

DIARIO DE SESIONES



PARLAMENTO DE ANDALUCÍA

COMISIONES

Núm. 489

XII LEGISLATURA

14 de mayo de 2025

Comisión de Salud y Consumo

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

Sesión número 34, celebrada el miércoles, 14 de mayo de 2025

ORDEN DEL DÍA

PROPOSICIONES NO DE LEY

12-25/PNLC-000100. Proposición no de ley relativa al apoyo a la Ley de Creación de la Agencia Estatal de Salud Pública y a que esta tenga su sede en Granada (Andalucía), presentada por el G.P. Socialista.

COMPARECENCIAS

12-25/APC-001368. Comparecencia de la consejera de Salud y Consumo, a petición propia, a fin de informar sobre las líneas de actuación puestas en marcha por la Consejería de Salud y Consumo para hacer frente al virus del Nilo Occidental en Andalucía, en el marco de sus competencias.

Debate agrupado de las siguientes iniciativas:

- 12-23/APC-001505. Comparecencia de la consejera de Salud y Consumo, a fin de informar sobre la mortalidad y complicaciones de la diabetes en Andalucía y las medidas desarrolladas por la Junta de Andalucía para garantizar la atención en los plazos previstos en el plan integral, presentada por el G.P. Socialista.
- 12-25/APC-001111. Comparecencia de la consejera de Salud y Consumo, a fin de informar sobre el Plan Integral de Diabetes en Andalucía, presentada por el G.P. Vox en Andalucía.
- 12-25/APC-001259. Comparecencia de la consejera de Salud y Consumo, a fin de informar sobre Plan Integral de Diabetes en Andalucía, presentada por el G.P. Popular de Andalucía.

Debate agrupado de las siguientes iniciativas:

- 12-25/APC-001342. Comparecencia de la consejera de Salud y Consumo, a fin de informar sobre los problemas relacionados con la sanidad pública recogidos en el último informe del Defensor del Pueblo Andaluz, presentada por el G.P. Socialista.
- 12-24/APC-002069. Comparecencia de la consejera de Salud y Consumo, a fin de informar sobre el último informe del Defensor del Pueblo sobre la situación de la sanidad pública en Andalucía, presentada por el G.P. Popular de Andalucía.

PREGUNTAS ORALES

12-25/POC-001077. Pregunta oral relativa a las actuaciones en materia de salud mental, formulada por Dña. María Beatriz Jurado Fernández de Córdoba, D. Manuel Santiago Bonilla Hidalgo, Dña. María Remedios Olmedo Borrego, 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 José Escarcena López y D. Antonio Saldaña Moreno, del G.P. Popular de Andalucía.

12-25/POC-001078. Pregunta oral relativa al protocolo de atención a largos supervivientes de cáncer, formulada por Dña. María Beatriz Jurado Fernández de Córdoba, D. Manuel Santiago Bonilla Hidalgo, Dña. María Remedios Olmedo Borrego, 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 José Escarcena López y D. Antonio Saldaña Moreno, del G.P. Popular de Andalucía.

12-25/POC-001079. Pregunta oral relativa a las medidas adoptadas para casos de sarampión en Andalucía, formulada por Dña. María Beatriz Jurado Fernández de Córdoba, D. Manuel Santiago Bonilla Hidalgo, Dña. María Remedios Olmedo Borrego, 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 José Escarcena López y D. Antonio Saldaña Moreno, del G.P. Popular de Andalucía.

12-25/POC-001080. Pregunta oral relativa al sistema de notificaciones AviSAS, formulada por Dña. María Beatriz Jurado Fernández de Córdoba, D. Manuel Santiago Bonilla Hidalgo, Dña. María Remedios Olmedo Borrego, 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 José Escarcena López y D. Antonio Saldaña Moreno, del G.P. Popular de Andalucía.

12-25/POC-001122. Pregunta oral relativa a la UCI del hospital Muñoz Cariñanos (Sevilla), formulada por D. Rafael Segovia Brome, Dña. Ana María Ruiz Vázquez y D. Javier Cortés Lucena, del G.P. Vox en Andalucía.

12-25/POC-001168. Pregunta oral relativa al desmantelamiento de la unidad de endometriosis en Málaga, formulada por Dña. María Ángeles Prieto Rodríguez, Dña. María de los Ángeles Ferriz Gómez, D. José Luis Ruiz Espejo, D. Manuel Enrique Gaviño Pazó y D. Rafael Márquez Berral, del G.P. Socialista.

12-25/POC-001173. Pregunta oral relativa al recorte de enfermeras durante el primer trimestre de 2025, formulada por Dña. María Ángeles Prieto Rodríguez, D. José Luis Ruiz Espejo, Dña. María de los Ángeles Ferriz Gómez, D. Rafael Márquez Berral y D. Manuel Enrique Gaviño Pazó, del G.P. Socialista.

12-25/POC-001174. Pregunta oral relativa al hospital de alta resolución La Janda (Cádiz), formulada por Dña. María Ángeles Prieto Rodríguez, D. José Luis Ruiz Espejo, Dña. María de los Ángeles Ferriz Gómez, D. Rafael Márquez Berral y D. Manuel Enrique Gaviño Pazó, del G.P. Socialista.

SUMARIO

Se abre la sesión a las quince horas, cincuenta y nueve minutos del día catorce de mayo de dos mil veinticinco.

PROPOSICIONES NO DE LEY

12-25/PNLC-000100. Proposición no de ley relativa al apoyo a la Ley de Creación de la Agencia Estatal de Salud Pública y a que esta tenga su sede en Granada (Andalucía) (pág. 7).

Intervienen:

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

Dña. Cristina Alejandra Jiménez Jiménez, del G.P. Vox en Andalucía.

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

Votación del punto 1: aprobado por 15 votos a favor, 2 votos en contra, ninguna abstención.

Votación del punto 2: rechazado por 5 votos a favor, 12 votos en contra, ninguna abstención.

COMPARECENCIAS

12-25/APC-001368. Comparecencia de la consejera de Salud y Consumo, a fin de informar sobre las líneas de actuación puestas en marcha por la Consejería de Salud y Consumo para hacer frente al virus del Nilo Occidental en Andalucía, en el marco de sus competencias (pág. 13).

Intervienen:

Dña. Rocío Hernández Soto, consejera de Salud y Consumo.

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.

12-23/APC-001505, 12-25/APC-001111 y 12-25/APC-001259. Comparecencia de la consejera de Salud y Consumo, a fin de informar sobre el Plan Integral de Diabetes en Andalucía (pág. 27).

Intervienen:

Dña. Rocío Hernández Soto, 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.

D. Juan José Salvador Giménez, del G.P. Popular de Andalucía.

12-25/APC-001342 y 12-24/APC-002069. Comparecencia de la consejera de Salud y Consumo, a fin de informar sobre el último informe del Defensor del Pueblo sobre la situación de la sanidad pública en Andalucía (pág. 41).

Intervienen:

Dña. Rocío Hernández Soto, consejera de Salud y Consumo.

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

D. Rafael Márquez Berral, del G.P. Socialista.

Dña. María José Escarcena López, del G.P. Popular de Andalucía.

PREGUNTAS ORALES

12-25/POC-001077. Pregunta oral relativa a las actuaciones en materia de salud mental (pág. 54).

Intervienen:

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

Dña. Rocío Hernández Soto, consejera de Salud y Consumo.

12-25/POC-001078. Pregunta oral relativa al protocolo de atención a largos supervivientes de cáncer (pág. 57).

Intervienen:

D. Alejandro Romero Romero, del G.P. Popular de Andalucía.

Dña. Rocío Hernández Soto, consejera de Salud y Consumo.

12-25/POC-001079. Pregunta oral relativa a las medidas adoptadas para casos de sarampión en Andalucía (pág. 60).

Intervienen:

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

Dña. Rocío Hernández Soto, consejera de Salud y Consumo.

12-25/POC-001080. Pregunta oral relativa al sistema de notificaciones AviSAS (pág. 63).

Intervienen:

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

Dña. Rocío Hernández Soto, consejera de Salud y Consumo.

12-25/POC-001122. Pregunta oral relativa a la UCI del hospital Muñoz Cariñanos (Sevilla) (pág. 65).

Intervienen:

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

Dña. Rocío Hernández Soto, consejera de Salud y Consumo.

12-25/POC-001168. Pregunta oral relativa al desmantelamiento de la unidad de endometriosis en Málaga (pág. 68).

Intervienen:

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

Dña. Rocío Hernández Soto, consejera de Salud y Consumo.

12-25/POC-001173. Pregunta oral relativa al recorte de enfermeras durante el primer trimestre de 2025 (pág. 71).

Intervienen:

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

Dña. Rocío Hernández Soto, consejera de Salud y Consumo.

12-25/POC-001174. Pregunta oral relativa al hospital de alta resolución La Janda (Cádiz) (pág. 74).

Intervienen:

D. Rafael Márquez Berral, del G.P. Socialista.

Dña. Rocío Hernández Soto, consejera de Salud y Consumo.

Se levanta la sesión a las diecinueve horas, veintiséis minutos del día catorce de mayo de dos mil veinticinco.

12-25/PNLC-000100. Proposición no de ley relativa al apoyo a la Ley de Creación de la Agencia Estatal de Salud Pública y a que esta tenga su sede en Granada (Andalucía)

El señor BONILLA HIDALGO, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Buenos días..., o buenas tardes, mejor dicho, perdón. Buenas tardes a todos.

Si les parece, vamos a empezar esta comisión.

Comenzamos con... Bueno, hay cuórum de sobra. Comenzamos con la PNL presentada —en este caso, presentada por el Grupo Socialista—, relativa al apoyo a la Ley de Creación de la Agencia Estatal de Salud Pública, para que esta tenga su sede en Granada.

Les informo que las enmiendas que han sido presentadas han sido todas admitidas a trámite, por lo que tendrá que comunicar expresamente si se admiten o no se admiten, por parte del grupo proponente, dichas enmiendas.

Para hacer la primera intervención, tiene la palabra el Grupo Socialista, la señora Prieto.

Tiene usted la palabra.

La señora PRIETO RODRÍGUEZ

—Gracias, presidente.

La creación de la Agencia Estatal de Salud Pública responde a una necesidad histórica de fortalecer el sistema de salud pública en España. Ya estaba contemplada en la Ley General de Salud Pública de 2011.

Esta agencia tiene como objetivo mejorar la capacidad del Estado para proteger la salud de la población y responder ante riesgos y emergencias sanitarias, como evidenció la pandemia de la COVID-19. La agencia será un organismo público con autonomía técnica y de gestión, adscrito al Ministerio de Sanidad y actuará en colaboración con las comunidades autónomas.

A pesar del consenso técnico y político logrado durante la tramitación de la ley, con el apoyo de todos los grupos parlamentarios, excepto los negacionistas de Vox, el Partido Popular votó en contra en el Congreso junto a Junts, bloqueando su aprobación definitiva.

El Partido Popular votó en contra de la creación de la Agencia Estatal de Salud Pública, priorizando su estrategia de confrontación con el Gobierno de España por encima del interés general y por encima de los avances en salud pública que la ciudadanía necesita.

El caso es especial relevante en Andalucía. La creación de la Agencia Estatal de Salud Pública tiene una importancia estratégica para Andalucía, donde la Junta ha impulsado la candidatura de Granada como sede de la Agencia Estatal de Salud Pública. Sin embargo, en junio de 2024, el mismo Gobierno andaluz decidió extinguir la Escuela Andaluza de Salud Pública, una institución reconocida internacionalmente y clave en esta candidatura de Andalucía, de Granada, como sede de la Agencia Estatal de Salud Pública.

La decisión ha debilitado la posición de Granada, al eliminar una de las principales fortalezas de la candidatura. La EASP, como saben, es uno de los nueve centros colaboradores de la OMS en España y ha

sido un referente en investigación, en formación en salud pública durante décadas. Transformarla, como han hecho, en un instituto de investigación bioclínica, que se aleja del enfoque integral de la salud pública, pues ha sido interpretado —y es interpretado— como un contrasentido: mientras el Gobierno de la Junta de Andalucía reclama para Andalucía la Agencia Estatal de Salud Pública, en paralelo dismantela la institución que mejor representa la capacidad de Andalucía para coordinar la Agencia Estatal de Salud Pública y todos los organismos que la integran, desde Andalucía —desde Granada concretamente—. Ya digo, es un contrasentido presentar la candidatura de Granada como sede de la Agencia Estatal de Salud Pública; es un contrasentido movilizar en Granada a más de cuarenta instituciones académicas y del ámbito social y empresarial para apoyar la candidatura y, en paralelo, eliminar el principal aval de esta candidatura.

Por ello, el texto de esta proposición no de ley solicita al Parlamento de Andalucía que muestre su apoyo a la aprobación de la ley en la Comisión de Sanidad del Congreso de los Diputados, donde volverá el texto de la ley tal y como se rechazó en el Congreso. Ya digo, un texto que había logrado el apoyo y el consenso de todos los grupos políticos y que había sido votado favorablemente en la Comisión de Salud también por los diputados del Partido Popular.

Como digo, la proposición de ley lo que pide es que el Parlamento de Andalucía muestre su apoyo a que, nuevamente, la Ley de Creación de la Agencia de Salud Pública se vote favorablemente en la Comisión de Sanidad del Congreso. Y, al mismo tiempo, insta al Gobierno andaluz a revertir la extinción de la Escuela Andaluza de Salud Pública, y se propone que la escuela recupere su personalidad jurídica —que ya no la tiene—, su autonomía —que ya no la tiene—, su presupuesto propio —que ya no lo tiene— y que mantenga su sede en Granada, manteniendo las líneas de trabajo en salud pública, que se han visto debilitadas, porque todo ello reforzaría la candidatura de Granada.

En un contexto donde los riesgos sanitarios son cada vez más globales y complejos, la creación de la Agencia Estatal de Salud Pública no solo es una cuestión técnica o política, sino es una estrategia para garantizar una respuesta eficaz, equitativa y basada en la evidencia ante futuras amenazas a la salud pública. Deberíamos haber aprendido de la pandemia de la COVID-19. Y pedimos en esta PNL el voto favorable de esta comisión.

Muchas gracias.

El señor BONILLA HIDALGO, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señora Prieto.

Pues para el resto de los grupos, les recuerdo, los grupos no proponentes tienen tres minutos para posicionarse. Por el Grupo de Vox de Andalucía, tiene la palabra la señora Jiménez.

La señora JIMÉNEZ JIMÉNEZ

—Gracias, presidente, miembros de la Mesa, señorías.

Señora Prieto, en su PNL, al igual que en su intervención, nos llama negacionistas —supongo que del sistema sanitario y de salud—. Y lo dicen ustedes sin sentir el más mínimo rubor. Ustedes, que negaron

el coronavirus, diciendo que no afectaría sino a uno o dos casos; ustedes, que negaron la necesidad de usar mascarillas, porque no podían proporcionar EPI a médicos sanitarios o proteger a la población; ustedes, que en 2020 permitieron manifestaciones masivas porque era prioritario celebrar el 8M; ustedes, que cerraron el Congreso de los Diputados para evitar dar explicaciones y ser fiscalizados; ustedes, que mantuvieron cien días encerrados a todos los españoles en un estado ilegal de alarma; ustedes, que dijeron que iban a cuidar de todos los españoles a través de un comité de expertos que no existía; ustedes, que mientras morían cientos de miles de españoles, tejían redes comerciales, traficaban con mascarillas defectuosas, salpicando a ministerios y cargos públicos y, según las noticias que se publican en medios, la trama corrupta no cesa; ustedes, que no cuidaron de los españoles y cuando no supieron qué hacer, les pasaron el caramelo envenenado a las comunidades autónomas; ustedes, realmente, si tuvieran algo de pudor y de vergüenza, agacharían la cabeza y pedirían perdón. Pedirían perdón por no adoptar esas medidas preventivas, necesarias desde que a comienzos del año 2020, les comunicaron como Gobierno lo que podía traer el virus chino, y ustedes callaron y lo negaron.

Pedirían perdón por todas las mentiras que dijo el otrora ministro Illa por su desastrosa gestión al frente del Ministerio de Sanidad. Pedirían perdón por todas las mentiras de Fernando Simón, al que querían proponer como director de la Agencia Estatal de Salud Pública.

Pedirían perdón por todas las familias que perdimos a seres queridos durante la pandemia sin poder lloverlos, despedirlos o reconfortarnos por la pérdida.

Pedirían perdón a todos los médicos y personal sanitario que fallecieron o padecieron secuelas, muchas de las cuales aún continúan.

Pedirían perdón a todos los niños y los jóvenes que no pudieron socializar y que arrastran la pérdida del tiempo que ustedes les quitaron.

Pedirían perdón por todos los españoles que ustedes dejaron en la estacada, dejaron atrás, empresarios que se quitaron la vida, miles de negocios arruinados, secuelas psicológicas en todos los estratos de la población, y miles y miles de víctimas.

Ustedes no están legitimados para hablar de sanidad, para hablar de salud pública, y menos para reprochar nada a nadie.

Y, al final, esta agencia que ustedes proponen será como ocurre en la mayoría de los gobiernos socialistas, una agencia, pero de colocación socialista. Empezando por el señor Simón, al que querían poner al frente de la misma, sin norte, sin memoria económica y con un alcance más que limitado, porque la mayoría de las competencias en materia sanitaria de salud están cedidas a las comunidades autónomas.

No se atrevan otra vez, señorías del PSOE, a llamarnos «negacionistas de la salud» a un grupo parlamentario como el nuestro, que aquí en Andalucía ha propuesto decenas de medidas para mejorar la sanidad y la salud de los andaluces.

Pero no se inquieten, porque los andaluces tienen memoria de lo mal que el Partido Socialista gestionó en materia de salud y de sanidad esta tierra, y de lo mal que lo está haciendo ahora también el Partido Popular. Y tomen nota.

Gracias, presidente.

El señor BONILLA HIDALGO, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señora Jiménez.

Por el Grupo Popular, tiene la palabra la señora Fuentes.

La señora FUENTES PÉREZ

—Gracias, presidente.

Hoy debatimos una iniciativa del Grupo Socialista que lo único que pretende con ella es utilizar a Granada y a los granadinos para confrontar una vez más con el Gobierno de la Junta de Andalucía y tapar de este modo, o intentar tapar de este modo la nefasta gestión desde el Gobierno de España. Hacerle el caldo gordo al señor Sánchez y polarizar a la sociedad andaluza, que esa es la forma que tiene el Partido Socialista andaluz de hacer política.

Y hoy lo hacen a través de una PNL que está llena de falsedades, de omisiones y de manipulaciones. Acusan al Partido Popular de boicotear lo que ustedes mismos han sido incapaces de liderar, de trabajar con cierta solvencia y de negociar para sacar adelante llegando a consenso.

Pero hoy el Partido Popular de Andalucía está aquí para decir la verdad a los andaluces y a los granadinos. La primera verdad es que el Gobierno de Pedro Sánchez es quien ha excluido a Granada sistemáticamente en todas y cada una de las decisiones, las que ha tenido que tomar para localizar algún ente público. Y le recuerdo lo que ocurrió con AESIA, con la Agencia Española de Supervisión de la Inteligencia Artificial, que engañaron a los granadinos.

En segundo lugar, la segunda verdad, el Gobierno de Pedro Sánchez ha tardado dos años, más de dos años, en llevar al Congreso una ley que, al final, ha sido una ley chapucera, que no garantiza la independencia de esa agencia, que no la dota presupuestariamente de manera suficiente, que no asegura la transparencia en la elección de la sede.

Y la tercera verdad, que ha sido el propio PSOE el único responsable con su cesión a los independentistas, su falta de rigor jurídico y la escasa voluntad de llegar a acuerdos y a consensos, quien ha conseguido que se tumbé esta ley en el Congreso, que no tenía ni siquiera el respaldo de sus propios socios de gobierno.

Y, para finalizar, desmentir la mayor mentira de esta PNL. El PSOE, la señora Prieto, a base de decirlo, se está creyendo su propia mentira. Pero hay que recordar que la escuela andaluza no se ha desintegrado, que sigue en Granada, que sigue reforzada dentro del Instituto de Salud de Andalucía, con más actividad formativa, con más actividad consultora, manteniendo sus líneas de trabajo, manteniendo a sus profesionales y con todo el apoyo del Gobierno andaluz, ese apoyo que ustedes no le dieron.

Por eso, hemos presentado una serie de enmiendas para que, frente a esa propaganda del PSOE andaluz, el Parlamento de Andalucía siga defendiendo lo que, de verdad, necesita la salud pública en España y la candidatura de Granada.

Y, fíjense, sus compañeros del Partido Socialista en Granada, tanto en el ayuntamiento como en la diputación, han llegado a acuerdos con el Partido Popular y lo han hecho con puntos de acuerdo muy similares a los que hemos presentado con nuestras enmiendas.

Así que les pido un ejercicio de responsabilidad y las acepte. Pero exijamos todos juntos un proyecto serio, con seguridad jurídica, con una agencia independiente, al servicio de todos los españoles y no sometida al dictado de una ministra, la ministra o ministro de turno, ni que sea utilizada como una cortina de humo electoral para tapar el abandono de su Gobierno a la provincia de Granada.

Y termino, presidente. Hoy el PSOE pretende de nuevo utilizar a Granada como arma política para sus intereses partidistas. Pero el Partido Popular va a seguir trabajando con rigor, con seriedad, con lealtad institucional y con unidad política y social para que Granada sea sede de esa futura agencia, pero con todas las garantías. No valen cortinas de humo, no valen titulares de prensa, lo que valen son hechos, presupuestos y el respeto a los granadinos y al Sistema Nacional de Salud.

Muchas gracias.

El señor BONILLA HIDALGO, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señora Fuentes.

Para concluir, tiene la palabra la señora Prieto. Le recuerdo que tiene que expresarse expresamente sobre las enmiendas.

La señora PRIETO RODRÍGUEZ

—Sí, bueno, las enmiendas no aportan nada al texto de esta PNL. Si quieren apoyar la candidatura de Granada, voten a favor de esta PNL.

Miren, el Partido Popular ha saboteado no una, sino dos veces la candidatura de Granada para albergar la sede de la Agencia Estatal de Salud Pública. Primero, debilitando y extinguiendo la Escuela de Salud Pública y, después, votando en contra de la Ley de Creación de la Agencia en el Congreso.

Mire, y lo más grave no es la incoherencia, sino el motivo real por el que votaron en contra. Su voto negativo no responde ni a objeciones técnicas ni a objeciones sanitarias. Fue una reacción puramente política, una patalaya, una represalia, porque no había prosperado una reclamación suya en una ley que se estaba debatiendo antes, ajena totalmente a la agencia.

En un gesto de profunda irresponsabilidad, el PP convirtió un instrumento clave para la salud pública en víctima de su estrategia de confrontación con el Gobierno de España, una auténtica patalaya, nada que ver con la agencia. Fíjense las palabras de la ponente del Partido Popular en la Comisión de Salud. Cuando la ley salió de la Comisión de Salud, la ponente del Partido Popular, señora Fuentes, textual, dijo: «No puedo finalizar sin agradecer la predisposición al trabajo y al acuerdo que todos los ponentes de esta ley han mantenido durante este año de trabajo con un alto nivel técnico que ha conseguido un buen texto para esta ley». Un buen texto para esta ley. ¿Esta es la chapuza, señora Fuentes?

Miren, el PP de Juanma Moreno, mientras que proclama públicamente su apoyo a la candidatura de Granada, sus actos y lo que hace la hunden, la hunden. No se puede reclamar una sede mientras se destruye su mayor fortaleza y se vota en contra de la creación de la agencia. Han instrumentalizado la

salud pública, despreciando el trabajo técnico y dinamitando el consenso político que se había alcanzado y que se había trabajado durante meses.

Miren, esta proposición no de ley exige una rectificación urgente. Tienen una oportunidad. Tienen ahora una oportunidad. Tienen la oportunidad de votar a favor de que se revierta la extinción de la escuela y de que el PP vote en el Congreso a favor de la Agencia Estatal de Salud Pública, que vote a favor en la Comisión de Salud cuando la ley vuelva a la comisión.

Porque, mire, si Granada y Andalucía pierden esta oportunidad histórica no será por falta de méritos de la candidatura. Será por la irresponsabilidad de quienes antepusieron su enfrentamiento político a la salud pública y antepusieron los intereses y las órdenes de Feijóo a los intereses de mi ciudad, de Granada.

Muchas gracias.

El señor BONILLA HIDALGO, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señora Prieto.

Pues, si les parece, procedemos a la votación.

[Intervención no registrada.]

Muy bien, pues, en ese caso, vamos a proceder a la votación. Votamos, primero, el primer punto de la PNL.

Señorías, se inicia la votación.

El resultado de la votación es el siguiente: ha sido aprobado por 15 votos a favor, 2 votos en contra, ninguna abstención.

Procedemos a la votación del segundo punto.

Señorías, se inicia la votación.

El resultado de la votación es el siguiente: ha sido rechazado por 5 votos a favor, 12 votos en contra, ninguna abstención.

Muy bien. Pues, si les parece, vamos a suspender unos minutillos la comisión hasta que llegue la señora consejera.

Muchas gracias.

[Receso.]

12-25/APC-001368. Comparecencia de la consejera de Salud y Consumo, a fin de informar sobre las líneas de actuación puestas en marcha por la Consejería de Salud y Consumo para hacer frente al virus del Nilo Occidental en Andalucía, en el marco de sus competencias

El señor **BONILLA HIDALGO, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN**

—Buenas tardes de nuevo.

Vamos a retomar la comisión.

Pasamos al segundo punto del orden del día; en este caso, son las solicitudes de comparecencia. La primera es a propuesta de la propia Consejería de Salud y Consumo, a fin de informar sobre las líneas de actuación puestas en marcha por la Consejería de Salud para hacer frente al virus del Nilo Occidental en Andalucía.

Para iniciar este turno de debate, tiene la palabra la señora consejera.

La señora **HERNÁNDEZ SOTO, CONSEJERA DE SALUD Y CONSUMO**

—Muy buenas tardes a todos.

Muchas gracias, presidente.

Efectivamente, venimos a comparecer a petición propia para informarles sobre las líneas de actuación puestas en marcha por la Consejería de Salud y Consumo en el marco de nuestras competencias, a través de la Dirección General de Salud Pública y Ordenación Farmacéutica, para mejorar el control del virus del Nilo Occidental en Andalucía y reducir el impacto de este.

En primer lugar, quiero recordar las competencias de cada Administración pública en esta materia. El artículo 71 del apartado 4 de la Ley 16/2011, de Salud Pública de Andalucía, establece que la evaluación, la gestión y la comunicación de los riesgos para la salud de la población asociados a las zoonosis de los animales domésticos, peridomésticos, periurbanos y las plagas urbanas compete a la Junta de Andalucía. También es preciso remarcar que el Decreto 8/1995 de la Consejería de Salud y Consumo, del 24 de enero, sobre el Reglamento de desinfección, desinsectación y desratización sanitarias, sostiene en su artículo 5.1 que los tratamientos de desinsectación y desratización se podrán efectuar por los servicios oficiales de los municipios y, en su caso, de las diputaciones provinciales, así como por empresas privadas dedicadas a tales actividades. Mientras que el artículo 9, apartado 13 de la Ley 5/2010, de 11 de junio, de Autonomía Local de Andalucía, Promoción, Defensa y Protección de la Salud Pública es el que atribuye a los ayuntamientos el control de la salubridad de los espacios públicos y, en especial, de las zonas de baño.

Yendo a la raíz de la cuestión en cuanto a las competencias de la Junta de Andalucía, en segundo lugar, quiero destacar que desde la Consejería de Salud y Consumo hemos actualizado el programa de vigilancia y control de cara a la nueva temporada de este año 2025, para lo que hemos contado con la participación de 250 profesionales. El punto de partida ha sido el análisis de la campaña anterior, de la

que hemos tomado nota de los puntos a mejorar, tras analizarlos a partir de numerosas reuniones, efectuadas entre diciembre de 2024 y enero de este año, con todos los actores implicados: ayuntamientos, diputaciones, empresas, grupos científicos e inspectores. La actualización del programa incorpora una docena de novedades para actuar de manera más coordinada y eficiente frente al virus, así como 1,2 millones de euros de presupuesto para diversas actuaciones.

Estas nuevas medidas implementadas en el programa van a permitir incidir sobre una serie de líneas de actuación estratégicas para atajar de forma más certera la situación; fórmulas como, por ejemplo, ayudar a los ayuntamientos y a las diputaciones a prepararse para el control de los vectores, identificar precozmente la llegada del virus, movilizar a otros actores de la salud y comunicar y acompañar mejor a la población en caso de alerta.

Todos constituyen objetivos de carácter preventivo, en el rango de las actuaciones que aplica esta consejería para abordar situaciones de este calado, dado que una buena prevención normalmente suele ser más efectiva que un remedio posterior. Y así, les señalo algunas novedades:

Simplificación de la clasificación de riesgo. Esto lo hemos hecho. Será de tres niveles: bajo, medio y alto, para todos los municipios de Andalucía. Con esta nueva catalogación, un total de 369 municipios figuran en el nivel de riesgo bajo, 313 en el nivel de riesgo medio y 103 en el nivel de riesgo alto.

Los municipios con riesgo bajo deben incorporar a los mosquitos en sus programas de control de plagas existentes, que incluyen roedores, cucarachas, entre otros. Además, se les emplaza a realizar un diagnóstico de los potenciales focos larvarios.

Los municipios de riesgo medio centrarán sus actuaciones de vigilancia y control sobre los focos larvarios o adultos en los núcleos de población o muy cercanos a ellos.

Y los municipios de riesgo alto deben ampliar las mismas medidas a todo su territorio municipal, con especial atención a focos larvarios o refugios de mosquitos adultos a una distancia de 1,5 kilómetros de las poblaciones, incrementando considerablemente el perímetro de rastreo.

La introducción de la noción de «área en alerta», de carácter temporal, con un mínimo de cuatro semanas, en los casos de evidencia del virus cercano a núcleos de población a menos de 1,5 kilómetros de distancia. En el tiempo en el que esté activada el área de alerta, habrá una intensificación de las medidas de intervención, vigilancia y sensibilización ciudadana, que impida cualquier tipo de propagación descontrolada.

La mejora del modelo predictivo es otra de las medidas para valorar el riesgo de circulación del virus del Nilo Occidental, integrando el diseño por el CSIC Doñana, al que se han sumado los datos propios de la consejería. Se han incluido, entre los criterios de predicción, nuevas variables, todas ellas vinculadas a la posible expansión del virus, como son el uso del suelo, la existencia de aves infectadas y la presencia de vectores.

Seguimos. La actualización de la duración anual. Pasa a ser un plan anual, como ya he podido explicar en algunas ocasiones, mejorando la anticipación con una evaluación de la temporada en otoño, la preparación de la nueva temporada en invierno, la realización de los primeros tratamientos larvarios y puesta de trampas en invierno-primavera y el refuerzo de la vigilancia desde finales de primavera y durante todo el invierno.

La ampliación de la vigilancia entomológica basada en el trapeo de mosquitos y la búsqueda de virus mediante PCR, tanto en número de trampas como en territorio cubierto y en tiempo. Y, mediante este nuevo sistema, pasamos de 27 trampas, que había el verano anterior, a 120 este año. Esta sabemos que es una medida muy eficaz para la detección y captura de las especies transmisoras.

Seguimos con novedades. Quedan incluidas en el ámbito de la vigilancia todas las provincias andaluzas, no solamente las que históricamente eran de riesgo. Además, la campaña en este año ha comenzado un mes antes que en 2024 y dos antes que en 2023. Tal y como informó la consejería la semana pasada, este adelanto se ha producido para el control y supervisión de los mosquitos de género *Culex*, vectores del virus del Nilo Occidental, dado que las condiciones ambientales en Andalucía permiten que esta especie pueda permanecer activa casi durante todo el año, aunque, efectivamente, la probabilidad de circulación del virus es mayor desde junio a octubre.

Y seguimos con novedades. Se amplía la vigilancia humana para la búsqueda de casos leves, no solamente las formas neuroinvasivas, también en las comarcas de especial seguimiento —que, como saben, son La Janda, en Cádiz, y Bajo Guadalquivir, en Sevilla— y en las áreas de alerta, con la realización de PCR a las personas que acuden a las urgencias hospitalarias.

Quiero recordar que el 80 % de las infecciones en humanos por parte del virus del Nilo Occidental son asintomáticas. Menos del 1 % de los infectados enferman gravemente, con afectación neurológica, meningitis, encefalitis o parálisis flácida. El 20 % restante de las personas infectadas presentan un cuadro con sintomatología similar a la gripe: síntomas como fiebre, cefalea, fatiga, mialgias, malestar general, entre otras.

La movilización de todos los actores de la promoción de la salud y la prevención de la consejería incluye también a las enfermeras de familia comunitarias y la Red de Acción Local en Salud —el RELAS—, y las farmacias comunitarias en los municipios de alto riesgo. La coordinación con otras Administraciones a través de mesas de trabajo de preparación de la temporada desde el invierno. Esta medida supone el apoyo a los ayuntamientos, a través de más visitas de los agentes de salud pública a los municipios afectados desde marzo, algo que se ha venido haciendo, fomentando así la colaboración entre instituciones para optimizar la aplicación del nuevo programa.

La mejora del plan de comunicación a la población, para que sea una parte activa de la vigilancia del control de vectores y así evitar situaciones de confusión o, sobre todo, alarma social.

La movilización, como ya indiqué anteriormente, de 1,2 millones de euros para la ampliación de la vigilancia y control de vectores. A lo que hay que añadir otras partidas presupuestarias destinadas a la creación del segundo laboratorio, que ahora ya les comentaré también, la movilización de agentes de salud pública, también muy importante, y la movilización de profesionales sanitarios y no sanitarios, todos coordinados.

Y, por último, efectivamente, y como les he comentado, el segundo laboratorio de referencia en Andalucía, en el hospital Universitario Virgen del Rocío, que se suma al laboratorio del hospital Universitario Virgen de las Nieves, para conseguir una mayor capacidad y rapidez de respuesta diagnóstica.

Como saben, el Servicio de Microbiología Virgen de las Nieves es el laboratorio de referencia de salud pública para enfermedades con sospecha de etiología vírica en Andalucía, y ha realizado, entre 2020

y 2024, 3.920 pruebas de virus del Nilo occidental a 1.054 pacientes, y 1.870 muestras, de las que solamente el pasado 2024 se llevaron a cabo 1.257 pruebas a 406 pacientes y 670 muestras.

Además, quiero recordar que se trata del laboratorio de referencia en programas de vigilancia epidemiológica para el diagnóstico también de meningitis, encefalitis víricas, enfermedades víricas importadas y emergentes, así como para el plan de eliminación de poliomielitis, el de erradicación de sarampión o rubeola, la vigilancia de brotes de parotiditis y de la red centinela de vigilancia de gripe, incluidos los casos graves de esta última.

Por su parte, el nuevo laboratorio sevillano está dotado de tecnologías avanzadas de diagnóstico molecular y automatización robótica, y cuenta con la amplia experiencia de sus profesionales del servicio de microbiología en el diagnóstico de virus epidémicos, como ocurrió con SARS-CoV-2, influenza, virus sincitial respiratorio y mpox.

Además, para optimizar al máximo la implantación de este paquete de novedades, especialmente las labores referidas a control y vigilancia, la Consejería de Salud y Consumo ha activado cerca de 400 agentes de salud pública en Andalucía que han iniciado su tarea durante este pasado mes de abril para evitar la expansión del virus entre las distintas provincias. Entre las funciones principales de estos agentes de salud pública figura prestar asesoramiento a los municipios en su área de competencia sobre las acciones a implementar en función de su nivel de riesgo y cooperar para su implantación.

Del mismo modo, los inspectores de salud estudian y emiten informe de valoración de los planes municipales de vigilancia y control vectorial para la verificación en los distintos municipios en función de su clasificación, comprobando si las acciones realizadas y previstas por cada ayuntamiento se ajustan a su nivel de riesgo y si están siendo efectivas.

Profundizando en este aspecto, los propios agentes de salud pública distribuidos en el territorio andaluz participan en labores de comunicación y sensibilización a la ciudadanía y a profesionales en materia de prevención y protección de la salud. Y quiero poner de relieve la formación continuada de estos profesionales, ya que a la que fue impartida en marzo se sumarán nuevos cursos teórico-prácticos para que los agentes de salud pública aumenten sus competencias en este tema. De esta forma podrán realizar con mayor eficacia su tarea de acompañamiento a los municipios.

Y, como culminación, estamos impulsando el Centro de Investigación de Zoonosis y Enfermedades Emergentes, Caizem, fruto del acuerdo de cuatro consejerías, junto a la Universidad de Córdoba y la Fundación de Investigación Biomédica de Córdoba, Fibico, un centro que es pionero en España y en Europa.

Del mismo modo, señorías, quisiera recordar que la propia Andalucía ha sido pionera en el abordaje de esta amenaza de salud pública, desde el desarrollo del primer programa elaborado en 2021 hasta las últimas actualizaciones que les acabo de compartir. Por lo tanto, señorías, fíjense que sabemos que la prevención es la mejor de las curas, y esta actualización de este programa es una muestra de ello. Queremos seguir trabajando en la coordinación, en la cooperación de los distintos agentes, asumiendo cada uno su competencia.

Por lo tanto, sin más, dado que me quedo sin tiempo, finalizo.

El señor BONILLA HIDALGO, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muy bien. Muchas gracias, señora consejera.

Para iniciar el turno de debate por parte de los grupos, tiene la palabra, por el Grupo de Vox, el señor Segovia.

El señor SEGOVIA BROME

—Gracias, señor presidente.

Gracias, señora consejera.

Bueno, como sabemos y usted ha dicho, la fiebre del Nilo occidental es una enfermedad provocada por un virus que se mantiene en la naturaleza en las aves y que se transmite por un mosquito, infectando también a hombres y caballos. La amplísima distribución en la circulación del virus durante 2024 en Andalucía, afectando a seis de las ocho provincias, y el elevado número de casos en humanos, indica que la enfermedad se encuentra en expansión en nuestra región. Y es lógico porque reunimos las mejores condiciones para ello: Marismas para la cría de mosquitos, varias especies de mosquitos con capacidad de transmitirlo, aves —en gran parte migratorias—, caballos y seres humanos. En el 80 % de los casos, como usted ha dicho, son asintomáticos, el 20 % presenta un síndrome pseudogripal y menos de un 1 % desarrolla una enfermedad neurológica grave, cuya letalidad llega al 29 % de los mayores de 70 años.

No hay, de momento, tratamiento específico ni vacuna, por lo que el plan de la Junta, obviamente, en este plan cobra especial importancia la planificación y estrategia de vigilancia y control de los mosquitos transmisores, que dependerá del nivel de riesgo de cada municipio, en relación con el posible grado de afectación humana por el virus, que viene determinado en el propio plan. La zonificación en áreas de riesgo, según manifiesta la Junta, es uno de los pilares de este programa, porque determinará la actuación de las distintas administraciones implicadas, incluida la de Salud pública.

El nivel de riesgo se determina por tres tipos de factores. En primer lugar, los medioambientales, zona de marismas, arrozales, presencia de mosquitos, aves, caballos, que determina el llamado índice de probabilidad, y que se puede determinar a principio de temporada.

El segundo factor es la temporalidad, en la que se incluye la fecha en la que se ha identificado el virus sucesivamente circulando por la zona en mosquitos, aves, caballos y humanos. Puede no haber ocurrido nunca, cuatro años o más, tres últimos años, o en la temporada en curso.

Y hay un tercer factor, que es el llamado perímetro de protección, de 1,5 kilómetros entre el lugar donde se ha detectado el virus circulando y la zona poblada del municipio.

En función de diferentes combinaciones de estos tres parámetros, los niveles de riesgo, ustedes los clasifican en bajo, medio y alto. Y se considerará área en alerta a los municipios que tengan circulación de virus en la temporada en curso en mosquitos, aves y équidos a menos de 1,5 kilómetros de las zonas pobladas. Y hay circulación del virus a menos de 1,5 kilómetros de la... Perdón. Y también, en los municipios con casos humanos en esa misma temporada. O sea, que se haya detectado el virus en mosquitos, aves y équidos a menos de 1,5 kilómetros o que se haya detectado en un ser humano.

A nosotros nos parece un plan realmente..., se nota que está muy trabajado, muy pensado, muy madurado, pero también muy complicado de llevar a la práctica. Ustedes mismos reconocen que los niveles de riesgo de los territorios dependen de multitud de factores, no solo de los ya mencionados, sino de otros que también enumeran y que condicionan y complican aún más la clasificación definitiva de áreas de riesgo. Y aun así existen otras variables que pueden dar al traste con todo, por lo que a nosotros la zonificación dista mucho de ser eficiente.

La experiencia nos enseña que zonas calificadas de riesgo bajo van a pasar a ser clasificadas áreas en alerta por la presencia de un solo caso en un ser humano, que igual cuesta trabajo saber si se ha infectado en ese mismo municipio o si ha sido infectado en otro. Y eso obligaría a cambiarlo todo, porque ya no valdría el plan de control de mosquitos aplicable en municipios de riesgo bajo. ¿Cómo le explicamos a su familia que su municipio no disponía de un plan municipal de vigilancia y control vectorial porque estaba clasificado de bajo riesgo? Creo que es complicado. Y más, si hubiera muchos casos.

En cualquier caso, el plan propone, en ese tipo de situación, aumentar el nivel de riesgo y modificar el plan municipal de vigilancia y control vectorial, tomando una serie de medidas como intensificar la búsqueda de nuevos focos larvarios o refugios de adultos, o establecer comunicación con los servicios sanitarios, para realizar una búsqueda más activa de casos humanos. Realmente nos resulta complicado saber hasta qué punto es factible disponer, en un mes como agosto, de los equipos humanos necesarios para encontrar los focos y aplicar los tratamientos adecuados. A nosotros nos gustaría saber si ustedes lo tienen localizado o si es responsabilidad de los ayuntamientos, como se dice ahí. Pero nosotros, en principio, no vemos a los ayuntamientos con capacidad para reaccionar ante una amenaza como puede ser el virus del Nilo. Con lo cual, esperemos que la consejería tome cartas en el asunto y asuma la responsabilidad de la lucha contra el mosquito.

Nos llama la atención que, entre las acciones contempladas en las áreas en alerta por parte de la Administración local, aparezca tratamiento adulticida, barrera y espacial perimetral extraordinario en caso necesario y justificado. Estamos hablando de territorios en los que existe circulación de virus en mosquitos, aves o casos en caballo en el año en curso, a una distancia igual o inferior a 1,5 kilómetros de zonas pobladas. Nosotros pensamos que el tratamiento adulticida en tales circunstancias no solo no debe justificarse, sino que debe ser considerado obligatorio y urgente. Le instamos a que cambie esa norma. En una localidad en la que un ser humano haya resultado afectado, hay que utilizar todos los medios a nuestro alcance para evitar que se afecten otros.

El plan considera determinante la distancia de 1,5 kilómetros entre la zona donde circula el virus y las zonas pobladas, sin tener en cuenta los vientos dominantes en la comarca, vientos que pueden facilitar la llegada de mosquitos a distancias muy superiores a la indicada o bien dificultar la llegada a otras zonas. No es lo mismo que el foco esté a barlovento o que esté a sotavento, cambia totalmente el riesgo. Ahora, nosotros entendemos que es una variable imposible de aplicar, pero por eso mismo creemos que habría que tomar otra serie de medidas, para que todas queden cubiertas.

También atenta la zonificación, las actividades de ocio, como acudir a bañarse a un pantano que puede ser compartido por vecinos de múltiples municipios situados a menos o a mucho más de un kilómetro de distancia que van a compartir riesgo. O nuestras playas. Tenemos playas como Punta Umbría, que

está al lado de Marismas del Odiel, o Matalascañas o Sanlúcar, que están junto a Doñana, donde veranean decenas de miles de personas procedentes de múltiples municipios de Huelva, Sevilla y Cádiz, principalmente, muchas de las cuales vuelven entre semana a los municipios en los que trabajan, que serán donde acudan a sus médicos si presentan síntomas.

También las actividades recreativas y deportivas, montar a caballo, remo, vela, ciclismo, senderismo, que se desarrollan en picaderos, club náutico, carretera, un camino, en zonas con factores de riesgo situadas muchas de ellas a más de 1,5 kilómetros de la población.

También las actividades lúdicas y nuestras tradiciones. Dentro de nada es el Rocío, donde se van a concentrar un millón de personas y miles y miles de caballos, junto a las marismas de Doñana.

Por tanto, teniendo en cuenta las distintas consejerías afectadas, las distintas administraciones implicadas, la multitud de factores que confluyen y la incontrolable movilidad de los andaluces, sobre todo en verano, y que estamos tratando también de una enfermedad infecciosa, emergente, de difusión imprevisible, desde Vox le solicitamos que se actúe con la máxima diligencia y en toda Andalucía como si fuera considerada área en alerta. Porque realmente consideramos que la evolución va a ser imprevisible. No sabemos, igual tenemos un año como hace dos o tres y hay pocos casos, pero igual resulta que se extiende y tenemos que estar preparados para todo ello.

Y desde luego entiendo que desde los centros de salud se deben hacer las pruebas oportunas a cualquier persona con síndrome febril. Afortunadamente, en verano hay pocos síndromes febriles, con lo cual no hay gripe, no hay complicaciones normalmente. En fin, creo que es algo factible y sobre todo en las zonas..., exceptuando las zonas de bajo riesgo en la que los virus no se identifican desde hace más de cuatro años, en el resto de las zonas entiendo que debería hacerse.

Muchas 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

—Sí, gracias.

Mire, la expansión del virus del Nilo se ha convertido en un problema muy grave de salud pública. En 2024, 107 casos y 11 fallecidos. El propio programa de la Consejería de Salud reconoce que el virus tiene una amplia distribución en nuestra comunidad y que cada año afecta a más personas.

Mire, nosotros seguimos pensando, igual que decíamos el año pasado, coincidimos con muchos expertos en el tema, que esto requiere una estrategia global y centralizada. Sin embargo, la Junta de Andalucía sigue trasladando la responsabilidad a los ayuntamientos, sin proporcionar recursos económicos ni respaldo técnico.

La campaña de medidas de 2024 fue tardía, descoordinada y deficiente. Así la calificaron los expertos, los alcaldes, los sanitarios, los técnicos y, sobre todo, los vecinos y vecinas de los municipios afectados y de los municipios en riesgo, que sufrieron la propagación del mosquito sin respuesta a tiempo, sin que nadie les explicara nada, sin información. Nos tiramos todo el verano reclamando que alguien explicara, tranquilizara, informara de las medidas que se estaban desarrollando y del impacto de esas medidas. Recordar que la consejera de Salud estuvo ausente durante todo el verano.

Miren, las mejoras anunciadas este año, más trampas, simplificación de los niveles de riesgo, refuerzo de laboratorio, detección precoz, adelanto de medidas y otras, han sido fruto de la presión continua y de las denuncias de todo el verano —estuvimos todo el verano denunciando esta situación—, y de las propuestas recogidas en el foro sobre el virus del Nilo que organizó el PSOE de Andalucía aquí en el Parlamento y que contó con la participación de los mejores expertos, de técnicos, de profesionales sanitarios, de alcaldes y alcaldesas, a los que agradecemos su implicación.

Vaya por delante nuestro reconocimiento a los técnicos de las delegaciones de Salud de los distritos sanitarios por el esfuerzo en plantear un plan riguroso, ajustado a la evidencia científica, un plan con todo el aval científico existente. El problema no es el plan y el problema no son las medidas. El problema, consejera, son ustedes, otra vez son ustedes. Porque, mire, estamos ante un problema de salud pública global, que afecta a toda Andalucía, que no entiende de fronteras municipales ni provinciales y que supera claramente las competencias locales.

Se lo dijimos el año pasado, se lo volvemos a decir, se lo dicen los alcaldes. No sé si los ha escuchado, si se ha sentado con ellos. Hablando de alcaldes, no sé si se ha sentado ya con el alcalde de Cazorla. Tiene que escuchar a los alcaldes. No tiene gracia, consejera, pero bueno, ella sonríe.

Mire, es un problema de salud pública global, global, que afecta a toda Andalucía. Insisto, supera claramente las competencias locales. Y ustedes pretenden equiparar esta crisis global con las competencias que sí son de los municipios, con las competencias en desinfección o en desratización. Es que no es lo mismo. Hacer esta comparación es inaceptable, es una barbaridad. El virus del Nilo es mucho más complejo. Las medidas para prevenir, para afrontar, para minimizar la expansión del virus del Nilo es mucho más complejo que una plaga de cucarachas o de ratas. Y eso lo saben ustedes. Eso lo saben ustedes.

Los mosquitos se desplazan. Existen embalses, cultivos, aguas estancadas que abarcan a distintos municipios. Lo que requiere es una acción coordinada a nivel regional. Resulta incomprensible. Consejera, lo volveremos a repetir este año también. Resulta incomprensible que la Junta traslade la responsabilidad y las competencias a los municipios sin financiarlos ni apoyarlos. A pesar de que esta crisis causó muerte, confinamiento y alarma social.

Miren el ejemplo de la Junta de Extremadura, Gobierno del PP. Miren, con solo 24 casos que tuvo Extremadura y tres fallecidos, en 2024 destinó más de 800.000 euros a ayudas directas a los 21 municipios que tenían en riesgo. Junta de Extremadura. Junta de Andalucía: pues mire, cero euros. Cero euros. Con 107 casos y 11 fallecidos. Cero euros.

En 2024, otro ejemplo: la Diputación de Sevilla aportó un millón y medio para apoyar a los ayuntamientos, en vista de que la crisis estaba aquí y ustedes no ponían ni un euro. Un millón y medio de euros

la Diputación de Sevilla. Y este año prevé invertir seis millones de euros en un plan bianual. Y ustedes, cero euros.

Esta situación resulta más grave considerando que el Gobierno de Juanma Moreno ha dejado sin ejecutar más de 5.000 millones de presupuestos de 2024. No sabemos para qué guarda ese dinero.

Los ayuntamientos, especialmente los más pequeños, no tienen recursos económicos para afrontar las medidas necesarias contra el virus del Nilo. Así de claro y así de sencillo y así de grave. No tienen recursos. Y los que lo intentan lo hacen sacrificando otros servicios básicos, lo que genera desigualdad entre los ciudadanos. Nuevamente, ciudadanos de primera y ciudadanos de segunda. Esta es la forma de gestionar de Juanma Moreno, el rey de la desigualdad.

Mire, recientemente el presidente de la Junta delegó en el Gobierno de España la gestión del apagón eléctrico que afectó a buena parte del territorio andaluz. Y decía que «es que le faltaban medios técnicos suficientes». Estas mismas palabras, falta de medios, son las que repiten los alcaldes cuando les imponen responsabilidades sin recursos para combatir la crisis del Nilo. ¿Por qué la Junta pudo escalar la crisis eléctrica, pero impide que los alcaldes hagan lo mismo ante una crisis de salud pública que causa muerte? No se entiende. Nadie lo va a entender. ¿Qué tienen que hacer los alcaldes? ¿Escribir una carta colectiva para pedir una emergencia regional, como hizo Juanma Moreno ante el apagón? Porque si el presidente pudo derivar la responsabilidad al Gobierno central porque no tenía medios técnicos, pues los alcaldes también deberían poder hacerlo en esta crisis sanitaria, por las mismas razones.

Mire, la ciudadanía tiene que saber, y lo va a saber, que, teniendo más dinero que nunca, el Gobierno de Juanma Moreno se niega a invertir, a dedicar dinero —le han sobrado 5.400 millones de euros del año pasado—, se niega a invertir dinero en proteger a la población de una amenaza tan grave como la del virus del Nilo. Una amenaza que causa miedo con razón, que causa angustia, que causa enfermedad y muerte. Esto es inaceptable porque, miren, el virus del Nilo mata, el virus del Nilo mata, y el abandono político también.

Muchas gracias.

El señor BONILLA HIDALGO, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señora Prieto.

Por el Grupo Popular tiene la palabra la señora Jurado.

La señora JURADO FERNÁNDEZ DE CÓRDOBA

—Gracias, presidente.

Bueno, en primer lugar, vamos a volver un poco al sentido común en este debate.

Lo que, en primer lugar, tenemos que decir es agradecer a la consejera, porque en nombre propio ha querido hoy venir a este Parlamento a exponer cuáles han sido las novedades o las acciones que están implementándose, las actuaciones que de manera integral la Junta de Andalucía está llevando a cabo en una cuestión que es fundamental, como es el contagio del virus del Nilo.

Pero tenemos que decir que el virus del Nilo no ha aparecido el verano pasado ni el anterior; los primeros conocimientos del virus del Nilo, de las picaduras del virus del Nilo ya se conocen por instituciones oficiales desde el año 2010.

A mí me parece muy bien que hoy la portavoz socialista venga a este debate cargada de argumentos políticos y muy preocupada, pero cuando nosotros llegamos al Gobierno de Andalucía no nos encontramos absolutamente nada —insisto, absolutamente nada—: ningún plan de contingencia, ninguna medida coordinada, ningún recurso encima de la mesa que se hubiera puesto desde que existe el virus del Nilo y se conoce el virus del Nilo de manera conjunta, con lo cual, creo que la coherencia, como todo en la vida, es fundamental cuando uno exige. Y es que cuando uno exige también tiene que asumir las propias responsabilidades.

En este caso, la Junta de Andalucía, desde el año 2021, está poniendo en marcha medidas y actuaciones.

La portavoz socialista también ha agradecido a todos esos profesionales técnicos que están haciendo posible que existan estos planes de contingencia, estas estrategias para el virus del Nilo. Una de esas profesionales es nuestra propia consejera, que, en su momento, en su anterior responsabilidad, fue incluso la portavoz de este grupo de trabajo, con lo cual entenderá que lo que hoy tenemos en Andalucía es que no improvisamos, sino que trabajamos ante la realidad, y que se hace de una manera analítica, contando con profesionales y trabajando a través del diálogo con todas las instituciones. Por supuesto que no solo la consejera, sino todos los servicios, la Secretaría General y todos los servicios que están trabajando en este ámbito lo están haciendo con los servicios técnicos del resto de instituciones, dígame ayuntamientos o, fundamentalmente, también diputaciones.

La portavoz socialista también nos ha hecho aquí una clase presupuestaria de la magnífica gestión de la Diputación de Sevilla, que de su presupuesto, de más de 560 millones de euros, destina un millón y algo al virus del Nilo para dos empresas para fumigar.

Mire, estimada portavoz socialista, no solo la Diputación de Sevilla, todas las diputaciones de Andalucía tienen que establecer unos recursos presupuestarios porque la Junta de Andalucía, en un trabajo coordinado, ya ha establecido que esta es una de las actuaciones en las que tenemos que trabajar todos conjuntamente. Que el Partido Socialista, ante las actuaciones que hoy ha plasmado la consejera, su única preocupación aquí sea que ellos son magníficos, que Pedro Sánchez es magnífico —incluso ha defendido la gestión ante el apagón—, y que lo que le importa aquí es el dinero para las diputaciones para pagarlo, pues, desde luego, lo que nos hace ver es que el Partido Socialista está absolutamente perdido, desnortado y no le interesa absolutamente nada las cuestiones de actualidad sanitaria, de prevención de la salud pública, como es este plan de estrategias que se está presentando con las nuevas medidas, para que los conozcamos en este Parlamento y cómo se está trabajando.

Quieren plantear del Partido Socialista, una vez más, en lo que es un debate técnico y un debate de salud pública, pues una confrontación política, lo único que ustedes saben. Esto no es una cuestión de un debate de competencias; las competencias están marcadas en la ley, lo que corresponde hacer a cada institución está marcado en la ley. Oigan, cambien ustedes las leyes cuando les corresponda, pero quien tiene que hacer, en el marco competencial, quien tiene que hacer el plan, la prevención y las me-

didas, lo está haciendo, y sobradamente. Y quien le corresponde a la financiación de los programas, en este caso, es a los ayuntamientos o a la entidad supramunicipal, que es la diputación, que tiene que empujarlos y ayudarlos también en lo económico; esto está muy claro. Ustedes no saben cómo meter cabeza en cualquier cuestión; ustedes no saben cómo polemizar con cualquier cuestión. Y sería mucho más interesante, como ha hecho el portavoz de Vox, ante esta iniciativa, plantear una crítica constructiva con medidas que puedan venir, en este caso, a beneficiar. Porque, señorías, hay debates políticos y hay debates técnicos. Y esto es un debate técnico en el que todos tenemos que colaborar, pero, en este caso, de una manera activa.

La confrontación en competencias, ya les digo yo que muy bien, muy bien, no les va a ir. Pero tampoco, tampoco les va a ir muy bien, muy bien, si ustedes se dedican a hablar de presupuesto. Porque miren, si hay algo que tienen claro los andaluces es quién castiga a Andalucía. Y, señores socialistas, a Andalucía no la castiga a Juanma Moreno ni la consejera de Salud. Y si alguien está poniendo encima de la mesa recursos y medidas y está actuando de manera diligente, coordinada y en colaboración con todos es el Gobierno de Andalucía y esta consejera que está trabajando, con todo su equipo, al frente del virus del Nilo.

Este no es el primer debate que tenemos del virus del Nilo, el primero fue en el año 2021. Y desde el año 2021 he tenido la suerte de defender desde aquí a mi Gobierno en Andalucía, porque ha ido dando pasos a lo largo de este tiempo para mejorar las actuaciones de prevención que estamos haciendo desde Andalucía. Le voy a insistir, que es que cuando llegamos no había absolutamente nada. Y yo le voy a decir hoy diez cosas, voy a resumirle, en diez puntos, en lo que hemos mejorado en la protección y en el cuidado a los andaluces en torno al contagio del virus del Nilo en Andalucía.

Miren, hoy todas las provincias andaluzas van a estar protegidas. Hoy hay mayor coordinación, que antes no existía, con los ayuntamientos y con las diputaciones para proteger al conjunto de los andaluces. Hoy hay más comunicación a la población, porque es fundamental que todos nuestros vecinos estén informados de qué supone y cómo podemos protegernos también nosotros. Hoy hay más formación a los sanitarios, para que se pueda atender más a las personas que tienen este contagio. Hoy hay 400 agentes de control para ayudar a la población andaluza. Hoy hay más vigilancia humana para que conozcamos más de cerca cómo es este virus. Hoy hay un nuevo laboratorio, que se va a poner en marcha, para que tengamos más capacidad de análisis y diagnóstico. Hay más de cien trampas puestas este año para la prevención; 1,2 millones de euros para trabajar.

Y algo fundamental: vamos a seguir avanzando como corresponde en este debate, en esta cuestión, desde el punto de vista de la investigación y desde el punto de vista técnico. Y se está impulsando el Caizem, que es un centro donde de verdad vamos a ser pioneros, no en España, sino en Europa, para que trabajemos y seamos referentes en toda esta cuestión que corresponde a estas enfermedades de zoonosis y a las enfermedades emergentes.

Yo hoy quiero trasladar el orgullo que sentimos en Andalucía, porque tenemos una comunidad y porque tenemos un Gobierno y una Consejería de Salud y Consumo que no se detiene, que no se para, y que lo que está es avanzando en la prevención y en el cuidado, también en nuevas enfermedades y, sobre todo, frente a los que no nos quieren ayudar, desde el Gobierno de España, y de los que solo quieren el debate del Partido Socialista.

Nosotros vamos a seguir impulsando, consejera, todas estas medidas y ayudando también, desde nuestro grupo y nuestra formación, que los andaluces conozcan qué es lo que está haciendo nuestro Gobierno por ellos.

Muchísimas gracias.

El señor BONILLA HIDALGO, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señora Jurado.

Para concluir este punto de orden del día, tiene la palabra la señora consejera.

La señora HERNÁNDEZ SOTO, CONSEJERA DE SALUD Y CONSUMO

—Gracias, señor presidente.

Bueno, muy brevemente, porque ha quedado muy expuesto, aunque luego voy a volver a recordar qué es lo importante de esta actualización de este plan de vectores.

Miren, efectivamente, del virus del Nilo no había nada, no había nada. Y lo sé porque, efectivamente, me lo tuve que estudiar en 2020, cuando se me nombró portavoz técnico de la Junta de Andalucía sobre el virus del Nilo, precisamente, bueno, pues porque había comenzado en una zona que es muy dada a esto, que es toda la zona de los arrozales, de Coria, Puebla.

Claro, ¿qué es lo que ocurre? Se ha avanzado mucho. Pero es que, además, no podíamos ni siquiera diagnosticar los casos. Ahora sí sabemos, ahora sí sabemos, con datos anteriores, que cuando hay un caso en un équido es que hay casos en personas.

Claro, ¿qué es lo que ocurre? Las meningitis en verano no sabíamos filiarlas. Señor Segovia, no sabíamos filiarlas, pero estaban ahí. ¿Qué ha ocurrido? Al poder ya estudiar la PCR a estos casos, en los que ya se nos enciende la bombilla, evidentemente, hemos visto que eran por virus del Nilo Occidental. Pero es que el virus del Nilo Occidental es endémico en Andalucía desde 2010, había casos ya en caballos. Por lo tanto, el virus estaba circulando. Y no es solamente en Andalucía donde hay una mayor circulación del virus, es en todo el sur de Europa.

Bien, la climatología, pues posiblemente; la orografía que tenemos, las aves migratorias; claro que sí, todo eso influye. Y eso le da esa complejidad, que el señor Segovia nos planteaba. Por eso es simplificar los niveles de riesgo, entre otros motivos, además de todo el resto de medidas del plan.

Pero ¿qué es lo que queremos? Sabemos que, cuando ya detectamos el virus en los mosquitos y en los équidos, puede pasar la infección a las personas. Por eso hemos simplificado los niveles de riesgo.

Sí, sabemos que va a haber más municipios en un nivel de riesgo medio-alto, pero es que eso lo que nos va a ayudar es a aumentar la vigilancia. ¿Para qué? Para frenar la expansión del virus. Por lo tanto, esa simplificación no queremos que lleve a una alerta, pero sí queremos que lleve a una mayor vigilancia por parte de los ayuntamientos.

Toda Andalucía, toda Andalucía ahora es de riesgo, efectivamente. Es que Andalucía no es solamente la zona de los arrozales de Sevilla, Doñana, no solamente es eso. Es todo, evidentemente, toda nuestra geografía. Por lo tanto, esa inclusión de todas las provincias va en esa línea.

Hemos mejorado el modelo predictivo. Los agentes de salud pública, efectivamente, esos 400 profesionales que no solamente van a apoyar y están apoyando a los ayuntamientos y ayudándoles a elaborar ese plan de vigilancia de la salud que tienen que hacer, sino también con esa medición de las trampas, pasando de 27 a más de 120, con esa inversión que se hace de 1,2 millones de euros.

Y, por supuesto que sí, que además también contamos con otros agentes locales de salud, que son las farmacias comunitarias. Para esos consejos preventivos, para que la población evite salir a pasear en las últimas horas del día, salir a pasear al descubierto, evitar los olores fuertes, ¿no?, que sí que nos pueden evitar o disminuir por la picadura de los mosquitos, ¿no?

Mire, este no es un plan para decir: ustedes, nosotros. No, evidentemente, y lo hemos visto. Y el año pasado esta consejera, en verano, pidió la colaboración a la Diputación de Sevilla, y conseguimos reunirnos con la Diputación de Sevilla, porque aquí participamos todos. Y no tiene nada que ver. Tampoco podemos compararnos con otra comunidad autónoma, porque, fíjense —y además lo he comentado antes—, el artículo 9, apartado 13 de la Ley 5/2010, de 11 de junio, de Autonomía Local de Andalucía, promoción, defensa y protección de la salud pública, es el que atribuye a los ayuntamientos el control de la salubridad de los espacios públicos, y en especial de las zonas de baño. Y a disposición de los ayuntamientos estamos, desde la Consejería de Salud y Consumo, con el conocimiento científico-técnico que debemos tener para mejorar la salud de la población.

Y vamos a seguir invirtiendo en todas las medidas preventivas que sean necesarias. De ahí, efectivamente, también esa creación del Caizem, porque no podemos pensar que con el virus de Nilo termina todo. Tenemos el virus Zika y el virus Chikungunya, cada vez hay más zoonosis. ¿Por qué? Porque, evidentemente, las zoonosis están muy influidas por el cambio climático, y el cambio climático es una realidad que está ahí. Y las medidas de prevención es lo que nos van a ayudar a disminuir las infecciones.

Este año, fíjense, además de esa área de alerta, el incrementar las pruebas diagnósticas, la PCR, en este segundo laboratorio, en Virgen del Rocío, ¿qué es lo que nos va a permitir? Nos va a permitir diagnosticar los casos leves que antes pasaban desapercibidos. Evidentemente, cuando hay un caso leve puede haber un caso grave, ¿no? Pero antes es que no teníamos herramientas diagnósticas y diagnosticábamos solamente los casos graves. Pero bueno, ya, si tenemos diagnosticado un caso leve en un municipio, efectivamente, va a aumentar el nivel de riesgo, pero es que es lo que nos va a ayudar a hacer esas fumigaciones, esa desinfectación, a colaborar con los ayuntamientos para decirles dónde hay que fumigar, dónde hay que incrementar la vigilancia para prevenir los casos graves, que, como muy bien saben, son solamente un 1 % y están muy asociados con la edad y con la patología crónica de base.

Por lo tanto, esto no se trata de una cuestión de ustedes, nosotros. No. Aquí, de nuevo, volvemos a pedir colaboración, porque realmente es como tenemos que trabajar todas las Administraciones juntas, por el bien de los andaluces y por el bien de la salud de los andaluces.

Y, señora Prieto, una pregunta: ¿el plan es bienal o bianual?

Termino. Cierro. Gracias.

Esa pregunta es para usted. No quiero que me conteste. No quiero que me conteste.

Gracias.

El señor BONILLA HIDALGO, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señora consejera.

12-23/APC-001505, 12-25/APC-001111 y 12-25/APC-001259. Comparecencia de la consejera de Salud y Consumo, a fin de informar sobre el Plan Integral de Diabetes en Andalucía

El señor BONILLA HIDALGO, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Pasamos al siguiente debate agrupado. En este caso, es a propuesta de los tres grupos que hay presentes hoy en la sala: del Grupo Socialista, de Vox y del Grupo Popular, y es relativo al Plan Integral de Diabetes.

Para iniciar este punto, también tiene la palabra la señora consejera.

La señora HERNÁNDEZ SOTO, CONSEJERA DE SALUD Y CONSUMO

—Muy bien, muchísimas gracias, presidente.

Bueno, pues vamos a ver. Miren, la diabetes, como bien saben, puede aparecer a cualquier edad y constituye un problema a nivel individual para quienes la padecen, pero también supone un problema de salud pública. Es una de las enfermedades crónicas que más nos preocupa, dadas su incidencia y sus consecuencias. Más de 796.000 andaluces la padecen, y en la mayoría de los casos se trata de diabetes tipo 2.

Por ello, desde la Consejería de Salud y Consumo, trabajamos firmemente para mejorar su detección, tratamiento, control y seguimiento. Apostamos por la tecnología avanzada y por la prevención como pilares clave de la intervención. De hecho, Andalucía es referente a nivel nacional en atención a las descompensaciones agudas, gracias a nuestro modelo de hospitales de día de diabetes.

La revista *Endocrinología, Diabetes y Nutrición* publica un artículo titulado «Hospital de día de diabetes propuesta de valor», que pone de manifiesto precisamente el reconocimiento de las sociedades científicas nacionales a Andalucía como referente en la implantación de los hospitales de día de diabetes.

Además, señorías, somos la única comunidad autónoma dentro del Sistema Nacional de Salud, como señala el propio ministerio, que cuenta con un sistema de cribado de retinopatía diabética, utilizando retinografía digital, teleoftalmología y participación multidisciplinar de profesionales. Somos punteros y estamos a la vanguardia, pero no nos conformamos con eso.

A esto se suma que somos la primera región europea en integrar los datos del control glucémico de los dispositivos de monitorización Flash de glucosa en la historia clínica del paciente.

Fíjense, tres grandes hechos: hospitales de día, programa de retinopatía diabética e integración de los datos de monitorización de glucosa en la historia clínica.

Consideramos, aun así, esencial la mejora continua y, por eso, pese a todo el camino andado y toda la experiencia adquirida, gracias al Plan Integral de Diabetes de Andalucía, continuamos revisando las acciones y poniendo en marcha, incorporando nuevos programas y, en paralelo, trabajando en la actualización, para lo que contamos con la participación de profesionales, pacientes y ciudadanos.

Los planes integrales suponen estrategias válidas y eficaces y, por tanto, seguimos trabajando en esa línea para conseguir reducir la incidencia de esta enfermedad al igual que otras.

Y, como recuerdo cada vez que tengo ocasión, todo pivota sobre la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad. La atención sanitaria centrada en la persona y en favorecer la investigación, innovación y el desarrollo profesional.

En esta línea, hemos desplegado toda una serie de medidas con el fin de optimizar el control de la diabetes, reducir sus complicaciones y mejorar la calidad de vida de quienes sufren esta patología.

En concreto, en cuanto a la atención a la morbilidad asociada a la diabetes, nos centramos en la prevención y en la detección temprana, cribado sistemático de las principales complicaciones.

Asimismo, hay que destacar el desarrollo de los hospitales de día de diabetes, como he comentado anteriormente, algo innovador, con 14 dispositivos activos en nuestro territorio, que permiten una atención accesible y multidisciplinar en las situaciones de descompensación o de especial complejidad, y garantiza una atención en menos de 24 horas, cuando esta es precisa.

El modelo implantado en Andalucía, como les decía al principio, constituye un referente nacional, como reconocen las propias sociedades científicas nacionales.

Gracias a estos 14 hospitales de día, hemos conseguido mantener las tasas de ingresos hospitalarios por descompensaciones agudas por debajo de las del resto de España, especialmente durante los años de pandemia COVID. No obstante, esta tendencia a la baja se mantiene en la actualidad con un 34 % menos de ingresos por cetoacidosis diabéticas y un 36 % menos de ingresos por síndrome hiperosmolar, respecto al resto de España.

En cuanto a la retinopatía diabética, vuelvo a ella, señorías, también efectivamente podemos sacar pecho por los avances que se dan en Andalucía, tal y como avala el propio ministerio. Somos la única comunidad autónoma dentro del Sistema Nacional de Salud, insisto, que cuenta con un programa sistemático de cribado de retinopatía diabética, es un programa único y consolidado.

En la actualidad, se han incluido en el programa 628.451 pacientes con diabetes, a los que se han practicado más de un millón y medio de pruebas, con una cobertura estimada en torno al 90 % de la población diana. El pasado año se estudiaron en el marco de este programa más de 150.000 pacientes, de los que casi la tercera parte eran incluidos por primera vez. Esto supone el segundo año con datos más elevados de toda la serie histórica desde 2005.

Gracias a esta tecnología, se han detectado lesiones de retinopatía diabética en 64.400 pacientes. Este es el 9 % del total estudiado, en su mayor parte con una afectación leve y moderada. En 3.438 casos correspondían a grados avanzados susceptibles de deterioro o pérdida de la visión a corto plazo. Los resultados de esta detección temprana muestran una reducción muy significativa de la discapacidad visual por retinopatía diabética. Se ha reducido en un 70 % la frecuencia de esta complicación de la diabetes entre los miembros afiliados a la ONCE. Estamos, por tanto, ante un programa sólido, que hemos reforzado en los dos últimos años con 157 retinógrafos, de manera que en la actualidad ya contamos con 343.

Y sigo con una de las complicaciones quizás también muy temida, que es el pie diabético, que aumenta el riesgo de amputaciones de miembros inferiores. En Andalucía la incidencia de amputaciones

es elevada, lo sabemos, y si bien ha experimentado un descenso en los últimos años entre mujeres con diabetes, sigue constituyendo un problema de salud relevante especialmente entre los hombres. De acuerdo con la exploración del pie a personas con diabetes en el sistema sanitario de salud pública durante 2024, un 54 % presenta un riesgo medio, un 20 % un riesgo bajo y un 26 % un riesgo alto. La prevención a través de programas de educación terapéutica de atención primaria hospitalaria y favorecer la accesibilidad a equipos multidisciplinares son líneas de acción prioritarias para disminuir la incidencia de amputaciones.

Además, se ha iniciado la implantación de la Red para la Prevención y Atención al Pie Diabético en Andalucía, RePAP, con el objetivo de asegurar una atención integral, individualizada y de calidad. Su implantación se ha llevado a cabo por 36 enfermeras de práctica avanzada de heridas crónicas y pie diabético, trabajando en coordinación con los equipos de atención primaria y hospitalaria y llevando a cabo intervenciones de educación individual y grupal de pacientes y familias. Durante 2024 se atendieron 77.907 pacientes con diabetes en el marco de este programa. La exploración del pie y categorización del riesgo de pie diabético se ha realizado en 74.507 personas y la valoración de los autocuidados en 34.662. Un total de 80.094 pacientes han recibido educación individual por situaciones de riesgo de ulceración, un dato verdaderamente trascendente para la prevención de una situación tan delicada.

Y les afino más: desde enero a abril de 2025, se ha atendido a 68.936 pacientes con diabetes en el marco de este programa. La exploración y categorización del riesgo del pie diabético se ha realizado en 66.407 personas y la valoración de los autocuidados en 33.456. Un total de 8.602 pacientes han recibido educación individual por situaciones de riesgo de ulceración.

Hemos planificado la incorporación en paralelo de 36 podólogos con dedicación principal a las labores recogidas en el nivel de atención primaria. En concreto, la semana pasada, el SAS publicó la convocatoria para la cobertura de las ocho primeras plazas interinas vacantes de podólogo, una en cada distrito de las capitales andaluzas. Nos preocupa mucho la prevención. Por ello, de la mano de la Federación de Asociaciones de Diabetes de Andalucía se han intensificado las acciones de educación diabético-lógica para la prevención del pie diabético. La concienciación hay que abordarla de manera transversal. Queremos anticiparnos, reforzar una auténtica red que garantice un abordaje integral. La coordinación entre profesionales y la implicación del paciente y su familia son claves, y por esta razón impulsamos acciones para la educación y sensibilización sobre la diabetes. Hemos potenciado la formación grupal, llegando a un mayor número de pacientes y promocionando el apoyo entre iguales.

Y en este punto destacamos la labor de las 411 enfermeras especialistas en familia comunitaria, con las enfermedades crónicas y, de manera específica, en la diabetes tipo 2. Los profesionales de enfermería son esenciales. Se ha potenciado el perfil de la enfermera de prácticas avanzadas en diabetes, que ya está desarrollando estas competencias en 17 áreas sanitarias y está prevista su extensión a la totalidad de las mismas, con un desarrollo progresivo de 41 puestos de estas características.

Asimismo, para el control y tratamiento de la diabetes es fundamental la innovación tecnológica. En este momento se encuentran financiadas por el sistema sanitario público de Andalucía los sistemas de infusión continua de insulina —las bombas de insulina—, los sistemas bomba-sensor, con indicaciones específicas en diabetes tipo 1, los sistemas de monitorización continua de glucosa con indicaciones es-

pecíficas en diabetes tipo 1 y tipo 2, y en nuestra comunidad también para menores de 4 años. Los sistemas de monitorización de flash de glucosa en diabetes tipo 1, y desde abril de 2022 en diabetes tipo 2 en tratamiento con múltiples dosis de insulina.

A fecha 30 de abril de 2025 hay un total de 53.384 personas con sensores de monitorización flash de glucosa. Les especifico las cifras; 26.247 personas con diabetes tipo 1, 25.235 personas con diabetes tipo 2 en múltiples dosis de insulina y 1.902 con otros tipos de diabetes. Además, integramos los datos de control glucémico de estos dispositivos en la historia clínica del paciente. Somos la primera región europea en hacerlo. Esto permite a los profesionales sanitarios, por supuesto, un seguimiento remoto del estado de salud de cada paciente, mejorando la respuesta y el manejo clínico.

Respecto a la población pediátrica —también colectivo de especial vulnerabilidad—, más de 2.300 niños adolescentes con diabetes usan en Andalucía el sistema de monitorización flash, el cual, efectivamente, nos permite medir los niveles sin necesidad de realizar punciones capilares frecuentes y ofrece resultados muy alentadores. Se ha reducido de manera drástica el número de episodios de hipoglucemia grave, pasando de una tasa de 4,2 episodios por cada 100 habitantes al año a solo 0,25.

Otro colectivo especialmente sensible. Más de 4.200 personas con diabetes tipo 2 en situación de dependencia y discapacidad cuentan con su implantación del sistema flash, tanto si residen en su domicilio como en residencias.

Somos muy conscientes de que la salud y la vida de las personas con diabetes dependen fundamentalmente de su capacidad de autocuidado y del acompañamiento y seguimiento por parte del sistema sanitario. Y, por fortuna, el programa de diabetes andaluz cuenta con la larga trayectoria. Disponemos de medidas de prevención y diagnóstico precoz, otras dirigidas a la atención sanitaria y también referidas a la investigación y al desarrollo profesional. Tenemos una amplia cartera de servicios que sitúan a Andalucía a la vanguardia, porque una patología que afecta a casi ochocientos mil andaluces se encuentra en el punto de mira de gran parte de nuestros programas, actuaciones y políticas públicas.

La tecnología y los avances son fundamentales para abordar una enfermedad como la diabetes, que en un alto porcentaje es evitable. Mejores hábitos de salud, mayor salud.

Y ya termino. Muchísimas gracias.

El señor BONILLA HIDALGO, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señora consejera.

Para iniciar el turno de debate de los grupos, tiene la palabra, por el Grupo de Vox, la señora Ruiz.

La señora RUIZ VÁZQUEZ

—Muchas gracias, presidente.

Buenas tardes, consejera.

Bueno, pues la diabetes es una enfermedad metabólica crónica, como bien ha dicho, que afecta al equilibrio de la glucosa en sangre debido a una producción insuficiente, a una resistencia a la insulina o

a un aumento de la producción de glucosa. La prevalencia en Andalucía es alarmante. Aproximadamente hablamos de un millón de personas, un 15,3 % de la población adulta, siendo más del 90 % de estos casos la diabetes mellitus tipo 2 y casi un 10 % tipo 1.

El Plan Andaluz de Diabetes no se revisa desde 2016. En 2022 se anunció el inicio de un nuevo plan, que aun así no hemos tenido noticias de que haya sido publicado, lo cual evidencia una parálisis en la planificación estratégica. ¿Qué está ocurriendo? Le preguntamos. Usted, consejera, nos comentó a una pregunta que le hicimos al respecto que el plan estaba vivo, que se actualizaba de forma continuada, pero lo que se debe actualizar de forma continuada es seguir poniendo en el centro de un plan y de todas las políticas en salud al paciente. Y hoy el paciente no está en el centro de sus políticas.

Cuando hablas con los pacientes, con asociaciones de pacientes, que están actualizados por el interés propio de su enfermedad, entiendes por qué este plan está obsoleto y no cubre las necesidades de los pacientes, de las asociaciones de pacientes y de los profesionales. Desde luego, solo gracias a los profesionales que ponen en el centro al paciente es por lo que el sistema se sostiene. También tienen ellos un límite. La importancia del cuidado de los pacientes, la prevención de las complicaciones micro y macrovasculares, su dieta, el ejercicio, el acompañarlos en el camino, prevención, diagnóstico precoz, tratamiento holístico, esto es acompañar al paciente en el camino.

El mérito de la ciencia, de la investigación privada, público-privada, ha hecho que lleguen a los pacientes nuevas tecnologías que se han implantado también en Andalucía. No ha sido mérito ni de su consejería ni de la dirección del Plan de Diabetes. Y por ello han mejorado las glucemias de los pacientes y han disminuido las hipoglucemias. Y, desde luego, la tortura de pincharse en los dedos, gracias a la investigación. Pero hay que seguir avanzando, ¿verdad?

Y este es un ejemplo de que este plan está obsoleto. No evoluciona. Porque, primero, hay mucha variedad entre las nuevas tecnologías, no hay una única tecnología. Como los sensores de control de glucemia, por ejemplo. El paciente quiere que estén disponibles todos los sistemas para que, de forma individualizada, se adapten a él. No un sistema por defecto o por contrato exclusivo, un monopolio. Eso no existe ya hoy en día, eso está obsoleto, eso son cosas del Partido Socialista cuando lo llevaban ellos. Miren, ustedes blindan un único sistema a un único proveedor. Y esto no es ni equitativo ni mucho menos ético. ¿Cómo es posible que no tenga acceso —el paciente— a la tecnología más innovadora, que, sin embargo, sí la tienen, por ejemplo, en la Comunidad de Madrid o Castilla-La Mancha? A nivel nacional se permite la financiación de los dos sistemas existentes que usted conoce perfectamente. Y los pacientes también. Para pacientes con diabetes tipo 2, también tipo 1. En terapia intensiva con insulina, en Andalucía solo se financia el dispositivo flash del que usted ha hablado, con escaneo, declarado obsoleto por resoluciones administrativas, como la número 417/2025, del Tribunal Administrativo Central de Recursos Contractuales.

Deben ustedes pensar en el paciente. El Plan Integral de Diabetes no puede dedicarse únicamente a un tipo de diabetes, a la tipo 1, que entendemos exige igualmente el mejor y mayor cuidado del paciente, que se trata a nivel hospitalario, con los mejores profesionales, en las catorce, como usted ha dicho, unidades de día; por supuesto, en los servicios de endocrinología, endocrinos, residentes de endocrinos, educadoras en diabetología. Son equipos del todo eficientes.

Mire, el 90 % de los pacientes diabéticos son tipo 2, como usted bien ha dicho en su discurso, y están en atención primaria. Y aquí el plan es deficitario. Y ustedes tienen que hacer una reflexión y reconocer que el plan es deficitario, porque ustedes deben trabajar por y para los pacientes. Este plan ha olvidado y está dando la espalda a los pacientes diabéticos tipo 2. No se lo estamos diciendo en Vox, se lo dice la asociación de pacientes, se lo dicen los profesionales, se lo dicen las sociedades científicas.

Mire, ahí está, por ejemplo, la Federación Española de Diabetes, con la campaña «No den la espalda a la diabetes», que reclama lo que está fallando en Andalucía: el acceso; acceso a los profesionales de salud, a la educación diabetológica, desde el primer momento, porque es clave la primera visita con tu equipo sanitario. Esto va a marcar el pronóstico de la enfermedad. Y hay que invertir tiempo en educación diabetológica, desde el inicio. No se puede menospreciar la diabetes tipo 2 y darles la espalda a los pacientes.

Acceso a fármacos que hayan demostrado evidencia científica. Y esto, desgraciadamente, en Andalucía ha sido una barrera para los pacientes. Los profesionales recuerdan esa época oscura del Partido Socialista en Andalucía, con la señora Montero como consejera de Salud, donde impedían el acceso a los fármacos más innovadores, que salvaban vidas; fármacos que salvaban vidas se prohibían, con ensayos clínicos que demostraban una evidencia científica máxima para su uso, y para no solo mejorar la calidad de vida de los pacientes diabéticos tipo 1 y tipo 2, sino para, como les digo, disminuir el riesgo cardiovascular, la muerte por infarto, el ictus o evitar complicaciones en los ojos —como usted ha dicho, la retinopatía—. Vamos tarde con la retinopatía, aunque sea un programa de los que ustedes saquen pecho, que también, para evitar, para prevenir, pero vamos tarde con la retinopatía o los riñones o el pie diabético.

El socialismo, este que le digo, que usaba el dinero de los andaluces para comprar votos de los amigos, robaba también el acceso de los pacientes a los mejores fármacos y presionaban a los profesionales para su no prescripción.

Pero miren, señorías del Partido Popular, ustedes lo saben: los cargos que tenía el PSOE continúan en el PP de Juanma Moreno. No han tenido ustedes la valentía de quitar a muchos de ellos de en medio. Y son individuos afines al PSOE, con la misma forma de pensar, que siguen viendo a la industria privada como el enemigo, cuando los enemigos reales son ellos, enemigos de los pacientes, enemigos de Andalucía; entérense ya de una vez. ¿Cómo es posible que estas innovaciones farmacológicas y tecnológicas no sean accesibles a los andaluces, cuando las sociedades científicas las avalan? ¿A esto se refiere usted cuando dice que el plan está vivo? El plan está obsoleto; hay que hacer un nuevo plan de la mano de los expertos. Hay que renovar al personal, no solo por la salud del plan, sino por llenar el plan de talentos, de nuevas opiniones, de nuevas tendencias, porque tanto la industria como los activos en salud buscan lo mejor para el paciente. Y la única manera de avanzar es la colaboración entre todos los actores, que buscan lo mejor para el paciente, con la mejor evidencia posible, las mejores soluciones, y no gestores que solo piensan en estudios farmacoeconómicos de entes a los que el paciente ni les importa, ni los contempla ni los va a poner en el centro de sus decisiones.

Hay un grave problema de accesibilidad en atención primaria, no hay acceso a la educación diabetológica de forma equitativa en los centros de salud, porque ustedes no han puesto toda la carne en el asador. Porque la diabetes es una enfermedad crónica, compleja, que hay que intervenir de forma eficiente desde el debut de la diabetes. Para ello debe haber una atención primaria fuerte y robusta. Y

ustedes, con el mismo modelo socialista, no han apostado por una estrategia donde se contemplaran jubilaciones de médicos de familia o enfermeras, ni hacer atractiva la atención primaria y que volvieran los talentos que se fueron y se quedarán los que terminan aquí. No pida usted más plazas MIR de familia, porque se quedan vacías, consejera.

Hablan ustedes de la enfermera comunitaria en los centros de salud, pero ustedes no concretan cuándo estarán.

También hablan de evitar amputaciones. Treinta y seis podólogos no; son ocho podólogos iniciales para cada provincia, uno para cada provincia de Andalucía.

¿Sacan ustedes convocatorias de promoción interna? Esto no es lo adecuado, consejera. ¿Qué labor van a desarrollar estos podólogos cuando lo que se necesita es un podólogo...?

El señor BONILLA HIDALGO, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Debe ir terminando, señora Ruiz.

La señora RUIZ VÁZQUEZ

—Sí, termino, presidente, muchas gracias.

Mire, cuando lo que se necesita es un podólogo en cada centro de salud. Hay podólogos, hay enfermeras y hay médicos de familia.

Mire, el Plan Andaluz de Diabetes —ya termino con esto, presidente— está obsoleto; no avanza y necesita reiniciarse y reconstruirse desde la base. No solo debe contemplar a los pacientes tipo 1, sino también a los pacientes tipo 2.

Y ya termino, realmente.

Dejen de mirar y de caminar con modelos socialistas caducos, ineficaces, ineptos y corruptos, y miren por el paciente, que para ello cumple con sus impuestos y está exigiendo ser atendido como merece.

Muchas gracias.

El señor BONILLA HIDALGO, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señora Ruiz.

Por el Grupo Socialista, tiene la palabra el señor Ruiz Espejo.

El señor RUIZ ESPEJO

—Gracias, señor presidente.

Intentaré centrarme en la materia y evitar mítines en una comisión, que creo que podemos aportar más.

Mire, ya hemos dicho esta tarde aquí que la diabetes es una enfermedad crónica y que tiene un gran impacto sanitario, pero también lo tiene social y económico. Y, además, afecta a personas de todas las edades.

En Andalucía, en torno a un millón de personas pueden tener esta enfermedad, y la prevalencia está en torno al 15,3 %; por tanto, muy alta. La mayoría se trata de diabetes de tipo 2. Y, además —y creo también que es importante resaltarlo—, de cada tres personas con diabetes tipo 2, se estima que una no sabe que la padece; de ahí la importancia también de la detección precoz y las campañas de sensibilización entre la población.

Y estas cifras también lo más preocupante es que se han duplicado en los últimos diez años, debido al aumento de la edad media de la población y también a los estilos de vida: sedentarismo y alimentación poco saludable, que genera sobrepeso, entre otros, y que son factores que intensifican la prevalencia de esta enfermedad crónica.

Ante estas cifras tan importantes, entendemos que la consejería, la Junta de Andalucía debe afrontar la realización de sus políticas, programas y acciones dirigidas a la diabetes, al menos escuchando a quienes la padecen y son los protagonistas de todas esas acciones del Gobierno.

Ya lo anunciaban representantes de su partido, del Partido Popular, en el 2007, que decían que es una obligación de los poderes públicos trabajar coordinadamente con las asociaciones de pacientes y sociedades científicas para frenar, en lo posible, el aumento de la prevalencia y mejorar la calidad de vida de las personas diagnosticadas.

Sin embargo, este año 2025, la Federación de Diabetes de Andalucía todavía sigue demandando la educación diabetológica para personas con diabetes tipo 2 y la necesidad de implantar sensores de monitorización para esta detección, con tratamiento de insulina basal y mal controlados, ya que no encuentran avances y resultados suficientes en la gestión de la consejería, donde predomina la falta de concreción y las propuestas vagas.

Consejera, esta mala gestión por parte de la Junta hace que se paralicen los diferentes avances en lo que respecta a la educación diabetológica, una demanda que llevan años solicitando estas entidades, esta federación, sin que se tomen acciones efectivas.

No es suficiente que solo sean algunos distritos sanitarios los que cuenten con programas funcionando, porque la realidad es que la mayoría de la población aún no tiene acceso a estos recursos. Por lo tanto, hay que impulsarlos.

Ya se ha destacado aquí: el plan integral se actualizó en el año 2016. Conocemos que en el año 2022 se inició una nueva actualización del plan para el año 2022-2024. No tenemos noticias de que se hayan seguido actualizando dichos planes integrales y es importante la actualización y, como lo hemos señalado aquí, contar también con las entidades y con las propias personas afectadas.

La federación también reclama la atención podológica en los centros de salud y reactivar las consultas de pie diabético, suspendidas durante los últimos años. Y piden impulsar estas consultas porque, como también usted ha dicho, las amputaciones siguen siendo una de las complicaciones frecuentes, signo de mal control de estos pacientes. No consideramos que sea una política adecuada para atender las necesidades podológicas de los pacientes diabéticos y las pacientes diabéticas publicar en la página web de la consejería el listado de clínicas podológicas privadas.

Junto a lo anterior, la Federación Andaluza de Asociaciones de Pacientes con Diabetes reclama a la Consejería de Salud y a la Junta la garantía de atención psicológica, por el gran impacto emocional que

supone el diagnóstico de esta enfermedad y por la necesidad de realizar un afrontamiento positivo para conseguir un buen control, mejorar la salud y la calidad de vida. Está bien ofrecer recursos alimentarios y dietéticos, pero también hace falta esta atención y estos recursos psicológicos.

Para mejorar la calidad de vida y adhesión a los tratamientos es fundamental la implicación de los pacientes, ofreciendo distintas alternativas, con el objetivo de que cada persona pueda elegir la opción que mejor se adapte a sus preferencias y condiciones vitales. Esto es básico respecto a los sistemas de monitorización de glucosa, garantizando así el acceso a la innovación y asegurando que, en efecto, sean las personas con diabetes las que puedan elegir en el proceso de toma de decisiones informadas estos procedimientos y caminando hacia una medicina personalizada y de precisión, como también usted señalaba.

Esta misma consideración se hace extensible a otras tecnologías relacionadas con el abordaje clínico de la diabetes, como por ejemplo las tiras reactivas. La inclusión de la visión de los pacientes es fundamental y está sustentada también en la mejora de su calidad de vida.

En Andalucía la participación de los pacientes y asociaciones se ha garantizado en la elaboración de distintos planes de salud. Esta participación ha sido clave en el desarrollo de la Escuela de Pacientes en los últimos 15 años, en los que se han formado más de 20.000 personas con enfermedades crónicas, entre ellas, personas con diabetes y cuidadores y cuidadoras. Una de las aulas más activa y que no entendemos que, desde que el PP llegó al Gobierno, esta Escuela de Pacientes la llevaran a una situación crítica, sin recursos, sin presupuesto y sin personal, que supone una torpeza política y sanitaria, ya que los proyectos de pacientes expertos y pacientes activos han demostrado su eficacia y contribución a la mejora de la salud de la gente y de la calidad del sistema sanitario, y se han exportado incluso a otras comunidades autónomas donde continúan, y no entendemos que no tengan ese impulso y ese apoyo aquí, en Andalucía.

Desde la federación reclaman también la participación real y efectiva de las asociaciones en la toma de decisiones, en la consejería, de cuestiones que les afecten. La educación diabetológica, los programas de salud, la mejora de la atención primaria para la diabetes, la atención psicológica, la atención podológica, la participación del paciente y de los colectivos y el acceso a las tecnologías innovadoras son clave para el avance en el tratamiento y seguimiento de la diabetes y, en definitiva, para lograr mejores resultados en salud y una vida con mejor bienestar.

Mire, una de sus medidas estrellas que usted le ha señalado, y aquí también se ha dicho, la incorporación de los podólogos a la plantilla sanitaria pública, que hasta ahora se ha quedado en la incorporación de estas ocho plazas de podólogos para toda Andalucía, una por provincia, entendemos que es insuficiente, no solo que es insuficiente, sino que es una ridiculez y falta de consideración con los pacientes y también con los más de 1.400 podólogos colegiados que se quedan excluidos del sistema sanitario público andaluz con esta exigua oferta.

Y gracias a los fondos europeos conseguidos por el Gobierno de España, se han adquirido los medios tecnológicos, entre ellos, los retinógrafos, que usted hacía mención, para atención primaria, aunque también tenemos que lamentar que en muchos casos los centros estén incluso sin desembalar, debido a la falta de profesionales para su uso tan importante para la prevención de la ceguera en la diabetes,

como usted ha señalado. Por ello, creemos, consideramos que es necesario y exigimos implementar medidas que garanticen los plazos de atención previstos en el Plan Integral de Diabetes en Andalucía, que mejoren los resultados de dichos planes, y que algunos les señalo a continuación: garantizar la participación de la Federación de Pacientes en los procesos de toma de decisiones de la consejería relacionados con la diabetes, a través de la creación de un consejo asesor de diabetes; incluir representantes de las asociaciones de pacientes con diabetes en las comisiones de evaluación de tecnología sanitaria, para que puedan participar también en el acceso a estas diferentes tecnologías; garantizar el acceso a los diferentes dispositivos de monitorización continua de glucosa, asegurando que cada paciente disponga del sensor que más se pueda ajustar a su perfil; asegurar la dispensación en farmacia de tiras de glucemia capilar para medidores de glucosa; ofrecer planes de educación diabetológica con evidencias científicas y metodologías probadas; reactivar las consultas de pie diabético en atención primaria; incluir el servicio de podología en la cartera de servicios de atención primaria, o garantizar la atención psicológica a las personas con diabetes, para facilitar el afrontamiento de forma saludable y poder realizar una adaptación progresiva a la nueva realidad que trae consigo la enfermedad. Creemos que son cuestiones esenciales que se pueden incorporar a los planes y que se deben impulsar desde la consejería.

Muchas gracias.

El señor BONILLA HIDALGO, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señor Ruiz Espejo.

Para terminar el turno de los grupos políticos, tiene la palabra el señor Salvador, por el Grupo Popular.

El señor SALVADOR GIMÉNEZ

—Muchas gracias, señor presidente.

Buenas tardes, señorías.

Querida consejera, buenas tardes.

Hoy tenemos dos grandes noticias. La primera es que vamos a debatir sobre el Plan Integral de la Diabetes, impulsado fuertemente por su Gobierno, por su consejería, y decir que es una enfermedad que afecta a más de 800.000 andaluces, y hay otros muchísimos que la padecen y no lo saben. De ahí viene ese nombre de «enfermedad silenciosa».

También, quiero felicitar a la consejera porque somos pioneros en la lucha, somos un referente para las demás comunidades autónomas, y ahí es donde se miran para hacer y luchar contra esta diabetes.

Bueno, por contestar rápidamente o hacer alguna mención a los portavoces de los diferentes grupos. A la portavoz de Vox, bueno, tengo que decir que ha hecho un discurso pesimista, negativo, prácticamente más tipo del Partido Socialista que de Vox. De hecho, si no hubiese visto que era ella, diría que era el Partido Socialista la que estaba interviniendo.

Y al señor Ruiz Espejo, bueno, luego contestaré durante mi intervención, pero es cierto que cada vez que hablan de fondos europeos hablan de Pedro Sánchez. Y hay que decir, señoría, y la población lo

sabe, que esos fondos que vienen de Europa no los manda Pedro Sánchez. Esos fondos de Europa son porque nos los merecemos todos y cada uno de los andaluces.

Y la segunda noticia de la que le hablaba es que tenemos luz, tenemos agua y los trenes están llegando en hora. Que eso hoy en España es una noticia. Lo que debería ser algo normal y rutinario se convierte en noticia. De ahí, la degradación que están llevando Pedro Sánchez y la señora Montero a nuestro país y, por supuesto, a Andalucía.

Y bien, y entrando de lleno en el Plan Integral de la Diabetes que impulsa el Gobierno de la Junta de Andalucía, tengo que decir que es un plan serio, riguroso y consensuado con los profesionales, con objetivos claros y dotados de recursos, importantísimo. Pero también tenemos que hablar de una realidad incómoda, la de la inacción, la del abandono y la del caos que durante décadas marcó la gestión sanitaria de los gobiernos socialistas en Andalucía. Porque no podemos avanzar, señorías, sin reconocer y sin hablar de dónde venimos. Y venimos de una Andalucía donde la atención a enfermedades crónicas, como la diabetes, no estaba entre las prioridades de las políticas del Partido Socialista andaluz. Una Andalucía donde las listas de espera no solo eran largas, sino que eran opacas y se escondían en cajones.

¿Dónde estaban entonces los grandes discursos por la salud pública? ¿Dónde estaban los planes de prevención? ¿Dónde estaban los fondos económicos que tenían que ir a mejorar la vida de todos los andaluces, señorías? Pues, se lo voy a decir. Y no lo decimos nosotros, lo dicen los tribunales. Lo dice el mayor escándalo de corrupción institucional de la democracia: el caso de los ERE. Cientos de millones de euros destinados a ayudar a personas en situación vulnerable, desviados a una red clientelar del PSOE andaluz. Una red corrupta, organizada y, sobre todo, mantenida con dinero público. Y, mientras tanto, los enfermos crónicos y los diabéticos andaluces esperaban un plan, esperaban un médico, un diagnóstico y un mínimo de atención. Y ahora, con el mismo descaro con el que vaciaron las arcas públicas vienen aquí a hablar de compromiso con la sanidad. Pero la cosa no se queda en el pasado, señorías. La corrupción hoy sigue instalada en el PSOE, pero esta vez desde la Moncloa. Porque, mientras que el Gobierno de Juanma Moreno destina a fondo a mejorar la sanidad de todos los ciudadanos andaluces, les recuerdo que tenemos el presupuesto más alto de la historia, con 15.200 millones de euros, ¿qué hace mientras tanto el Gobierno de Pedro Sánchez y la señora Montero? Pues, hacer política para satisfacer a unos socios independentistas; a comprar voluntades políticas y a asegurar sillones a cambio de privilegios.

Tenemos un Gobierno de España que manipula el Código Penal para proteger a los prófugos de la justicia. Donde la Fiscalía parece más una sucursal del PSOE que una institución seria del Estado. ¿Y ustedes, señorías del PSOE, van a venir a esta Cámara a darnos lecciones en sanidad? ¿Y también van a hablar de ética política cuando tienen a ministros imputados, asesores bajo sospecha, la mujer y el hermano del presidente, de aquella manera, y una amnistía escrita a medida a quienes atacaron el orden constitucional? La diferencia es clara. Mientras ustedes malgastaban, nosotros invertimos en servicios esenciales, como es la sanidad, la educación y los servicios sociales. Mientras ustedes protegen y amparan a corruptos, nosotros protegemos a los diabéticos andaluces. Mientras ustedes ponían la ideología por delante de la salud, nosotros ponemos a los ciudadanos por delante de todo. El Plan Integral de

Diabetes es un trabajo serio, riguroso y participativo, incluye medidas de detección precoz y programas para la infancia y la adolescencia, para la educación terapéutica dispone de dispositivos de última generación y, por supuesto, formación para nuestros profesionales.

Hay que seguir trabajando contra la obesidad y contra el sedentarismo. Debemos concienciar a la población de la importancia de una dieta saludable, del sueño de calidad y, por supuesto, del ejercicio físico moderado de la mano de los profesionales, siendo también pilares fundamentales en la investigación y la personalización del tratamiento.

Consejera, continúen trabajando por la sanidad, por una sanidad más moderna, más ágil y más cercana, como están haciendo, apostando por la salud en el mundo rural, que durante años fueron los grandes olvidados, los pacientes de las zonas rurales.

Porque, señorías, no puede haber igualdad de oportunidades si no hay igualdad en el acceso a la salud. Y mientras que el Gobierno de España reparte privilegios fiscales a unos pocos, nosotros defendemos una sanidad pública y de calidad para todos. Y lo hacemos sin manipulaciones, sin utilizar la Junta como una agencia de colocación del partido. ¿Y saben cuál es la diferencia entre ustedes y nosotros, señorías del Partido Socialista? Que, cuando ustedes estaban en el Gobierno, Andalucía era sinónimo de paro, de corrupción y de abandono. Y hoy, bajo el Gobierno del Partido Popular, Juanma Moreno, en Andalucía es sinónimo de solvencia, de transparencia, de esperanza y, sobre todo, de futuro. Sí, señorías, de futuro.

Voy terminando. Los andaluces saben perfectamente lo que ha pasado aquí durante muchos años. Saben que mientras unos se dedicaban a hablar, nosotros nos pusimos a trabajar. Mientras que la izquierda gobernaba con desgana, nosotros gobernamos con compromiso, con seriedad y con rigor.

Señorías, el Plan Integral de la Diabetes no es solo una nota de prensa, es un compromiso con la salud, con la prevención, con las familias, con los grandes profesionales sanitarios que tenemos en Andalucía y, sobre todo, con los enfermos de diabetes.

Y les digo una cosa con claridad. Andalucía ha cambiado y, les guste o no, ese cambio lo lidera Juanma Moreno, lo lidera el Partido Popular.

Muchas gracias.

El señor BONILLA HIDALGO, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señor Salvador.

Pues, para concluir este punto, tiene la palabra la señora consejera.

La señora HERNÁNDEZ SOTO, CONSEJERA DE SALUD Y CONSUMO

—Muchas gracias, señorías.

Muchas gracias, presidente.

Bueno, efectivamente, la diabetes es una de las enfermedades crónicas que más nos preocupan, pero no es solamente por esa alta prevalencia que tiene, sino también porque efectivamente es una en-

fermedad que está infradiagnosticada y que, además, tiene complicaciones, tiene complicaciones microvasculares y macrovasculares.

Pero, claro, ¿qué es lo que ocurre? Si tenemos en cuenta que la diabetes, y hablamos de la diabetes tipo 2 en este momento, no solamente, bueno, no se presenta aislada, sino que también se presenta junto con otras enfermedades crónicas, hipertensión arterial, insuficiencia cardíaca, cardiopatía isquémica. Evidentemente, ¿no? Las complicaciones son mayores.

Ahora, siempre decimos que la mejor gestión de la cronicidad es la prevención. El día 2 de abril presentamos el Plan de Atención a la Cronicidad de Andalucía. Es un plan en el que no solamente se mejora la atención a las enfermedades crónicas, que también incluyen la diabetes, ¿no? Y que, por supuesto, que ha contado con los profesionales, los profesionales expertos y las asociaciones de pacientes. Es un plan que es el paraguas, ¿no? El paraguas bajo el que van a estar otros planes integrales.

Claro, cuando dice «no se ha actualizado», pues fíjese, es que si el Plan Integral de Diabetes no se hubiera actualizado, pues no se habrían incorporado los sistemas de monitorización libre, no se habrían incorporado las bombas sensor, ¿no? Por lo tanto, es verdad que quizás hemos fallado, hemos fallado en no cambiarle, ¿no?, en no cambiarle el número del plan. Pero, bueno, realmente es un documento que se ha ido actualizando poco a poco y realmente se ha ido adaptando a esa innovación tecnológica que tanto aporta a la calidad de vida de los pacientes diabéticos. Que no solamente nos preocupa la calidad de vida, sino los resultados en salud. Es decir, que los pacientes diabéticos vivan más años y con mejor salud.

Nos sigue preocupando, efectivamente, aunque se ha avanzado mucho, nos sigue preocupando la retinopatía diabética. Y sí, es verdad, hemos incrementado el número de retinógrafos gracias a los fondos europeos, por supuesto que sí, ¿no? Es algo que teníamos muy claro, que teníamos que invertir fondos europeos en equipamiento diagnóstico, sobre todo en determinadas patologías, como también en el cáncer, que también lo hemos hecho. Por tanto, no es solamente, ¿no? No es solamente el diagnóstico precoz, sino la prevención.

Como bien saben, tenemos la estrategia de vida saludable, porque efectivamente adquirir una serie de hábitos saludables es lo que nos va a permitir vivir más años con una mejor calidad de vida. Si abandonamos el tabaco, el uso abusivo de alcohol, entre otros, ¿no?, pues evidentemente estaremos mejorando la calidad de vida y podremos vivir más años con menos enfermedad.

Las asociaciones de pacientes. Las asociaciones de pacientes son importantes, por supuesto que sí. Lo que ocurre es que a las asociaciones de pacientes quizás no les explicamos o quizás no compartimos con ellos todo lo que se va haciendo. Ese es uno de los grandes fallos que tenemos y que también queremos solucionarlo.

Fíjese, cuando se dice que se vuelva a incorporar o que se vuelva a tener la consulta del pie diabético. A ver, es que lo que se hace es un abordaje global del paciente diabético. Ya no tenemos esas consultas en las que estaba el enfermero que solamente evaluaba el pie, ¿no? Ahora sí se hace, evidentemente, no solamente, además del control de la hemoglobina glicosilada, la retinopatía diabética, también el índice de filtrado glomerular para detectar la nefropatía diabética, que es una de las grandes complicaciones también, sino también, evidentemente, en ese marco de todas las complicaciones se estudia el pie diabético.

Y vamos a seguir mejorando, porque realmente queremos contar con las federaciones. Lo que ocurre es que hay que tener en cuenta que tenemos que basarnos en criterios científico-técnicos y de eficiencia. No todos los pacientes admiten o no todos los pacientes toleran bien una monitorización continua. Esto es así. Hay un porcentaje de abandono. Es mayor, fíjense, es mayor en población adulta que en población infantil. Aun así, evidentemente, sabemos que tendremos que intentar que no haya ese abandono, pero no podemos dejar de valorar lo que se ha hecho.

Fíjese, una de las grandes complicaciones que puede ocasionar la muerte en una diabetes tipo 1, muy frecuente también en la población infantojuvenil, son las hipoglucemias graves. Las hipoglucemias graves, afortunadamente, lo he dicho antes, han pasado, se han disminuido de un cuatro y pico a un 0,25 por cada 100 habitantes. Bien, pues ahí es donde tenemos que seguir avanzando, para seguir incorporando la tecnología, para mejorar ese control de la enfermedad. No solamente evitar las hiperglucemias sino también las hipoglucemias, que, como he comentado, es lo más grave.

Por lo tanto, vamos a seguir trabajando. Tenemos ese paraguas del plan de la cronicidad. Vamos a revisar este documento vivo, que parece que, bueno, que no sea un documento vivo. Pero, bueno, quizás no hemos cuidado ese aspecto, ¿no? Y seguimos contando con las asociaciones de pacientes. Y por supuesto que ponemos en valor los pacientes expertos. Porque el hablar de igual a igual, de un enfermo a otro, con una serie de consejos, quizás que no vengan de parte de tu médico o de tu enfermera, eso también se valora mucho y también se contempla dentro de este plan.

Por lo tanto, se ha hecho mucho, se ha avanzado mucho en la diabetes. Tenemos ese modelo de hospitales de día, de día, en el que la atención es en menos de 24 horas, sobre todo para los pacientes más complejos o las descompensaciones. Hemos disminuido los ingresos por descompensaciones agudas por cetoacidosis diabéticas. Tenemos el programa de retinopatía diabética implantado, un programa que da resultados. Y vamos a seguir invirtiendo y vamos a seguir insistiendo precisamente en el autocuidado también y en el seguimiento y el acompañamiento del paciente diabético por parte del sistema sanitario público de Andalucía.

Gracias, presidente.

El señor BONILLA HIDALGO, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señora consejera.

12-25/APC-001342 y 12-24/APC-002069. Comparecencia de la consejera de Salud y Consumo, a fin de informar sobre el último informe del Defensor del Pueblo sobre la situación de la sanidad pública en Andalucía

El señor BONILLA HIDALGO, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Pasamos al último debate agrupado en cuanto a comparecencias. En este caso, es a propuesta de dos grupos, que es el Grupo Socialista y el Grupo Popular, que es relativo al informe del Defensor del Pueblo Andaluz.

Les recuerdo que, en este caso, los grupos proponentes tienen ocho minutos y el resto de los grupos, en este caso, Vox, que es el único que está presente, tiene solo tres minutos.

Bien, pues para iniciar el turno del debate, pues tiene la palabra la señora consejera.

La señora HERNÁNDEZ SOTO, CONSEJERA DE SALUD Y CONSUMO

—Muy bien, muchas gracias, presidente.

Creo que terminaré sin voz, pero bueno, seguimos.

Bueno, pues, señorías, como saben, y así lo dicta el artículo 41 de nuestro Estatuto de Autonomía, el Defensor del Pueblo Andaluz «es la institución competente y encargada de velar por la defensa de los derechos sociales, deberes y políticas públicas de esta tierra».

De igual modo, tal y como viene referenciado en el artículo 128 de la ley fundamental andaluza, «está compuesto por un comisionado del Parlamento, designado por este para la defensa de los derechos y libertades comprendidos en el título I de la Constitución, el de los derechos y deberes fundamentales y en el título I del propio Estatuto, a cuyo efecto podrá supervisar la actividad de las administraciones públicas de Andalucía, dando cuenta al Parlamento». Su estructura, funcionamiento, procedimientos y competencias vienen recogidos en la Ley 9/1983, de 1 de diciembre, del Defensor del Pueblo Andaluz. Actualizada posteriormente mediante la Ley 11/2001, del 11 de diciembre. El artículo 31 de esta ley afirma que «el Defensor del Pueblo Andaluz dará cuenta anualmente al Parlamento de la gestión realizada en un informe que presentará al mismo en el periodo ordinario de sesiones». Precisamente, el pasado 23 de abril, el Defensor del Pueblo Andaluz entregó el informe del año 2024 al presidente del Parlamento. El citado informe, motivo de esta comparecencia, arroja los principales datos y conclusiones en lo referente a la labor vinculada a esta consejería, entre otras materias en las que ha intervenido el Defensor.

En este sentido, desde la Consejería de Salud y Consumo, tomamos en consideración los principales datos, actuaciones, incidencias y recomendaciones recogidas en el informe, para continuar mejorando todo aquello susceptible de mejora en el sistema sanitario público de Andalucía. El propio preámbulo del apartado del informe, dedicado a salud y bienestar, ya denuncia que la protección de la salud es un pilar fundamental del estado de bienestar y un derecho esencial de la ciudadanía, que es exactamente el

mismo concepto que tiene este Ejecutivo de este derecho universal, gratuito y de calidad, que es nuestra sanidad pública.

Inmediatamente a continuación, ya introduce los desafíos —de hecho, así los cataloga— a los que se ha seguido enfrentando nuestro sistema de salud, como es la atención primaria, las listas de espera o la carencia de profesionales sanitarios en ciertas especialidades. Todos ellos, como no puede ser de otro modo, también constituyen ejes claves sobre los que estamos trabajando al máximo de nuestras capacidades y en el marco de nuestras competencias, para reforzarlos y tratar de corregir las incidencias que puntualmente tienen lugar sobre ellos.

En lo referente a nuestro primer nivel asistencial —como ya saben, la atención primaria— se encuentra especialmente resentida tras la devastadora pandemia de COVID-19, por lo que hemos desplegado un paquete de medidas que persiguen fortalecer esta puerta de entrada crucial en el sistema sanitario.

En concreto, entre las medidas, cito: destinar el 35 % del presupuesto sanitario a la atención primaria, lo que supone 10 puntos más del 25 % que recomienda la Organización Mundial de la Salud o el acuerdo pactado con los sindicatos sanitarios. Este 35 % supone un total de 5.171 millones de euros, sobre los 15.247 millones del presupuesto de salud y consumo —que, quiero recordar, se ha visto incrementado en mil millones de euros este ejercicio, lo que lo convierte en un presupuesto récord en la historia sanitaria de Andalucía—, para aumentar personal y modernizar equipamientos e infraestructuras.

Otra de las medidas es la incorporación en plantilla, aprobada por el Consejo de Gobierno en el año 2024, de la cual en solo un año ya se ha completado el 77 % de los efectivos contemplados en el pacto de mejora de la atención primaria, rubricado hace dos años con las organizaciones sindicales. Les informo, en este sentido, que la propia consejería remitió hace un par de meses al Defensor del Pueblo un informe sobre el grado de ejecución de dichos acuerdos suscritos con los agentes sociales —por cierto, con un grado de cumplimiento bastante elevado del mismo—. Además, conviene destacar que el presupuesto de 2025 fija la incorporación de 3.072 sanitarios a nuestra atención primaria, para continuar fortaleciéndola aún más de personal.

Y siguiendo con las medidas puestas en marcha para fortalecer la atención primaria, hemos implementado las continuidades asistenciales, de carácter voluntario, abierto y permanente para los facultativos, la cual está aprobada desde el acuerdo del Consejo de Gobierno de abril de 2022 y que permitió que el pasado año tuvieran lugar 46.392 sesiones de accesibilidad de continuidad asistencial, que supusieron un total de 262.256 horas de continuidades asistenciales, un 7,3 % más que en 2023.

En la asignación de las agendas, se han consolidado las treinta y cinco citas para médicos de familia, las veinticinco para pediatras. Y ya están diseñadas las agendas para el resto de profesionales: enfermería, fisioterapia y terapia ocupacional, logopeda, fisioterapias, podología, trabajo social. De esta medida descongestionamos la carga de nuestros profesionales, también señalada en el informe del Defensor.

Para el abordaje de los puestos de difícil cobertura, referenciados específicamente por el Defensor del Pueblo, continuamos avanzando en la tramitación de un decreto de provisión de estos perfiles y en el que estudiamos las medidas para incentivarlos y hacerlos más atractivos a los profesionales.

Y para continuar progresando en accesibilidad, hemos modernizado la gestión de la demanda gracias al «Plan de mejora del acceso y gestión de citas en atención primaria», puesto en marcha en diciembre e

implantado progresivamente desde entonces en todos los distritos sanitarios de Andalucía, el cual ha marcado un punto de inflexión en nuestra capacidad de organización y respuesta. Puedo informarles que el total de demanda no satisfecha que ha caído en *back office* durante el primer trimestre del año 2025 ha sido de 206.421 entradas, las cuales habría sido muy complejo resolver sin la implementación de esta medida.

Este sistema ha demostrado ser una herramienta tremendamente útil, que nos ha permitido canalizar la administración de las solicitudes de manera eficaz y atender así el 99 % de ellas en menos de 72 horas, como así lo ha reconocido el propio Defensor del Pueblo Andaluz, que indica que reduce el porcentaje de citas que cada centro reserva a demandas imprevistas del 50 a 7 %, y se aumenta la continuidad asistencial en todos los distritos con consultas por la tarde. Es decir, que habiendo más actividad, hemos ofrecido mejor respuesta, lo cual se demuestra en la subida del 2,4 % en el número de consultas respecto al mismo periodo del año anterior. Solo en marzo de este año se realizaron un 13,2 % más de consultas que en marzo de 2024. Además, todo ello desemboca en la reducción del tan indeseado absentismo: del 6,06 % al 5,75 %, incluso ampliando el margen de citación a 21 días. Este sistema, reforzado por la incorporación de indicadores claves, como el absentismo e hiperfrecuentación, que permiten analizar los datos por distrito, revela que ganar en accesibilidad no depende exclusivamente de aumentar la oferta, sino de tener estructuras ágiles y agendas inteligentes, capaces de priorizar tareas de valor para la ciudadanía.

Además, todo este operativo se apunala con el impulso de las agendas administrativas, con 480.884 citas gestionadas entre enero y marzo, un 32 % más que el año anterior, que también repercute positivamente en las citas clínicas. La nueva campaña del sistema AviSAS para la adhesión de suscriptores, que más adelante ya podré comentar, y la consulta de acogida, la cual ha sido clave en la puerta de entrada sanitaria, con 354.777 pacientes gestionados a través de este tipo de consultas, con una resolución de un 56 %, lo que supone un 4 % más de resolución. Y es que la validez de este plan, señorías, no solo la verifica el propio Defensor del Pueblo, sino también los pacientes andaluces, un 70,6 % de los cuales, en la última encuesta de satisfacción, afirmó haber resuelto su problema el mismo día. Además, el propio informe también reconoce la utilidad del acuerdo del 10 de diciembre de 2024 del Consejo de Gobierno para facilitar la realización de nombramientos de carácter temporal de personal médico especialista y personal de enfermería extranjero no comunitario.

En cuanto al segundo de los desafíos, las listas de espera quirúrgica, el Defensor del Pueblo ya hacía referencia en 2018 a una situación, cuando recuerdo que se escondían expedientes en cajones para aligerarlas artificialmente. A diferencia de ello, este Ejecutivo siempre ha trabajado con la transparencia por bandera, reconociendo la realidad y desarrollando medidas para dar soluciones oportunas; medidas que han permitido que, a fecha 7 de marzo, hemos reducido a la mitad las listas de espera quirúrgica de pacientes fuera de plazo, un 47,59 %. Hemos pasado de más de 53.000 pacientes fuera de plazo a 27.000. El total de pacientes andaluces en listas de espera quirúrgica es de 124.127, de los que 27.784 están fuera de plazo, frente a 53.014 registrados en 2023, cuando había un total de 142.507 pacientes pendientes, con lo que hay 25.230 personas menos en espera.

Actualmente, menos del 25 % de los pacientes en listas de espera está fuera de plazo.

En diciembre de 2023, este porcentaje era del 37,2 %. La espera media para operarse ha bajado 30 días —de 150 a 120—, lo que supone un 20 % de reducción. Entre enero y febrero de este año se han

operado 49.407 personas dentro del plazo de garantía, casi un 2 % más que en el mismo periodo del año pasado. El pasado año se realizaron 404.485 intervenciones quirúrgicas entre procesos garantizados y no garantizados, un 11,1 % más que en 2023, lo que se traduce en 40.652 personas más operadas. Y esta reducción ha sido gracias a la implementación del plan de garantía, recursos propios más conciertos. En Andalucía se opera más y se realizan, desde que arrancó este año, una media de 1.263 intervenciones al día, las cuales han sido posibles gracias, sobre todo, al esfuerzo de nuestros profesionales, que en autoconciertos se han realizado 9.543 operaciones. Así lo reconoce el Defensor del Pueblo, el cual, textualmente cita que «a medida que avanzaba el año 2024 —sobre todo, en el último trimestre—, se aprecia una mejora en las listas de espera quirúrgica, manifestada a través de abundantes expedientes concluidos favorablemente, como efecto reflejo de las medidas extraordinarias implantadas por los responsables de la Administración sanitaria».

Además, quisiera destacar que el 85 % de las intervenciones se ejecutan en centros hospitalarios del Servicio Andaluz de Salud, y únicamente un 15 % en conciertos. Por lo tanto, desmentimos esa falacia de la privatización del sistema sanitario público. Es más, el Defensor del Pueblo avala los conciertos para dar cumplimiento a los plazos de garantía del Decreto 209/2001, hecho que califica como un reto de envergadura. Andalucía se sitúa en 2025 en 4,9 puntos por debajo de la última media nacional de la que disponemos, de 2022, en cuanto a conciertos sanitarios —3,7 frente a un 8,6— y 1,35 puntos por debajo respecto a 2014, año en el que más se destinó, con un 5,05 % con la Administración anterior. Insisto, no estamos privatizando la sanidad.

Y finalmente, respecto al último de los retos, la carencia de facultativos, los efectivos medios de Servicio Andaluz de Salud han aumentado de 100.875 profesionales en 2018 a 128.332 en 2025; es decir, un 27 % más. En cuanto a plantilla fija, el incremento contemplado en los presupuestos de casi siete mil sanitarios prevé pasar de 109.856 en 2024 a 116.658 en plantilla estructural en 2025. Las estabilizaciones realizadas han permitido pasar de una plantilla de personal fijo de 48.500 en 2018 a 79.606. Y con las tres OPE que se unifican —2022, 2023 y 2024— se van a estabilizar 21.953 plazas, es decir, 21.953 empleos fijos más en el SAS, hasta llegar al 92,94 % de estabilidad.

Bien, además es que la carencia de sanitarios no solamente afecta a Andalucía, sino también a toda Europa. Hubo una falta de previsión de las autoridades sanitarias hace más de una década y media, no anticipando a esta situación.

Aun así, seguimos pidiendo, por favor, un pacto nacional por la sanidad que aborde y dé respuesta a todos los déficits y problemas que afectan a nuestra sanidad pública, no solamente en Andalucía, sino al resto de nuestro país.

Gracias, presidente.

El señor BONILLA HIDALGO, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señora consejera.

Pues, para iniciar el turno de debate de los grupos, por el Grupo de Vox, tiene la palabra el señor Segovia.

El señor SEGOVIA BROME

—Gracias, señor presidente.

Gracias, señora consejera.

Yo no sé si nosotros hemos leído el mismo informe del Defensor del Pueblo. Yo he recogido otra serie de manifestaciones. De hecho, comienza afirmando: «durante el último año, como en los precedentes, hemos seguido enfrentando desafíos como la sobrecarga del sistema de atención primaria, las interminables listas de espera o la falta de facultativos de determinadas especialidades, en particular en algunas áreas sanitarias del sistema sanitario público andaluz». La frase clave es «como en los precedentes», porque lo que está evidenciando el Defensor es una incapacidad del Gobierno de la Junta, al menos, hasta ahora, para haber revertido la situación.

Respecto a la dificultad para la obtención de cita con el médico de familia, por la insuficiencia de facultativos en la plantilla de los centros de salud que dan lugar a la solicitud de atención no demorable, como las urgencias de atención primaria, el Defensor afirma que los responsables de la organización de los servicios públicos de salud son conscientes de ello, por lo que a lo largo de 2024 han adoptado medidas de índole organizativa y de carácter normativo, aunque el problema no presenta perspectiva de obtener solución a corto plazo. Esto es lo que opina el Defensor, según lo que yo he leído. Y menciona el Defensor dos medidas tomadas a finales de 2024, del mes de diciembre las dos. El Plan de gestión centralizada de demanda, del que usted ha hecho referencia, para que puedan dar respuesta antes de 72 horas, pero lo que nosotros recogemos es que no responde el médico, aunque sea de otra provincia y por teléfono, sino que responde el centro de salud para darle una cita posterior a las 72 horas, que todo el mundo esperaba que era el tiempo máximo en el que iba a ser atendido por el médico, y que ya es bastante tratándose de atención primaria.

Y menciona también el acuerdo de 10 de diciembre de 2024, que persiste en la línea de facilitar la realización de nombramiento de carácter temporal de médico especialista y personal de enfermería extranjero no comunitario, eximiendo del requisito de la nacionalidad. Tampoco hace el Defensor comentario respecto a este tema, lo cual a nosotros nos parece grave, porque, por un lado, no sabemos hasta qué punto queda garantizada la formación de los médicos que van a atender a los ciudadanos andaluces. Y, por otro, supone una competencia desleal para los médicos andaluces, pues la presencia de estos médicos de países extracomunitarios que vienen de países con menos nivel económico que España permite a la Administración ofrecer unos contratos a la baja, que distan mucho de los que ofrecen a sus médicos otros países de Europa.

El Defensor afirma también, que usted lo ha nombrado, puestos de difícil cobertura, pero lo que dice es que queda inconcluso el proyecto de decreto por el que se establece el régimen de acceso a puestos de difícil cobertura. Un proyecto que puede ser de gran utilidad para amparar el derecho a la protección de la salud de los andaluces y andaluzas que viven en la zona con menor número de facultativos. Aun así, a nosotros parece que el informe incide poco en este tema, porque las desigualdades en Andalucía son notables.

En cuanto a la mal llamada atención especializada en el informe del Defensor, porque la primaria también es especializada, el Defensor afirma que está afectada por la carencia de recursos humanos e

incide en los tiempos de respuesta asistencial, considerando que han superado la categoría de coyunturales, y lo que es peor, en 2023 las quejas se duplicaron respecto a 2022, tanto por el acceso a primera consulta de especialidad como en intervenciones quirúrgicas. Pero es que se han cuadruplicado las fundadas en demora por los procedimientos diagnósticos, que creo que siguen sin publicarse.

Según el Defensor, la insuficiencia de especialistas en este segundo nivel de asistencia del sistema sanitario público andaluz...

El señor BONILLA HIDALGO, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Tiene que ir terminando, señor Segovia.

El señor SEGOVIA BROME

—Vale. Perdón, presidente.

Termino.

... no puede ser compensada ni a medio ni a largo plazo con las medidas tomadas por los responsables de la Administración sanitaria. Esto es lo que piensa el Defensor. Nosotros, de todas maneras, respecto al tema de los contratos que ustedes han hecho, nosotros le invitamos a que haga una relación de puestos de trabajo de todos los centros del SAS para que, de verdad, podamos saber dónde faltan y dónde no. Y atribuir a la COVID la demora en la atención primaria, a nosotros nos parece que no se ajusta a la realidad, porque estamos hablando de cuadros que son agudos y que, lógicamente, a diferencia de la revisión de pacientes cardiopatas, oncólogos, aquí es un día a día.

Y termino, por respetar al presidente.

Muchas gracias.

El señor BONILLA HIDALGO, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señor Segovia.

Por el Grupo Socialista, tiene la palabra el señor Márquez.

El señor MÁRQUEZ BERRAL

—Gracias, presidente.

«Estoy desesperada. Es la cuarta vez que solicito una cita en mi centro de salud y me la dan para dentro de un mes y medio. Me dicen que vaya en persona. He ido en varias ocasiones, a las siete de la mañana, y hay una cola inmensa. Y cuando me llega el turno ya no quedan citas. Tengo 80 años, y nunca me había pasado esto».

Señora consejera, esta es solo una de las quejas, de las muchas, que los andaluces y andaluzas han presentado en este año al Defensor del Pueblo como consecuencia del pésimo funcionamiento

de nuestro servicio público de salud, como consecuencia de desastrosa gestión que está haciendo de nuestra sanidad el señor Moreno Bonilla, y usted, como consejera.

Fíjese, la salud, la dependencia y la vivienda han acaparado una de cada tres actuaciones del Defensor del Pueblo en el 2024. Casualmente, las tres materias en las que el Partido Socialista está centrando su oposición a este Gobierno. Y las iniciativas relacionadas con la salud se han visto incrementadas en más de un 30 %, lo cual pone de manifiesto la preocupación creciente por el deterioro de nuestra sanidad pública que está comportando su gestión. El desastre de la atención primaria, la falta de especialistas, la atención a enfermedades raras o la reproducción humana asistida, la atención temprana, la salud mental, los tiempos de respuesta asistencial, el transporte sanitario y el control de la incapacidad temporal son solo algunos de los temas que han protagonizado las quejas de los andaluces y andaluzas con relación al Sistema Andaluz de Salud. Lo que pone de manifiesto que esto ya no es solo una cuestión que critica el Partido Socialista o el principal partido de la oposición, sino que estamos ante el problema que más preocupa a los andaluces y andaluzas, que estamos ante un deterioro creciente de nuestro servicio público de salud.

Señora consejera, los andaluces y andaluzas le han dado la mayoría absoluta a su Gobierno. Cuando uno gobierna una comunidad autónoma, y lo he dicho en alguna ocasión, tiene muchas responsabilidades. Pero por encima de todas tiene una, que es velar por cuidar por la salud de los andaluces y andaluzas, hacer que nuestro servicio público de salud funcione. Y, desgraciadamente, el Servicio de Salud público en Andalucía no funciona. Es un desastre. Es un verdadero desastre. Dos millones de andaluzas en listas de espera, recortes de plantilla, contratos precarios, supresión de días de atención y horario en consultorio. El Servicio público de Salud es un verdadero desastre. Y lo es en el momento, y es lo único en el que estoy de acuerdo con usted, que más recursos tiene, que más recursos económicos tiene. Y no se lo decimos nosotros, el Partido Socialista, se lo dicen los ciudadanos, los profesionales, los sindicatos que se manifiestan en los centros de salud, que se manifestaron hace una semana en Sevilla, en las calles de Sevilla, o que manifiestan su queja creciente ante el Defensor del Pueblo.

Y el problema es que esos recursos, los máximos, el problema es que no llega a donde tienen que llegar. Esos recursos se pierden como consecuencia de su pésima gestión. Se pierden como consecuencia de la obsesión del señor Moreno Bonilla de regar con cientos de millones de euros a la sanidad privada con contratos irregulares en detrimento de la pública. Por eso, el sistema público de salud no funciona y está peor que nunca. Y, sin embargo, señoría, su estrategia lo ha venido haciendo en cada comparecencia, y hoy también lo ha deslizado, únicamente es hacer oposición a la oposición. Es confrontar con el Gobierno de España y es mirar siempre al pasado.

Mire, señora consejera, no tenemos ningún tipo de problema en que se mire al pasado. La cuestión es que en ese pasado usted, dentro del Sistema público de Salud, era una directiva del Servicio público de Salud. Y si tan mal estaban las cosas, le pregunto por qué usted no dimitió, que era lo coherente que hubiese tenido que hacer. Si mi partido, si yo no estoy de acuerdo con mi partido, no le quepa la menor duda de que tardaré un minuto en dimitir como parlamentario y no me aferraré a este cargo.

Pero, mire, usted nunca dimitió. Y hubiese sido lo coherente. Se podía haber dedicado a dejar de ser directiva y a ser un médico más. O se podía haber dedicado, dado el dominio del diccionario que le ha querido demostrar a mi compañera, a ser profesora de Lengua y Literatura. Pero, sin embargo, usted no lo hizo. ¿Sabe por qué no lo hizo? Porque, verdaderamente, no estábamos peor que ahora. Estábamos mejor.

Mire, le voy a dar algunos datos. ¿Sabe cuál fue el volumen, que es una de las críticas que nosotros hacemos, de contratos de adjudicación directa que hizo el SAS en el 2018, en el último Gobierno socialista? Pues 80 contratos. ¿Sabe por qué importe? Por valor de 1.260.000 euros. ¿Sabe cuál es el volumen de contratación directa que hizo el SAS en el año 2021, una vez terminada la alerta sanitaria? Hasta 2.643 contratos de contratación directa. ¿Sabe por qué volumen? Por valor de 95 millones de euros. ¿Notan la diferencia, señorías? El problema no es que un Gobierno u otro hayan hecho contratos de adjudicación directa, que es lo que le venimos diciendo. El problema es el sistema y el abuso sistemático y fraudulento de este sistema.

Pero le doy algunos datos más, porque le digo que este modelo de desvío irregular masivo de contratación a la sanidad privada está íntimamente relacionado con el deterioro de nuestro sistema público de salud. Mire, le digo algunos datos del barómetro de la percepción de la sanidad pública andaluza, de barómetros públicos. ¿Sabe cuál era la valoración de nuestra sanidad cuando en 2013 dejó de ser consejera de salud María Jesús Montero y usted era directiva supuestamente de ese sistema, por lo cual la felicito, y se apostaba por lo público? El 67,6 la valoraba como buena o muy buena, por supuesto, por encima de la media. Usted forma parte de ese sistema. ¿Sabe cuál es la valoración en el 2024, con Moreno Bonilla de presidente y usted de consejera? De 25 puntos menos. La peor nota de toda España, señoría. ¿Pero sabe cuántos andaluces con María Jesús Montero, y en el equipo estaba usted como directiva, encontraba cita en atención primaria en 24 horas? El 46 %. También por encima de la media, señora consejera. Y en el 2024, con Moreno Bonilla, y ahora usted como máxima responsable y consejera, solo el 16 %, señoría.

Pero les doy un dato más. ¿Saben los que no encontraban cita en 24 horas? ¿Saben cuánto tardaban en encontrarla en el 2013? Pues 2,88 días. Y en el 2023, 10,66 días. ¿Notan la diferencia, señoría? ¿Se dan cuenta de las consecuencias que tiene la obsesión del señor Moreno Bonilla de desmantelar la sanidad pública en favor de la privada? ¿Entienden ahora el malestar, la desesperación de los ciudadanos?

Y termino. Termino, en primer lugar, en la lectura y en el análisis de este debate del Defensor del Pueblo, en primer lugar, poniendo mi agradecimiento a la figura del Defensor del Pueblo, al cual admiro por su coherencia, por su integridad y por su cercanía, siempre, a las causas más desfavorecidas. Por tanto, desde aquí me gustaría trasladar personalmente ese agradecimiento.

Y me gustaría terminar haciéndome un mensaje de él que termina en este debate y en este resumen que hace y que lo hago propio. Cuando dice «no asumas como normal lo inaceptable». Y ese es el mensaje que decimos a los ciudadanos de Andalucía, que no aceptemos como normal lo que es inaceptable, que es el deterioro del sistema público de salud.

Muchísimas gracias.

El señor BONILLA HIDALGO, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señor Márquez.

Por el Grupo Popular tiene la palabra la señora Escarcena.

Guarden silencio, por favor.

Señora Escarcena, tiene usted la palabra.

La señora ESCARCENA LÓPEZ

—Gracias, presidente.

El señor portavoz del Partido Socialista le dice a la consejera coherencia y que hubiera dimitido. Coherencia pida usted a su jefe, el señor Sánchez. No, al señor Sánchez, que dimita.

Bueno, quería que mis primeras palabras hubieran sido de agradecimiento, pero a la vista del inciso tengo que agradecer, sobre todo en nombre de mi grupo, a la institución que representa el Defensor del Pueblo Andaluz y trasladarle nuestra felicitación por el gran trabajo realizado a la hora de elaborar este informe anual. Porque, señorías socialistas, nosotros sí respetamos las instituciones que conforman nuestro Estado de Derecho, a diferencia de otros, que no hay día que pase sin que protagonicen un nuevo maltrato o desprecio a nuestras instituciones.

Y, como digo, máximo respeto y colaboración desde el Gobierno andaluz con esta institución. Y así lo recoge el Defensor del Pueblo en su informe. Además, el informe recoge una serie de recomendaciones y consideraciones una vez estudiadas las incidencias y reclamaciones que los andaluces les han trasladado respecto a nuestro sistema sanitario público. Pues bien, la señora consejera ya nos ha explicado con detalle las medidas que se han puesto en marcha por parte del Gobierno de Juan Manuel Moreno en estos últimos meses para paliar estas incidencias. Y que yo no voy a repetir, pero sí decir que estas medidas están dando resultados, como así lo ha recogido el Defensor del Pueblo Andaluz también en su informe y lo reflejan los datos, señorías. Se ha conseguido reducir las demoras en la atención primaria y las listas de espera quirúrgicas. Porque, señorías, para el Gobierno de Juan Manuel Moreno la demora en la atención primaria y las listas de espera son una prioridad. Así que, señora consejera, enhorabuena a usted y todo su equipo por el trabajo que viene realizando desde su consejería para que los andaluces tengamos el mejor sistema público sanitario y, por supuesto, siempre de la mano de los profesionales sanitarios, a los que agradecemos su entrega y dedicación.

El camino no ha sido fácil ni es fácil, señora consejera, porque tenemos que recordar, aunque a la señoría socialista no le guste, que cuando Juan Manuel Moreno tomó las riendas del Gobierno de Andalucía en 2019, nuestro sistema sanitario público estaba colapsado, desbordado por la nefasta gestión de los gobiernos socialistas. ¿Recuerdan? Recuerdan a 7.700 profesionales sanitarios despedidos. Listas de espera ocultas en los cajones. Más de medio millón de andaluces que no se contabilizaban, que no existían para la sanidad pública andaluza. Cerraban hospitales. ¿Recuerdan? Hasta 800 camas menos. El personal sanitario sufrió una reducción de su salario en un 4 % de media. Y por supuesto que tenemos que recordar que cuando gobernaba el Partido Socialista recortó 1.590 millones en sanidad, la inversión más baja. Y todo esto sucedía ¿cuándo? Cuando la señora Montero, María Jesús Montero, era

CVE: DSCA_12_489

consejera de Sanidad. Y ahora tiene la desfachatez de venir aquí, a Andalucía, a coger una pancarta en defensa de la sanidad pública.

Señorías socialistas, los andaluces no olvidan. Y por eso creo que la señora Montero lleva ya varias semanas sin venir por aquí, por Andalucía ¿O será por el apagón eléctrico masivo que sufrimos el pasado 28 de abril? Apagón eléctrico que, por cierto, evidencia que nuestra comunidad sufre importantes carencias en la red de transporte eléctrico. Un maltrato más del Gobierno del señor Sánchez con Andalucía. Un Gobierno que no invierte en nuestra comunidad. Sufrimos un déficit histórico en infraestructuras eléctricas, un 40 % menos de lo que nos corresponde. ¿O será que la señora María Jesús Montero no viene por Andalucía por el caos ferroviario que sufre nuestra comunidad? Otro maltrato más del Gobierno de Sánchez en nuestra tierra. El señor Sánchez no invierte en infraestructuras ferroviarias. Y lo que es más grave, no invierte en el mantenimiento de las infraestructuras que tenemos. Y esto lo sabemos muy bien los malagueños, porque lo padecemos a diario, señorías. Con la línea de cercanías C1 Málaga-Fuengirola, una línea colapsada que carece de mantenimiento y de la frecuencia necesaria. O el tren litoral que conecta Nerja con Algeciras, una infraestructura demandada por toda la sociedad civil malagueña y que precisamente ayer se debatió en el Congreso de los Diputados una PNL a propuesta del Partido Popular para exigir a Sánchez que impulse este proyecto. ¿Y qué votaron los diputados del Partido Socialista? Se abstuvieron.

En fin, son muchos los maltratos de Sánchez a nuestra tierra. ¿Y qué hace la señora Montero? Guarda silencio. Si la señora Montero quisiera lo mejor para Andalucía y para los andaluces, lo primero que tendría que hacer es defender los intereses de los andaluces y de Andalucía, en lugar de los intereses de Sánchez.

Como digo, señora consejera, no ha sido ni es nada fácil reconstruir el enorme destrozo que el Gobierno socialista hizo en la sanidad pública andaluza. El Gobierno de Juanma Moreno en estos seis años con mucho esfuerzo y sacrificio está transformando nuestro sistema sanitario público, destinando el mayor presupuesto de la historia a la sanidad, más de 15.000 millones de euros, aumentando el gasto sanitario por habitante en un 45,3 % desde 2018, esos 551 euros más. Ahora tenemos más inversión. Incrementando los profesionales sanitarios, como ha dicho la consejera, el número de médicos supera por primera vez los 30.000 y hay 8.500 enfermeros más.

Y si hablamos de infraestructuras sanitarias, ha tenido que venir el Gobierno de Juanma Moreno para cumplir las promesas y los engaños que María Jesús Montero hizo a los andaluces cuando era consejera de Sanidad. Promesas incumplidas durante veinte años por los gobiernos socialistas y que ahora son una realidad gracias al Gobierno de Juanma Moreno. A modo de ejemplo, solo en mi provincia, en Málaga, ahí está, ya es una realidad, la ampliación del hospital Costa del Sol, en Marbella, o el centro de salud Los Pacos, en Fuengirola, o el centro de salud y alta resolución de El Palo, con las obras ya iniciadas.

Así que, señorías del Partido Socialista, lecciones ninguna, porque el Gobierno de Juanma Moreno está poniendo todo su empeño en mejorar nuestro sistema público sanitario, y lo está haciendo a pulmón porque nuestra comunidad sufre una injusta financiación por parte del Gobierno de España. El señor Sánchez cada año nos niega 1.522 millones de euros. Y si a ello le añadimos que el señor Sánchez

nos retiene 1.200 millones de euros desde enero hasta el 30 de abril por no actualizar las entregas a cuenta, dinero que nos corresponde por los impuestos recaudados en Andalucía.

¿Y por qué no se actualizan estas entregas a cuenta? Porque el señor Sánchez es incapaz de sacar unos Presupuestos Generales del Estado adelante. Andalucía pierde estos recursos, señoría, que tanto necesitamos para mejorar nuestra sanidad pública. A pesar de todo este esfuerzo que está realizando el Gobierno de Juanma Moreno, todavía queda mucho por mejorar, por supuesto. Pero estoy convencida que este Gobierno seguirá trabajando como hasta ahora, siempre desde el diálogo y el consenso y de la mano de los profesionales sanitarios, que, por cierto, como ha dicho la consejera, nuestra comunidad, al igual que el resto de las comunidades autónomas, padece una falta de médicos, carencia que recoge también el Defensor del Pueblo en su informe. Por esta razón, nuestro presidente, Juanma Moreno, ha reclamado al Gobierno de España, al señor Sánchez, un pacto de Estado por la sanidad. Y el señor Sánchez, ¿qué hace? Maltratar y despreciar a nuestros médicos, una profesión médica que está indignada con el borrador del Estatuto Marco de Sanidad, elaborado sin diálogo y sin consenso, y que supone un retroceso a los derechos fundamentales y un paso atrás a las condiciones laborales de los médicos de este país. Por este motivo, ya han anunciado una huelga general para el próximo 23 de mayo. Así que, como digo, señorías del Partido Socialista, lecciones, ninguna.

Señora consejera, desde mi grupo le animamos a que siga trabajando como hasta ahora, para que los andaluces tengamos el sistema sanitario público que nos merecemos.

Muchas gracias.

El señor BONILLA HIDALGO, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señora Escarcena.

Señora consejera, para concluir el debate, tiene usted la palabra.

La señora HERNÁNDEZ SOTO, CONSEJERA DE SALUD Y CONSUMO

—Muchas gracias.

Muchas gracias por sus comentarios.

Y bueno, decir que, evidentemente, no hay mayor ejercicio de coherencia que trabajar al servicio de los andaluces, que es lo que he hecho desde que comencé a trabajar como médico, y lo sigo haciendo. Por lo tanto, bueno, ese es el mayor ejercicio de coherencia, independientemente del partido político al que usted hace mención.

Bueno, miren, vamos a ver, el histórico hay que conocerlo, ¿no? El histórico hay que conocerlo porque, evidentemente, hay cuestiones que hay que mejorar. Y siempre sabemos que de aquellos polvos, estos lodos, ¿no? Y me voy a remitir al informe del Defensor del Pueblo de 2018, que es el último anterior a la llegada de este Ejecutivo, que ya avisaba en su preámbulo de que los expedientes planteados a iniciativa de los ciudadanos andaluces, que para aquel año eran 518, ponían de manifiesto un sustancial incremento respecto a las quejas que se registraron en el ejercicio de 2017, situándose en lo más alto de

la secuencia de los años previos. Es decir, el Defensor del Pueblo ya alertaba en 2018 de un progresivo deterioro del sistema sanitario, del que se estaban dando cuenta los andaluces. O lo que es lo mismo, avalaba la falta de previsión de las instituciones sanitarias, hace una década y media, con respecto a lo que ha acabado siendo la situación actual.

Y no acaba ahí, porque en lo que respecta a la atención primaria —y hablo de la época prepandemia, antes de que sufriera este gran varapalo de esta pandemia, que parece que en ocasiones queremos olvidar—, ya daba conocimiento de un déficit de medios personales, de los problemas para acceder a las citas, de la negativa a la derivación a especialistas, la resistencia a la atención al domicilio, la discrepancia en cuanto a la prescripción, sustitución de determinados fármacos o las dificultades para la asistencia como desplazados. En cuanto a lo que el informe del Defensor del Pueblo llama «atención especializada» —erróneamente, porque, efectivamente, la atención primaria también es especializada, y ahí estamos totalmente de acuerdo—, el propio defensor calificaba de «aplastante». Con esta palabra definió, en 2018, el número de quejas recibidas. Y hacía alusión a los obstáculos de los ciudadanos para moverse por los circuitos asistenciales, haciendo hincapié en aspectos de accesibilidad, prestación sanitaria propiamente dicha, su contenido y condiciones de dispensación; los obstáculos para ser atendidos en circunstancias y plazos razonables y el cierre de las agendas, bajas de profesionales, suspensiones sucesivas de las fechas establecidas para las consultas, incluido el periodo vacacional.

Bien, de las listas de espera, ¿qué es lo que ocurre? Que el informe de 2018 también arrojaba unos datos que hay que tener en cuenta, y que son bastante ilustrativos. Les leo textualmente:

«En las intervenciones quirúrgicas, que siempre es el asunto más llamativo, apreciamos que el tiempo medio de respuesta de los pacientes que conservan la garantía se sitúa en setenta y tres días, lo que representa siete días más que el que se registró en 2017». —Y después de saber que los datos se habían reducido artificialmente, escondiendo pacientes en los cajones. Y esto lo dice literalmente el Defensor del Pueblo—. «Y es en las pruebas diagnósticas donde la demora se ha incrementado más». —Esto nos suena—. Y ampliaba el informe que «durante el año 2018 se ha seguido la tónica en las quejas relativas a los tiempos de respuesta asistencial, que representan exactamente la cuarta parte de todas las quejas recibidas. Y se reparten en primeras consultas de asistencia hospitalaria, procedimientos diagnósticos, otras consultas de especialistas, intervenciones quirúrgicas en un orden numérico creciente. Quedaron contabilizadas sesenta y tres quejas, que incorporan disconformidad con los plazos que presiden la práctica de una amplia gama de intervenciones quirúrgicas, incluidas quejas vinculadas a procesos oncológicos, uno de cuyos casos provocó una queja de oficio».

Podría seguir.

Nosotros somos los primeros que reconocemos que también tenemos que mejorar en esos indicadores. Y reconocemos, conocemos el histórico, sabemos qué es lo que hay que mejorar, tenemos los equipos expertos para mejorarlo. Y sí, es verdad que hay que recordar que hemos pasado una pandemia mundial, una pandemia mundial para la que, posiblemente, si el sistema sanitario público de Andalucía contara con más efectivos, con más procedimientos diagnósticos, con más edificios —es decir, con más infraestructuras—, posiblemente no estaríamos tan afectados ahora. Pero bueno, pasó lo que pasó. Y ahora lo que sí que tenemos claro es que sabemos cuáles son las debilidades de este sistema sani-

tario público, y estamos trabajando. Por lo tanto, no es solamente decir: tenemos el mayor presupuesto. Por supuesto que sí, que tenemos el mayor presupuesto, pero es que también tenemos los equipos que saben gestionar. Y prueba de ello son las mejoras que poco a poco vamos consiguiendo en la accesibilidad, no solamente en atención primaria, sino también en listas de espera quirúrgica, procedimientos diagnósticos y consultas externas. Y esos planes que hemos puesto, que hemos puesto en marcha, las inversiones que se siguen haciendo en centros en los que en los últimos veinte años —veinte, cuarenta años—, no se había hecho ninguna inversión, como, por ejemplo, en el hospital de Riotinto. Y podríamos seguir hablando: ya son realidades el hospital de Málaga y el hospital Materno-Infantil.

Y vamos a seguir trabajando para mejorar la asistencia sanitaria porque, efectivamente, no es solamente la asistencia sanitaria, sino también toda la promoción y la prevención. Tenemos unas pruebas de cribado neonatal de las más amplias de nuestro país. Tenemos un programa de vacunas que incorpora vacunas que no están incluidas en la financiación en otras comunidades. Y vamos a seguir trabajando no solamente en ese sentido, sino también en esa mayor inversión en procedimientos diagnósticos para la patología oncológica, que se ha hecho una inversión de más de un 400 % respecto a la etapa anterior.

Somos muy conscientes de que queremos seguir mejorando. Seguimos trabajando para los andaluces y para su salud. Y también su opinión nos es muy importante. Por tanto, vamos a seguir dejándonos la piel día a día, todos los equipos, para mejorar la salud de los andaluces, independientemente de esos mantras que ustedes tienen. Y sigo diciendo que la salud está por encima de ideologías políticas y que es muy necesario un pacto nacional para la salud, para el cual nosotros estamos muy dispuestos y vamos a seguir pidiéndolo.

Muchísimas gracias.

El señor BONILLA HIDALGO, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muy bien, señora consejera.

Muchas gracias.

12-25/POC-001077. Pregunta oral relativa a las actuaciones en materia de salud mental

El señor BONILLA HIDALGO, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Pasamos ya al tercer punto del orden del día, y último. En este caso, son las preguntas escritas con respuesta oral.

La primera pregunta corresponde al Partido Popular, al Grupo Popular. Es relativa a las actuaciones en materia de salud mental.

Y, para realizarla, tiene la palabra el señor Saldaña.

El señor SALDAÑA MORENO

—Gracias, señor presidente.

Señora consejera, esta tarde, desde el Grupo Popular le preguntamos por las actuaciones que está llevando desde su consejería en materia de salud mental. Y evidentemente es algo que se nota, ¿no?, que cada vez hay más conciencia social en relación a la salud mental. Podemos ver cómo en los medios de comunicación cada vez hay más presencia para sensibilizar y con una importante actuación, por parte de las Administraciones públicas, de hacer visible lo que supone la salud mental en nuestra sociedad. Y, bueno, pues al preparar esta intervención, me gustaría trasladarles un análisis, una reflexión.

Mirando, por ejemplo, la definición de la propia Organización Mundial de la Salud —que, además, viene del año 1948, no es de ahora—, dice que «es el completo estado de bienestar físico, mental y social, y no la mera ausencia de enfermedad». Curioso, ¿no?, ese carácter social, o ese aspecto social, ¿no? Pero es que incluso la propia Ley General de Salud, del año 2011, define a la salud mental, en su preámbulo, como «una forma de vivir autónoma, solidaria y gozosa». Es decir, da una dimensión mucho más allá de lo que es el aspecto médico, ¿no? O el propio diccionario de términos médicos dice, o define la salud mental como «el estado de bienestar físico, psíquico y social que permite el desarrollo del propio proyecto vital concebido de forma realista y no debe considerarse tan solo como la ausencia de enfermedad».

Me recordaba esto un poco a aquel —permítame la licencia—, un libro que se hizo muy famoso hace veintitantos años, que se llamaba *Más Platón y menos Prozac*, que venía a decir un poco la aplicación de los clásicos de la filosofía griega en la aplicación de la solución de problemas cotidianos más allá de lo que era el diagnóstico médico.

Y, por tanto, me sorprende ese ámbito y creo que debe ser uno de los retos más desafiantes para su consejería el poder controlar bien que se puedan aplicar medidas en materia de salud mental. Precisamente porque, siendo usted la responsable, es responsabilidad de todos esa dimensión social. Y, por mucho que usted haga, si no se complementa con otras actuaciones, pues es complicado llegar a una situación de las que definían estos organismos.

Y, por tanto, nos consta todo el esfuerzo que ustedes están realizando...

El señor BONILLA HIDALGO, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Debe terminar, señor Saldaña.

El señor SALDAÑA MORENO

—... y las acciones que están realizando.

Señor presidente, le pregunto a la señora consejera qué actuaciones están llevando a cabo desde la consejería en materia de salud mental.

Muchas gracias.

El señor BONILLA HIDALGO, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señor Saldaña.

Señora consejera.

La señora HERNÁNDEZ SOTO, CONSEJERA DE SALUD Y CONSUMO

—Muchas gracias, presidente.

Muchas gracias, señor Saldaña.

Así es, efectivamente, los determinantes sociales tienen una influencia muy importante en la situación de salud de enfermedad de una persona en torno a un 80 %. Por lo tanto, sí es verdad que hay que hacer un abordaje global. Pero bueno, desde los sistemas de salud llegamos en torno a un 15 %, pero ahí estamos. Y la salud mental es una prioridad de esta consejería porque, además, sabíamos que después de la pandemia había un incremento muy importante, no relacionado con ninguna edad en concreto, con ningún tramo etario ni con ningún nivel socioeconómico concreto. Por lo tanto, es una prioridad y, como saben, esta comunidad autónoma es la primera comunidad autónoma que tiene un consejo asesor del plan de salud mental. Es la primera comunidad autónoma que tenemos un programa de prevención del suicidio. Porque, evidentemente, la incidencia se ha incrementado, asociada a este incremento de patología mental. Y tenemos nuestro plan estratégico de salud mental y adicciones, que estará finalizado en el segundo semestre de este año.

Es un compromiso claro y firme que se pone de manifiesto con un incremento de plantilla. Tenemos 212 profesionales más —ya llegamos a 3.000 profesionales— en 153 dispositivos. Se ha incrementado una unidad de gestión clínica. Ahora tenemos 27 unidades de gestión clínica de salud mental. Se han invertido 18,5 millones de euros en 75 actuaciones en infraestructuras distintas, en todas las provincias, que esto es lo importante. También tenemos un Plan de Acción de Salud Mental. Este Plan de Acción de Salud Mental 2025, que tiene una financiación de 7,1 millones de euros. Tres millones de euros también tiene el Plan de Prevención del Suicidio. Y aquí estamos trabajando intensamente, no solamente, por supuesto, desde salud, sino también con las comunidades, con Educación, porque nos preocupa mucho el incremento del suicidio también en las edades más jóvenes.

Fíjese en Loja, que es una zona que se está estudiando por qué hay una elevada prevalencia de suicidios, hemos creado una unidad de salud mental comunitaria con una inversión de 1,8 millones. También en El Toyo, una unidad de salud mental comunitaria con una inversión de 650.000 euros. En atención primaria, primer nivel de atención en el que estamos y trabajamos donde vive la gente. Por lo tanto, podemos detectar más estas patologías de salud mental. Se han incorporado 53 psicólogos clínicos. También tenemos los ETIC, que son los Equipos de Tratamiento Intensivo Comunitario, con 107 profesionales y 26 monitores de Faisem, que, como saben, se dedica a la incorporación y a la inclusión a la vida laboral de las personas con enfermedad mental. Tiene un presupuesto de 52,8 millones, tuvo en 2024.

Hemos incorporado 27 profesionales expertos en prevención de la conducta suicida porque, efectivamente, insisto, nos preocupa. Se ha aumentado 26 profesionales más para la atención a la población infanto-juvenil en las unidades de salud mental comunitaria. Son 350 profesionales ya para la atención a esta población menor. El 80 % de nuestras unidades en primaria tienen salas de espera diferenciadas. Las enfermedades referentes de centros educativos han hecho una formación en promoción del bienestar emocional de los niños. Por lo tanto, seguimos avanzando.

Hay mucho que hacer, claro que sí, pero seguimos avanzando con ese compromiso firme, porque nos preocupa la salud y nos preocupa esa visión global de la salud, esa definición de la OMS.

Gracias.

El señor BONILLA HIDALGO, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señora consejera.

12-25/POC-001078. Pregunta oral relativa al protocolo de atención a largos supervivientes de cáncer

El señor BONILLA HIDALGO, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Pasamos a la segunda pregunta —la formula también el Grupo Popular—, relativa al protocolo de atención a largos supervivientes de cáncer.

Y, para formularla, tiene la palabra el señor Romero.

El señor ROMERO ROMERO

—Gracias, presidente.

Señora consejera, a pesar de lo que dice la presidenta del club de fans de Ábalos y sus compañeros en Andalucía, este Gobierno está realizando una apuesta como nunca se ha hecho por la sanidad pública en Andalucía. Y, aunque reconocemos que sigue habiendo problemas, pero que sin duda estamos en el camino correcto. Y prueba de ello es que ya la atacan personalmente, poniendo en duda su labor como sanitaria y su coherencia. Pero tranquila, consejera, porque esa es la seña de identidad, atacar funcionarios, jueces, periodistas, etcétera. Nada nuevo bajo el sol. Porque es que cuando no hay argumentos, ataques personales y falta de rubor es lo que suele haber en este partido. Porque le llegan a preguntar incluso que por qué no dimitió. Y la verdad es que sería divertido dedicar un Pleno a hablar de dimisiones, y más en días como los que estamos viviendo, ¿no?

Un ejemplo de la apuesta por la sanidad pública podemos verlo en el incremento de las inversiones que se han realizado en la lucha contra el cáncer en los últimos años, enfocándose en la mejora del diagnóstico precoz, en el tratamiento y en la investigación. Por ejemplo, entre el año 2019 y el 2023, la inversión en equipos y dispositivos médicos para el diagnóstico y el tratamiento del cáncer aumentó un 426 %, pasando de 29 millones de euros de la época de la tronca de Ábalos a 158 millones de euros en la actualidad. Esta inversión ha permitido la adquisición de 43 mamógrafos con tomosíntesis, 120 equipos adicionales para tomografía, 32 nuevos equipos de resonancia magnética, 32 aceleradores lineales, 8 equipos de braquiterapia, además de, por ejemplo, en el Virgen del Rocío de Sevilla, los dos nuevos aceleradores de radioterapia que atienden a más de 500 pacientes al año cada uno, con una inversión de 5 millones de euros. La apuesta por la detección precoz del cáncer, con el cribado de cáncer de mama especialmente, que se ha extendido, superando las recomendaciones nacionales entre los 49 y los 71 años. Se invitó a participar a cerca de 800.000 mujeres a este cribado, y participaron un 72 % de ellas. Se han renovado las unidades móviles de cribado. También, se ha reforzado la investigación oncológica, destinándose 126 millones de euros, un 50 % más que en el 2018.

Estas acciones reflejan, sin duda, el compromiso de la Junta por fortalecer la lucha contra el cáncer y, afortunadamente, cada vez más personas sobreviven a esta cruel enfermedad. Actualmente, dos tercios

de los pacientes oncológicos viven más de cinco años tras el diagnóstico, lo que ha generado la necesidad de adaptar los sistemas de salud a esa nueva realidad.

Por todo ello, señora consejera, le pregunto por el protocolo de atención a largos supervivientes de cáncer.

Muchas gracias.

El señor BONILLA HIDALGO, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señor Romero.

Señora consejera.

La señora HERNÁNDEZ SOTO, CONSEJERA DE SALUD Y CONSUMO

—Gracias, señor Romero.

Gracias, presidente.

Miren, vamos a ver. Efectivamente, este Protocolo de atención a largos supervivientes de cáncer, que se presentó el día 2 de abril en el Servicio Andaluz de Salud, es un protocolo elaborado por profesionales expertos, también junto con la ayuda de asociaciones de pacientes. Es un protocolo que sitúa en el centro al paciente superviviente de cáncer. Evidentemente, lo hemos dicho muchas veces, a un diagnóstico más precoz se suele asociar una mejor supervivencia, no solamente una mejor supervivencia, sino también menores secuelas. Este protocolo, ¿qué es lo que viene a hacer? Viene a colocar al paciente en el centro. ¿Para qué? Para darle una atención adaptada a sus necesidades personales, porque, evidentemente, podemos decir un cáncer de mama, pero el cáncer de mama no tiene al final las mismas secuelas o los mismos efectos en una mujer que en otra. Los tratamientos no tienen los mismos efectos secundarios o las mismas secuelas. Por lo tanto, se trata de hacer un tratamiento individualizado, adaptado al paciente, en el que el paciente tiene una opinión muy importante.

Por lo tanto, ¿qué es lo que hemos hecho? Es este protocolo, que sí es un documento vivo, aunque estaremos pendientes de actualizarlo periódicamente o de, por lo menos, actualizar la carátula, porque es un documento en el que se van a ir incorporando medidas. Ahora mismo, lo que pretendemos es que haya una mayor coordinación y una mayor colaboración entre atención primaria y atención hospitalaria. ¿Por qué? Porque el paciente superviviente de cáncer, cuando pasa de atención hospitalaria a atención primaria, muchas veces se encuentran perdidos o inseguros. ¿Qué es lo que queremos? Queremos realmente que ellos vean que existe esa coordinación, que existe.

Y también, nos centramos mucho en los pacientes pediátricos, que sabemos que tienen por delante muchos años. Pero no es solamente para que vivan con una mejor calidad de vida, sino para que su incorporación a una actividad laboral o la actividad educativa, para que sea lo más temprano posible, y siempre manteniendo esa seguridad y esa aceptación de su enfermedad y de ese equipo que está trabajando alrededor de ellos.

También este plan lo que recoge es un registro, un registro de largos supervivientes, para que además así también podamos hacer un análisis de los datos, por supuesto, y mejorar.

También tenemos la ley del olvido. ¿Para qué? Bueno, pues para que los pacientes con cáncer puedan tener una serie de beneficios. Es un protocolo que se ha trabajado mucho. Las asociaciones de pacientes y los pacientes tienen un papel prioritario, y vamos a seguir contando con ellos para, precisamente, mejorar su calidad de vida una vez que superan este bache y superen las secuelas del tratamiento.

Ese plan individualizado atiende no solamente a esa salud física, sino también a esa salud emocional, que estábamos comentando anteriormente.

Gracias.

El señor BONILLA HIDALGO, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señora consejera.

12-25/POC-001079. Pregunta oral relativa a las medidas adoptadas para casos de sarampión en Andalucía

El señor BONILLA HIDALGO, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Pasamos a la tercera pregunta, también la formula el Grupo Popular, relativa a medidas adoptadas en casos de sarampión en Andalucía, y para formularla tiene la palabra la señora Olmedo.

La señora OLMEDO BORREGO

—Muchas gracias, señor presidente.

Señora consejera, Andalucía —como todos sabemos— es una comunidad muy extensa, muy poblada, con una gran diversidad, tanto paisajística como cultural, que nunca deja de sorprendernos. Como curiosidad, podemos estar hablando en estos últimos días del redescubrimiento de una especie vegetal tras 42 años extinguida, como ha ocurrido aquí en Sevilla, con la especie Nomevés, lo cual es un motivo de alegría para nosotros, pero al mismo tiempo también podemos estar hablando de la detección de brotes de una enfermedad, como es el sarampión, que prácticamente estaba desaparecida en Andalucía, y que esto supone un motivo de preocupación.

Pero afortunadamente, Andalucía afronta estos retos, tanto los positivos como los negativos, con conocimiento, con recursos y con mucha preparación. Esta consejería tiene un sistema de vigilancia epidemiológica muy eficaz, que nos está permitiendo detectar, seguir enfermedades con el objetivo de prevenir y de controlar la salud pública. Es un sistema que estamos comprobando que funciona, se está demostrando, como se demostró en la pandemia del COVID o lo estamos demostrando como se está llevando a cabo con el virus del Nilo —del que hoy hemos podido hablar— y que nos permite que, ante la generación de alertas sanitarias, se desarrollen sus correspondientes protocolos de actuación. Por tanto, los andaluces podemos estar muy tranquilos, tenemos un Gobierno y tenemos a una consejera que están funcionando, que están apostando fuertemente por la prevención —eso lo hemos dicho en multitud de ocasiones—, y no lo que está ocurriendo con el Gobierno de Sánchez, en el que no vemos gestión ninguna, nada de previsión y, por supuesto, nada de prevención.

Y nosotros, aquí en Andalucía, señora consejera —se lo digo con el corazón en la mano—, podemos estar muy orgullosos de esa prevención que se está realizando, de ese sistema de vacunación, con un calendario que está mejorando continuamente, que siempre está en continua ampliación, en continuo refuerzo, cuando lo aconsejan los expertos, y que nos está permitiendo que no padezcamos enfermedades como el virus del papiloma humano o esas enfermedades respiratorias como la gripe o el neumococo o el virus sincitial o el sarampión.

Señora consejera, sabemos que esta enfermedad es altamente contagiosa y que les está preocupando a los andaluces, y sabemos que se están dando pasos firmes por parte de su consejería. Por

tanto, nos gustaría conocer cuáles son esas medidas que se están llevando a cabo, a raíz de los casos aparecidos.

Muchas gracias.

El señor BONILLA HIDALGO, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señora Olmedo.

Señora consejera.

La señora HERNÁNDEZ SOTO, CONSEJERA DE SALUD Y CONSUMO

—Gracias.

Mire, vamos a ver, efectivamente, estamos teniendo un repunte de casos de sarampión, algo que empezamos a ver el año pasado, pero no fue tan intenso como este año. El primer brote que hemos tenido este año fue el 6 de febrero en Fuengirola y, evidentemente, a pesar de tener una tasa de vacunación, un porcentaje de vacunación en Andalucía superior al 95 % —que es lo que recomienda la Organización Mundial de la Salud—, tenemos núcleos de población con un porcentaje de vacunación menor.

Bueno, evidentemente, esto, podríamos pensar cuáles son las causas. Bueno, pensamos que hay un posible hartazgo a la vacunación después de la pandemia, de todas las vacunas covid. Y bueno, pues, evidentemente, tenemos que centrarnos también en esos núcleos de población, con menor porcentaje de población, porque son los que permiten que haya una mayor circulación del virus y que haya más infectados.

Desde la Consejería de Salud y Consumo, desde el principio, nos planteamos que era... vale, nos planteamos que era importante empezar a actuar, porque preveíamos que podía haber un incremento importante de casos, como es el que tenemos. Ahora mismo tenemos seis brotes activos, hay 77 casos, ¿y qué es lo que hemos planteado? Fíjese, la segunda dosis del calendario de vacunación infantil, que es a los 3 años, la hemos adelantado a los 15 meses. No podemos adelantarla más porque, por debajo de los 12 meses, no crea inmunidad suficiente a nuestra población infantil.

También, ¿qué es lo que hemos hecho? Hemos enviado a cada provincia un depósito extra de vacunas de sarampión, sarampión rubio de la papera, esta es la vacuna, ¿no?, la triple vírica, doscientos para cada provincia. Pero es que, además, en Málaga, que es la provincia que está más afectada, que tiene más casos, se han enviado 1.800 dosis extras de la vacuna, ¿por qué? Porque lo que hemos pedido a la población es que, si no están vacunados, población infantil o población adulta... si no están vacunados o tienen dudas de que estén vacunados, que, por favor, que acudan a nuestros centros, y entonces se les facilita la vacunación. Porque la mejor prevención, la mejor forma de prevenir esta extensión del sarampión es la vacunación, ¿no?

También, ¿qué es lo que estamos haciendo? Favoreciendo la vacunación de los profesionales que tengan dudas de si están vacunados o si lo pasaron. La búsqueda activa de grupos no inmunizados. Y también estamos dando información semanal porque queremos que la población sepa qué es lo que

está ocurriendo. Los casos, la mayoría son casos autóctonos, pero si miramos un poco a nuestro alrededor, sí que Marruecos es el país de nuestro entorno que ha tenido un incremento mayor de casos, al igual que creo que es Rumanía, a nivel europeo.

Por lo tanto, hemos tenido circulación del virus, claro que sí, lo que ocurre es que tenemos que seguir insistiendo en esa vacunación para seguir aumentando la vacunación en esos núcleos, en los que el porcentaje es menor. Ahora mismo tenemos 77 casos, 8 son menores de un año, 26 % son importados, el 32 % de los casos han precisado ingreso y el 68 % son casos en adultos. Por lo tanto, vamos a seguir trabajando para facilitar la vacunación y la detección de estos casos, para poder frenar la circulación del virus.

Gracias.

El señor BONILLA HIDALGO, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señora consejera.

12-25/POC-001080. Pregunta oral relativa al sistema de notificaciones AviSAS

El señor BONILLA HIDALGO, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Pasamos a la cuarta pregunta, que la formula también el Grupo Popular, y es relativa al sistema de notificaciones AviSAS, y para ello tiene la palabra el señor Ayala.

El señor AYALA GARCÍA

—Gracias, señor presidente.

Señora consejera, ya hace un tiempo, le pregunté sobre la plataforma AviSAS. AviSAS es una plataforma digital, puesta en marcha por el SAS desde 2023, y que fue desarrollada para comunicarse con los ciudadanos de forma rápida, cómoda y muy eficiente, aparte de sostenible, tanto medioambientalmente, por eliminar el papel, como económicamente, por el ahorro de costes que implica. Es una herramienta que permite a la sanidad andaluza optimizar la vigilancia y facilitar la toma de decisiones, tanto en el día a día como en casos de extrema necesidad, como catástrofes, pandemia y demás.

Y, señorías, esa es la gran diferencia entre el Gobierno de Juanma Moreno y el Gobierno de Andalucía, que se preocupa y ocupa por sus ciudadanos, frente al Gobierno de Sánchez, que ni se ocupa ni se preocupa de sus ciudadanos.

Señorías, esta plataforma digital de AviSAS se podría haber creado a nivel estatal —así lo dije hace unos meses en esta comisión—, ¿y qué han hecho desde entonces? Nada, no han hecho nada, el Gobierno de Sánchez es el Gobierno que menos ha hecho y hace en materia sanitaria.

Señorías, si se hiciera una plataforma única, conjunta e integrada, cada comunidad podría gestionar sus avisos de forma singular, pero sobre un sistema general y nacional. Así, unos ciudadanos, al pasar de una comunidad a otra y bajo autorización expresa, podrán ser atendidos e informados como si pertenecieran a la comunidad a la que visitan.

Señorías del PSOE, lleven una iniciativa para instar al Gobierno central a crear una plataforma única y tendrán el apoyo del Partido Popular. Mientras tanto, señora consejera, nosotros, a lo nuestro: a mejorar el cuidado y la atención de los andaluces.

Y, por todo lo anterior, le pregunto: ¿puede informar en qué consiste el sistema de notificaciones AviSAS?

Muchas gracias.

El señor BONILLA HIDALGO, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señor Ayala.

Señora consejera.

La señora HERNÁNDEZ SOTO, CONSEJERA DE SALUD Y CONSUMO

—Muchísimas gracias.

Mire, es un proyecto de la Consejería de Salud y Consumo desde hace dos años. Se implantó inicialmente a nivel de atención hospitalaria, para hacer un recordatorio de las citas en consultas externas, pruebas diagnósticas y, a la vez, también hacer, bueno, pues, unas campañas, por ejemplo, de vacunación.

Posteriormente, se pasó a atención primaria, y no solamente notifica —como digo—, hace ese recordatorio de las citas, sino que también nos puede servir para aumentar la fidelidad a los, o la aceptación de campañas de vacunación, recordatorios, planes de salud. En abril se ha hecho una campaña de suscripción y ya tenemos 346.000 usuarios; es decir, se ha multiplicado por ocho. Pero vamos a seguir haciendo una campaña de suscripción activa, también desde los Puntos Vuela, porque queremos realmente que la población esté adherida para tener esos recordatorios y, además, recibir información importante.

Pero es que, además, AviSAS nos ha ayudado en el plan de gestión de citas de atención primaria, en ese plan de la gestión de las citas en menos de 72 horas. Porque, fíjese, en el primer trimestre de este año, 206.421 solicitudes de citas han ido a *back office*. ¿Esto qué es lo que nos ha permitido? Conocer la demanda real de personas que solicitaban ser atendidos en atención primaria, algo que no conocíamos. Si no conocemos los datos, no podemos gestionarlos. Este sistema nos ha permitido gestionar en menos de 72 horas el 99 % de estas solicitudes. En esto, evidentemente, claro, el *back office* tiene un papel muy importante. Pero es que, además, fíjese, se ha aumentado la actividad en el primer trimestre de 2025 un 2,4 %. Las consultas en marzo de 2025 han aumentado un 13,2 % respecto a las consultas que había en marzo. Pero no es solamente el incremento de actividad, sino la reorganización. Porque, claro, este aumento de actividad nos ha permitido reducir el tiempo de espera de 5,22 días, en enero, a 4,74 en abril. ¿Nos parece suficiente? No, por supuesto que no. Y por eso vamos a seguir trabajando. Pero es verdad que hay herramientas como esta que nos permiten mejorar la gestión.

También, ¿qué es lo que ocurre con este plan de gestión? Tenemos en cuenta algunas cuestiones, como es el absentismo y es los pacientes hiperfrecuentadores, anticipándonos a las demandas que puedan tener de citas. Las agendas, también en este plan de gestión de la atención primaria, para el cual AviSAS nos ha permitido mejorar, tenemos agendas que hay que reconocer que hay que adaptarlas a lo que nos pide la población. Y un 65 % de la población nos pide agendas telefónicas; nos pide ser atendido por teléfono, sin tener que desplazarse a los centros de salud. Y la mayoría de las peticiones de estas citas telefónicas son sobre dudas o renovación de tratamientos. Las agendas administrativas se han aumentado un 32 % —y todo esto también nos permite conocer este sistema—; un 32 % más de agendas administrativas en marzo que en febrero. La consulta de acogida también se sigue manteniendo y permite aumentar la resolución en un 56 %. Por lo tanto, vamos a seguir trabajando para mejorar la accesibilidad en atención primaria.

Gracias.

El señor BONILLA HIDALGO, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señora consejera.

12-25/POC-001122. Pregunta oral relativa a la UCI del hospital Muñoz Cariñanos (Sevilla)

El señor BONILLA HIDALGO, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Pasamos a la quinta pregunta; en este caso, corresponde al Grupo Vox. Y para formularla..., relativa a la UCI del hospital Muñoz Cariñanos, de Sevilla.

Y, para formularla, tiene la palabra la señora Ruiz.

La señora RUIZ VÁZQUEZ

—Muchas gracias, presidente.

Doy por formulada la pregunta, consejera.

Gracias.

El señor BONILLA HIDALGO, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señora Ruiz.

Señora consejera.

La señora HERNÁNDEZ SOTO, CONSEJERA DE SALUD Y CONSUMO

—Muchísimas gracias, presidente.

Señora Ruiz, mire, vamos a ver, señora Ruiz. No se ha cerrado la UCI del hospital Muñoz Cariñanos. No hay pacientes ingresados, pero eso no quiere decir que la UCI se haya cerrado.

Gracias.

El señor BONILLA HIDALGO, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señora consejera.

Señora Ruiz.

La señora RUIZ VÁZQUEZ

—Gracias, consejera.

Mire, desde el 8 de abril, la UCI del hospital Muñoz Cariñanos está cerrada. He tenido la oportunidad de preguntarle en varias ocasiones a la consejera anterior y ahora le pregunto a usted: ¿por qué? ¿Por qué está cerrada a cal y canto? ¿Que no hay pacientes ingresados? ¿Esto qué es? A ver, tenemos que ser claros y decir: ¿es por falta de personal? Tenemos entendido que se hacen intervenciones quirúrgicas,

llevadas a cabo por equipos de cirugía que provienen de los tres hospitales de Sevilla —del Valme, del Rocío y del Macarena—. Pero la UCI está cerrada. El protocolo de derivar al paciente a la UCI del hospital de referencia, ¿por qué? O sea, si ocurre algún problema, hay que derivarlo al hospital de referencia. Si hay una UCI en el hospital Militar... ¿Y cuál es el riesgo que está asumiendo el paciente cuando ingresa en el hospital Militar —como me gusta a mí llamarlo—, al no existir recursos ni para un acceso a UCI, ni siquiera para una cirugía urgente? Porque precisar un traslado de paciente, en situaciones en las que el tiempo influye directamente en el pronóstico, no debe ser una salida. Hablamos de la vida de pacientes, hablamos de hemorragias graves que se pueden tratar de forma precoz en un hospital con todos los recursos habilitados y necesarios para una intervención, un postoperatorio y una urgencia. Que sí, consejera, puede ocurrir, porque ya ha habido, desgraciadamente, una paciente fallecida por una hemorragia cervical. Y esto no debe volver a pasar.

Mire, la prioridad del Gobierno de Juanma Moreno fue abrir, sí o sí, e inaugurar en cinco ocasiones el Militar. Postureo y *marketing*. Abrió sin personal, sin equipos fijos, sin UCI, sin equipos de urgencia quirúrgica y sin seguridad para los pacientes. Y no fue su prioridad mejorar las condiciones laborales y salariales de los profesionales sanitarios, ni tener hospitales seguros. Esto parece que no es la prioridad.

Ayer anunciaron que cerrarán en los tres meses de verano también los quirófanos del San Carlos, en San Fernando. ¿Para cambiar las ventanas? Explíquenos esto también, si es posible.

Los socialistas de Montero dismantelaron un gran hospital, como era el Militar. Y los populares de Moreno le lavan la cara una y otra vez, sobre cimientos inseguros e inviables. O abren y cierran.

En Vox consideramos que esto es una vergüenza. Esta es la gran estafa a la que nos referimos desde Vox cuando hablamos de este bipartidismo que solo ha traído ruina a Andalucía y a los andaluces. Si no se cambia el modelo, consejera, insisto, el resultado es el mismo. Mientras no piensen ustedes en el paciente como centro de sus políticas...

El señor BONILLA HIDALGO, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Debe terminar, señora Ruiz.

La señora RUIZ VÁZQUEZ

... pueden hablarlo una y otra vez, pero no es así. Dejen de mirar a la izquierda.

Así que le preguntamos: ¿cuándo van a abrir la UCI y cuándo va a haber un equipo fijo de cirujanos, en definitiva, que cubran las 24-7 las necesidades de los pacientes del hospital Militar?

Muchas gracias.

El señor BONILLA HIDALGO, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señora Ruiz.

Señora consejera.

La señora HERNÁNDEZ SOTO, CONSEJERA DE SALUD Y CONSUMO

—Señora Ruiz, mire, vamos a ver. El hospital Muñoz Cariñanos —u hospital Militar, como usted prefiera llamarlo— es un hospital de refuerzo. Es un hospital de refuerzo, efectivamente, para los grandes hospitales de la provincia de Sevilla, y como tal está concebido. Lo que no podemos hacer es mantener un personal cruzado de brazos en una UCI, si no hay necesidad de esas camas de UCI; por lo tanto... Mire, también tenemos que ser muy responsables con el dinero público. Pero es un hospital que da respuesta, efectivamente. Y hay una organización estupenda entre los hospitales para la utilización de esos quirófanos. En el hospital Militar es difícil que haya una intervención quirúrgica urgente, porque son todas intervenciones programadas y no tienen servicio de urgencias, que es lo que llevaría a una intervención quirúrgica urgente. Pero fíjese, a medida que ha hecho falta, en la época de alta frecuentación, se han ido habilitando camas. En noviembre se habilitaron cuatro camas para cuidados intensivos. El 8 de enero, veinticuatro camas para absorber la presión asistencial que registraban los hospitales Virgen de Valme y Virgen Macarena. El 22 de marzo se activaron otras veinticuatro camas para Virgen del Rocío. Es un hospital de refuerzo, que tiene una gran capacidad de adaptación ante situaciones en las que hay que aumentar la..., o en las que hay un aumento de la necesidad de ingresos. Efectivamente, a medida que ha disminuido la circulación de virus respiratorios, que son los que provocan más desestabilización en los pacientes crónicos, se ha ido disminuyendo la necesidad de camas. En abril, se pasaron a reserva doce de las veinticuatro camas habilitadas para Virgen del Rocío. El 5 de abril, las cuatro camas de UCI, tras permanecer quince días sin ocupación.

Es que, realmente, fíjese, tenemos que ser responsables, tenemos que ser responsables porque es dinero público. Entonces, ¿cómo explicaríamos mantener una UCI abierta con profesionales sin hacer nada, entre comillas, si no hiciera falta? Por lo tanto, yo lo que quiero que quede muy claro es que los pacientes están atendidos, los pacientes están atendidos porque, ante cualquier situación de urgencia o emergencia, los profesionales son expertos en tratarlas y saben perfectamente cómo atajarlas.

Por lo tanto, no es que se haya cerrado, es que, si no hay necesidad de hospitalización, no podemos mantenerla abierta, porque no estaríamos haciendo un uso razonable y ético de los recursos públicos.

Gracias.

El señor BONILLA HIDALGO, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señora consejera.

12-25/POC-001168. Pregunta oral relativa al desmantelamiento de la unidad de endometriosis en Málaga

El señor BONILLA HIDALGO, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Pasamos a la sexta pregunta —corresponde, en este caso, al Grupo Socialista—, relativa al desmantelamiento de la unidad de endometriosis en Málaga. Para formularla, tiene la palabra el señor Ruiz Espejo.

El señor RUIZ ESPEJO

—Gracias, señor presidente.

Consejera, asociaciones y entidades de Málaga denuncian el desmantelamiento de la unidad de endometriosis de esta provincia.

¿Cuál es su valoración al respecto de esta denuncia y si va a contar con todos los recursos necesarios para garantizar la atención adecuada a estas mujeres?

Muchas gracias.

El señor BONILLA HIDALGO, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señor Ruiz.

Señora consejera.

La señora HERNÁNDEZ SOTO, CONSEJERA DE SALUD Y CONSUMO

—Muchas gracias.

Mire, vamos a ver. El hospital Materno-Infantil y la unidad de endometriosis —me centro en la unidad de endometriosis—, se han realizado el mismo número de intervenciones quirúrgicas que el año pasado por estas fechas.

Por lo tanto, explíqueme algo más de ese desmantelamiento, teniendo en cuenta que hacemos mucho caso a las opiniones de las asociaciones de pacientes.

Gracias.

El señor BONILLA HIDALGO, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señora consejera.

Señor Ruiz.

El señor RUIZ ESPEJO

—[Micrófono apagado.]

...de espera, perdón, derivada de la atención primaria para una consulta de ginecología en este hospital, en el hospital Materno-Infantil. Desde la Asociación Estatal de Endometriosis afirman que la única unidad de referencia para la endometriosis compleja que existe en Andalucía se encuentra en una situación no solo de colapso, sino de desmantelamiento encubierto.

Consejera, estas asociaciones consideran que este desmantelamiento encubierto es una forma más de violencia institucional por parte de la Junta de Andalucía hacia las mujeres. Así lo han dicho. Usted sabe que la endometriosis es una enfermedad crónica, invalidante, progresiva y tan agresiva que en muchos casos se puede asemejar a un cáncer, aunque hablemos de un tejido benigno, pero que puede asfixiar órganos, invadir el cuerpo, pudiendo acabar con el aparato reproductor, con otros órganos también del cuerpo de las mujeres, o incluso con su vida.

Y estos pacientes solo tienen una opción pública de atención sanitaria dotada, que denuncian que se está desmantelando la unidad de endometriosis del hospital Materno de Málaga, una unidad que contaba con tecnología para realizar cirugías robóticas, quirófanos, multidisciplinarios, pruebas específicas y resonancias pélvicas, pero que a día de hoy nada de eso se está haciendo al ritmo que necesita el número de personas que están esperando. Y esto se traduce en quirófanos cerrados y pruebas canceladas. Así lo denuncia, no creo yo que nos estén engañando. Por tanto, esto se ha traducido en espera de nueve meses para una prueba que se tiene que realizar en 30 días; 6.000 pacientes de ginecología pendientes de una revisión; 500 ecografías de alta resolución pendientes, algunas con más de un año de espera; hojas de reclamaciones y una concentración ante el hospital. ¿No le parece todo esto suficiente para poder atender todas estas reivindicaciones, plantear los recursos que dicen que faltan y, desde luego, dotar de todas las cuestiones técnicas y humanas que necesita esta unidad para que preste la atención que necesitan estas mujeres? Que no creo que estén realizando estas concentraciones y estas denuncias, si eso no es cierto, sabiendo los problemas que tienen para la atención.

Por tanto, esta es la exigencia que están planteando estas mujeres para dotar suficientemente esta unidad de endometriosis en la provincia de Málaga, y que dé respuesta a todas las necesidades de la provincia de Málaga y de Andalucía, porque sabe que solo había dos unidades en toda Andalucía. Por tanto, hay que dotarla suficientemente tanto de las necesidades técnicas como humanas para que dé esa respuesta que hoy están exigiendo las mujeres, y que nosotros esperemos que usted dé respuesta esta tarde aquí.

Muchas gracias.

El señor BONILLA HIDALGO, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señor Ruiz.

Señora consejera.

La señora HERNÁNDEZ SOTO, CONSEJERA DE SALUD Y CONSUMO

—Muchas gracias.

Mire, yo quiero lanzar un mensaje de tranquilidad a las mujeres afectadas de endometriosis, porque en endometriosis podríamos entrar a hablar de los distintos grados. Evidentemente, la endometriosis es una enfermedad crónica que debe ser, en algunas ocasiones, abordada por distintos especialistas, pero eso no quiere decir que una mujer afectada de una endometriosis en Huelva tenga que ir a Málaga, ¿de acuerdo?

Ahora, centrándonos en la unidad de endometriosis de Málaga, fíjese, ha aumentado la actividad, han incrementado un 20 % las intervenciones quirúrgicas programadas. Como he dicho, no se está desmantelando. Las cirugías que se vienen realizando son más, incluso, que en 2024. Evidentemente, fíjese, como somos conscientes de esta necesidad, si antes había una consulta a la semana, hemos incrementado a tres. Si antes se veían a 45 pacientes a la semana, ahora se están viendo a 180 mujeres, que supone 180 mujeres al mes, seguimos aumentándolo. Ecografías diagnósticas para endometriosis profunda, endometriosis grave, se estaban haciendo 30 a la semana. Pero es que, además, pasamos a hacer, con jornadas extraordinarias, más de 120.

A ver, lo que no podemos decir es, evidentemente, que no se estén atendiendo a las mujeres, claro que sí. En 2024 se realizaron más de 1.380 ecografías de alta resolución. Ahora, se están haciendo más de 20 a la semana, más un plan de choque. Y sabemos, evidentemente, y queremos respetar esas demandas de la población de las mujeres afectadas de endometriosis. Pero sí que quiero decir que la endometriosis, que es una enfermedad crónica, requiere un seguimiento y una valoración multidisciplinar, que también se puede dar por otros profesionales en otras provincias de nuestro territorio.

Evidentemente, somos muy conscientes de que es una patología que puede llegar a ser invalidante. Y, por eso, queremos que esta situación mejore. Y de ahí ese incremento también de 450 profesionales en el hospital Materno-Infantil, que es de Málaga y que es un referente para la patología ginecológica compleja en la provincia de Málaga y también en nuestra región. Pero no solamente se atiende a la endometriosis, efectivamente. Pero, aun así, este capítulo y esta patología tienen un papel importante, como he dicho, con esa reorganización, ese incremento de consultas, ese incremento de pruebas diagnósticas que se están haciendo en ese plan de choque.

Por lo tanto, lista de espera quirúrgica se está trabajando también para disminuirla con las jornadas complementarias, las continuidades asistenciales, siempre priorizando a la mujer que antes lo necesite. Aquí tenemos que ser muy claros que la intervención quirúrgica en la endometriosis puede no ser resolutive de la patología, pero, aun así, evidentemente, las indicaciones las establecen los clínicos y son los que establecen las prioridades, incluso las urgencias de intervención.

Muchas gracias.

El señor BONILLA HIDALGO, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señora consejera.

12-25/POC-001173. Pregunta oral relativa al recorte de enfermeras durante el primer trimestre de 2025

El señor BONILLA HIDALGO, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Pasamos a la séptima pregunta, la formula el Grupo Socialista, relativa al recorte de enfermeras en el primer trimestre de 2025.

Para ello, tiene la palabra la señora Prieto.

La señora PRIETO RODRÍGUEZ

—Sí. Consejera, ¿puede explicar el recorte de 788 enfermeras en el SAS en el último año?

El señor BONILLA HIDALGO, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señora Prieto.

Señora consejera.

La señora HERNÁNDEZ SOTO, CONSEJERA DE SALUD Y CONSUMO

—Muchas gracias.

Mire, vamos a ver, en el SAS ha habido un incremento de efectivos de 100.875 a 128.332 efectivos en 2025, frente a 2018, lo que supone un incremento de un 27 %. Y esto supone más de 8.407 enfermeras respecto a 2018.

El señor BONILLA HIDALGO, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señora consejera.

Señora Prieto.

La señora PRIETO RODRÍGUEZ

—Pues, son sus datos, consejera.

La web del SAS. En el primer trimestre de 2024, 27.489 enfermeras. En el primer trimestre de 2025, 26.701. Son 788 enfermeras menos en el SAS. Son sus datos. Es que no dan ni un solo dato que no sea falso. Esto ya es preocupante y desesperante. Ni un solo dato que no sea falso.

Miren, ustedes siguen recortando a la par que desvían millones a la privada. Más millones a la privada, más recortes en el SAS. El presupuesto de las plantillas se lo está comiendo la privada. Ustedes lo

niegan, pero son sus propios datos: la web del SAS. Cualquiera puede recurrir a estos datos. Puede ver la web del SAS. Son 788 enfermeras menos. La provincia más perjudicada, Málaga, seguida de Cádiz y de Almería. Estos son sus datos, los datos de la web del SAS.

Mire, hay dinero, más presupuesto que nunca. No paran de decirlo. Y hay enfermeras disponibles. Y tenemos las ratios más bajas de enfermeras de todas las comunidades autónomas. Mire a Andalucía respecto al resto de comunidades autónomas. Hay dinero, hay enfermeras disponibles y tenemos las ratios más bajas. La pregunta es muy sencilla, consejera, ¿por qué no contratan a las enfermeras que faltan? Esto sería una muestra de que trabajan por la sanidad pública. Pero no lo hacen. No contratan y siguen recortando. Porque su plan es seguir enriqueciendo a la privada a costa del presupuesto del SAS. Esto lo confirma. Hay dinero, faltan profesionales, y ustedes recortan.

Y mire, consejera, sus recortes matan. Están poniendo en riesgo la vida y la salud de los pacientes y también la de los profesionales. Una de cada tres enfermeras ha sufrido depresión, y una de cada dos, ansiedad por estrés. Y por todo esto, por la sobrecarga, por los recortes, por no actualizar las bolsas, por los contratos basura, miles de enfermeras y enfermeros se van cada año de Andalucía. Según el Consejo Andaluz de Enfermería, 1.937 enfermeras se fueron de Andalucía en 2024.

Esto es una sangría. Esto es una barbaridad. Son 1.937 enfermeras menos. ¿Cuánto vamos a tardar, consejera, en ver que va usted al ministerio a pedir que le resuelvan el problema de la falta de enfermeras, como hace ahora con los médicos, que faltan por su responsabilidad y por sus contratos precarios?

Mire, cuando recortan enfermeras y TCAE, están recortando la calidad de los cuidados; están recortando la seguridad de los pacientes; están recortando la dignidad de los pacientes, y están recortando nuestros derechos. Recortar 788 enfermeras en un año es seguir desmantelando la sanidad pública. Ahora ustedes digan que no, que la refuerzan y que apuestan por la sanidad pública. Son 788 enfermeras menos. Y ya hablaremos del resto de categorías profesionales, porque están haciendo lo mismo, que es seguir desmantelando la sanidad pública. Porque esto pone en evidencia que para ustedes la salud solo es una oportunidad de negocio.

El señor BONILLA HIDALGO, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señora Prieto.

Señora consejera.

La señora HERNÁNDEZ SOTO, CONSEJERA DE SALUD Y CONSUMO

—Muchas gracias, presidente.

Pues fíjese, señora Prieto, si habiendo incorporado más de 8.407 enfermeras que tenemos ahora respecto a 2018, seguimos estando los últimos de la lista nacional, fíjese el gran déficit del que partíamos. Fíjese usted. Porque fíjese, le sigo diciendo, se han incorporado 102 enfermeras gestoras de casos en centros de mayores, 44 de prácticas avanzadas en diabetes, 36 para el manejo de heridas crónicas, 32

en ostomías, 43 en oncología, 411 enfermeras de familia y comunitaria y 411 enfermeras referentes de centros educativos.

En atención primaria, la ratio de población atendida es de 1.357, cuando la media nacional es de 1.370, —ya he visto el cartelito, no hace falta que usted lo mantenga así, señoría—. Pero ¿qué es lo que ocurre? No solamente hemos incrementado el número de enfermeras, sino que además también somos la primera comunidad autónoma que tiene 798 efectivos de enfermería en los equipos de urgencias y emergencias 061.

Este sábado se van a estabilizar 5.421 plazas de enfermera y 3.410 plazas de TCAE. Es decir, seguimos incrementando la estabilidad de las enfermeras en nuestro sistema sanitario público. Y, además, hemos mejorado las retribuciones, porque desde 2018 se han incrementado en 4.600 euros anuales para atención primaria y 3.700 euros anuales para atención hospitalaria, además del complemento para las A2 de 150 euros.

Evidentemente, heredamos una situación muy precaria de profesionales, no solamente facultativos, sino enfermeras. Y está costando recuperarlo pero, aun así, ¿sabe qué? Apostamos por la especialización de las enfermeras.

Y algo que quizás usted no haya dicho es que, evidentemente, se ha incrementado el número de enfermeras especialistas matronas, en salud mental y vamos a seguir incorporando, al igual que aumentando, las unidades docentes de enfermeras internas residentes.

Muchas gracias.

El señor BONILLA HIDALGO, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señora consejera.

12-25/POC-001174. Pregunta oral relativa al hospital de alta resolución La Janda (Cádiz)

El señor BONILLA HIDALGO, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Pasamos a la última pregunta. La formula el Grupo Socialista, y es relativa al hospital de alta resolución de La Janda, en Cádiz.

Para ello tiene la palabra el señor Márquez.

El señor MÁRQUEZ BERRAL

—Gracias, presidente.

Buenas tardes de nuevo, señora consejera.

En el día de hoy, como gaditano, quisiera preguntarle por la situación del área de Vejer de la Frontera. Un área que, según los sindicatos, en lugar de ir a mejor, va a peor, en el que hay muchas especialidades que no se atienden por falta de facultativos, en el que hay una inadecuada oferta de transporte público que facilite el acceso al hospital por parte de todos los usuarios de la comarca de La Janda.

Unas instalaciones que para los representantes de la marea blanca en La Janda se ha convertido en un hospital fantasma, con muy poca actividad.

Todo ello, señora consejera, está generando frustración, desazón, indignación entre los ciudadanos, entre los profesionales, que ponen de manifiesto que el área de Vejer es un ejemplo magnífico más del deterioro de nuestra sanidad pública. Es un ejemplo más del modelo del Partido Popular de desviar fondos a la sanidad privada en detrimento de nuestro sistema público de salud.

A todo ello se une el cierre del turno de noche en su unidad de hospitalización, sobre lo que le quería preguntar por las razones de su cierre.

Y esa era mi pregunta, señora consejera.

El señor BONILLA HIDALGO, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señor Márquez.

Señora consejera.

La señora HERNÁNDEZ SOTO, CONSEJERA DE SALUD Y CONSUMO

—Gracias.

Mire, señor Márquez, el hospital de alta resolución es un hospital de alta resolución, no es un hospital comarcal.

Se abrió en 2019, con consultas externas, hospital de día quirúrgico. Antes tenía dos quirófanos, ahora tiene cuatro y urgencias durante 24 horas.

Las urgencias de aquellos códigos tiempo-dependientes tienen que ser derivadas al hospital finalista, que es el hospital de Puerto Real. Porque recuerdo que este es un hospital de alta resolución, en el que se han invertido más de 625.000 euros desde 2020 hasta 2024.

Si quiere preguntarme algo más...

El señor BONILLA HIDALGO, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señora consejera.

Señor Márquez.

El señor MÁRQUEZ BERRAL

—Mire, le había preguntado sobre el cierre del turno de noche en su unidad de hospitalización. Ese era el objeto de mi pregunta y no entiendo que me la haya respondido en este momento.

Mire, le decía que era un ejemplo más del modelo sanitario del Partido Popular. El área de Vejer fue una apuesta de los socialistas, que es verdad que fue inaugurada por parte del Partido Popular, que llegó a la finalización de la actuación. Pero era una oferta y era una propuesta estratégica del Partido Socialista. Pero, sin embargo, no está a pleno rendimiento, no está optimizado. No hay facultativos que fueran o que sean capaces de llevar a cabo esas especializaciones. Y, sin embargo, en la sanidad privada, en toda Andalucía, no hay problemas de esos facultativos.

Señora consejera, es muy curioso que yo, que no soy un experto en el modelo sanitario, no me cuadra, como a ningún ciudadano, que tengamos problemas de facultativos en el sistema público de salud, pero, sin embargo, cada vez más debemos cientos de millones a la sanidad privada que no tiene problemas de facultativos. Es que a mí todavía nadie me ha podido llegar a explicar eso. Y, sin embargo, a mí me encantaría que usted me diera una explicación para poderlo entender.

A mí lo único que me queda es que se está produciendo un debilitamiento del sistema público de salud y es la magnífica excusa para permitir y para hacer que los ciudadanos se vayan a la sanidad privada. Hasta yo me estoy planteando tener un seguro privado, que me negaba, porque tengo miedo, señora consejera, a ponerme malo.

El señor BONILLA HIDALGO, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Tiene que terminar, señor Márquez.

El señor MÁRQUEZ BERRAL

—Muchísimas gracias.

El señor BONILLA HIDALGO, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Gracias, señor Márquez.
Señora consejera.

La señora HERNÁNDEZ SOTO, CONSEJERA DE SALUD Y CONSUMO

—Gracias, señor presidente.

Señor Márquez, sí le había contestado, le he contestado en el sentido de que no es un hospital comarcal, es un hospital de alta resolución. Un hospital de alta resolución en el que, evidentemente, en acto único es cuando hay que resolverle el problema al paciente, la consulta que tiene.

Repito, se han invertido más de 625.000 euros, se ha reforzado el servicio de urgencias las 24 horas del día con más recursos humanos y materiales. Actualmente ofrece atención por 14 especialistas y consultas externas. Y se han incrementado las pruebas diagnósticas de radiología convencional, ecografía, mamografía, densitometría, TAC y pruebas funcionales.

En cuanto al personal, fíjese, los contratos han pasado a larga duración, excepto aquellos facultativos que no estaban en la bolsa y cuyos contratos saldrán ahora a larga duración por convocatoria. Se ha incorporado un técnico, un TCAE, un técnico en cuidados auxiliares de enfermería, y celadores para impulsar la atención al paciente complejo en rehabilitación y fisioterapia. Se ha dotado de un técnico de farmacia y se ha incrementado el personal de celadores y administrativos. Además, se ha potenciado el bloque quirúrgico, el hospital de día quirúrgico. Ahora hay cuatro quirófanos por la tarde también.

En cuanto a oftalmología, se ha incorporado y se ha habilitado una sala blanca dedicada a la administración de medicación intravítrea en el área de consultas externas.

Y, a partir del próximo mes de junio, se abrirá un hospital de día médico polivalente, que dará atención a determinadas técnicas de las especialidades de neumología, digestivo o hematología.

Por lo tanto, aquí no hay ningún tipo de desmantelamiento e, insisto, es un hospital de alta resolución, no un hospital comarcal. Por lo tanto, el hospital de Vejer no es un hospital finalista para todas las patologías, ni podemos pretender que sea un hospital finalista para todas las patologías. Y seguimos mejorando este hospital. Y, próximamente, les traeremos todas las actuaciones que se podrán hacer, no solamente en el hospital de día médico, sino la actividad que se está realizando con ese incremento de los quirófanos a cuatro por la tarde.

Gracias.

El señor BONILLA HIDALGO, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señora consejera.
Pues con esto finalizamos la comisión.
Muchas gracias a todos.
[Se levanta la sesión.]

