cada momento, sea el ámbito que sea. Y, si supone aumentar las listas de espera, pues deberemos de gestionarlas y asignar los recursos necesarios para minimizar su incidencia, pero no recortar las listas de espera.

Y el tercer factor reside en que aún seguimos sufriendo las consecuencias de la pandemia desde el punto de vista asistencial. El sistema sigue estando tensionado tanto en Andalucía como en el resto de las comunidades autónomas, porque en este periodo la mayor parte de la actividad asistencial se centró en las patologías respiratorias y oncológicas, a lo que debemos de sumar las reticencias de las mismas personas para ir a un centro sanitario en aquellos momentos. Una vez superada la pandemia, estas personas han decidido acudir a su facultativo e iniciar el estudio de su dolencia. Los últimos datos publicados en diciembre indican que, a pesar de los contratiempos, la sanidad andaluza está ahora mejor que en el año 2018, porque aun teniendo un 20% más de pacientes andaluces, los andaluces esperan 80 días menos para ser operados que en el año 2018. Y supone así ser la comunidad autónoma donde más baja el tiempo medio de espera quirúrgica. Y aun con una pandemia de por medio se han logrado reducir en un 7,73% el número de pacientes en listas de espera. Hoy los andaluces esperan 53 días menos para consultas externas que en el año 2018.

Señorías, nosotros asumimos en todo momento nuestra responsabilidad, y en el ejercicio de nuestras competencias y en el ejercicio de nuestra responsabilidad ponemos medidas ante aquellas situaciones cuyos resultados no son satisfactorios, como es el caso de las listas de espera.

Por este motivo, hemos decidido iniciar ya medidas concretas, puesto que requieren plazos de tiempo algo más dilatados para su puesta en marcha. En la salud no hay tiempo que perder, siempre es algo que decimos. La primera medida, y ya iniciada, es el autoconcierto, de modo que podamos contar con nuestros propios profesionales, con los que tenemos, para que de forma voluntaria alarguen su jornada laboral de forma puntual y retribuida y potenciar así la actividad asistencial mañana, tarde, además de los fines de semana, aumentando de manera significativa la cirugía ambulatoria y optimizando los recursos para que la actividad hospitalaria esté al cien por cien de sus posibilidades. La apuesta que hacemos por el autoconcierto es clara y meridiana. Y le doy algunos datos: 1,6 millones de horas de continuidad asistencial entre enero y agosto de 2023, lo que supone un 8,46% con respecto al mismo periodo del año 2022,

un 25,5% más con respecto al mismo periodo del año 2018 y un 45,2% con respecto al año 2016. En lo que llevamos de año, se han hecho ya prácticamente las mismas continuidades asistenciales que en todo el año 2018.

Y un último dato. Tras la finalización del Plan de Verano, solo en la primera semana de octubre se ha incrementado la continuidad asistencial en un 24,52% respecto a la semana anterior. Y eso es dotación presupuestaria, y eso es compromiso con la sanidad pública andaluza, y eso es poner medidas efectivas desde el minuto cero. Pero, claro, los autoconcertos pueden desmontar sus argumentos torticeros y continuados de privatización de la sanidad pública andaluza.

Señorías, yo lo digo alto y claro, y lo voy a decir una y mil veces: lo primero, nuestros medios, el autoconcerto. Cuando nuestro sistema está al cien por cien y no puede, y no puede finalizar con el grueso de las listas de espera... Porque quiero recordar una cosa, listas de espera van a existir siempre, en Andalucía y en cualquier otra comunidad autónoma, porque el sistema sanitario funciona todo el rato. Todo el rato están haciendo indicaciones quirúrgicas, pruebas de diagnóstico, gente a las listas de espera, gente que sale de las listas de espera. Lo que tenemos que hacer es actuar en esos pacientes para que los decretos de garantía se cumplan.

La segunda de las medidas son los acuerdos marco, y se aplicarán en aquellos casos en los que, como les digo, el autoconcerto no sea suficiente. El objetivo principal: dar respuesta a los pacientes pendientes y fuera de plazo de un procedimiento sujeto a garantía de tiempo de respuesta, así como a los pacientes pendientes de procedimientos no garantizados, pero con demora superior a los 365 días.

Esta segunda medida tiene unos límites de actuaciones muy claros y definidos. Es una prestación de servicios de asistencia hospitalaria de carácter totalmente complementario y para una serie de actuaciones muy concretas. Y lo hacemos porque nuestra obligación es —como dije al principio de mi intervención— dar respuesta a los andaluces. Y lo vamos a seguir haciendo.

Gracias.

El señor BONILLA HIDALGO, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señora consejera.

Comenzamos el turno de los grupos.

Por el Grupo Por Andalucía, tiene la palabra la señora Nieto.

La señora NIETO CASTRO

—Gracias, presidente.

Buenas tardes.

Gracias, consejera, por la explicación.

Bueno, empezaba usted diciendo: «Yo voy a hablar de esto las veces que haga falta, no tengo ningún reparo». Bueno, alguno tendrá que no quiso comparecer a hablar de esto en el pleno pasado. Que hubiera sido razonable, teniendo en cuenta el impacto que había provocado el conocimiento del inicio de

la tramitación de estos acuerdos, que usted, a petición propia, hubiera ido al pleno del Parlamento a dar cumplida explicación sobre ello.

Dejando sus consideraciones y sus juicios de valor para el final, yendo a los hechos, yo creo, consejera, que usted es plenamente consciente de que esto que han puesto sobre la mesa no tiene defensa. La manera de medir la bondad o la maldad de las políticas es su resultado. Usted puede seguir evocando el pasado tremebundo, pero resulta que en el pasado tremebundo, en el que usted y yo compartíamos oposición, la percepción que tenía la población andaluza sobre el funcionamiento del Servicio Andaluz de Salud era mejor de la que tiene ahora. Así aparece en los datos oficiales de esas encuestas que se hacen y que se le preguntan cosas a la ciudadanía. La ciudadanía se enfada porque tiene el recuerdo de un sistema que funcionaba mejor. ¿Y funcionaba bien entonces? No, no, en absoluto. Yo también estaba entonces en la oposición y veía los problemas y los traía aquí a ver si se resolvían. Pero ese infierno al que hemos llegado, al paraíso de la mano del Gobierno de Moreno Bonilla, consejera, es una película que no está en la cabeza de la ciudadanía, si me permite decírselo así de coloquialmente.

Le hablaba de los resultados de las políticas para ver si son buenas o son malas, si la gente tiene una percepción peor de cómo funciona el sistema sanitario, si las listas de espera están disparadas y han crecido a mayor velocidad que en otras comunidades autónomas, si los profesionales están enfadados y tienen problemas formidables, de los que sí hablamos el otro día en el pleno, para actualizar su situación dentro de la bolsa o para acceder a ella, que es el canal por el que pueden acabar incorporándose al Servicio Andaluz de Salud... Si todo eso pasa, que todo eso está pasando y de todo eso hemos hablado, cuando usted dice que la privada es un complemento de la pública, consejera, le negamos la mayor. El complemento de la pública sería una pública fortalecida con el personal que necesita, contratado en condiciones y bien remunerado, con una gestión con un poquito más de talento y todo el operativo puesto al cien por cien. Y entonces se produciría esa complementariedad que haría que se derivara a la privada, algo que, por otra parte, nuestro grupo no le criticaría en modo alguno, porque efectivamente compartimos con usted que hay que garantizar unos tiempos de respuesta para las dolencias de los pacientes y que, si el sistema no los puede cubrir, está bien que se le paguen a la privada. Lo que no está bien, consejera, no es que no esté bien, es que está rematadamente mal, es que un sistema que a usted se le está cayendo a pedazos por una gestión desastrosa, hablemos de complementariedad como si tuviéramos nuestro sistema al cien por cien, porque nuestro sistema no está al cien por cien ni de lejos. Y a esos profesionales que usted dice que escasean se les están haciendo contratos de mes a mes. Y, claro, la gente se va, porque un anestesista con un contrato de un mes y que no le respeten la conciliación ya está ese señor o esa señora en la puerta, que no va a tener ningún problema para que le contraten en otro sitio. Y en la bolsa, 300.000 personas con semejante guirigay. Mientras que tengan la bolsa así no puede decir que es que no contratan a más porque no hay, no lo pueden decir porque no tiene defensa, consejera, no tiene defensa.

Hablaba usted de las listas de espera y de a quién se le cuenta y a quién no se le cuenta, cuando la agenda de tu médico está cerrada y tú no puedes coger cita, tú estás en lista de espera, pero no lo sabe nadie, pero tú sí lo sabes. Hasta que no se abre no se pone el cuentakilómetros a cero, pero ahí hay un tiempo de demora que nadie cuenta y que pasa. No que pasaba en el imperio romano en el siglo primero, que pasa ahora, en octubre de 2023, que hay miles de personas que necesitan una respuesta del sis-

tema y no es que no sepan cuándo se la van a dar, es que el sistema todavía no les ha puesto a esperar a ver cuándo puede dársela.

Eso está pasando ahora, consejera, y eso es una falla de gestión formidable.

Y con todo ese guirigay y todo ese margen de mejora, usted nos habla de la complementariedad. No, esto no es una complementariedad. Ustedes han tomado muchas decisiones que han debilitado objetivamente el sistema sanitario público.

Ustedes extendieron el complemento de exclusividad para los médicos aunque trabajasen en la privada. Mírese usted, que yo los miro, mes a mes cuántos médicos piden trabajar también en la privada, de los listados que publica la Junta de Andalucía, y eche cuentas de con cuántos dispone. Cada vez dispone de menos.

Ustedes se allanaron en todos los pleitos con Pascual. La provincia de Cádiz está como estaba, no, peor, porque ustedes también le han firmado a Pascual que sus especialistas sean los que vean directamente de la primaria a los usuarios y las usuarias de la provincia de Cádiz que no tienen alternativa pública, que no la tenían entonces y con ustedes tampoco. Lo hemos hablado también unas cuantas veces, esto no es complementariedad, esto es un fortalecimiento de la sanidad privada en detrimento de la pública, porque se lo voy a volver a decir, consejera, la pública solo tiene una expectativa de mejora de su margen de beneficio si el sistema público se debilita, porque cuando el sistema público funciona bien hay menos aseguramiento privado y menos necesidad de esa complementariedad que usted le llama, que es un eufemismo que le pido que no siga utilizando, porque esta manera de derivar en cantidades industriales no es complementaria.

Por no hablar de provincias, como ya le he dicho, Cádiz, donde no es que no sea complementaria, es que es la que hay: si vives en la Sierra de Cádiz es la que hay, si vives en Sanlúcar es la que hay, si vives en El Puerto de Santa María es la que hay. Y pasa en zonas de Huelva y seguirá creciendo.

Y los MIR, que usted tanto apela, los MIR son mano de obra barata, mano de obra barata.

Usted no tiene tutores suficientes para que tengan una formación adecuada los que tiene ya, no le digo los que ustedes están pidiendo, que estamos ya en cifras históricas, pero sale muy económico tener a un MIR dando clases, cobrando como de prácticas, asumiendo responsabilidades que igual si escarbaran un poquito ni le corresponderían.

Entonces, consejera, esta decisión es una mala decisión. Esta decisión, efectivamente, avala una tesis que cada vez toma más cuerpo de que ustedes, con sus decisiones, aunque ese no sea su objetivo, el camino al que llevan es que se debilita el Servicio Andaluz de Salud en favor de la sanidad privada, que está obteniendo unos beneficios formidables, que están encantados de la vida con ustedes. ¿A usted no le da que pensar que tenga palmas de la sanidad privada y pitos del personal sanitario público? Siendo usted la consejera de Salud, que en primera instancia se debe a la atención sanitaria pública y los medios ajenos como cuestión residual. Se lo repito, consejera: residual. No, debilitando nuestro sistema, bloqueando la contratación, teniendo menos disponibilidad de efectivos para mejorar sus condiciones retributivas y su conciliación y sus mejoras laborales en términos generales, teniendo a gente sin valorar en su categoría y en sus retribuciones, como pasa con las TCAE.

Con todo ese guirigay que tiene el Servicio Andaluz de Salud, la gente cansada, los centros de salud colapsados, consejera, porque lo están, con todo ese guirigay me dice usted que, como el sistema está

al cien por cien, recurrimos a la privada en una suerte de complementos, de complementos de 734 millones de euros. Consejera, no tiene defensa.

El señor BONILLA HIDALGO, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Tiene que ir a terminar, señora.

La señora NIETO CASTRO

—Pues ya termino, presidente.

Como vamos a hablar más veces de esto, yo, hombre, lo que me gustaría es que reflexionara y no hiciera esto, pero si lo va a mantener, denle una vuelta al argumentario, porque con lo que usted ha contado no tiene explicación.

Muchas gracias.

El señor BONILLA HIDALGO, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señora Nieto.

Por el Grupo de Vox, tiene la palabra el señor Segovia.

El señor SEGOVIA BROME

—Gracias, señor presidente.

Señora consejera, muchísimas gracias por las explicaciones que nos ha dado.

Los decretos de garantía determinan los plazos máximos de respuesta asistencial a los ciudadanos en cuanto a las intervenciones quirúrgicas, las consultas externas y las pruebas diagnósticas.

El decreto de garantía de tiempo de respuesta para intervenciones quirúrgicas reconoce el derecho de los ciudadanos a ser asistidos en un tiempo máximo de ciento ochenta días de espera para un total de setecientas técnicas quirúrgicas y ciento veinte días para otras setenta y una técnicas. En caso de que este tiempo de espera se supere, el ciudadano puede ser intervenido en un centro privado sin que le suponga coste alguno.

Este Decreto no es nuevo, es el 209/2001, de 18 de septiembre, por lo que lleva veintidós años en vigor, sufrió una pequeña modificación en 2006. Del 25 de septiembre de 2002, un año después del anterior, es la orden sobre procedimiento de pago de los gastos derivados de intervenciones quirúrgicas en centros sanitarios privados por superación del plazo máximo de respuesta quirúrgica en el sistema sanitario público andaluz. De 2004 es el Decreto 96/2004, por el que se establece la garantía de plazo de respuesta en procesos asistenciales, primeras consultas de asistencia especializada y procedimiento diagnóstico en el sistema sanitario público andaluz. Y de 18 de marzo de 2005 es la orden por la que se establece el procedimiento de pago de los gastos a los centros sanitarios privados.

Ambos decretos se hicieron mientras gobernaba el PSOE la Junta de Andalucía, y nosotros no recordamos que desde el propio PSOE, ni desde los partidos a su izquierda, ni desde los sindicatos, hubiera acusaciones de privatizar la sanidad andaluza.

Mucho antes, el Gobierno central había potenciado, impulsado el modelo Muface a nivel nacional. Y la Junta socialista ya había llegado a acuerdo con el grupo Pascual, con buena respuesta por parte de los usuarios, dicho sea de paso. Y hasta entonces no había habido ningún problema, ni acusaciones de privatización, ni rechazo a estos decretos.

Nosotros no alcanzamos a entender por qué los grupos de izquierda, por qué piensan que la asistencia en la privada a los pacientes que superen los plazos de garantía en consultas externas no les parezca mal, no les parezca que sea privatizar la sanidad, pero se opongan con absoluta radicalidad a que sean asistidos en la privada aquellos pacientes que no pueden ser asistidos en un plazo razonable en su centro de salud, ni siquiera en circunstancias como de pandemia o excepcionales. Bueno, a mí me encantaría que nos lo explicaran.

Recientemente, la Junta ha anunciado la puesta en marcha de un plan de choque para reducir los plazos de espera, en el que piensa invertir 734 millones en conciertos con la sanidad privada, 201 para la contratación de pruebas diagnósticas durante dos años, con posibilidad de prorrogarlo otros dos y 533 millones para externalizar las intervenciones quirúrgicas. Según han manifestado públicamente, esta licitación de conciertos con empresas privadas se debe a que el SAS carece de medios propios suficientes para realizar las distintas actividades en los plazos previstos.

En principio, cualquier medida que suponga disminuir los plazos de respuesta asistencial a los andaluces nos parece positiva, porque en muchas ocasiones la vida del paciente va en ello y desconocemos previamente cuándo va a resultar determinante el resultado.

Por ello, también nos parece un derecho fundamental que el ciudadano conozca cómo están las listas de espera, y diríamos casi en tiempo real. Desde luego, seis meses nos parece mucho, porque ante la posibilidad de que tenga un proceso que pueda ser determinante un diagnóstico precoz, el ciudadano debe tener la libertad de ir a la sanidad privada si lo considera conveniente, por supuesto, el objetivo fundamental sería que fuera atendido en la sanidad pública.

Sin embargo, señora consejera, es razonable que surjan dudas sobre si estamos asistiendo a un proceso de privatización del sistema, negado por ustedes.

El Sindicato Médico se queja de que ustedes hayan tomado esta medida después de haber recortado drásticamente la actividad de tarde, tanto en centros de atención primaria como en hospitales públicos, lo que ha contribuido al incremento de las listas de espera. La razón que se les ha dado es falta de presupuesto, pero por un lado el SAS ha destinado una gran cantidad de dinero a las consultas de acogida, cuya capacidad de resolución es mínima, a decir del colectivo de médicos y de los sindicatos, ya que terminan derivando un 96,04% de los pacientes, según afirman ellos, al médico de familia, ya sea de forma urgente, 69%, o programada, 26%.

Es obvio que estas estadísticas son muy cortas y creo que merecería la pena hacer un estudio bastante más amplio. Pero, claro, no puede ser que la derivación al médico sea considerada como un éxito del sistema, porque eso no arregla prácticamente nada. Esta estadística corresponde a un solo centro

durante cinco días, por eso digo que no es significativo a gran escala, pero se debería hacer un estudio que sí lo fuera.

En cualquier caso, es una obviedad que el personal de enfermería no puede reemplazar al médico en sus funciones y se están malgastando recursos en un plan estratégico que no funciona.

Y, por otro lado, anuncian destinar a la privada 734 millones, quizás deberían de explicar por qué, si utilizan esta misma cantidad de dinero en la pública, no se obtendría el mismo resultado.

Usted ha hablado del autoconcierto. ¿Qué ocurre? ¿No se puede extender ese autoconcierto a más centros o los médicos no están dispuestos? Creo que sería muy interesante incluso para usted misma dar una explicación al respecto.

Nosotros no estamos en contra, Vox no está en contra de los conciertos entre la Junta y la privada cuando sea necesario y donde sea necesario, para que todos los andaluces sean asistidos en un plazo razonable durante todo el año, incluidos los picos asistenciales. Pero no debe hacerse de manera estructural. Derivar pacientes del SAS al ámbito privado promueve la contratación de médicos en este ámbito, que compite directamente con el sector público. Y la mayor presión asistencial sobre los médicos que permanezcan en el público fomentará un traslado continuado en el tiempo. La consecuente escasez de médicos en la pública les obligará a ustedes a incrementar los acuerdos con la privada, entrando en una espiral de la que les resultará muy difícil salir, sobre todo si tenemos en cuenta el potencial de las multinacionales que se están adueñando del sector en España.

Por ello, nosotros sí consideramos necesario que tienen que mejorar, sabemos que lo han mejorado, la sanidad estaba muy mal, cuando ustedes la cogieron realmente estaba muy mal, ya se nos han olvidado las mareas blancas, había contratos entonces que eran por días, por semanas; o sea, que realmente estaba lamentable. De hecho, yo creo que fue probablemente uno de los motivos por los que el PSOE perdió el gobierno de Andalucía después de muchísimos años. No podemos olvidar eso. Y yo pienso también que es necesario hacer autocrítica, estaba muy mal, muy mal. Y ustedes han mejorado cosas, pero realmente sigue muy mal. Yo no sé si usted no es consciente de las listas de espera, o si a usted le dan unos datos que no son reales. Pero la percepción que hay tanto entre los médicos como entre el ciudadano es que la sanidad está francamente muy mal. De hecho, los seguros privados van en ascenso. Y yo diría que está mal a pesar de que los seguros privados, que ya tienden casi dos millones de andaluces, están resolviendo muchísimas situaciones, que se libera al SAS de resolverlas. Probablemente, el modelo actual esté agotado y haya que ir a uno nuevo.

En cualquier caso, nosotros lo que sí creemos es que el SAS va a tener que competir con la sanidad privada. Y si hay cosas que son... Hay algunas diferencias que yo se las podría apuntar, desde el punto de vista de que yo soy médico, me da cosilla en alguno, pero es verdad que la sanidad privada se centra en el médico. El problema que tiene la sanidad pública es el médico, no son los ATS ni son los fisioterapeutas, aunque habría que contratar probablemente más personal de todos. Pero el centro del sistema tiene que ser el médico. Si el médico no está a gusto en la sanidad pública se va a ir desplazando a la privada, y ustedes van a tener que concertar cada vez más con la privada, voluntaria o involuntariamente. Entonces, es necesario mejorar las condiciones del médico, señora consejera.

Muchísimas gracias.

El señor BONILLA HIDALGO, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señor Segovia.

Por el Grupo Socialista, tiene la palabra la señora Prieto.

La señora PRIETO RODRÍGUEZ

—El convenio con la privada debilita la sanidad pública, son 734 millones, más los 30 para la salud mental, que necesita la sanidad pública.

La situación de la sanidad andaluza es extremadamente grave, extremadamente grave, porque, intencionadamente, ustedes están haciendo que no funcione, que los problemas sean los más graves que ha vivido esta comunidad autónoma nunca. Más de un millón de personas en lista de espera y aumentando. Los datos que nos dicen sobre las reducciones, pues yo no sé de dónde los saca. Yo tengo aquí los datos del ministerio, datos oficiales publicados en el ministerio, que me imagino que serán los que ustedes también manejan. Y en junio de 2018 había 222.000 personas en Andalucía esperando una consulta de especialidades, y en junio de 2022 hay 906.000 personas, y en diciembre casi un millón, según el último informe. La media de días de espera era en 2018 de 53 días y hoy es de 107, la media más alta de toda España. Los pacientes esperando una intervención quirúrgica eran de 65.000 en 2018 y ahora son de 172.000. Y además en 2018 solo el 6% esperaban más de seis meses, fatal, pero es que hoy más del 25% esperan más de seis meses.

Intencionadamente, ese es el problema, que la lista de espera está aumentando, que los problemas que tiene la sanidad andaluza, los más graves de su historia, se están produciendo intencionadamente, porque es que no paran de recortar, no han parado de recortar. Y esos 734 millones de este acuerdo marco los necesita la sanidad pública, los necesita para sobrevivir. Y ustedes, en vez de dedicarlos a la sanidad pública, los dedican a la privada. Despiden a 12.000 sanitarios antes del verano, después del verano, ahora dicen que en Navidad. No actualizan las bolsas de empleo. Todo nuestro apoyo a los profesionales que se están manifestando hoy en toda Andalucía. Dicen que no tienen dinero para mejorar las condiciones laborales de los médicos, pero estaban dispuestos a pagarles diez veces más en la privada. Y, mire, los datos que da de actividad extraordinaria y de autoconcierto pues ni los sindicatos los validan, los revalidan, ni los colegios de médicos.

Miren, están concertando más que nunca, más que nunca, y los problemas de la sanidad andaluza son mayores que nunca. En 2018, datos del presupuesto que están en la página web de la Consejería de Hacienda, cualquiera puede analizarlos, en 2018 se concertaban en Andalucía 161 millones de euros con instituciones privadas. En el acuerdo marco para asistencia sanitaria hay 533 millones: 161 en 2018, 533 millones. Para pruebas diagnósticas, 17 millones en 2018, y 33 millones este año, en 2023, y 201 millones en el acuerdo marco. Pues 372 millones más en este acuerdo marco que lo que dedicaron en 2018 para cirugías y 183 millones más para pruebas diagnósticas. Y el problema es que desde 2018 las listas de espera no han hecho nada más que aumentar, y últimamente deben ser desastrosas porque no las conocemos.

Mire, destinar todo ese dinero, estos 734 millones más los 30, casi 800 millones, a la sanidad privada, el problema es que deja sin recursos a la sanidad pública. Ustedes están diciendo en todos los centros

que no pueden sustituir, que no pueden sustituir ningún tipo de baja, jubilación porque no tienen presupuesto. Bueno, pues no tienen presupuesto porque es que lo están desviando a la privada, están descapitalizando la sanidad pública. Lo denuncian todos los sindicatos, no es una cuestión de la oposición, que vengamos aquí, como nos dicen, no es que es vuestro papel decir esto. No, no, no, no es nuestro papel. Es que estamos poniendo voz a las denuncias de los sindicatos, de los trabajadores, de los colegios profesionales, de los pacientes, de los pacientes que no pueden acceder al sistema, que no pueden acceder al sistema, que no hay cita.

Y además ha vuelto esta semana el presidente del Consejo Médico de Andalucía a decir que hay médicos en paro y que ustedes no los contratan o les ofrecen contratos, pues, de un mes, de dos meses, y los profesionales, bueno, pues, los rechazan por las malas condiciones, por las malas condiciones laborales.

Mire, si de verdad tienen interés en contratar y si de verdad el problema es que tienen que concertar con la privada porque no hay profesionales, explíqueme lo que le preguntaba en el último pleno: ¿por qué destinan tres millones de euros para sesiones de fisioterapia con la privada, están dentro de este concierto, de este acuerdo marco, cuando hay 2.000 fisioterapeutas en paro en Andalucía? ¿Esto tiene algún sentido, tiene alguna explicación? ¿Por qué hay 417 millones de fondos europeos sin ejecutar para salud? ¿Por qué? ¿Por qué? ¿Por qué 224 millones transferidos desde el Gobierno de España para programas específicos de salud, el 93% de estos fondos están sin ejecutar? ¿Por qué? No hay dinero, pero el dinero que reciben no lo gastan. No hay dinero, pero lo desvían a la privada. No hay profesionales, pero no hacen nada más que recortar. Es que no se sostienen los argumentos que nos dan.

Mire, he revisado los datos que enviaron al ministerio sobre pacientes en lista de espera en diciembre de 2022, los que hay colgados en la página del ministerio, y los he comparado con el número de intervenciones que piensan concertar en el acuerdo marco, ¿vale? Aquí hay unos documentos muy interesantes, que están también en el portal de licitaciones, sobre el número de intervenciones que pretenden licitar, sobre el coste, sobre el beneficio de cada uno de los lotes que se van a llevar las empresas privadas, que, bueno, es lícito, pero nos quedamos en la sanidad pública sin ese montante de dinero. Bueno, he revisado los datos y, mire, ponen en evidencia que de complementariedad nada.

Mire, algún ejemplo. Hay 8.398 personas en lista de espera para prótesis de rodilla, según los datos publicados en 2022, en diciembre de 2022, 8.300 personas esperando para operarse una prótesis de rodilla, y ustedes conciertan 6.000. O sea, solo quedarán para la pública 2.000 prótesis de rodillas.

Pero hay más. Hay 26.000 personas esperando una operación de cataratas, y conciertan 31.000 operaciones de cataratas, todo para la privada.

Y 7.661 personas esperando una intervención quirúrgica para una hernia inguinal, y conciertan 10.500. Sí, 7.600 y conciertan 10.500, todas y más, por si acaso.

Mire, ¿sabe cómo se llama esto? Esto no es complementariedad, esto es desplazar toda la actividad asistencial a la privada. Actividad que... con la actividad se va la financiación, se van los recursos públicos y se produce el desmantelamiento y el debilitamiento de la sanidad pública, lo que nos hace dependientes de la privada para siempre. Más de cincuenta y cuatro...

El señor BONILLA HIDALGO, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Tiene que terminar, señora Prieto.

La señora PRIETO RODRÍGUEZ

—... millones de beneficios se va a llevar la privada de este acuerdo marco, que ya digo lícito, pero 54 millones que hacen falta en la sanidad pública, de beneficios, además de pagar a los profesionales que deberían pagarse en la privada, de mejorar las infraestructuras que se deberían de mejorar en la privada. Este es su legado, este va a ser su legado, consejera.

El señor BONILLA HIDALGO, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Tiene que terminar, señora Prieto.

La señora PRIETO RODRÍGUEZ

—Ahora mismo termino. Y este es el cambio de modelo que nos lo explicó perfectamente el otro día en las redes el consejero de Salud de Cantabria. Vamos hacia eso, estamos en el camino intermedio, debilitamos la sanidad pública, reforzamos la privada y el siguiente paso es lo que nos explicó el consejero de Cantabria: colas o copago.

El señor BONILLA HIDALGO, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Prieto, ha terminado su tiempo.

La señora PRIETO RODRÍGUEZ

—O vas en *business* y haces cola o vas en turista.

El señor BONILLA HIDALGO, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Señora Prieto, no tiene la palabra.
Por el Grupo Popular, tiene la palabra la señora Jurado.

La señora JURADO FERNÁNDEZ DE CÓRDOBA

—Muy buenos días.

Muchas gracias, consejera, viceconsejero, al secretario general y a la directora general, por estar en esta comparecencia, bueno, en esta celebración de la comisión de hoy, donde se están abordando cuestiones fundamentales.

Perdonadme un inciso primero, porque creo que también es importante que hoy se sepa que el equipo que hoy estáis aquí, dando cuenta indudablemente a los andaluces, en la que es la casa de todos los andaluces, también trabaja de una manera muy concienzuda.

Ayer mismo pudimos ver cómo se aprobaba en el Consejo de Gobierno ese Plan de Alta Frecuentación o cómo va esa campaña de vacunación. Creo que la gestión de la sanidad en Andalucía, desde luego, dista mucho del caos y la catástrofe que los grupos de la oposición quieren plantearnos dentro de este Parlamento.

Sin ningún ánimo de un discurso triunfalista ni de faltar de ninguna manera a los problemas que realmente existen en nuestro sistema de salud, que no son para nada diferentes a los problemas que ocupan al conjunto de los sistemas públicos de salud en España. Insisto, sin alejarnos de esa realidad y preocupados, porque tenemos que mejorar nuestro sistema para dar la mejor atención, creo que tampoco podemos seguir haciendo un circo mediático y tampoco podemos seguir usando y manoseando el argumentario y los discursos políticos en una cuestión tan importante como es la sanidad.

Por eso, nosotros, desde el Grupo Popular, vamos a seguir ocupando un espacio para dar un poco de luz y de veracidad a los andaluces, y no esta desinformación que quieren dar y estos bulos, no solo hoy aquí, en el Parlamento de Andalucía, sino en muchísimos plenos que hoy mismo se están celebrando en diputaciones provinciales o en municipios de lo ancho y largo de Andalucía. La izquierda andaluza está empeñada en llevar una radiografía de la sanidad que, desde luego, dista mucho de la realidad que tenemos y que no contribuye, sin duda, a un papel como el que se espera también de una oposición en Andalucía.

En lo que se refiere a las listas de espera y su publicación, yo creo que la consejera ya ha dado explicaciones pertinentes en este Parlamento y ante los medios de comunicación de que los datos están enviados en tiempo y en forma al órgano que le corresponde y que tiene que publicarlos. El ejercicio de transparencia no puede, desde luego, achacársele en ningún caso al Gobierno de Andalucía. La propia portavoz socialista ha hecho referencia a cómo ha podido acceder a través del portal público a los datos y a la información, porque, desde luego, eso es lo que caracteriza, sin duda, a este Gobierno. No podemos decir lo mismo del sistema público de salud que nosotros nos encontramos en el año 2018. La señora Prieto, la portavoz socialista, ha hecho referencia, para comparar los datos de una manera, para ella, inteligente, pero yo creo que, desde luego, ha caído en un fallo ella misma, se ha tropezado ella misma y lo vamos a ver, los datos de 2018. Y lo decía el otro día ya en el Pleno, de junio de 2018. Pero es que, señora Prieto, los datos de 2018 del mes de junio estoy convencida de que no son ciertos. Son tan falsos, son tan falsos como los datos de las listas de espera, donde escondían a medio millón de andaluces. Es que la veracidad que ustedes tienen, desde luego, está puesta en cuestión, está puesta en cuestión. Y muy sencillo, se lo digo porque váyase no a jugar con los datos e intentar tomarnos el pelo, váyase a ver los datos de diciembre de ese mismo año. ¿Cómo puede ser que haya 52 días de espera en junio y 176 en el mes de diciembre? Si solo han pasado 110 días, ¿cómo hay 176 días más de espera? La única explicación que tenemos es que ustedes jugaban con los datos para ocultar su vergüenza. Igual que ocultaron a medio millón de andaluces de las listas de espera, ustedes falseaban los datos que nos daban en la atención y en la espera.

Entonces, creo que tenemos que tener muy claro que en Andalucía hoy se trabaja con transparencia, con honestidad y que no queremos engañar. Y que si hay problemas, que los hay, vamos a dar soluciones, que las estamos dando.

Dicho eso, cuando llegamos había unas listas de espera, desde luego, superiores a la de diciembre de 2018, a la de diciembre de 2023. Hasta 80 días se han reducido desde diciembre del 2018 a diciembre del 2022. Pero es que, además de que fuera superior en diciembre del 2018, ustedes tenían a medio millón escondidos. Y yo les diré a cada portavoz socialista con el que tenga la oportunidad de debatir que algún día alguien pida perdón, que algún día alguien le pida perdón a ese millón de andaluces. Porque a ese millón de andaluces nosotros tuvimos que incorporarlos. Y, mire usted, incorporamos medio millón. Hemos soportado la gestión de una pandemia con el impacto que ha tenido también en las listas de espera. Hemos aumentado la actividad asistencial y se ha quitado ese veto que había a las derivaciones por parte de la atención primaria. Pues, a pesar de todo eso, las cifras, desde luego, por encima de lo deseable, pero mucho mejores, mucho mejores de las que ustedes tenían en el año 2018.

Con lo cual no intenten, por favor, tomarnos el pelo. Entendemos que ustedes quieran engañar con la sanidad para sacar un rédito político, pero no vengán aquí falseando con los datos o cogiendo el cubito a ver dónde está la pelota. Porque, señora Prieto, yo creo que hay que tener un respeto, un respeto al conocimiento que todos tenemos sobre la sanidad y lo que ustedes hicieron con la sanidad.

Cuando hablamos ya del mantra de la privatización, ustedes, desde luego, vuelven a querer tomarnos el pelo. Vienen aquí hoy mismo y nos dan unas cifras comparando lo que se concertaba en el año 2018 con la cantidad que ahora concertamos. Señora Prieto, que usted ha dado datos que equivalen a un año y la consejera ha dado datos que equivalen a cuatro años. Usted está comparando las cifras que ustedes hicieron en un año con las que nosotros estamos haciendo para cuatro años. Señora Prieto, los 500 millones, más los 200 millones son para un marco de cuatro años, y es un marco para lo que se pueda llegar a hacer, y usted ha dado las cifras que son superiores, superiores, solo las de un año con las que este Gobierno va a hacer en cuatro años. Ustedes lo hicieron, y lo que ha hecho el Gobierno de ahora es un acuerdo para lo que se pudiera llegar a hacer, que fuera necesario, en el caso de que, después de la actividad ordinaria y de la actividad extraordinaria a través del autoconcierto, cuando no se pueda llegar y esté fuera de garantías y en cumplimiento de la ley, solo en ese caso se acudirá de manera complementaria a la sanidad privada, y se acudirá para lo que esté fuera de garantías, en cumplimiento de la ley y con el objetivo de ofrecer la mejor sanidad a los andaluces.

Decía el señor Prieto que la sanidad tiene que tener como centro al médico. Perdonen, pero nosotros entendemos que la sanidad tiene que tener como centro al paciente, al andaluz, al que lo necesita. Y por eso, cuando el sistema esté al 100% después de la actividad ordinaria y la extraordinaria a través del autoconcierto, con recursos públicos y estemos al 100%, acudiremos de manera complementaria al modelo de concierto, como ustedes hacían.

Señora Prieto, a la izquierda andaluza. Cuando ustedes hacían los conciertos privatizaban, cuando ustedes hacían esa forma para bajar las listas de espera, ¿destrozaban la sanidad? Si ustedes no lo hacían, ¿por qué nosotros sí lo estamos haciendo? Lo que se está haciendo hoy es gastar más recursos en la sanidad pública. Lo que se está haciendo hoy es la mayor inversión, con 14.000 millones de euros,

con más sanitarios que nunca, 30.000 sanitarios, que, de haber perdido el 4,5% de la retribución que tenían mientras gobernaban ustedes, hoy se ha aumentado en el 14%, con 330 millones de euros puestos para nuestros profesionales sanitarios en acuerdos en mesa sectorial.

Miren, que la situación es compleja y es difícil lo tenemos claro, pero que hay un Gobierno que está afrontando con recursos y con valentía el gran envite que tiene la sanidad andaluza hoy. Creo que todos tenemos que tenerlo claro. Y aquí hay un responsable: el Partido Socialista, que cuando gobernaba Andalucía destrozó la sanidad expulsando a más de siete mil profesionales sanitarios y dejando de gastar más de seiscientos millones de euros.

Pero no miro solo al pasado, miremos al presente. Hoy hay un responsable, el Partido Socialista, en España, que es incapaz de dar respuesta a la necesidad de profesionales sanitarios, que es el verdadero problema. Si hay más demora de la deseable en los centros de atención primaria, y si hay más demora de la deseable en los hospitales a través de pruebas diagnósticas u operaciones quirúrgicas, es porque faltan profesionales sanitarios. Y me parece que es, desde luego, un despropósito que la izquierda sea incapaz de defender los intereses de los andaluces con tal de defender al Gobierno de España. Ustedes van para adelante defendiendo a Pedro Sánchez y al Gobierno, como sea, a pesar de las necesidades que tenemos de mayor financiación para nuestra sanidad pública y el conjunto de los servicios públicos y demás profesionales sanitarios que nos niega el Gobierno de España, nos niega la financiación que nos corresponde y nos niega los médicos extraordinarios que nos corresponden y que necesitamos. Tengamos, desde luego, un debate serio y riguroso, no llamemos más a la mentira...

El señor BONILLA HIDALGO, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Señora Jurado, tiene que acabar, por favor.

La señora JURADO FERNÁNDEZ DE CÓRDOBA

—Y no hagamos populismo barato con algo tan importante como es la sanidad y como es la salud de los andaluces.

Muchísimas gracias.

El señor BONILLA HIDALGO, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señora Jurado.

Señora consejera, tiene usted la palabra.

La señora GARCÍA CARRASCO, CONSEJERA DE SALUD Y CONSUMO

—Gracias, señor presidente. Gracias a los portavoces.

Bueno, yo me gustaría empezar preguntando por los argumentarios. Y, claro, la señora Nieto y la señora Prieto nos deberían explicar cuál es su argumentario para justificar —y ya lo he hecho varias veces y ustedes no me responden, ¿verdad?—, para justificar el servicio de medicina externa de atención

primaria para el centro penitenciario de Huelva o de Málaga. ¿Cuál es su argumentario, señorías, para justificar que la atención primaria se esté dando...? Se ha privatizado, ¿verdad? Claro, según su argumentario, han privatizado ustedes la asistencia primaria en las cárceles andaluzas. Eso es lo que ustedes han hecho, y no tienen argumentario para justificarlo. Y lo han hecho por una razón, porque no tienen médicos y, como no hay médicos, se han visto obligados a hacerlo.

Así que quítense ustedes la venda, quítense ustedes esa venda que se quieren poner para llamar algo que no es. Y yo se lo voy a demostrar. Ustedes decían en su argumentación que esto es un colapso, es el infierno... Son las palabras que han utilizado ustedes. No es verdad. Ustedes dicen que «contratan a los médicos mes a mes», «no tienen buenos sueldos». Si lo comparamos con el año 2018, su situación ha mejorado exponencialmente. Hay contratos de mes a mes... Yo lo explico. A ustedes da igual lo que yo les explique. Da igual, ustedes van a su rollo y a su argumentario. Hay contratos de médicos de mes a mes porque desde el año 2019 hasta ahora estamos en un continuo periodo de OPE, concurso de traslado. Y eso obliga —y ustedes lo saben perfectamente— a que si una plaza ha salido a una OPE o ha salido a un concurso de traslados no se puede ocupar con contratos largos porque lo tienen que ocupar los profesionales que tienen ese derecho.

Los profesionales sanitarios en Andalucía cobran un 17% más que en el año 2018, un 17% más. Los especialistas en Andalucía han pasado a ser los quintos mejores pagados. Las enfermeras, las terceras mejores pagadas. Con lo cual, ¿tenemos que seguir mejorando las condiciones laborales? Por supuesto que sí, 330 millones por acuerdo de mesa sectorial, y lo vamos a seguir haciendo. Y vamos a seguir trabajando, por supuesto que sí, por supuesto que sí. Así que, por favor, sean rigurosos.

Señora Nieto, usted ha sido burda en su intervención. Sí, sí, usted ha comparado datos de un año con cuatro años, un año con cuatro años. Lo ha hecho, lo ha hecho. Luego usted lo escucha. Lo ha hecho. Y, miren, el acuerdo marco, para no engañar a nadie... Y escúchenlo bien, escúchenlo bien. El acuerdo marco... Ustedes y usted, señora Nieto, cuando gobernaban, hacían conciertos, conciertos, aquí lo único que se ha cambiado es el término jurídico. Antes eran conciertos y ahora son acuerdos marco, antes no se privatizaba y ahora privatizamos. Eso es que no lo entiende nadie, es que eso no lo entiende nadie. Es que ustedes hacían igual. ¿Qué hacían ustedes? ¿Qué hacían ustedes, además de esconder a pacientes en el cajón? ¿Qué hacían ustedes, además de esconder a pacientes en el cajón? Además de tener un protocolo interno que instaba...

El señor BONILLA HIDALGO, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Un segundo, señora consejera, le ruego que guarden silencio.

La señora GARCÍA CARRASCO, CONSEJERA DE SALUD Y CONSUMO

—Un protocolo interno que instaba a no citar a los pacientes, salvo que protestaran. El SAS premiaba a los médicos por mantener menos..., por enviar menos pacientes al especialista. Eso es lo que ustedes hacían. Entonces, a partir de ahí, a partir de ahí, señorías, hacemos lo mismo que ustedes hacían: esta-

blecer un sistema, un sistema para que cuando el sistema sanitario público no pueda hacerlo. Y les voy a poner encima de la mesa... Vamos a aprobar dentro de nada el presupuesto del año 2024, el acuerdo marco es cuatro años, el acuerdo marco es cuatro años. Está condicionado a que exista consignación presupuestaria. Es decir, el acuerdo marco está dotado con 700..., dotado, dotado, así, en un titular, con 734 millones, pero consignación presupuestaria no tiene. Se irá poniendo la consignación presupuestaria en los presupuestos de esta Junta conforme a las necesidades que tengamos. Y será gastando lo que tiene ese acuerdo marco, como ustedes hacían con los conciertos —sí es que es lo mismo, lo mismo que ustedes hacían—. Cuando necesitaban, gastaban con el concierto. Nosotros, cuando necesitemos, gastaremos. ¿Nos vamos a gastar 734? Seguro que no, seguro que no. Pero está dotado con esa cantidad. Ustedes hacían lo mismo, señora Prieto, lo mismo, lo mismo. Y la señora Nieto, cuando gobernó aquí, hacían lo mismo. Y me dice la señora Nieto que es que no hay otra oportunidad en Cádiz. Ustedes lo han hecho en cuatro años. Pues lo mismo que hicieron ustedes en cuatro años. Nosotros sí hemos hecho una cosa con Pascual, reducir la deuda en 159 millones de euros.

[Intervención no registrada.]

El señor BONILLA HIDALGO, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Un segundo, señora consejera.

Señora Nieto, le ruego que no interrumpa más a la consejera y que respete su turno de palabra, y es la primera llamada al orden que le hago.

Gracias.

La señora GARCÍA CARRASCO, CONSEJERA DE SALUD Y CONSUMO

—Nosotros hemos hecho un acuerdo extrajudicial que les ha ahorrado a los andaluces 159 millones de euros, 159 millones de euros. Es que ustedes lo dicen muy fácil: «Se han allanado». Bueno, pues no, pues llegamos al final y lo pagamos todo. Si ya teníamos sentencias, ya teníamos sentencias, señora Nieto, ya teníamos sentencias.

Entonces, nosotros hemos llegado a un mínimo histórico en listas de espera que fue junio del año 2022, junio del año 2022, y usted se mira los datos. Y, a partir de ahí, lo que hemos empezado, y lo he dicho en mi intervención, a tener... Con ustedes tenemos más listas de espera que nunca. Yo lo he dicho, si tenemos un 20% más de personas, más de indicaciones quirúrgicas, un 20% más en pruebas diagnósticas. Si lo he dicho, o sea, que no es una novedad, yo lo digo. Y también he dicho por qué. También he dicho por qué tenemos más pacientes, porque el sistema funciona, porque los médicos derivan y porque los médicos nos hacen pruebas diagnósticas y hacen indicaciones quirúrgicas; cosa que ustedes reprimían. Por eso ustedes no pueden decir datos de listas de espera. Yo todavía me acuerdo de aquel correo electrónico de principios de la legislatura del año 2019, que decía: ¿cuánto comunicamos al ministerio en tasa de vacunación? Estaban en un 40. Un 50%. Eso es lo que ustedes hacían, ahí están los datos, ahí están las pruebas.

Entonces, señorías, acuerdo marco, igual que concierto. Cambia el nombre, cambia el nombre. Es lo mismo que lo que ustedes hacían, exactamente igual, exactamente igual, exactamente igual. ¿Y cuándo lo vamos a utilizar? Cuando no seamos capaces con el sistema sanitario público.

Y dice usted que todos los quirófanos no están abiertos. Lleva razón, señora Nieto. ¿Sabe por qué? Porque nos faltan anestesistas. Habrá médicos parados, anestesistas no, médicos de familia no, pediatras no, no y no, porque los tenemos que traer hasta de fuera. Así que claro que habrá médicos en paro, algunos de alguna especialidad que nosotros no tengamos ninguna vacante. Claro que sí, claro que sí. Y hacemos todo lo que podemos para que los anestesistas, que además se movilizan de unas provincias a otras, sean capaces y seamos capaces, y nuestros profesionales sean capaces de ejecutar la mayor parte de la lista de espera.

Pero, sinceramente, sinceramente, de verdad, ¿ustedes cómo son capaces de decirle a la población que nosotros vamos a privilegiar la sanidad por un acuerdo marco, que era lo mismo que hacían ustedes? Es que es, para mí, poco coherente, poco coherente y, perdóneme, frívolo. Así que yo les pido... Y yo garantizo que este Gobierno, transparente, serio y riguroso, lo único que va a seguir haciendo es trabajar y trabajar por un sistema sanitario público andaluz público, público, gratuito y de calidad, y por sus profesionales.

El señor BONILLA HIDALGO, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señora consejera.

12-23/POC-001811. Pregunta oral relativa al servicio de ambulancias en Andalucía

El señor BONILLA HIDALGO, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Bueno, pasamos al segundo punto del orden del día. Son preguntas con ruego de respuesta oral en comisión.

La primera corresponde al Grupo de Vox. Tiene la palabra el señor Segovia.

Muchas gracias.

El señor SEGOVIA BROME

—Gracias, señor presidente.

Señora consejera, el transporte de pacientes en ambulancia es objeto recurrente de polémica en nuestra comunidad. Resulta inadmisibile que las ambulancias que realizan servicios asistenciales lo hagan sin el personal necesario que establece la ley, presentándose en numerosas ocasiones un solo profesional que debe asistir al paciente, trasladarlo a la ambulancia, en ocasiones con mucha dificultad por las características del edificio o del camino a recorrer, y conducir pendiente del paciente que va solo en la parte posterior de la ambulancia.

El artículo 2 del Real Decreto 836/2012, de 25 de mayo, relativo a clases de vehículos de transporte sanitario por carretera, dispone que hay distintos tipos de ambulancias. Las ambulancias no asistenciales, y de ellas, que son la clase A, de ellas está la 1 o convencional, destinada al transporte de pacientes en camilla, y la ambulancia no asistencial de clase A2 o de transporte colectivo, acondicionada para el transporte conjunto de enfermos cuyo traslado no revista carácter de urgencia. Después están las ambulancias asistenciales, destacando la 2.1, que es la ambulancia de clase B, destinada a proporcionar soporte vital básico y atención sanitaria inicial, y la 2.2, ambulancia de clase C, destinada a proporcionar soporte vital avanzado.

El artículo 4 determina la dotación mínima de personal, según el tipo de vehículo. En el caso de nuestra comunidad, se creó hace años, también anterior a la llegada de ustedes al Gobierno, un nuevo tipo de ambulancia, el A1EE, que cuenta con un equipamiento adicional y que no es asistencial, pero está atendiendo emergencias sin contar con el personal suficiente. Al respecto, ya se pronunció el Juzgado de lo Contencioso Administrativo núm. 6 de Sevilla, en Resolución 25 enero 2018, en la que concluía que nos encontramos ante un tipo de ambulancia no previsto en el Real Decreto y que no encaja dentro de los tipos B y C, que son los tipos de ambulancias asistenciales.

Sin embargo, pese a que ustedes denunciaban estos hechos cuando se encontraban en la oposición, las quejas de los pacientes y de los propios técnicos de emergencias sanitarias nos hacen pensar que este tipo de ambulancias, con un solo técnico, está operando de forma habitual en la red de transporte sanitario de urgencias y emergencias de Andalucía.

¿Es conocedora usted de este hecho? ¿Podría informarnos al respecto?

Muchísimas gracias.

El señor BONILLA HIDALGO, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señor Segovia.
Señora consejera, tiene la palabra.

La señora GARCÍA CARRASCO, CONSEJERA DE SALUD Y CONSUMO

—Gracias, señor presidente.

Señor Segovia, nosotros tenemos desde el principio de la legislatura pasada una preocupación precisamente por mejorar el transporte sanitario. Conscientes de que existían esas ambulancias ilegales, que después ya se sentenciaron por parte del tribunal, conforme nosotros hemos ido modificando los pliegos y saliendo nuevos pliegos, hemos ido transformando esas ambulancias. Por ejemplo, 23 ambulancias A1EE han pasado a ser tipo A1, 21 ambulancias A1EE han pasado a ser ambulancias tipo C y cinco ambulancias A1 con equipamiento especial, que es análogo a la A1EE, han pasado a ser C. Con lo cual, cada vez que hay un pliego de condiciones, nosotros vamos quitando todas esas ambulancias que no cumplen el real decreto y, por lo cual, nuestra obligación, nuestra preocupación nos ha llevado a constituir las comisiones de seguimiento y la comisión autonómica del transporte. En la Comisión de seguimiento tenemos incluidos a todos los perfiles, incluidos sindicatos, y la Comisión autonómica del transporte sanitario, para hacer un seguimiento especial.

Pero vamos más allá en nuestra preocupación y estamos trabajando en un sistema de información que nos permita la monitorización de las ambulancias. Es decir, saber cuándo un profesional sanitario ha solicitado una ambulancia de traslado. Vamos a hablar de programado, por ejemplo, cuando una persona se va a dar de alta, cuándo la ha solicitado, se ha activado esa ambulancia, cuándo ha llegado esa ambulancia al hospital, qué profesionales se acredita que van en esa ambulancia y cuánto tarda en el trayecto cuando recoge a esa persona. Estamos ya trabajando en ese sistema de monitorización, que en los pliegos de condiciones ya se va a recoger para tener... La empresa nos da los datos, pero, claro, los datos que son de la empresa son de la empresa. Nosotros queremos tener nuestros datos. Así que yo creo que ese sistema de monitorización nos va a llevar de verdad a mejorar el sistema de transporte sanitario programado y urgente en Andalucía. Porque vamos a poder tener una radiografía y vamos a poder saber qué profesionales van en la ambulancia, cuánto tardan en llegar, cuánto tardan en hacer el recorrido. Y eso es lo que yo creo que, al final, nos dará la calidad que necesita, reconociendo los problemas que actualmente tenemos en algunos momentos. No siempre, pero reconocemos que los tenemos en algunos momentos. Pues yo creo que este sistema de monitorización dará esa solución concreta a todos los problemas del sistema de transporte.

Gracias.

El señor BONILLA HIDALGO, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Gracias, señora consejera.

12-23/POC-001963. Pregunta oral relativa a la asistencia pediátrica en Ubrique (Cádiz)

El señor BONILLA HIDALGO, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Pasamos a la siguiente pregunta, relativa a la asistencia pediátrica en Ubrique. La formula el Partido Socialista. Tiene la palabra la señora García.

La señora GARCÍA MACÍAS

—Muchas gracias, presidente.

Señora consejera, en la sesión plenaria del 18 de mayo usted anunció que de forma inmediata se iba a solucionar el problema que existe en Ubrique con las vacantes de pediatra. Nos gustaría que hoy nos dijera cuándo tiene previsto, sobre todo porque el BOJA que usted misma mandó a publicar en junio del 2023 solo cubre una de esas plazas. Y me gustaría, además, que aprovechara esta sesión para pedir disculpas al municipio de Ubrique, sobre todo cuando dijo que allí no había pediatras porque había un problema de convivencia. Y que, sobre todo, se disculpe con la Plataforma de Asistencia Pediátrica Digna, que creo que merecen una explicación.

Muchas gracias.

El señor BONILLA HIDALGO, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señora García.

Señora consejera, tiene usted la palabra.

La señora GARCÍA CARRASCO, CONSEJERA DE SALUD Y CONSUMO

—Gracias, señor presidente.

Señoría, los menores de Ubrique durante este tiempo han tenido garantizada su asistencia y nos hemos comprometido a seguir garantizándola.

Gracias.

El señor BONILLA HIDALGO, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señora consejera.

Señora García.

La señora GARCÍA MACÍAS

—Por lo que veo, no le va a pedir usted disculpas al municipio de Ubrique. No se las va a pedir a todas las personas que ayer se concentraron precisamente porque usted, en sede parlamentaria, intentó estigmatizar a toda una población y dijo que el problema que había en Ubrique es que los pediatras

se iban por el trato y que parecía como que extorsionaban los vecinos y vecinas por el hecho de que, de una forma totalmente democrática, crearon una plataforma para reivindicar algo que, desde luego, no justifica para nada su respuesta, porque usted miente. No tienen garantizada la asistencia pediátrica, tienen un pediatra al 33%.

Y, mire, cuando usted habla continuamente de la falta de pediatras, precisamente lo que ha ocurrido allí es que los pediatras se han ido por las malas condiciones en las que se encuentran en ese momento. Es la situación que han padecido y donde ahora es más que nunca conveniente que se remuneren de forma adecuada, especialmente en estas zonas de difícil cobertura, y que, además, lo hagan de una forma consecuente.

Yo, de verdad, le vuelvo a solicitar que le pida disculpas a la plataforma, que los reciba y que, sobre todo, además, garantice esa prestación sanitaria a todos los pequeños, que hasta hace muy poco ni siquiera se hacía control de niños sanos. Desgraciadamente, han tenido que salir a la calle a pedirlo para ir consiguiendo a cuentagotas lo que, desgraciadamente, usted con su gestión no está abordando.

Usted, que gusta tanto comparar con otras comunidades autónomas, desgraciadamente, lo que está ocurriendo aquí es que esas dos pediatras en su momento renunciaron al contrato para irse a otras comunidades autónomas porque tenían mejores condiciones económicas. En ese escenario, deje de ser vocera del Partido Popular, la mayor *hooligan* cada vez que intenta confundir y, sobre todo, actualícese. Creo que es el momento de que tome las riendas de su consejería, que lleva su Gobierno más de cinco años y no puede retrotraerse. Porque, fíjese, este año último que llevan exigiendo que se cubran esos pediatras en Ubrique, usted no ha tenido ni la gentileza de contestarles a las múltiples cartas que han hecho, no ha querido ni siquiera sentarse con las mismas y creo que ahora, más que nunca, es urgente que usted deje de alarmar a una población tan importante, no solo Ubrique, sino toda la sierra gaditana, que llevan sin poder realizar esta actuación de tener esta asistencia pediátrica digna, de calidad, como le corresponde. Cinco años, señora consejera, cinco años que entiendo...

El señor BONILLA HIDALGO, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Tiene que terminar señora García.

La señora GARCÍA MACÍAS

—... que en esos cinco años ha tenido usted tiempo suficiente, en primer lugar, para cumplir su palabra, que ya sabemos lo que vale, pero, en segundo lugar, para garantizar la asistencia sanitaria en Ubrique.

El señor BONILLA HIDALGO, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señora García.

Señora consejera.

La señora GARCÍA CARRASCO, CONSEJERA DE SALUD Y CONSUMO

—Gracias, señor presidente.

Señora García, cinco años. Ustedes tuvieron muchos más años para programar el déficit de profesionales que íbamos a tener ahora, claro, y que ustedes no hicieron. Y ahora, de aquellos barros, esos lodos, que es muy fácil culpar y decir que llevamos cinco años gobernando. En cinco años hemos aumentado el número de plazas MIR en un 39,9%.

[Intervención no registrada.]

Es que tienen que formarse, señoría, ¿usted sabe? Ah, claro, usted desconoce que un MIR, cuando entra, son cuatro o cinco años de formación, ¿verdad? Pues, claro, es que cuando empiezan en el año 2019 ahora van a acabar los primeros MIR su formación, señora García.

Si ustedes lo hubiesen hecho en el año 2014, 2013, 2015, en el año 2014, 2013, 2014 estaríamos en otra situación. Yo le pido que me enseñe las cartas, las solicitudes de la Consejería de Salud en aquella época pidiendo a Rajoy más plazas MIR. Ustedes me han escuchado a mí, ¿verdad? Cinco años. Y el consejero anterior, cinco años, pidiendo plazas MIR. Ustedes no pedían plazas MIR porque además no cubrían ni siquiera..., no cubrían ni siquiera las personas que se jubilaban. En aquella época podían, la tasa de reposición era un 50%, y ustedes no las cubrían.

[Intervención no registrada.]

Ahora voy a esta pregunta, señoría.

El señor BONILLA HIDALGO, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Señora García, señora García. Un segundo, consejera. Le llamo al orden. No interpele a la señora consejera porque está en el turno de su palabra, igual que ella la ha respetado usted, usted debe respetar a la señora consejera.

Muchas gracias.

La señora GARCÍA CARRASCO, CONSEJERA DE SALUD Y CONSUMO

—«Los profesionales del centro de salud de Ubrique, tras los acontecimientos ocurridos en nuestra localidad, queremos manifestar nuestro descontento por la crispación que se ha generado por un movimiento llamado Asistencia Pediátrica Digna, que ha desembocado en la renuncia de dos profesionales de pediatría y de una profesional de dispositivo de apoyo». Eso es lo que dicen los profesionales del centro.

Nuestra responsabilidad: entendemos que las madres y los padres de Ubrique quieran tener una asistencia pediátrica, por supuesto que sí, claro que lo entendemos. Y nuestra obligación es que si dos pediatras deciden irse del municipio, nosotros cubramos. Yo les agradezco a ellos su paciencia. El alcalde nos llama un día sí y otro también para poder cubrir estas pediátrías. Usted ha dicho que tenemos una pediatra al 33%, es verdad, pero no ha dicho que desde el 5 de octubre tenemos una al cien por cien, ¿verdad? ¿Por qué no lo dice? Es que es verdad. O sea, vamos a ser, vamos a ser leales. Desde el 5 de

octubre hay una pediatra al cien por cien y otra al 33%. Y cuando acabe este mes de octubre tendremos otra pediatra al cien por cien, con lo cual ya tendremos dos médicos de familia, en funciones de pediatría, porque no son pediatras, no son pediatras.

Yo en mi pueblo, mi hija tiene 24 años, y siempre la ha atendido un médico de familia en función de pediatría y no ha pasado nada, no ha pasado nada. Con lo cual, señorías, vamos a ser coherentes.

El señor BONILLA HIDALGO, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señora consejera.

12-23/POC-001965. Pregunta oral relativa al consultorio de salud de El Higuerón, Córdoba

El señor BONILLA HIDALGO, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Pasamos a la tercera pregunta, con ruego de respuesta oral, en este caso también es del Partido Socialista, tiene la palabra la señora Ambrosio.

La señora AMBROSIO PALOS

—Gracias, presidente.

Pues, señora consejera, hablando de coherencia y de marco temporal, la pregunta que le voy a hacer hoy solo le corresponde a usted y no puede mirar hacia atrás para dar una respuesta. Y es una respuesta a la que los cordobeses y las cordobesas, especialmente los vecinos de El Higuerón, tienen puesta todas las esperanzas en la respuesta que usted hoy me dé sobre las gestiones entre la Consejería y el Ayuntamiento de Córdoba para encontrar una solución al cierre del consultorio de la barriada de El Higuerón, en la ciudad de Córdoba.

El señor BONILLA HIDALGO, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señora Ambrosio.

Señora consejera.

La señora GARCÍA CARRASCO, CONSEJERA DE SALUD Y CONSUMO

—Gracias, señor presidente.

Señora Ambrosio, estamos trabajando precisamente para acabar con esa obra y poder restablecer la asistencia sanitaria en su totalidad en el mismo lugar que la tenía.

El señor BONILLA HIDALGO, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señora consejera.

Señora Ambrosio.

La señora AMBROSIO PALOS

—Gracias, presidente.

Seguimos tirando balones fuera, como ahora no queda mirar al Gobierno andaluz anterior, ahora buscamos otra fórmula.

Mire, señora consejera, desde hace más de tres años, y usted era viceconsejera, la consejería sabe que el edificio del centro cívico, donde se ha albergado hasta hace muy poquito el consultorio de salud de El Higuero, iba a sufrir un cierre para una reforma integral. Desde la consejería y desde el Ayuntamiento de Córdoba se han ido dejando pasar los días hasta que ya no ha habido más tiempo y se les ha echado encima la fecha. Solo en unos meses antes del 4 de septiembre, que es cuando se produce directamente el cierre, es cuando han empezado a buscar algún emplazamiento en la barriada de El Higuero que permitiera que el consultorio de salud se quedara precisamente en el mismo lugar. La Delegación de Salud y el Ayuntamiento de Córdoba, a modo de agentes inmobiliarios, han buscado locales, ofertas hay más que suficientes, pero ninguno le ha venido bien a la Delegación de Salud. Ni siquiera el que le había ofrecido una firma muy reconocida de supermercados de la Ciudad de Córdoba, además muy comprometida con la Ciudad de Córdoba, que está escasamente a 50 metros del consultorio hasta ahora, que evitaba los desplazamientos y que garantizaba la cercanía. Y el motivo del rechazo, por parte de la Delegación de Salud, a ese ofrecimiento es que costaba entre 7.500 y 8.000 euros la adecuación del local. Respóndame, ¿para una consejería como la de Salud, 8.000 euros son un problema, cuando están destinando más de ochocientos millones y están derivando ese dinero a la privada? ¿De verdad que esa es la dificultad?

Miren, el malestar ha llegado hasta tal punto que no solo se han convocado manifestaciones, de las que espero que le haya dado cumplida cuenta su delegada, sino que se ha tomado una decisión sin informar y sin escuchar las circunstancias de la población. Han decidido y han comunicado el 4 de septiembre que se desdoblaba el servicio sanitario, pediatría al parque Azahara y los dos médicos de familia, a la entidad local autónoma de Encinarejo. Cualquiera de los dos no están a menos de diez kilómetros. Yo le reto, señora consejera, que en transporte público sea capaz de ir y venir al consultorio o al centro de salud nuevo en menos de cuatro horas, desde El Higuero, tanto a Encinarejo como al parque Azahara.

El señor BONILLA HIDALGO, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Señora Ambrosio, tiene que terminar, por favor.

La señora AMBROSIO PALOS

—Una atención sanitaria que estamos hablando de una población en torno a 20.000 habitantes que están diseminados y una población, además, especialmente mayor.

Después del anuncio a bombo y platillo del alcalde de que estaba muy ofendido y que había perdido toda la confianza en el distrito sanitario, ¿se ha tomado algo más en consideración? Porque lo que queda es la indolencia del Partido Popular, me da igual que sea de la Junta como que sea del ayuntamiento.

Hoy es 18 de octubre, las obras no van a estar terminadas en un año. Consejera, de verdad...

El señor BONILLA HIDALGO, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Señora Ambrosio, tiene que terminar, por favor.

La señora AMBROSIO PALOS

Deles alguna esperanza a los vecinos y a las vecinas de El Higuerón de que no van a tener que recorrer esos diez kilómetros para acceder a un servicio básico como el de servicio de sanidad pública.

La señora GARCÍA CARRASCO, CONSEJERA DE SALUD Y CONSUMO

—Gracias, señor presidente.

Señoría, mire, la solución que hemos puesto encima de la mesa es que habrá una solución alternativa para los mayores de 65 años y personas con movilidad reducida con una unidad móvil que estará situada ahora, en este mes de noviembre, para que ellos no se tengan que trasladar.

No costaba la rehabilitación del local que usted dice que nos cedían 6.000 o 7.000 euros. No era así. Ojalá hubiesen sido 6.000 o 7.000 euros, lo hubiésemos hecho, por supuesto que sí. El presupuesto para adaptar ese local, para una obra que su tiempo de periodo de duración son seis meses, usted dice que un año.

[Intervención no registrada.]

Bueno, vale, usted lo dice, ya está, usted es arquitecta, perita, directora de obra, pues vale, lo que usted diga. Eran más de 300.000 euros. La adaptación del local para convertirlo en un centro que reuniera las condiciones de seguridad para dar asistencia sanitaria eran más de 300.000 euros. Como usted comprenderá, no nos podemos gastar 300.000 euros para hacer una obra provisional para seis meses o un año o un año y medio. No nos podemos gastar ese dinero. Ese dinero es público y hay que mirarlo muy bien, señoría.

Y usted dice que no. Yo, ya siempre que lo digan, yo se lo voy a decir. Hacemos lo mismo que ustedes, concierto igual a acuerdo marco, concierto igual a acuerdo marco, se utiliza cuando es necesario. Hombre, lo digo porque ya lo ha dicho. Entonces, ustedes... Bueno, yo no les voy a contestar.

Señorías, El Higuerón va a tener una solución provisional para los mayores de 65 años y todas las personas con discapacidad y serán atendidos por un cupo de medicina de familia y de enfermería.

Hemos tenido en toda Andalucía, en toda Andalucía, 1.800 actuaciones y 1.500 millones de euros. Y en toda Andalucía hemos trasladado centros de salud completos y la gente ha tenido que ir en autobús y se ha informado, se le ha dicho, se ha hecho, la gente lo ha entendido porque era una mejora. Y cuando la alternativa es gastarse más de 300.000 euros para una obra provisional, perdónenme ustedes que yo, como consejera, no lo haga, no lo haga. Vamos a hacer algo alternativo para garantizar el acceso a las personas mayores y de menor movilidad, pero no nos podemos gastar ese dinero para una estación provisional.

Gracias.

El señor BONILLA HIDALGO, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señora consejera.

12-23/POC-001972. Pregunta oral relativa a la sanidad pública en Andalucía

El señor BONILLA HIDALGO, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Pasamos a la cuarta pregunta, en esta ocasión relativa a la sanidad pública en Andalucía, la formula por el Grupo de Vox la señora Ruiz

La señora RUIZ VÁZQUEZ

—Muchas gracias, presidente.

Consejera, los médicos de atención primaria han pasado, tienen un límite de 35 pacientes al día, 15 o 20 pacientes menos que antes. Pero si hay un incremento en el número de médicos... Si no hay un incremento en el número de médicos, supone más demora aún.

Hablemos de la demora real. ¿Por qué nos hablan los médicos de trucos contables, señoría? Sí hay citas, sí hay citas, pero ¿a qué hora puede el paciente?

El señor BONILLA HIDALGO, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Señora Ruiz, un segundo, por favor.

Señora García, por favor, si van a hablar en voz alta, sálganse fuera, porque es que están interrumpiendo a una compañera parlamentaria.

Gracias.

La señora RUIZ VÁZQUEZ

—Gracias.

Hablamos de la demora real. ¿Por qué nos cuentan los profesionales sanitarios y los médicos que hay trucos contables? ¿A qué se refieren con esas citas sombreadas que vienen en la agenda de cada médico? Pues son citas que se abren a unas horas intempestivas, de seis a seis y media de la mañana, y a esa hora no hay ningún paciente que pueda entrar y pedir esa cita a Salud Responde. Entonces, por eso aparece la demora cero, esto debían ustedes preguntarlo y que les comenten. La demora real está siendo de unos veinte días, esa es la demora real.

Respecto a inversión sanitaria, decía usted en pleno que los médicos andaluces son los mejor..., especialistas, ha dicho hoy, son los quintos mejor pagados. Yo me he preocupado por mirar los listados, y ni en atención primaria ni en especialistas son los quintos mejor pagados, son los quintos peor pagados, las enfermeras son las terceras mejor pagadas, los médicos especialistas en atención primaria son los quintos peor pagados. Entonces, aquí deberíamos hacer un esfuerzo y mirarlo.

De hecho, no sé si se está refiriendo o incluye dentro de ese tema el tema de las guardias de estos médicos. No, las guardias no se pueden incluir ahí; de hecho, mirando también las guardias, cómo está

la hora que se les paga a los médicos por hacer guardias, también son los quintos peor pagados, en comparación con otras comunidades autónomas.

Si nos referimos a las jornadas de continuidad, pensamos que hay muchos médicos que no quieren acogerse a esas jornadas de continuidad; de hecho, si se acogen, trabajarían doce horas en jornadas de continuidad. ¿Cuándo concilian esos médicos, esos profesionales sanitarios? Por mucha vocación que tengan. Pensamos que es una barbaridad en ese sentido.

O el complemento FRP, ¿se ha equiparado ya a los médicos de familia con otras especialidades? Los residentes de medicina de familia siguen sin quedarse, tienen contratos, desde luego, dentro de la medicina de familia, precarios.

Hemos pasado de gobiernos socialistas, donde estaban días contratados, dos días contratados, una semana contratados, a un mes contratados. Efectivamente, dice usted que ha habido muchas plazas de OPE y que se han ido incorporando, pero, desde luego, aquí se debe hacer un esfuerzo. ¿Por qué? Porque así nuestros médicos se quedarían y no se irían a otras comunidades autónomas, que se están yendo, señoría.

Las derivaciones... sí, sí...

El señor BONILLA HIDALGO, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Señora Ruiz, tiene que ir terminando, por favor.

La señora RUIZ VÁZQUEZ

—Las derivaciones a especialistas, la demora en quirófano, los anestesiistas. ¿Hay anestesiistas en la privada? Sí. ¿Hay anestesiistas en la pública? Usted acaba de comentar que no, esto debe de ser también por algo.

Y también quería comentar el tema del Hospital Militar, que tanto nos preocupa. El Hospital Militar se cerró en verano, se abrió en septiembre, ha estado dos semanas de octubre abierto y se ha vuelto a cerrar para las intervenciones quirúrgicas. Esto... aquí está habiendo un problema también, señoría.

Hablamos de fidelización, ¿cuántos se quedan al cien por cien? Voy a terminar ya.

Simplemente, ¿cuánto ha costado la inversión de la consulta de acogida de enfermería? Es algo que también nos preguntamos.

Son muchas preguntas, esto vale para una comparecencia, pero sí es cierto que tenemos que darle...

El señor BONILLA HIDALGO, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Señora Ruiz, no tiene la palabra.

La señora GARCÍA CARRASCO, CONSEJERA DE SALUD Y CONSUMO

—Gracias, señor presidente.

Señora Ruiz, yo estoy de acuerdo con usted en que tenemos que dar... muchos caminos por recorrer, estoy de acuerdo. Pero lo que no podemos negar, y su pregunta... a mí lo que me decía su pregunta era qué actuaciones tienen previstas para dar respuesta a la necesidad de la sanidad andaluza.

Hombre, nosotros queremos seguir el camino que hemos empezado a andar desde el año 2019. ¿Y cómo empezamos a andar el camino en el año 2019? Pues empezamos con la equiparación salarial de nuestros profesionales, aumentando las horas de guardia, aumentando las noches y festivos, eliminando la exclusividad, llegando a un acuerdo con los profesionales de atención primaria para reducir y que tuvieran 35 citas cada jornada. Un acuerdo de atención primaria que todavía estamos acabando de cerrar con fuerzas sindicales, con consejos andaluces, con los propios profesionales del Servicio Andaluz de Salud para mejorar la accesibilidad y la calidad de la atención primaria.

Ese es nuestro trabajo y yo creo que da frutos, esos 330 millones de euros de los tres acuerdos sindicales nos dicen que este año pasado el 91% de los profesionales médicos de familia, los especialistas en médicos de familia que han terminado su formación en Andalucía se han quedado, se han quedado. Desde el año 2018 hasta ahora, 4.600 médicos más en toda Andalucía, con lo cual, ¿que estamos bien? No, porque la primera que lo reconoce y que tenemos déficit en categorías soy yo, pero es verdad que la situación ha cambiado y que desde que se marcharan el 50%, ahora se marchan menos del 10%, por ejemplo, en esa especialidad de médicos de familia.

Usted dice que justifica que hay contratos mes a mes y que los justificamos en la OPE. Es que seguimos inmersos en la OPE, no hemos acabado de resolverlas todas. Ahora mismo están tomando posesión el último concurso de traslado de más de quince mil personas que se están moviendo en el sistema. En el año 2025, final de 2024-2025, el 94% de la plantilla del Servicio Andaluz de Salud estará estabilizada. Eso significará que podremos tener un concurso de traslado abierto de forma permanente, permanente, y podremos tener cubiertas ya las plazas de jubilaciones por los MIR que se han formado en Andalucía desde el año 2019, si se siguen quedando en la misma proporción que se quedan en la actualidad.

Y ese es nuestro objetivo, es seguir avanzando en las mejoras laborales y las condiciones económicas de nuestros profesionales; de la mano de ellos, mejorar esa atención primaria, que es el primer escalón, y, por supuesto, seguir trabajando para que al final nuestros trabajadores se sientan confortables, cómodos y cuidados dentro del sistema sanitario público de Andalucía.

El señor BONILLA HIDALGO, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señora consejera.

Pasamos a la pregunta quinta, en este caso formulada sobre el Área Sanitaria Campiña Sur de Córdoba, por el Grupo Popular Andalucía. Entiendo que no hay nadie, con lo que vamos a pasar a la siguiente pregunta.

12-23/POC-002209. Pregunta oral relativa a la salud bucodental

El señor BONILLA HIDALGO, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—La siguiente pregunta es formulada por el Grupo Popular, relativa a la salud bucodental. Tiene la palabra la señora Fuentes.

La señora FUENTES PÉREZ

—Gracias, presidente.

Buenas tardes, consejera.

Vamos a hablar ahora de un tema que a menudo pasa muy desapercibido de nuestras vidas, pero que tiene un impacto sustancial en nuestra salud en general, la salud bucodental.

Quizás no siempre lo ponemos en relación, pero la condición de nuestra boca no solo afecta a la belleza de nuestra sonrisa, sino que afecta a nuestra salud en general. Lo que ocurre en la boca puede tener un impacto profundo en nuestro bienestar general. La salud bucodental, por tanto, es parte esencial del cuidado de nuestra salud integral.

Es importante destacar que existe una estrecha relación entre la salud bucal y enfermedades muy graves, como, por ejemplo, las enfermedades cardíacas. Numerosos estudios científicos han demostrado que las infecciones periodontales, como la gingivitis, la periodontitis, pueden aumentar el riesgo de enfermedades cardiovasculares. Igualmente, la inflamación crónica de las encías puede desencadenar una respuesta inflamatoria sistémica en todo el cuerpo, lo que a su vez puede contribuir al estrechamiento de las arterias, a la formación de placas que aumentan el riesgo de ataques cardíacos y de accidentes cerebrovasculares. Además, la relación entre salud bucal y diabetes es igualmente significativa, las personas con diabetes tienen un mayor riesgo de enfermedades bucales y las infecciones orales pueden dificultar el control de los niveles de glucosa en sangre. Por tanto, las personas con enfermedades periodontales no controladas pueden experimentar un empeoramiento en su diabetes. Es una relación bidireccional que subraya la importancia de cuidar nuestra boca para tener un cuerpo sano.

La prevención, como todos sabemos, es clave y cuidar de nuestra boca no es solo una cuestión estética, sino que es una cuestión de salud pública y debe tener un papel prioritario en la cartera de servicios, comenzando en la etapa más precoz, la infancia y la adolescencia. Pero también nuestro sistema debe garantizar intervención específica en mujeres embarazadas, en personas con discapacidad o en realizar determinados tratamientos dentales a pacientes que requieren protocolos especiales.

En este contexto y en el contexto de la formación de nuestros profesionales de la sanidad pública, señora consejera, quería preguntarle en qué consiste el programa de referentes de formación en salud bucodental.

Muchas gracias.

El señor BONILLA HIDALGO, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señora Fuentes.

Señora consejera.

La señora GARCÍA CARRASCO, CONSEJERA DE SALUD Y CONSUMO

—Gracias, señor presidente.

Señora Fuentes, en el contexto que usted acaba de describir perfectamente, donde esta salud bucodental es esencial para la población andaluza, la formación consideramos que en salud bucodental va a desempeñar y desempeña un papel fundamental para garantizar que los profesionales de la odontología estén debidamente preparados para enfrentar los desafíos de la atención dental moderna.

Una de las señas de identidad de este Gobierno es la colaboración entre instituciones, para llegar más rápido y de una manera mucho más ágil a cualquier propósito.

Los profesionales bien formados pueden brindar una atención más efectiva, segura y de vanguardia, lo que, a su vez, reduce los riesgos y la mejora de calidad de la atención odontológica, disminuyendo los costos a largo plazo para el sistema público de salud.

En este sentido, la Consejería de Salud y Consumo, junto con el Servicio Andaluz de Salud y las Universidades de Sevilla y de Granada, realizarán próximamente un programa referente de formación en salud bucodental; una formación que constará de seis diplomas universitarios de especialización para cirugía vocal, endodoncia, medicina bucal, odontología hospitalaria, odontopediatría y ortodoncia. De esta forma, el sistema sanitario público andaluz podrá disponer de una red de referentes a disposición de los usuarios, que redundará en un incremento de la calidad de la asistencia prestada de una forma pionera en España. Hablamos, señorías, de un programa de formación en un entorno compartido con la universidad, de tal modo que se unen los elementos de experiencia y conocimiento asistencial del sistema sanitario con las capacidades docentes y metodológicas de la Universidad de Granada y de la Universidad de Sevilla, en las que se imparte el grado en Odontología. Con este programa, pretendemos mejorar la calidad de la asistencia prestada a los ciudadanos, así como poder formar a profesionales del sistema sanitario público de Andalucía en determinadas áreas que permitan dar una mejor atención en situaciones concretas. Además, con este programa mejoraremos la cobertura y la accesibilidad de la población a tratamientos específicos, y disminuirémos las derivaciones, al tiempo que se aumentará la eficacia de atención primaria. Estamos seguros de que a través de este programa de formación nuestros profesionales desempeñarán funciones avanzadas de calidad, abundando en una mejor atención bucodental para todos los andaluces. Así que ese es el objetivo de este nuevo programa de formación, que cumplirá con las expectativas, seguro.

Gracias.

El señor BONILLA HIDALGO, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señora consejera.

12-23/POC-002210. Pregunta oral relativa a la inteligencia artificial aplicada a la sanidad

El señor BONILLA HIDALGO, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Pasamos a la séptima pregunta, relativa a inteligencia artificial aplicada a la sanidad, la formula el señor Saldaña.

El señor SALDAÑA MORENO

—Gracias, señor presidente.

Señora consejera, analizando los datos y teniendo en cuenta todos los hechos que se están produciendo, es evidente —y los andaluces se están dando cuenta— que hay una diferencia importante en la gestión de la sanidad pública andaluza entre lo que venimos a denominar el viejo Gobierno de Andalucía, que era el Gobierno del Partido Socialista, y el nuevo Gobierno de Andalucía, que es el Gobierno del Partido Popular y el Gobierno liderado por el presidente Juanma Moreno. Esa es una realidad clara. Evidentemente, estamos hablando de que la sanidad es uno de los servicios, si no el que más, más importantes para los ciudadanos. Todo el mundo se preocupa mucho por la sanidad pública, es un servicio que, además, es muy solidario porque no atiende o no debe atender a las necesidades económicas de las personas, sino simple y llanamente por el hecho de ser ciudadano. Y ustedes están realizando un trabajo muy importante. Y los datos son los que son: donde antes había opacidad, ahora hay transparencia. Y ponemos el caso de las listas de espera, que ahora se conocen y antes no se conocían. Ponemos los datos, por ejemplo, de los profesionales sanitarios que se iban de Andalucía y los sueldos que tenían en Andalucía. Y ahora habrá que seguir mejorando, pero es una realidad que con el nuevo Gobierno hay un cambio radical respecto al antiguo Gobierno. Hay una realidad también importante, que son las infraestructuras sanitarias, que prácticamente no se hacían en el último periodo del antiguo Gobierno de Andalucía, y ahora se están impulsando de manera importante por el nuevo Gobierno de Andalucía. Y, por tanto, hay que seguir mejorando. Pero evidentemente hay una realidad, y es que antes, con el viejo Gobierno, la sanidad en Andalucía estaba mucho peor que ahora con el nuevo Gobierno del Partido Popular y de Juanma Moreno. Y en esa línea es en la que ustedes están trabajando y queriendo que la sanidad pública andaluza sea líder a nivel europeo y a nivel internacional. Nos consta que están realizando ustedes una labor muy importante en las nuevas tecnologías y la inteligencia artificial, que hay que decir, para que no se nos alteren los miembros de la oposición, que no vendrán a sustituir a profesionales, sino que lo que harán será precisamente poner en el centro al paciente, poner en el centro a los andaluces y, evidentemente, utilizar las nuevas tecnologías para mejorar ese servicio.

Es evidente que el nuevo Gobierno de Andalucía, liderado por Juanma Moreno y, en este caso, por usted desde la Consejería de Salud, quiere que la sanidad pública andaluza sea la mejor del mundo, y, por tanto, está incorporando esa inteligencia artificial y esas nuevas tecnologías para mejorar el servicio a los andaluces.

Por ello, señora consejera, agradeciéndole todo el trabajo que están haciendo y teniendo en cuenta y felicitándole también por esas nuevas tecnologías que están incorporando, nos gustaría que hoy usted aquí nos explicara cuáles son esas mejoras que van a ver los andaluces y las andaluzas por la incorporación de la inteligencia artificial al servicio público de Andalucía.

Muchas gracias.

El señor BONILLA HIDALGO, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Gracias, señor Saldaña.

Tiene la palabra la señora consejera.

La señora GARCÍA CARRASCO, CONSEJERA DE SALUD Y CONSUMO

—Gracias, presidente. Gracias, señor Saldaña.

Efectivamente, nuestro objetivo principal es tener el mejor sistema sanitario público en Andalucía y con la mejor asistencia. La inteligencia artificial tiene el potencial de transformar nuestro sistema sanitario, y se está posicionando como una valiosa herramienta para la mejora de los diagnósticos, los tratamientos y la gestión de datos. Andalucía ya está aplicando esta herramienta en algunas áreas, y me van a permitir que le hable de alguna de ellas. En la medicina computacional y bioinformática, donde se aplica la inteligencia artificial a la investigación en salud y su translación real al ámbito clínico. En el proyecto Big Data del Servicio Andaluz de Salud, incluyendo casos de uso, como la mejora de los circuitos asistenciales, la optimización de las listas de espera, la detección de interacciones entre fármacos, el análisis de imagen diagnóstica o el procesamiento automático de textos clínicos. El objetivo es lograr una medicina más personalizada, que mejore y optimice la atención a nuestra ciudadanía, y haga más sostenible el sistema sanitario público. Me van a permitir destacar que ha sido uno de nuestros investigadores, el doctor Joaquín Dopazo, director de la Plataforma de Medicina Computacional de la Fundación Progreso y Salud, quien ha contribuido a la creación de la nueva Sociedad Española de Inteligencia Artificial en Biomedicina. El Plan Andaluz de Atención a las Personas Afectadas por Enfermedades Raras tiene previsto hacer uso de la inteligencia artificial para la detección precoz de enfermedades raras, analizando la gran cantidad de datos que contiene nuestra historia clínica electrónica para detectar patrones y acortar los tiempos que se tardan en diagnosticar en la actualidad estas enfermedades.

Hoy Andalucía es líder, junto a la Comunidad Valenciana, en el Grupo 7 de Trabajo del PERTE de Atención Primaria, centrado en sistemas de soporte a la decisión y casos de uso de inteligencia artificial. Y dentro de este proyecto se trabajan estándares para facilitar el intercambio de experiencias y casos de uso entre diferentes comunidades autónomas. Estamos aprendiendo que la inteligencia artificial puede mejorar la calidad y eficiencia de los servicios de salud, beneficiando a pacientes y profesionales, porque el uso común de estos datos mediante inteligencia artificial permite a los investigadores y profesionales de la salud compartirlos y analizarlos desde diferentes fuentes y sistemas de información. Esto facilita la colaboración entre instituciones y la realización de estudios clínicos a gran escala, que contri-

buyen a ser más eficientes en la toma de decisiones. Los análisis de los datos permiten a nuestros profesionales de la salud identificar patrones y tendencias de la salud de los pacientes, lo que puede llevar a diagnósticos mucho más precisos y a tratamientos mucho más efectivos.

Recientemente, hemos iniciado la aplicación de la inteligencia artificial para la detección de mosquitos portadores de enfermedades. Se trata de un proyecto pionero en España a través de sensores inteligentes capaces de informar en tiempo real de la presencia, del tipo y de la cantidad de estos mosquitos. Nos da la envergadura de lo que se está haciendo con la inteligencia artificial, de lo que nos puede ayudar y de lo que puede ayudar a la calidad y a lo que estamos haciendo a partir de ahora con esa aplicación dentro del sistema sanitario público de Andalucía.

Gracias.

El señor RUIZ ESPEJO, VICEPRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Gracias, señora consejera.

12-23/POC-002211. Pregunta oral relativa al Plan de enfermedades crónicas

El señor RUIZ ESPEJO, VICEPRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Pasamos a la siguiente pregunta, que es la número 8, pregunta con ruego de respuesta oral en comisión, relativa al Plan de enfermedades crónicas, por el Partido Popular, y tiene la palabra el señor Bonilla Hidalgo.

El señor BONILLA HIDALGO

—Muchas gracias, señor presidente.

Bueno, es evidente, señora consejera, que el envejecimiento natural de la población y el aumento de las enfermedades crónicas en los últimos años obliga a todos los sistemas sanitarios a readaptar sus recursos y a readaptar también sus estrategias. La OMS define las enfermedades crónicas como aquellas que son de larga duración, con una lenta progresión y que no son transmisibles, siendo hoy en día la principal causa de muerte en el mundo. Las enfermedades crónicas son la causa del 60% de las muertes a nivel mundial y suponen el 75% del gasto sanitario público. El 80% de las consultas de atención primaria en España son de enfermos crónicos, y el 40% de las camas hospitalarias están ocupadas por este tipo de pacientes. En los países desarrollados, las enfermedades crónicas suponen ya un 60% de la carga global en los sistemas sanitarios, y se eleva el porcentaje de muertes causadas por esas enfermedades hasta el 73%. En los países en vías de desarrollo, ese porcentaje está en el 50%, pero va a seguir creciendo en los próximos años. Se cree que para el 2050 el 22% de la población mundial va a superar los 60 años y la presencia de la enfermedad crónica en esas edades se duplica en su incidencia. Por lo tanto, en este contexto es obvio que el sistema sanitario público de Andalucía tiene que reorientarse, lo está haciendo desde hace años, y, en este caso, el Gobierno de Juanma Moreno está volcándose en modificar y plantear una modificación de la cartera de servicios de la atención primaria orientada, precisamente, a estos enfermos.

Yo, antes de formularle la pregunta, sí me gustaría hacer una reflexión. Evidentemente, el Sistema Andaluz de Salud necesita más recursos y, para que tengamos esos recursos —y hoy hemos escuchado aquí hablar de privatizaciones y otras cuestiones por los grupos de la oposición—, lo principal es que tengamos financiación. Y, por lo tanto, una de las cosas que tiene que exigir todo el Parlamento al Gobierno de la nación al Gobierno de Pedro Sánchez, en funciones, es que incremente la financiación de todas las comunidades autónomas, pero, desde luego, de la Comunidad Autónoma de Andalucía, a la que se nos deben mil millones de euros anuales. Y, además, que también se incremente la financiación en sanidad, algo que parece ser que no se va a hacer, puesto que los planes presupuestarios que se han enviado a Europa, precisamente, no se han dotado económicamente, no se incrementa la dotación económica prevista para la salud en toda España.

Por eso, señora consejera, nos gustaría conocer en qué situación se encuentra el Plan Andaluz de Atención Integrada a Pacientes con Enfermedades Crónicas.

Muchas gracias.

El señor RUIZ ESPEJO, VICEPRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Gracias, señor Bonilla Hidalgo.

Y tiene la palabra la señora consejera.

La señora GARCÍA CARRASCO, CONSEJERA DE SALUD Y CONSUMO

—Gracias, señor presidente.

Señor Bonilla, efectivamente, tenemos un reto a nivel del sistema sanitario público de Andalucía, de la Consejería de Inclusión Social no me quiero olvidar, porque eso es un reto colectivo para poder atender a esa población que se estima que, para el año 2050 en España y, con ello, en Andalucía, seremos el segundo o tercer país más envejecido del mundo, con un incremento del 16 al 34% de la población, con más de 65 años.

Las patologías crónicas son, en la actualidad, responsables del 59% de las muertes del mundo y suponen el 70% del gasto sanitario. Por eso, nuestro objetivo es que, a través del Plan Andaluz de Atención Integrada a las Personas con Enfermedades Crónicas, de la Estrategia de Cuidado de Andalucía y de la Estrategia Sociosanitaria que hablábamos en mi primera intervención, lograr ese seguimiento de los enfermos crónicos y crónicos complejos en Andalucía, para conseguir lo que hemos dicho en mi primera intervención de esta comisión de hoy, conseguir que los andaluces permanezcan el mayor tiempo posible en el lugar que ellos decidan, ya sea un centro residencial, sea su vivienda habitual o en una vivienda acompañados, pero en las mejores condiciones, con la mejor calidad de vida, con la mejor asistencia sociosanitaria. Y de eso se trata.

Hace poco tiempo —se acordarán ustedes— que anunciábamos una experiencia piloto, que era de un programa que se llamaba Aire, que era de seguimiento, monitorización y control de enfermos con EPOC, enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Empezamos por esa enfermedad porque es de las más prevalentes dentro de las enfermedades crónicas en Andalucía. Y ese programa de experiencia piloto lo que hace es monitorizar a los pacientes en su domicilio a través de un reloj, de un dispositivo móvil, y todos los días se hace una serie de mediciones, de unos parámetros preestablecidos, la persona también hace una encuesta, ahí tienen una ayuda muy importante de todos esos cuidadores profesionales que están en los domicilios, y luego toda esa información repercute en la enfermera de Salud Responde. La enfermera de Salud Responde recibe toda la información, y ella tiene unos ítems establecidos, con una alerta y prealerta, y ella activa recursos sanitarios o no sanitarios o sociosanitarios dependiendo de la información que ella recibe, 24 horas al día, 365 días al año. Y ese es el camino y ese es el objetivo, la monitorización de los pacientes crónicos complejos en Andalucía, porque permitirá estabilizarlos, tener calidad de vida y, por supuesto, que el sistema sanitario público y el sistema de inclusión social, de protección social, tengan capacidad para atenderlos, si nosotros somos capaces de dar

CVE: DSCA_12_221

esa atención de calidad en el recurso que ellos decidan. Así que ese es el objetivo del Plan de Cronicidad, de la Estrategia de Cuidado y de la Estrategia Sociosanitaria, llegar a poder atender a la población andaluza en esas condiciones.

Gracias.

El señor RUIZ ESPEJO, VICEPRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Gracias, señora consejera.

12-23/POC-002212. Pregunta oral relativa al sistema de citas en atención primaria

El señor RUIZ ESPEJO, VICEPRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Pasamos a la siguiente pregunta, con ruego de respuesta oral en comisión, relativa al sistema de citas en atención primaria. Para ello, tiene la palabra el señor Ayala García.

El señor AYALA GARCÍA

—Vivimos un momento de cambio en nuestra sociedad, que estamos inmersos en un proceso de continua evolución y adaptación a las nuevas tecnologías, en concreto a las TIC, como bien ha dicho el señor Saldaña, las tecnologías de la información y la comunicación, que son los recursos y herramientas que se utilizan para el proceso, la administración y la distribución de la información a través de los elementos tecnológico, como ordenadores, móviles, smart TV y otros que quedan por venir.

Por tanto, una Administración pública, como es la Junta de Andalucía, y, en concreto, su Consejería de Salud y Consumo, debe adaptarse a esos cambios, debe ir incorporando los sistemas de información y comunicación al sistema público de salud de Andalucía, mediante la digitalización, integración, interconexión e interoperabilidad, como dijo antes, de todos esos servicios entre sí. Y debe hacerlo tanto a nivel de funcionamiento interno como de funcionamiento externo; o sea, la intercomunicación bidireccional de los pacientes con el Servicio Andaluz de Salud y el Servicio Andaluz de Salud con los pacientes.

Estoy convencido de que no digitalizar e interoperar los diferentes sistemas, incluidos los de diagnóstico, el sistema colapsará más pronto que tarde. Y esto, como ha dicho el señor Saldaña, no es una reducción de puestos de trabajo, sino una evolución y mejora del sistema. Hace un tiempo se pudo poner en marcha desde su consejería el sistema de consulta telefónica en atención primaria, con sus más y con sus menos. Como todo sistema nuevo, requiere de un proceso de adaptación, mejora y evolución, siempre mejorando el anterior y buscando el mejor rendimiento y funcionamiento del sistema. A día de hoy sabemos que es un servicio usado por un gran número de usuarios.

Pues, en este sentido, señora consejera, hemos tenido conocimiento de que se ha implantado un nuevo sistema de citas en atención primaria. Por eso, la pregunta que le hacemos es qué beneficios conllevará el nuevo sistema de citas en atención primaria.

Gracias.

El señor BONILLA HIDALGO, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señora Ayala.

Señora consejera.

La señora GARCÍA CARRASCO, CONSEJERA DE SALUD Y CONSUMO

—Gracias, señor presidente.

Señor Ayala, efectivamente, yo creo que enlazar una pregunta anterior con esta sería..., o sea, hemos hablado en la anterior pregunta de inteligencia artificial, de cómo puede ayudar al sistema sanitario público y cómo su implementación tiene que ser una realidad.

Bueno, pues la teleconsulta... Si ustedes me han escuchado en otras intervenciones anteriores, ya durante la pandemia supuso un hito poner en marcha la consulta telefónica. Esa consulta telefónica e incluso durante la pandemia hacíamos las cargas automáticas de la medicación de los enfermos crónicos directamente de farmacia. Hicimos muchas cosas durante la pandemia que después han tenido su recorrido. Hoy el 30% de las consultas de atención primaria son telefónicas y, además, tienen más demora que la consulta presencial. Y lo que pretendemos es dar un paso, es que esa consulta telefónica pueda ser una teleconsulta que permita que pacientes y médicos se vean. Nunca va a sustituir absolutamente a nadie, nunca va a sustituir a nadie, porque igual que ahora en la consulta telefónica, cuando el médico decide que eso no es una consulta telefónica, pues cita al paciente y el paciente va a la consulta, pues esto va a ser exactamente igual.

Pero es verdad, y todos los andaluces lo han podido comprobar, que a través de esa consulta telefónica ellos resuelven dudas, dudas muchas veces que son administrativas y que no tienen nada que ver con el médico y el médico ya le hace la derivación al profesional que tiene que ser o se la resuelve. Con lo cual, yo creo que puede ser algo que nos ayude en primaria a seguir avanzando en la digitalización y en aplicar las nuevas tecnologías para dar una mayor accesibilidad. No pretendemos otra cosa.

Pretendemos también trabajar para que un andaluz pueda poder coger la primera consulta disponible, independientemente de que no sea su médico de familia, para eso está la historia digital, está en Diraya, y que un andaluz que le da igual qué médico lo pueda ver, pueda elegir la primera consulta disponible que tengamos para dar mayor accesibilidad. Con lo cual, avances que lo que pretenden es mejorar la accesibilidad a atención primaria, avanzar en la digitalización y en el avance tecnológico y yo creo que puede mejorar la asistencia. Y siempre digo lo mismo, sin sustituir absolutamente a ningún profesional, sino ayudar a los profesionales a desarrollar su labor.

Gracias.

El señor BONILLA HIDALGO, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señora consejera.

12-23/POC-002240. Pregunta oral relativa a la pérdida de la representación mayoritaria de la Junta de Andalucía en las fundaciones públicas andaluzas de investigación biomédica

El señor BONILLA HIDALGO, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Pasamos a la pregunta décima, en este caso relativa a la pérdida de la representación mayoritaria de la Junta de Andalucía en fundaciones públicas andaluzas de investigación biomédica, formulada por el Grupo Socialista.

Tiene la palabra la señora Aguilera.

La señora AGUILERA GAMERO

—Gracias, presidente.

Doy la pregunta por formulada.

El señor BONILLA HIDALGO, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señora Aguilera.

Señora consejera.

La señora GARCÍA CARRASCO, CONSEJERA DE SALUD Y CONSUMO

—Creo que debe haber un error en el planteamiento de su pregunta, porque en Andalucía no se ha privatizado la investigación biomédica, y mucho menos ninguna medida puesta en marcha ha tenido una influencia negativa en las condiciones laborales de este ámbito, de los profesionales de este ámbito.

El señor BONILLA HIDALGO, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señora consejera.

Señora Aguilera.

La señora AGUILERA GAMERO

—Bueno, en primer lugar, quisiera remarcar que el 27 de julio se produjo una sesión en estas fundaciones en la que se modificó la composición del patronato. Lo hicieron ustedes en pleno verano, lo que viene siendo su *modus operandi* habitual cuando hacen otros procesos de privatización, como la Orden de tarificación de la atención primaria, y esto lo llevaron a cabo de espaldas a los trabajadores y trabajadoras de las fundaciones, como ellos mismos denuncian, no es algo que me invente yo. Lo hi-

cieron de espaldas a los ciudadanos, en absoluto secretismo y, además, vulnerando el derecho a la información y a la participación de los comités de empresa de estas fundaciones públicas. Nos parece, además, poco honesto que insista usted en el argumento de negar el proceso de privatización progresiva, como acaba de hacer ahora, diciendo que siguen existiendo una mayoría de representantes del sector público, cuando lo que hay es una amalgama de entidades públicas que nada tienen que ver con el sector público andaluz y, además, la representación de las empresas no se mantiene igual, sino que se ha aumentado.

Y, como muestra un botón, el ejemplo Fibao. En Fibao se ha multiplicado por cuatro el número de representantes de las empresas privadas y el sector público ha pasado de tener un 80% a tener un 40%.

En cuanto a los beneficios que le hemos oído a usted que se supone que deben arrojar esta privatización de las empresas de investigación biomédica, diciendo que se va a mejorar la eficiencia, se va a mejorar la agilidad de las mismas, decirle que es un argumento absolutamente falso, ya que los flujos, cuando tienen un nudo en los procesos de contratación de servicios o de contratación de personal o contratación de proyectos, casi siempre están motivados por su propia Consejería de Hacienda. Es lo que vienen ustedes haciendo habitualmente, empeorar el servicio público para justificar su paso a la privada.

Y, además, tengo que decirle también, tengo que recordarle que el 80% de las contrataciones se amparan bajo la Ley de la Ciencia, que no exige ningún tipo de filtro por la Consejería de Hacienda. Por lo tanto, ese argumento es absolutamente falso. Lo que sí que ha provocado la privatización de las fundaciones Fibao, Fisevi y Fimabis en la Administración Pública, lo que sí que ha provocado son dos consecuencias inmediatas.

La primera es que se han quedado al margen de la fiscalización del sector público, lo que implica una relajación en los controles de las contrataciones de personal, de suministros, de bienes y servicios, algo que parece que les gusta.

Y, en segundo lugar, es que se pierde la garantía de independencia de sus actividades y que el resultado de estas actividades de investigación revierta...

El señor BONILLA HIDALGO, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Tiene que terminar, señora Aguilera.

La señora AGUILERA GAMERO

—... en la salud pública.

Y los trabajadores sí se quejan, se quejan por salir de la contratación del ámbito del sector público y que se les aplique un convenio con el que para nada están de acuerdo. No puede usted dejar en manos de la privada esto que es tan importante como son los experimentos, los ensayos en seres humanos. No puede dejarlo en manos de la privada, eso siempre tiene que revertir en beneficio de la salud pública. Dejarlo en manos de la privada, como acaba usted de dejar...

El señor BONILLA HIDALGO, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Señora Aguilera, tiene que terminar.

La señora AGUILERA GAMERO

—... el cribado del cáncer de mama, que lo ha venido negando hasta ahora y nos acabamos de enterar de que, efectivamente, el programa de detección precoz del cáncer de mama se lo acaba usted de entregar a una empresa privada.

El señor BONILLA HIDALGO, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Consejera.

La señora GARCÍA CARRASCO, CONSEJERA DE SALUD Y CONSUMO

—Señor presidente, gracias.

Señora Aguilera, coherencia, coherencia, señora Aguilera, coherencia. Si vamos a adaptar Fimabis, Fibao y Fisevi, es lo mismo que ustedes hicieron con Fibico, Fcádiz y Fabis. Igual. Ah, ustedes sí cambian. Claro que sí, señorías, por favor, coherencia. Por favor, coherencia. Por favor, coherencia. Aquí lo que se va a hacer es dar coherencia. Ustedes ya habían cambiado tres: Fibico, Fcádiz y Fabis. Y nosotros cambiamos tres, haciendo lo mismo que ustedes. Ah, pero ya no es lo mismo. De verdad, de verdad...

Uniformidad en la composición de los patronatos de las seis fundaciones implica mejorar la gestión de las fundaciones, mayor agilidad y transparencia, conservando su carácter público, público, a través de la mayoría de los patronos nombrados por la Junta y la Universidad, que es pública, claro. El objetivo era salvar las enormes trabas que teníamos. Permitirá negociar un nuevo convenio colectivo para todos igual, que era imposible, porque ustedes ya habían cambiado tres, ya las habían cambiado. Le adelanto que la Junta, en colaboración con las universidades, impulsará la negociación de un convenio colectivo nuevo para mejorar las condiciones laborales.

En consecuencia, señorías, todo lo que viene a garantizar es que esas entidades van a seguir siendo públicas, van a tener un convenio colectivo mejorando sus condiciones, y, en consecuencia, el Consejo de Gobierno lo que autorizó fue que todas tuvieran las mismas condiciones. Los patronatos de estas fundaciones pasan a tener mayoría pública, a través de la propia Junta de Andalucía y las universidades. Y así consta en el inventario del sector público del Ministerio de Hacienda. La misma forma —y lo vuelvo a repetir— que Fibico, Fcádiz y Fabis, que ustedes los cambiaron.

Esta red de fundaciones es el principal instrumento de captación de fondos para la investigación, el desarrollo y la innovación en salud en Andalucía. En 2022 superaron los 150 millones de euros captados para la I+D+i, que supone un 50% más que en el año 2018. Y este incremento, señorías, es la prueba de la apuesta por la investigación biomédica pública gestionada por estas fundaciones, un 50% más

de actividad que en el año 2018. El apoyo a la I+D+i de este Gobierno puede evidenciarse, por ejemplo, en la participación en estudios clínicos, con 5.563 estudios activos en 2022, lo que supone un incremento del 30,4% con respecto a 2018; con 412 contratos de investigadores a tiempo completo, un 42% más que en 2018, y 1.054 proyectos activos desarrollados en el año pasado, un 15% más que en el año 2018.

Señorías, por favor, coherencia.

El señor BONILLA HIDALGO, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señora consejera.

12-23/POC-002243. Pregunta oral relativa a la evolución de la plantilla del Hospital Regional de Málaga

El señor BONILLA HIDALGO, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Pasamos a la última pregunta, en este caso relativa a la evolución de la plantilla del Hospital Regional de Málaga. La formula el señor Ruiz, por el Grupo Socialista. Señor Ruiz, tiene la palabra.

El señor RUIZ ESPEJO

—Gracias, señor presidente.

Doy por formulada la pregunta, señora consejera.

El señor BONILLA HIDALGO, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señor Ruiz.

Señora consejera.

La señora GARCÍA CARRASCO, CONSEJERA DE SALUD Y CONSUMO

—Gracias, señor presidente.

Señor Ruiz, la plantilla del Hospital Regional Universitario de Málaga ha sumado en el último año 81 profesionales más, por lo que no es cierto que haya una pérdida de trabajadores. Hemos pasado de 7.232 profesionales en 2022 a 7.313 hoy, 81 más, de los cuales hay 20 facultativos más. Por cierto, 227 facultativos más ahora que en el año 2018.

Gracias.

El señor BONILLA HIDALGO, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señora consejera.

Señor Ruiz.

El señor RUIZ ESPEJO

—Sí, gracias, presidente.

Gracias, consejera. La información... No hemos sido nosotros quienes hemos dicho que haya menos profesionales en este año en el hospital, ha sido el sindicato UGT quien lo ha denunciado. Pero, mire, si el mundo de la sanidad tiene un lenguaje propio, al que a los ajenos les cuesta seguir el ritmo, tiene un

lenguaje propio, lo mismo ocurre con el lenguaje en la contabilidad, que tiene su propio lenguaje, y al que su consejería recurre para intentar confundir muchas veces, para arrojar luz sobre la gestión en determinados casos. Y esto es lo que ocurre con los datos de la plantilla en el Hospital Regional de Málaga, donde a pesar de los números y de las múltiples quejas y denuncias públicas que este verano nos ha dejado, su consejería continúa intentando confundir a las organizaciones sindicales y a los ciudadanos en general con los datos de la misma.

El pasado 30 de septiembre se dio a conocer que la mitad de los contratos que se iban a hacer en este año..., la mitad de los contratos que en enero de 2023, pasando de 1.792 a 895, un recorte del 50%. Los responsables sanitarios argumentaban que se había aumentado la plantilla, reconvertido puestos de trabajo fijos, pero sabemos que los puestos a reconvertir están comprendidos en los procesos de selección del año 2024. La realidad es que en el Hospital Regional de Málaga se ha continuado con una política de recortes de personal, especialmente en este último año; que hemos visto cómo durante el verano se han sucedido esperas de más de setenta y dos horas para ser atendidos en las urgencias; 141 camas cerradas en el mismo; situación extrema en los servicios de traumatología, en la contratación de matronas en el hospital materno-infantil. Por tanto, la realidad es que los datos que oficialmente ha aportado la consejería no cuadran con lo que han corroborado los ciudadanos y los sindicatos. Y, mire, los últimos datos, en una respuesta oficial del hospital, son 6.374 profesionales, y de ellos 384 de baja. Por tanto, si ustedes dan 7.000, esto supone 715 profesionales menos y 384 de baja. Es decir, mil profesionales menos trabajando en el Hospital Regional. Y estos son datos propios que han facilitado los directivos del mismo.

En definitiva, señora consejera, hay mil profesionales menos prestando servicio de los que ustedes afirman en el Hospital Regional de Málaga. Que esto explica las múltiples quejas de los profesionales y de los pacientes durante este verano. Y que esta situación solo se resuelve contratando más profesionales y agilizando y cumpliendo los acuerdos alcanzados con los sindicatos, con los profesionales y con la mesa sectorial que tiene la consejería.

Muchas gracias.

El señor BONILLA HIDALGO, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señor Ruiz.

Señora consejera.

La señora GARCÍA CARRASCO, CONSEJERA DE SALUD Y CONSUMO

—Gracias, señor presidente.

Señor Ruiz, usted lo ha dicho, los datos varían. Y dentro del sistema sanitario público de un hospital varían continuamente. Yo no sé de qué fecha es la respuesta que usted tiene. Yo lo que sí le digo es que en el último año hay 81 profesionales más, más, más en el Hospital Regional de Málaga. No es que hayamos estabilizado, que hayamos..., no, que son más. Y que desde el año 2018 hasta ahora hay 227 fa-

cultativos más. No que hayamos estabilizado, sino que son de más. Entonces, hemos crecido en un 27% en esa provincia, en Málaga, con profesionales de más, de más. Cuando hablamos de profesionales de más, es de más, no es que vayamos a estabilizar a los que ya estaban, que eso es otra cuenta distinta.

Entonces, yo creo que el esfuerzo que se ha hecho en Málaga, en la provincia, donde nos encontramos el mayor déficit de camas, el mayor déficit de profesionales. Y no hablo a nivel andaluz, ¿eh?, hablo a nivel nacional. La provincia más deficitaria en camas y profesionales era Málaga. Se ha hecho un esfuerzo importante y desde 2018 se contabilizan 16.900 profesionales. Actualmente hay 21.600. O sea, que hemos aumentado la plantilla y la de enfermería y hemos pasado de la ratio de 3 a 4,2.

Yo..., me gustaría que se quedaran con el objetivo de mejorar, de seguir aumentando el número de profesionales, que es lo que nosotros queremos y hacemos. Y seguir aumentando continuidades asistenciales y seguir reduciendo las listas de espera. Ese es nuestro objetivo y eso es lo que estamos haciendo. Provincia por provincia y de acuerdo a los déficits que tiene cada una de esas provincias. Y Málaga necesita, por supuesto, más camas, por supuesto necesita más profesionales y seguiremos trabajando en ello.

Gracias.

El señor BONILLA HIDALGO, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señora consejera.

Si les parece, hacemos una breve pausa para despedir a la señora consejera y enseguida pasamos a la proposición no de ley.

[Receso.]

12-23/PNLC-000208. Proposición no de ley relativa a la modificación del catálogo ortoprotésico del SAS en favor de las personas laringectomizadas

El señor BONILLA HIDALGO, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Bueno, si les parece, vamos a continuar con la comisión.

Pasamos a la proposición no de ley relativa modificación del catálogo ortoprotésico del SAS en favor de las personas laringectomizadas.

Tiene la palabra, por el Grupo Por Andalucía, la señora Nieto.

La señora NIETO CASTRO

—Gracias, presidente.

Buenas tardes de nuevo.

En primer lugar, le quiero agradecer a la Asociación de Personas Laringectomizadas que nos haya dado la oportunidad de trasladar este asunto a la comisión y lo quiero hacer en la persona del presidente de la asociación, de don Gumersindo Salas, que además se ha trasladado al Parlamento para seguir nuestro debate, y también del resto de mujeres y de hombres que están interesados en el asunto, que son afectados y que van a seguir el debate, que, por otra parte, entiendo que va a ser un debate muy positivo porque esta iniciativa —seguro que ya saben todos ustedes— viene precedida de una unanimidad en la Diputación Provincial de Huelva, donde se ha debatido hace muy pocos días y donde efectivamente todos los grupos se han puesto de acuerdo en torno a lo mismo que solicitamos en esta proposición no de ley y que voy a tratar de explicar bien. La terminología es complicada para quienes somos ajenos a la medicina pura y dura, pero creo que hay una manera sencilla de explicarlo para quienes nos estén oyendo y carezcan de conocimiento sobre el tema.

Para las personas que son operadas y pierden la laringe y tienen una traqueostomía permanente hay una serie de aparatos que les ayudan a tener una mejor calidad de vida. Y entre esos aparatos, entre ese instrumental que tienen a su disposición, hay unos filtros que lo que permiten es que, dado que el aire que ellos respiran no pasa por su nariz, ese filtro tiene algunas de las características que tiene nuestra nariz, es decir, humidifica el aire, lo filtra, a ellos les da mayor comodidad porque no se les reseca tanto la garganta, no tienen tanta necesidad de toser y, en definitiva, les mejora la calidad de vida.

En verano del pasado año se procedió a una revisión del catálogo ortoprotésico del SAS y en ese catálogo que estaban incorporados los filtros, que hacen esas funciones tan positivas para estas personas, fueron sustituidos por otros en esa modificación del catálogo. Y esos otros no protegen su sistema respiratorio como los anteriores, que sí tenían garantizados en el catálogo ortoprotésico. Por tanto, padecen un número mayor de enfermedades de las vías respiratorias y un deterioro de su calidad de vida. ¿Qué nos solicita la asociación? Nos solicita que, efectivamente, esa decisión se revierta y que en el catálogo ortoprotésico se reincorpore esto, lo voy a decir bien, las cánulas para laringectomía total con adaptado-

CVE: DSCA_12_221

res de filtro HME, que es como se llama ese aparato concreto que tiene esos beneficios de los que antes disfrutaban y que ahora para tenerlos tienen que pagarlos, es costoso y, por tanto, lo que piden es que se haga como hasta entonces se había estado haciendo y que se les dispense esto, que para ellos es muy útil, mejora su calidad de vida y para el sistema no es ningún coste extraordinario, sopesando que, además, ellos se ahorran mucho padecimiento y muchas enfermedades que cuando las contraen finalmente tienen que ser también tratadas en el Servicio Andaluz de Salud.

Muchas gracias.

El señor BONILLA HIDALGO, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señora Nieto.

Pasamos al turno de los grupos.

Por el Grupo de Vox tiene la palabra la señora Ruiz.

La señora RUIZ VÁZQUEZ

—Gracias, presidente.

Hemos visto que, al actualizar, como bien ha comentado la anterior diputada que me ha precedido y que presenta aquí la proposición no de ley, al actualizar el catálogo general de productos para la prestación ortoprotésica, según la Orden del 29 de junio del 2022, estas cánulas dejan de estar recogidas. Al desaparecer el subgrupo 619, a partir de esa fecha se prescriben las cánulas..., otro tipo de cánulas incluidas en el catálogo de productos sanitarios.

El uso de las cánulas para la laringectomía total con adaptadores de filtros, en este caso Provox Micron HME, efectivamente puede proporcionar importantes beneficios para los pacientes que han sido sometidos a esta cirugía. Estos dispositivos ayudan a humidificar y filtrar el aire que entra en los pulmones, proporcionando mucha mayor comodidad, y pueden mejorar significativamente la calidad de vida de estos pacientes.

Señorías, en una reciente reunión de la Comisión Central Ortoprotésica se expuso que las cánulas las quitan o las retiran porque ya están en la prestación farmacéutica y que las unidades de otorrino de los hospitales podrían adquirirlas para sus pacientes, que han dejado los filtros y los casetes HME incluidos en dicha prestación farmacéutica. Sin embargo, esta opción no existe en la vida real para los otorrinos. Nos gustaría saber cuántas se han recetado, desde que se ha comentado, y en qué hospitales, porque la información que tenemos es que los otorrinos no saben qué recetar y esa opción no se contempla. El SAS podría volver a incluirlas porque supone un gasto mínimo frente al beneficio y recuperación que supone el uso a los pacientes y la reducción de visitas a especialistas por los problemas y efectos secundarios que padecen estos pacientes.

Volverlas a incluir en el catálogo supondría, primero, la mejora de la calidad de vida de los pacientes, se evitarían los continuos ingresos hospitalarios y aumentos de visitas a especialistas. Los otorrinos tendrían en sus manos las cánulas con filtro más eficientes y supondría un gran ahorro de tiempo para los pacientes.

Es importante recordar que, tras un proceso quirúrgico, es necesaria la rápida recuperación del paciente y su vuelta inminente a su vida normal, porque son muchos los cambios en ella, como para no facilitarle el producto más eficiente y que mejor se tolere. Por ello, el Servicio Andaluz de Salud, a través de dicha comisión ortoprotésica, podría activar mecanismos que permitieran su financiación.

De nuevo, esta consejería sigue los pasos del Gobierno socialista —permítanme que lo diga—, donde sus políticas cortoplacistas han hecho una Seguridad Social deficiente, basada en el uso de medicamentos o materiales —en este caso ortoprotésicos— no efectivos, sino criterios únicamente farmacoeconómicos, donde el beneficio no es el paciente, ni el especialista que lo busca es la mejor opción para sus pacientes, sino que el presupuesto anual de la consejería... Pongo otro ejemplo, como el caso de las plantillas en determinadas patologías en niños, plantillas que descatalogaron ustedes, y ahora están llegando los problemas a estas familias, porque sus hijos han crecido, señorías, y muchos no pueden pagarlo.

No consideramos en mi grupo que las estrategias del Partido Popular vayan encaminadas a la humanización, todo lo contrario. Humanización implica...

El señor BONILLA HIDALGO, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Tiene que terminar, señora Ruiz.

La señora RUIZ VÁZQUEZ

—Sí, voy a terminar ya.

Y se lo comento también a la señora Jurado por el comentario que hizo antes referente a mi compañero. La humanización implica poner en el centro de las políticas al ser humano, no significa ahorrar a base de mermar la calidad de vida de los mayores, de las personas que necesitan cánulas y filtros adecuados, eficientes, ni estos niños que necesitan estas plantillas.

Con lo cual, votaremos que sí a esta proposición no de ley.

Muchas gracias, señoría.

El señor BONILLA HIDALGO, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señora Ruiz.

Por el Partido Socialista tiene la palabra el señor Gaviño.

El señor GAVIÑO PAZÓ

—Muchas gracias, señor presidente.

Pues directos al grano. Al Grupo Socialista esta PNL que presenta Por Andalucía nos parece totalmente oportuna y vamos a apoyar la petición de que la Junta de Andalucía incluya en el catálogo orto-

protésico del SAS las cánulas de laringectomía total que sean compatibles con los adaptadores de filtros HME o, en su defecto, a que subvencionen su adquisición a las personas laringectomizadas.

Nos parece oportuna esta PNL porque permite darles dignidad sanitaria a aquellas personas que ya llevan un proceso traumático de afrontar un cáncer de laringe y una operación en la que lo que primero pierden es su capacidad de comunicarse. Pero también nos parece muy oportuna esta PNL porque sirve, una vez más, para retratar las actitudes de los grupos y, sobre todo, del Grupo Popular, que presentando una enmienda nos deja claro que prefiere enfrentarse a los laringectomizados que al propio Gobierno de la Junta de Andalucía.

En este caso, creemos que aquí se habla de dignidad de las personas, hablamos de medicina preventiva y hablamos de unas cánulas que, al día de hoy, son las que son compatibles con estos filtros HME. Y se las presento, señorías. Estas son las cánulas antiguas que siempre han tenido que utilizar las personas laringectomizadas, las cánulas de plata. Ustedes han aprobado con el cambio del catálogo estas cánulas, ¿de acuerdo?, las cánulas Artesano, pero en estas cánulas los filtros no son compatibles. Y estos son los únicos filtros que les garantizan a las personas laringectomizadas que no les entre en sus vías respiratorias ni polen ni polución ni polvo. Además, mantienen la humedad de sus vías respiratorias. Con lo cual, estamos afrontando una mejor salud de estas personas y una reducción enorme del gasto sanitario que pueda provocar su ingreso por distintas patologías respiratorias.

Ellos piden que se les pongan en el catálogo ortoprotésico estas cánulas, que al día de hoy son las LaryTube, unas comerciales, las que haya en el mercado, porque estas cánulas, sencillamente, sí aceptan el filtro. Es tan sencillo como esto. No hay más.

Entendemos que su negativa puede ser porque las cánulas Artesano, conocidas como Artesano, las habituales, las antiguas, cuestan seis euros, mientras que estas nuevas cuestan 50 euros. Pero les garantizo que son mucho más costosos todos los procesos de ingresos de estas personas laringectomizadas en un hospital durante largos periodos de convalecencia que facilitarles por 50 euros dignidad sanitaria a todas las personas laringectomizadas de Andalucía.

Y en eso, permítanme que ponga en valor, como ha hecho mi compañera de Por Andalucía, Inmaculada, el valor del trabajo que hacen las asociaciones, que son las únicas que están afrontando directamente una atención integral de todas las personas que padecen cáncer de laringe. Lo hacen desde el mismo momento del diagnóstico apoyándolas psicológicamente, después las ayudan a formarse en sus cuidados personales, a formar a la familia en la atención al paciente y a formar logopédicamente al paciente porque deben volver a aprender a hablar.

De hecho, la Junta tiene un acuerdo con una de las dos asociaciones que existen, la de Córdoba, y le instamos al Grupo Popular a que promueva en su Gobierno que firmen ese mismo acuerdo con la Asociación de Laringectomizados de Huelva, que es quien ha promovido que venga esta PNL aquí al Parlamento.

Esa atención integral, además, requeriría una mejora del sistema sanitario.

El señor BONILLA HIDALGO, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Debe ir terminando, señor Gaviño.

El señor GAVIÑO PAZÓ

—Ahora mismo, presidente.

Una mejora en el sentido de formar específicamente al personal sanitario, al personal de enfermería y, además, darle estabilidad dentro de los servicios que atiendan a las personas laringectomizadas.

Lo que no es aceptable es la posición de la Junta de Andalucía, de la consejería, no financiando estos filtros, negándose a adquirirlos e incluirlos en el catálogo de ortoprótesis y la actitud del Partido Popular con una enmienda que está claro que lo que viene es a poner pegas, a complicar el problema, a dejar en manos de los presupuestos de los hospitales, que ya sabemos que son cortos, la posibilidad de financiación de estas cánulas y, sobre todo, someterlo a un periodo de contratación extra que dificultaría la vida de todos los pacientes laringectomizados.

Está claro que ni la consejería ni el Partido Popular van a apoyar y a defender a los laringectomizados. Muchas gracias, señor Gaviño.

El señor BONILLA HIDALGO, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Por el Grupo Popular, tiene la palabra el señor Oblaré.

El señor OBLARÉ TORRES

—Gracias, señor presidente.

La verdad es que uno se sorprende por las cosas que escucha aquí, después de lo que se ha hecho en la sanidad pública durante todos estos años.

Pero, bueno, vamos a lo que vamos, vamos a la proposición no de ley que presenta el Grupo Por Andalucía. Creo que es una proposición no de ley trasladada directamente desde la Asociación de Laringectomizados de Huelva, creo en especial, que se ha tratado ya allí.

En primer lugar, yo quiero también reconocer el trabajo, lógicamente, que hacen estas asociaciones por estos pacientes que se encuentran, de un día para otro, muchos sin su laringe y sin poder hablar, con una incomunicación que te aísla del mundo, como dicen sus familiares, y ese trabajo que hacen de integración, de ayuda a favor de estos pacientes, lógicamente, hace que sean fundamentales en nuestro sistema de salud este tipo de asociaciones.

Yo quiero decir también que, lógicamente, la consejería no ha estado parada en este tiempo. Sí, en estos años anteriores, la consejería firmó un convenio con las asociaciones dedicadas al sector de la ortopedia, en febrero de este año, para mejorar fundamentalmente el acceso de los andaluces a esa prestación ortoprotésica y homogenizar los procedimientos para todo este tipo de productos en los centros hospitalarios. Fundamentalmente, para llegar a un acuerdo, porque el Sistema Nacional de Salud, donde hay un catálogo donde antes se recogía y en la actualidad se ha dejado de recoger. Que no significa que, porque no lo recoja el Gobierno de la nación, tenga menos sensibilidad que el Gobierno de la Junta de Andalucía en atender esta petición de esta asociación, lógicamente. No lo recoge, la explicación es porque existen muchos tipos de cánulas, las hay de plata, las hay de PVC, las hay de silicona, las hay

de distintas formas, las hay con globo, las hay sin globo, las hay con, luego, pues, lógicamente, con este apósito, que es lo que se está pidiendo, esta membrana, que es lo que hace de nariz artificial para, lógicamente, para filtrar el aire, calentar el aire, por esa debilidad, lógicamente, que queda al tener las vías abiertas por este agujero que queda después de la traqueotomía.

En este convenio que les decía, pues, lógicamente, se permite que, lógicamente, estos productos se puedan retirar prescritos por cualquier establecimiento adherido al convenio, con independencia del centro sanitario, incluso con independencia de este convenio, de este catálogo nacional que hay. Y el tiempo máximo de dispensación, que se establece, que son 48 horas, pues, la verdad es que abunda y mejora en la calidad de la oferta.

Se amplía la oferta de los productos, que por eso es el motivo de la enmienda que le realizamos, porque, lógicamente, a través del convenio se amplía la posibilidad de que estos productos se puedan servir, lógicamente, con la prescripción del profesional oportuno, que es el que realmente asesora a los operados y asesora cuál es la férula necesaria y la cánula necesaria, perdón, y, lógicamente, el apósito que se está pidiendo, que es de un HME, de una marca específica, que además logra...

El señor BONILLA HIDALGO, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Tiene que concluir, señor Oblaré.

El señor OBLARÉ TORRES

—Lógicamente, los hay de otro. Fundamentalmente, lo que queremos decir es que la Junta de Andalucía en este tiempo ha invertido, pues, 62 millones, invirtió en el año 2022, mejorando la inversión desde el año 2021 en un 6% y desde antes de la pandemia en un 15%, con lo cual, yo creo que la apuesta por los ortoprotésicos de la Junta de Andalucía es fundamental, es clara y es obvia.

En este sentido, le hemos realizado una enmienda, por la que le pedimos, lógicamente, que existe esa posibilidad, aunque no esté en el catálogo andaluz, para que se pueda prescribir a los pacientes. Por eso, el hecho de que el Grupo Popular haya hecho una enmienda, si no la acepta, pues, lógicamente, apoyaremos esta iniciativa.

Muchas gracias, presidente, por su paciencia.

El señor BONILLA HIDALGO, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señor Oblaré.

Pues, para finalizar, tiene la palabra la señora Nieto.

La señora NIETO CASTRO

—Gracias, presidente.

Gracias a los portavoces de los grupos.

Efectivamente, como ya se ha dicho aquí, la iniciativa nace de la asociación de Huelva y en estos mismos términos, que la hemos trasladado a proposición no de ley, que la hemos debatido, se debatió en la Diputación Provincial de Huelva con resultado de unanimidad, en estos mismos términos. Y el Partido Popular allí no hizo ningún tipo de enmienda ni de modificación al texto, porque ya se imaginarán ustedes que a las personas que tienen este problema tanto les da si la cánula y el filtro son de la marca A o de la marca B, lo que necesitan es que encajen y poderlo utilizar por el mucho beneficio que es para ellos que el aire entre filtrado. Y no voy a reiterarlo, porque ya lo explicábamos antes.

Por tanto, no se trata de una opción comercial y tanto les da que se reincorpore al catálogo como que la Junta abone su coste porque lo que no pueden hacer estas personas es ni tenerlo en el catálogo ni tenerlo subvencionado.

Así que no es una cuestión de marca comercial ni de preferencia aleatoria, ni son ellos los que lo deciden por encima del criterio de sus médicos. Está más que probado, lamentablemente, en el deterioro de su salud, que no tener esos filtros les ocasiona mayores infecciones de las vías aéreas, han tenido contagios de covid y recontagios de covid a consecuencia de no tener esos filtros, tosen más, tienen peor calidad de vida. Bueno, pues ya estaría.

Entonces, lo normal, lo lógico y lo coherente, porque esto viene de haberse debatido y haberse aprobado por unanimidad en una institución donde estamos representantes de los mismos grupos que estamos aquí, es que aquí también se aprobara de la misma manera. Es un beneficio, lo ha dicho alguna portavoz precedente, es un beneficio para un colectivo que el dinero que le cuesta al Servicio Andaluz de Salud procurárselo es muy pequeño en comparación con el altísimo beneficio que es para ellos y, en última instancia, con el ahorro que le provoca al sistema no tener que atenderlos de otras dolencias y de otras enfermedades que les ocasiona, precisamente, no tener a su disposición estas cánulas y estos filtros.

Por tanto, yo espero que, aunque no se acepte la enmienda, porque ellos no la consideran apropiada y, dado que se respeta el mismo texto que sí concita unanimidad en la Diputación Provincial de Huelva, espero que aquí también salgamos con un acuerdo y con una buena noticia para este colectivo, al que quiero felicitar por su gran labor desde la asociación.

Muchas gracias.

El señor BONILLA HIDALGO, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señora Nieto.

Si les parece, para finalizar, vamos a pasar a la votación.

¿Votos a favor?

¿Votos en contra?

Pues con esto, si les parece, damos por finalizada la comisión.

Muchas gracias a todos y hasta el próximo día.

[Se levanta la sesión.]

