DIARIO SESIONES DSPA

DIARIO DE SESIONES
PARLAMENTO DE ANDALUCÍA

COMISIONES

Núm. 310 VIII Legislatura Año 2010

SALUD

Presidencia: Ilma. Sra. Dña. Raquel Arenal Catena

Sesión celebrada el miércoles, 24 de febrero de 2010

ORDEN DEL DÍA

COMPARECENCIAS

8-10/APC-000090. Comparecencia de la Excma. Sra. Consejera de Salud, a fin de informar sobre la situación de la atención primaria en nuestra Comunidad y sobre las posibles reformas de la misma, presentada por el G.P. Popular de Andalucía.

8-10/APC-000114. Comparecencia de la Excma. Sra. Consejera de Salud, a fin de informar sobre el Plan Nacimiento y Parto, dentro del marco del Plan Perinatal de Andalucía, presentada por los Ilmos. Sres. D. Manuel Gracia Navarro, Dña. Rosa Isabel Ríos Martínez, Dña. María Teresa Jiménez Vílchez, D. Mariano Ruiz Cuadra, Dña. Dolores Blanca Mena y D. Antonio Núñez Roldán, del G.P. Socialista.

PREGUNTAS ORALES

8-09/POC-000949. Pregunta oral relativa al centro hospitalario de alta resolución (Chare) de Vejer de la Frontera, en Cádiz, formulada por las Ilmas. Sras. Dña. Raquel Arenal Catena y Dña. Rosa Isabel Ríos Martínez, del G.P. Socialista.

8-10/POC-000069. Pregunta oral relativa a las unidades propias de fibromialgia en la provincia de Granada, formulada por las Ilmas. Sras. Dña. María Eva Martín Pérez y Dña. Ana María Corredera Quintana, del G.P. Popular de Andalucía.

© Parlamento de Andalucía - ISSN:1134-7279 - DL:SE. 1550-1994
Publicaciones Oficiales

8-10/POC-000119. Pregunta oral relativa a la construcción de un nuevo hospital en Cádiz, formulada por el Ilmo. Sr. D. Ignacio García Rodríguez, del G.P. Izquierda Unida Los Verdes-Convocatoria por Andalucía.

8-10/POC-000152. Pregunta oral relativa al hospital Reina Sofía, en Córdoba, referente nacional en trasplante de médula ósea infantil, formulada por las Ilmas. Sras. Dña. María Eulalia Quevedo Ariza y Dña. Rosa Isabel Ríos Martínez, del G.P. Socialista.

PREGUNTAS ESCRITAS

8-09/PE-000412. Pregunta escrita relativa a la atención pediátrica de urgencias en el Chare de Benalmádena, Málaga, presentada por el Ilmo. Sr. D. José Antonio Castro Román, del G.P. Izquierda Unida Los Verdes-Convocatoria por Andalucía.

8-09/PE-003578. Pregunta escrita relativa a la labor de los médicos de familia, presentada por el Ilmo. Sr. D. Ignacio García Rodríguez, del G.P. Izquierda Unida Los Verdes-Convocatoria por Andalucía.

PROPOSICIONES NO DE LEY

8-09/PNLC-000349. Proposición no de ley relativa a la atención a los problemas de salud mental en la provincia de Huelva, presentada por el G.P. Izquierda Unida Los Verdes-Convocatoria por Andalucía.

8-09/PNLC-000380. Proposición no de ley relativa a la ausencia de unidades especializadas en el diagnóstico y tratamiento del alzheimer, presentada por el G.P. Popular de Andalucía.

PROYECTOS DE LEY

8-09/PL-000004. Dictamen de la Comisión sobre el Proyecto de Ley de derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de la muerte.

SUMARIO

Se abre la sesión a las once horas, seis minutos del día veinticuatro de febrero de dos mil diez.

Comparecencias

8-10/APC-000090. Comparecencia de la Excma. Sra. Consejera de Salud, a fin de informar sobre la situación de la atención primaria en nuestra Comunidad y sobre las posibles reformas de la misma (pág. 5).

Intervienen:
Dña. María Jesús Montero Cuadrado, Consejera de Salud.
Dña. Ana María Corredera Quintana, del G.P. Popular de Andalucía.

8-10/APC-000114. Comparecencia de la Excma. Sra. Consejera de Salud, a fin de informar sobre el Plan Nacimiento y Parto, dentro del marco del Plan Perinatal de Andalucía (pág. 14).

Intervienen:
Dña. María Jesús Montero Cuadrado, Consejera de Salud.
Dña. Dolores Blanca Mena, del G.P. Socialista.

Preguntas orales

8-09/POC-000949. Pregunta oral relativa al centro hospitalario de alta resolución (Chare) de Vejer de la Frontera, en Cádiz (pág. 19).

Interviene:
Dña. Raquel Arenal Catena, del G.P. Socialista.
Dña. María Jesús Montero Cuadrado, Consejera de Salud.

8-10/POC-000069. Pregunta oral relativa a las unidades propias de fibromialgia en la provincia de Granada (pág. 21).

Intervienen:
Dña. María del Carmen Reyes Ruiz, del G.P. Popular de Andalucía.
Dña. María Jesús Montero Cuadrado, Consejera de Salud.

8-10/POC-000119. Pregunta oral relativa a la construcción de un nuevo hospital en Cádiz (pág. 24).

Intervienen:
D. Ignacio García Rodríguez, del G.P. Izquierda Unida Los Verdes-Convocatoria por Andalucía.
Dña. María Jesús Montero Cuadrado, Consejera de Salud.

8-10/POC-000152. Pregunta oral relativa al hospital Reina Sofía, en Córdoba, referente nacional en trasplante de médula ósea infantil (pág. 27).

Intervienen:
Dña. María Eulalia Quevedo Ariza, del G.P. Socialista.
Dña. María Jesús Montero Cuadrado, Consejera de Salud.

Preguntas escritas

8-09/PE-000412. Pregunta escrita relativa a la atención pediátrica de urgencias en el Chare de Benalmádena, Málaga (pág. 29).

Contestada por escrito.

8-09/PE-003578. Pregunta escrita relativa a la labor de los médicos de familia (pág. 29).

Intervienen:
D. Ignacio García Rodríguez, del G.P. Izquierda Unida Los Verdes-Convocatoria por Andalucía.
Dña. María Jesús Montero Cuadrado, Consejera de Salud.

Proposiciones no de ley

8-09/PNLC-000380. Proposición no de ley relativa a la ausencia de unidades especializadas en el diagnóstico y tratamiento del alzheimer (pág. 30).

Intervienen:
Dña. María del Carmen Reyes Ruiz, del G.P. Popular de Andalucía.
Dña. Rosa Isabel Ríos Martínez, del G.P. Socialista.

Votación: rechazada por 8 votos a favor, 9 votos en contra, ninguna abstención.

Proyectos de ley

8-09/PL-000004. Dictamen de la Comisión sobre el Proyecto de Ley de derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de la muerte (pág. 33).

Intervienen:
D. José Manuel Mariscal Cifuentes, del G.P. Izquierda Unida Los Verdes-Convocatoria por Andalucía.
Dña. Ana María Corredera Quintana, del G.P. Popular de Andalucía.
Dña. Rosa Isabel Ríos Martínez, del G.P. Socialista.

Votaciones: Consultar texto.

Se levanta la sesión a las catorce horas, diez minutos del día veinticuatro de febrero de dos mil diez.

8-10/APC-000090. Comparecencia de la Excma. Sra. Consejera de Salud, a fin de informar sobre la situación de la atención primaria en nuestra Comunidad y sobre las posibles reformas de la misma

La señora ARENAL CATENA, PRESIDENTA DE LA COMISIÓN

—Señorías, buenos días.

Iniciamos la sesión de la Comisión de Salud con el primer punto del orden del día, solicitud de comparecencia, a petición del Grupo Parlamentario Popular, a fin de informar sobre la situación de la atención primaria en nuestra Comunidad y sobre las posibles reformas de la misma, para lo cual tiene la palabra la señora Consejera.

La señora MONTERO CUADRADO, CONSEJERA DE SALUD

—Muchas gracias, Presidenta. Buenos días, señorías.

Darles la bienvenida también a esta Comisión, en el nuevo periodo de sesiones, y creo que es un acierto poder comenzar esta nueva etapa del periodo de sesiones parlamentario, y concretamente de la Comisión de Salud, a partir de la petición de comparecencia en relación con la atención primaria, que es uno de los niveles, uno de los lugares de atención que, sin duda, marca la prioridad en el conjunto del sistema, y que yo diría, sin temor a discrepar, seguro que con ninguna de sus señorías, que son los que sustentan con gran diferencia el grueso de la actividad asistencial, y, por tanto, constituyen no solo una zona de contacto primera, sino también y fundamentalmente la tutela de los ciudadanos en relación con la salud.

Decirles, como dato ilustrativo de la importancia de esta comparecencia, que solo durante el año 2009 se produjeron un total de 26.837.566 consultas en el ámbito de atención primaria, donde se incorporan medicina de familia, pediatría o enfermería, y 257.893 intervenciones en el marco de cirugía menor ambulatoria resuelta en este nivel.

Comentarles, señorías, que la atención primaria en Andalucía está constituida por una red que se conforma por 1.500 centros en el conjunto del territorio de la Comunidad, llegando hasta el último rincón de la Comunidad, a la que hay que sumar 366 unidades de cuidados críticos y urgencias y 118 equipos móviles que complementan este nivel de atención. Sobre esta red, trasladarles, además, que se ha hecho un gran esfuerzo inversor en los últimos años, ya que se han reformado 191 centros de salud y consultorios y se han puesto en funcionamiento 61 centros de nueva construcción. De hecho, cuando acabe el ejercicio 2010, uno de cada cuatro centros de atención primaria habrá tenido alguna renovación o será de nueva construcción.

En estos momentos, por otra parte, se encuentran en diversa fase de ejecución las obras de 37 centros sanitarios, entre centros de salud y consultorios, y otros 59 que están siendo acometidos a través y a partir de los convenios suscritos por los ayuntamientos, y también las diputaciones. De hecho, señorías, la inversión que se ha realizado en los últimos años en atención primaria, desde 2006 hasta este mismo año 2010, superará los trescientos cincuenta millones de euros. Yo creo que habla por sí solo del volumen tan importante de inversión que los centros requieren y de la prioridad que se ha marcado por parte del sistema sanitario.

Por ello, señorías, es fundamental seguir trabajando en la mejora de estos servicios, y también en el desarrollo de líneas estratégicas que nos permitan ofrecer a los ciudadanos cada vez mayores cotas de calidad, y también de eficiencia.

Y lo hacemos, señorías, desde una hoja de ruta, desde un marco de actuación bien definido que tiene objetivos claros, bien delimitados, y que lo importante es que surgen de la participación y del consenso de los profesionales, las sociedades científicas y los propios usuarios. De hecho, señorías, como ustedes conocen, Andalucía cuenta con un instrumento apropiado para esta finalidad, lo que llamamos «el Pacto Andaluz por el Desarrollo de Estrategias para la Atención Primaria del Siglo XXI», que realmente es el marco en donde se discute, se debate cuáles son las prioridades a abordar en los próximos años, y, de la mano de los profesionales, identificamos cómo y de qué manera se tienen que movilizar los recursos para hacer posible el cumplimiento de objetivos que compartimos. De hecho, la estrategia tiene como fin último mejorar la atención sanitaria para incrementar los niveles de salud de la población; mejorar, cómo no, la calidad de los servicios; evaluar el impacto que en la salud tienen los servicios de atención primaria, y también aumentar la satisfacción percibida y la calidad de la atención prestada.

En este marco, y con la senda que dicho pacto nos define, se ha realizado un conjunto de actuaciones, en relación a las líneas que pivotan en la atención primaria, que nos está permitiendo, señorías, alcanzar unos niveles de calidad y de eficiencia acordes con los momentos actuales.

Quisiera, en este sentido, indicarles cuáles son estas líneas estratégicas en las que estamos trabajando y los avances que hemos conseguido en cada una de ellas.

En primer lugar, el desarrollo de actuaciones que permitan mayor tiempo de dedicación de los profesionales a las consultas, y, por tanto, la desburocratización de la actividad asistencial a favor de la mayor disponibilidad en el trabajo clínico.

En esta línea, que está abierta en colaboración con las sociedades científicas, sobre todo la SAMFyC, y en la que se han creado grupos de trabajo que nos permitieran identificar cuáles son esos cuellos de botella o cuáles son esos elementos que burocratizan la atención en consulta, se ha ido trabajando en una serie de propuestas que está permitiendo la eliminación de esta tarea burocrática.

En este sentido, quizás los elementos más significativos que en los últimos años hemos desarrollado tienen que ver con la prescripción electrónica y la puesta en marcha de Receta XXI; una iniciativa que alcanza ya al 96% de la población andaluza y que, a fecha 31 de enero de este año, tiene un grado de implantación de 726 centros de salud de atención primaria, 3.553 oficinas, lo que significa el 99% de estos establecimientos, y es utilizada por 5.398 médicos de familia, lo cual supone, aproximadamente, un 92% del total.

Desde su implantación, se han realizado ya 3,1 millones de dispensaciones solo por este método. De hecho, señorías, el número de dispensaciones crece progresivamente, y en la actualidad podemos decir que el 70% de todas las prescripciones de medicamentos para crónicos se realiza con Receta XXI. Y hago referencia al carácter crónico porque la utilidad real de este tipo de prescripción se encuentra en aquellas personas que tienen una medicación mantenida en el tiempo —por tanto, que son objeto de algún tipo de enfermedad crónica—, y que el hecho de poder recetarles la medicación a través de este sistema evita que tengan que acudir al médico de familia solo para recoger los talonarios o las recetas relativas a su problema de salud.

De hecho, señorías, también —aunque es un dato todavía que tenemos que seguir viendo en el tiempo—, entendemos, y lo que la situación arroja, que se produce una reducción del 15% de las visitas que habitualmente tenía el médico de familia, y que, por tanto, iban encaminadas solo al concepto de recoger la receta y, por tanto, continuar los tratamientos.

En este mismo sentido, también de la desburocratización, seguimos con la implantación progresiva, a todos los rincones de Andalucía, del Programa Diraya, que, con especial interés en esta materia de desburocratización, tiene el ahorro de tiempo de que la información clínica y las pruebas complementarias se pueden visualizar en la pantalla, y, por tanto, evita el tener que utilizar información adicional en papel o en cualquier otro formato que tradicionalmente se hubiera utilizado.

Pero me gustaría, en este apartado de desburocratización, comentarles un proyecto singular que se está desarrollando en Andalucía y que tiene, en este sentido, la colaboración y, por tanto, la implicación del Ministerio de Trabajo, y que no es otro que el de simplificar los trámites administrativos para la obtención de la baja, y, por tanto, los partes de baja y de confirmación de baja por IT, por la enfermedad, que causa la enfermedad en la persona, y que, por tanto, le impide poder acudir a su puesto de trabajo, porque, en los diferentes estudios, y por el diálogo con los profesionales, habíamos identificado que un tiempo importante de las consultas se asocia a la necesidad de tener que renovar el documento acreditativo del paciente para que en su lugar de trabajo conozcan que la persona sigue en situación de incapacidad temporal, lo que habitualmente se conoce como partes de baja, que ocupa un tiempo importante de la consulta porque se le exige por parte de la empresa, que a su vez lo exige el Ministerio de Trabajo.

Pues bien, después de los grupos que se han reunido a tal efecto, se firmó un convenio con el Ministerio de Trabajo, que se ha puesto en marcha desde este día 1 de enero del año 2010, en donde, de forma experimental, 12 centros de salud de Andalucía, con aproximadamente cien profesionales implicados, están pivotando sobre más de trescientas patologías, tiempos estándares en relación con la patología más frecuente que ocurre entre los ciudadanos, de manera que estamos viendo si efectivamente esos tiempos definidos que no requerirían el seguir confirmando esos partes de baja de más del 90% de las patologías, insisto, pudieran ser sujetos a un sistema mucho más dinámico tanto para el paciente como para el propio profesional. Son solamente algunos de los ejemplos que marcan el interés por ir identificando esas áreas en donde el papel del médico de atención primaria realmente en lo que consiste es en proporcionar al ciudadano algún documento acreditativo que le permita o bien recoger medicamentos de la oficina de farmacia, cuando el tratamiento es de larga duración, o bien que le permita certificar ante la empresa que sigue en situación de incapacidad temporal.

Otra de las líneas en las que se viene trabajando en el Pacto con Atención Primaria es el incremento de la capacidad resolutiva de los servicios de salud, y, de hecho, de manera progresiva, se ha ido asumiendo un mayor conjunto de procesos asistenciales o de cartera de servicios en el nivel de primaria, a la que se da respuesta en base a la cualificación de los profesionales, pero también a la incorporación de los avances tecnológicos. En este sentido, y fruto de esa guía de recursos tecnológicos, elaborada, repito, por las sociedades científicas, se han incorporado 51 unidades ecográficas en los centros de salud, se ha ido extendiendo el servicios de radiología hacia 139 salas adicionales sobre las que existían, y con un horario de funcionamiento hasta las 22 horas. Se han puesto en marcha 201 gabinetes odontológicos, 194 salas de fisioterapia y un elemento importante para el futuro: que se han incorporado 111 centros a la telemedicina, en áreas como dermatología y vascular, coordinándose con el ámbito hospitalario de referencia y evitando desplazamientos de los ciudadanos hacia ese nivel asistencial.

Igualmente, seguimos extendiendo los programas de tratamiento de anticoagulación oral, las tomas de citología líquida o las unidades de mamografía, y también el programa de retinografía, fundamental en el plan de diabetes, que, como en otras ocasiones hemos comentado en esta Comisión, no me voy a extender.

La tercera línea que les quería referir se refiere a la flexibilidad en la organización de los equipos y, por tanto, la mayor autonomía de los profesionales en la gestión diaria. En este sentido, se ha consolidado ya un número importante de unidades de gestión clínica, concretamente 439, que están favoreciendo esa corresponsabilidad del profesional en la gestión. A ella tenemos que añadir otras 68 unidades, que están compuestas por profesionales que comparten nivel de atención primaria y hospitalaria, por lo que, en atención primaria, prácticamente el cien por cien de la población atendida ya se está encuadrando bajo este modelo de gestión.

Yo creo, señorías, que sin duda ha propiciado una mejora en la continuidad asistencial, un mayor protagonismo de los profesionales en la priorización de las áreas de mayor interés, y también se va pasando de una estructura vertical jerárquica, tradicional de las organizaciones burocráticas, a una estructura horizontal en red, con objetivos vinculantes entre las unidades que atienden a una misma población, o, dicho de otra manera, está posibilitándose que los profesionales se autoorganicen de la forma que mejor entiendan, prestan los servicios que tienen que prestar a la población que tienen adscrita.

En cuarto lugar, y en la dirección de incorporar nuevas herramientas de trabajo, se está implantando en los servicios de atención primaria la gestión por proceso, que nos está permitiendo un mejor diálogo entre los profesionales de los distintos niveles y también entre los profesionales del mismo equipo, de manera que haya un reparto equitativo de las tareas entre atención primaria, médico, enfermero y otros componentes del equipo asistencial, pero también, y era un elemento fundamental, tener la capacidad de establecer un foro estable de diálogo entre profesionales de atención primaria y profesionales del nivel especializado que necesitan para que la continuidad asistencial se mantenga a lo largo de la enfermedad de la persona en cuestión.

En la quinta línea, formación e investigación, hoy por hoy hay más de setecientos profesionales de atención primaria que están participando de forma voluntaria en el proceso de acreditación y cerca de doscientos sesenta que ya han obtenido la certificación por parte de la Agencia de Calidad. También se han realizado cursos de formación continuada, dirigidos a todos los profesionales relacionados directamente con la atención al paciente, y fundamentalmente en los dispositivos de rehabilitación, en donde hay también una variabilidad en la práctica clínica que obligaba a que se realizara formación homogénea en terapias específicas en la práctica clínica que a diario se desarrolla en nuestros centros.

Más de ochocientos noventa y ocho profesionales, por otra parte, se han formado en metodología de la investigación, habiéndose incrementado de forma importante la producción científica en el ámbito de atención primaria, De hecho, se han realizado más de trescientas publicaciones, 51 proyectos presentados a congresos o revistas de interés, y se ha creado una aplicación informática, vía web, que permite que los diferentes profesionales puedan compartir el conocimiento de aquellas materias que estén trabajando desde un punto a otro de Andalucía, al objeto de que ese conocimiento pueda fluir de una manera rápida.

Por último, señoría, en la línea de asignar los recursos adecuados a las necesidades de la población, también se ha ido desarrollando una política de incremento de profesionales y de asignación de usuarios, en consenso con las sociedades científicas, en donde no solo el interés era incrementar el número de profesionales, y, por tanto, bajar la ratio, en relación con los médicos y la población, o la enfermería y la población, sino quizá un elemento también importante: ser capaz de ponderar la morbilidad, la patología que cada uno de esos cupos representaba en relación con la población general, o, dicho de otra manera, que tuviéramos en cuenta la variabilidad de la enfermedad, que puede tener una determinada población a la hora de ajustar esas ratios, y, por tanto, pasar no solo a números cuantitativos, sino también adquirir un entorno cualitativo.

En este sentido, es importante significar el incremento de la plantilla de profesionales sanitarios en atención primaria, que, en el caso de facultativos de DAP y en el periodo 2005-2008, ha crecido un 13,70%, haciéndolo también para el mismo periodo un 16,26 la plantilla de enfermería.

En la actualidad, y en base a datos de 31 de diciembre de 2009, en atención primaria existen 4.763 cupos de médicos de familia, con una ratio media de 1.448 tarjetas sanitarias por médico y 1.106 en los cupos de pediatría y atención primaria.

Por otra parte, en relación con la última línea que quiero referirle, en la distribución de recursos nos ha parecido fundamental ir trabajando, ya no tanto en tarjetas sanitarias, sino en tarjetas ajustadas por edad, lo que habitualmente llamamos TAE, que suponen una mejora cualitativa en relación con los números que tradicionalmente se han ido ponderando y que incorpora variables como la edad —es bien conocido que a un mayor envejecimiento hay también una mayor necesidad de recursos sanitarios— y también el indicador indirecto de la frecuentación de cada población en relación con sus servicios.

En la progresiva modernización de estos servicios, las reformas del modelo de urgencia en atención primaria ha tenido en los últimos años, yo diría en el año

pasado, un protagonismo importante a la hora de poder acordar ese marco de actuación conjuntamente con las sociedades científicas; de hecho, se ha desarrollado la creación de los dispositivos de apoyo en distritos sanitarios y áreas de gestión sanitaria, que actualmente se conforman ya, o se integran por más de seiscientos médicos de familia, y 569 profesionales de enfermería, que están distribuidos entre los correspondientes dispositivos de cuidados críticos y urgencias.

Por otra parte, los dispositivos de apoyo también cuentan ya con 233 odontólogos, fundamentalmente dirigidos al programa de salud bucodental, 196 matronas, 284 fisioterapeutas y también 300 trabajadores sociales.

Por otra parte, señorías, referirles que estamos, de forma, yo diría, prioritaria, intentando atender a la población más vulnerable, sobre criterios de accesibilidad y de cercanía, y solo resaltarles el especial interés que tienen los programas de atención a personas cuidadoras, a la población mayor de 65 años y a las personas dependientes, y resaltar que, durante el año 2009, las enfermeras de familia y las enfermeras gestoras de casos han valorado a 254.248 pacientes y a más de cien mil cuidadoras, y que se han realizado, fundamentalmente por parte de enfermería de enlace, más de seis mil quinientos talleres, que se han dirigido a 50.000 cuidadoras. Yo creo que es una cifra que pone de manifiesto el interés y la prioridad que se ha dado en atención primaria a los colectivos de personas dependientes y a los colectivos de personas especialmente vulnerables. Solo en el Plan de Alzhéimer, y en sintonía con el papel de las personas cuidadoras, se ha actualizado la tarjeta + Cuidado en más de treinta y cinco mil personas, que, como saben sus señorías, tienen, a través de esta tarjeta, un trato preferente en relación con su paso por los servicios sanitarios a la hora de una intervención quirúrgica o a la hora de poder permanecer en los lugares donde tradicionalmente no han entrado los familiares de las personas usuarias.

En relación con el informe de la dependencia —y es el último dato que les proporciono—, me parece importante comentar en esta Comisión que a fecha 31 de diciembre de 2009 se han realizado más de trescientos cincuenta mil informes relacionados con personas que estaban en valoración por su situación de dependencia, y, por tanto, que han permitido que Andalucía también —y hemos contribuido con nuestro pequeño grano de arena— sea una de las comunidades que más avanzada está en relación con la aplicación de la Ley de la Dependencia, que, como saben ustedes, se requiere un informe de salud para poder hacer la valoración posterior.

Creo que con estos datos primeros que les he proporcionado podemos tener una visión general de la importancia que tiene el nivel de atención primaria en el conjunto del sistema sanitario, de los retos en los que estamos trabajando y de las líneas de futuro, pero también de los avances considerables que se han conseguido en los últimos años.

Muchas gracias.

La señora ARENAL CATENA, PRESIDENTA DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señora Consejera.

Para posicionar al Grupo Parlamentario Popular, tiene la palabra la señora Ana María Corredera Quintana.

La señora CORREDERA QUINTANA

—Gracias, señora Presidenta.

Bueno, en primer lugar, agradecer la información a la señora Consejera. De hecho, en su intervención ha respondido ya a alguna de las preguntas que yo quería plantearle aquí esta mañana, así que intentaré en mi intervención ahorrarle esas preguntas, puesto que ya tengo la respuesta, ¿no?

Es cierto —y coincidimos— que la atención primaria tiene que ser una prioridad en el conjunto del sistema, es el primer nivel de acceso ordinario —lo hemos dicho en muchas ocasiones, ¿no?, de lo que es la población, de lo que somos los usuarios, al sistema sanitario público—, y, además, según nuestra ley vigente, tiene que caracterizarse por lo que es una atención integral a la salud y abarcar —yo creo que mucho, ¿no?— desde la asistencia preventiva, curativa y rehabilitadora a lo que es la promoción de la salud, la educación sanitaria y la vigilancia sanitaria del medio ambiente, o al menos eso es lo que tenemos establecido.

Precisamente por ser ese primer nivel de acceso a la sanidad es por lo que yo había pedido esta comparecencia. Hay quienes últimamente están pidiendo, como se suele decir, a voz en grito, ¿no? —pero, bueno, es una expresión—, están reclamando una necesaria segunda reforma de la atención primaria en Andalucía, y yo quería saber cuál es la opinión de la Consejería al respecto y cuál es la opinión de usted como máxima responsable de la sanidad pública.

Es cierto que hubo un salto cualitativo con aquella primera reforma que se inició en los años ochenta, pero que hay —en este caso es una opinión particular— que culminar. Nosotros siempre hemos dicho que se quedó inconclusa, y, de hecho, recuerdo tener un debate al respecto con la Consejera en el que usted daba por concluida aquella reforma y yo le ponía algunos ejemplos de cosas que se habían quedado pendientes y que usted decía que se iban a asumir en el trámite habitual del trabajo de la Consejería. Pero, independientemente de eso, hay que seguir avanzando y actualizándose, si se pretende, lógicamente, tener, como siempre decimos, una sanidad cercana, ágil, rápida y eficaz, ¿no?

Son muchas las quejas de los profesionales de atención primaria que nos llegan, entre otras cosas porque no se sienten valorados en su trabajo, o porque entienden que no tienen el reconocimiento laboral en función a la gran responsabilidad que tienen, ¿no? Pero, bueno, no voy a centrarme hoy ahí: quiero centrarme en lo que es la actividad de la atención primaria en general.

Todos los estudios sobre necesidades de profesionales de la sanidad, tanto los que ha realizado la Consejería, y a los que hemos tenido acceso, como los que realizó el Ministerio de Sanidad, ponen de forma inminente la necesidad —cómo diría yo— inmediata, a corto plazo y a largo plazo, de determinados profesionales en determinadas especialidades. Entre ellas está Médico de Familia y está Pediatría, que, lógicamente, trabajan fundamentalmente en la atención primaria. Y esto puede ser consecuencia —lo hemos hablado en alguna ocasión— de una mala planificación, o consecuencia de la inestabilidad laboral de los contratos que se han estado haciendo.

Se nos dijo por parte de la Consejería, hace solamente un par de meses —porque fue en la comparecencia sobre presupuestos—, que ese compromiso de que 5.100 personas pasaran de tener contratos interinos —no todos están, evidentemente, en la atención primaria: hay una parte en atención primaria y otra en especializada— se iba a concluir, si no recuerdo mal, precisamente este mes de enero pasado, ¿no?, esa estabilidad que se pensaba dar. Me gustaría que me concretara si así ha sido finalmente.

Pero, bueno, lo que está claro es que sigue habiendo contratos inestables en la sanidad, por días, e incluso por horas —por lo menos nos siguen llegando a nosotros algunas quejas—, y también se siguen dando fugas de profesionales a otras comunidades autónomas, o incluso a otros países donde se ofertan mejores condiciones laborales y salariales, ¿no?, donde la conciliación de la vida familiar y laboral es más fácil, porque tienen mejores horarios o tienen menos guardias, o tienen guardias mejor pagadas, que también son algunas de las causas.

Usted compartirá con nosotros que los andaluces y andaluzas en este caso merecemos un esfuerzo por parte de su Consejería, sobre todo destinado a evitar esa masificación en las consultas de atención primaria que resulta de esta falta de recursos, ¿no?

Usted ha hablado aquí de cómo se han incrementado las plantillas. También ha hablado de que los profesionales tienen más tiempo, y de la desburocratización —he sido capaz de decirlo— que se ha producido después de poner en marcha lo que es Receta XXI y lo que son determinados instrumentos como el Diraya, ¿no? Pero lo cierto es que sigue habiendo falta de tiempo para atender. Es una reclamación histórica de la Plataforma Diez Minutos. Pero usted me reconocerá que, con los tres minutos que se dan cuando uno pide cita para receta, o los cinco minutos para una consulta médica, en muchas ocasiones es imposible prestar esa atención. Es más, si un profesional le destina a cada paciente el tiempo que realmente necesita —que usted una vez me decía: «No tiene por qué ser diez». De acuerdo: cinco o quince, lo que cada uno necesite—, yo he visto cómo se producen retrasos de una hora y hasta de hora y media, porque, lógicamente, los tiempos no están adecuados a las necesidades.

Por eso me ha parecido muy interesante y sí me gustaría que profundizara, si puede, en el programa este que ha dicho que hay 12 centros de salud ahora mismo, ¿no?, que están haciendo un...

[*Intervención no registrada.*]

... como un estudio, ¿no?, de los tiempos reales que se necesitan, no sé si solo para las bajas laborales —no lo he entendido bien— o para otro tipo de procesos asistenciales, ¿no?

Es cierto que las bajas laborales pierden mucho tiempo —y se lo digo, en este caso ya por experiencia últimamente—, que el médico pierde un tiempo precioso en destinarlo a eso, que quizás podría destinar a otras cosas; pero también es cierto que la atención a determinados pacientes requiere más tiempo del que normalmente se le está dando.

Sí me gustaría incidir también... Porque, cuando hablamos de atención primaria, lógicamente, estamos hablando también de lo que es la atención en el mundo rural.

La Consejera presentó públicamente, aunque no hemos tenido ocasión de debatirlo al final aquí, porque, como tenemos tan poco cupo, la verdad es que va uno a por las prioridades y hay determinados temas que se quedan en el aire; pero sí anunció una serie de medidas para beneficiar a aquellos profesionales que se instalaran en el mundo rural. El objetivo era, precisamente, los problemas tan importantes que tenemos de asistencia en determinados pueblos pequeñitos, o en determinados sitios que por sus carreteras no están en las mejores condiciones. Sí me gustaría saber cómo ha funcionado esto, porque tenemos, seguimos teniendo importantes problemas.

No vamos a hablar aquí de la atención médica 24 horas en todos los pueblos, porque sabemos que es imposible; pero sí es cierto que el 40% de los municipios andaluces no tiene esa asistencia médica las 24 horas. Pero lo que es más grave es que hay un 30% que solo tiene médico tres días a la semana durante dos o tres horas. Y ahí sí creo que tenemos que, lógicamente, impulsar un poco más lo que es la atención y volcarse un poco más la Administración. Es más, sabe, igual que yo, que muchos de ellos prestan esos servicios en instalaciones muy obsoletas. Los consultorios de salud en algunos de esos pueblos —y yo he tenido ocasión de visitarlos, y estoy segura de que la Consejera también— se dan en un cuartito, que normalmente cede el ayuntamiento, con los medios

mínimos, que normalmente es médico, enfermero o enfermera, y poco más, y realmente creo que ahí sí se tiene que incentivar algo más.

Como le decía, a algunas de las preguntas ya me ha respondido, pero sí está claro que había otras que yo quería plantearle, porque ese pacto que se firma por el desarrollo de las estrategias para la atención primaria del siglo XXI —fue en el año 2006, si no recuerdo mal—, lógicamente, tenía una serie de objetivos.

Usted ha hablado, pero no me ha concretado, de adecuar la asignación de personas a los profesionales por tarjetas ajustadas por edad y por centros de salud. Ahí sí me gustaría saber cómo se ha avanzado. Se comprometió también a potenciar las unidades de atención a los ciudadanos en las funciones que le son propias, sí me gustaría también saber cómo se ha avanzado en redefinir la cartera de servicios o en potenciar el trabajo en equipo de todos los profesionales que componen la unidad de provisión de servicios de atención primaria. Sé que se está intentando que haya más coordinación entre lo que es atención primaria y especializada, pero sé que todavía ahí hay muchos déficit importantes, los hay hasta, incluso, dentro de la atención primaria, lo que son los servicios de urgencia de atención primaria y lo que son los profesionales que atienden a, normalmente, a cualquier consulta, ¿no? Ellos me decían, incluso, que no tenían acceso a la información informatizada, valga la redundancia. Creo que ahí se puede avanzar todavía mucho y me gustaría saber cuáles son, en este caso, sus objetivos, o las medidas que piensa tomar al respecto.

Me ha hablado también de cómo se han ido incrementando, bueno, telemedicina, radiografía, ecografía, pero está claro que, todavía, la capacidad resolutiva de la atención primaria es deficitaria. Y, quizás por eso, en muchas ocasiones, muchas de las personas se desvían a las urgencias hospitalarias, con lo cual tenemos allí un pequeño caos y una gran masificación, porque no son operativas, en este caso, las urgencias de atención primaria o porque no son tan resolutivos los servicios de atención primaria como pudieran ser. Yo creo que ahí tiene que haber un fuerte impulso por parte de la Consejería, de dotarles de más medios porque, sinceramente, creo que eso nos ayudaría a desbloquear ese segundo paso que, en este caso, es la atención especializada.

Otro de los compromisos del que no ha hablado, o yo me he despistado, era el de aplicar el modelo de organización de las urgencias en atención primaria y desarrollar, desde el punto de vista clínico, los dispositivos de cuidados críticos y urgencias. Si no recuerdo mal, uno de los objetivos últimos era casi cargarse los DCCU, iban a desaparecer. Yo no sé, en aquel sistema de reorganización de las urgencias de los que se planteó la Consejería, cómo va ese tema y cómo evoluciona.

El Diraya... Por cierto, señora Consejera, a mí me siguen llegando multitud de quejas de cómo se cae el servidor del sistema, de cómo se queda colgado el sistema, de cómo no pueden acceder a determinada información. Yo espero que eso lo estén resolviendo porque, sinceramente, creo que puede ser un gran instrumento de agilización del trabajo, pero, en este caso, las quejas son tremendas, las que nos siguen llegando a este grupo.

Y, luego, sí me gustaría —y voy terminando— hablar de lo que es ese compromiso que había en el plan especial de inversiones en infraestructuras, mantenimiento, reposición centros de salud y lo que sería el plan de inversiones en los nuevos centros de salud. La Consejería ya me ha avanzado que ha construido 61 nuevos centros de salud, no he cogido el dato exacto de los que se han mejorado, y lo único que sí me gustaría saber, y lo sabe porque se lo he planteado en otra ocasión, es qué va a pasar con las inversiones previstas para este año. Seguimos teniendo la duda de lo que va a ocurrir, puesto que vienen a cargo de la Deuda histórica, mantenimiento, nuevos centros de salud. Hay una partida muy importante a cargo de la Deuda histórica. En este momento, en que todavía están debatiendo el precio de los solares o la valoración de los solares, sí me gustaría saber si usted ha avanzado algo con la Consejería de Economía en saber cuándo y cómo va a poder disponer de ese dinero, evidentemente, para poder ejecutar las inversiones previstas, porque creo que son importantes.

Así que, señora Consejera, yo no le voy a plantear más temas. Creo que, contestando a esto, sería ya importante saber la situación.

Solo una pregunta última, y es porque me llegaba, como nos habrá llegado a todos, la queja, en este caso, del sindicato médico por la oferta de plazas de médicos de familia, ya que consideran una discriminación que, en dicha oferta, existan unas plazas localizadas en zonas básicas, que usted sabe que tienen una dispersión geográfica de pocos kilómetros, y otras en las que la adscripción va a ser a todo un distrito, cientos de kilómetros. Estos médicos, al final, a lo que optan es a una plaza —si no recuerdo mal— de dispositivo de apoyo, con lo cual, no tienen un sitio localizado de trabajo, no tienen adscrito un centro de salud, prácticamente de semana en semana van conociendo, ¿no?, cuál va a ser su actividad laboral la semana que viene, lo cual supone, al final, un perjuicio para el profesional y para los usuarios: para el usuario porque no tiene un médico de referencia y para el profesional porque está un poco en el aire, ¿no? El saber cómo y dónde trabaja.

Así que creo que tiene un trabajo importante por delante, la dotación de recursos necesarios y suficientes para tener la mejor atención sanitaria, rápida y eficaz en atención primaria, que, como todos decimos, es el primer paso, pero ahí tenemos que frenar y que no haya un segundo paso, previsiblemente, en aquellos temas, lógicamente, en que pueda no haberlo. Cuando hay que acudir, hay que acudir a la atención especializada,

pero sí creo que, si usted hace un esfuerzo en dotar los recursos y en que no haya un deterioro en la atención y en que haya una dotación de personal, de medios, importante, seguramente estaremos agilizando muchísimo lo que es la atención sanitaria en Andalucía.

Muchas gracias.

La señora ARENAL CATENA, PRESIDENTA DE LA COMISIÓN

—Gracias, señora Corredera Quintana.

Por su extensión y porque he sido flexible con el tiempo, entiendo que renuncia al segundo tiempo de intervención.

Muchas gracias.

Señora Consejera, tiene la palabra.

La señora MONTERO CUADRADO, CONSEJERA DE SALUD

—Sí. Gracias, Presidenta.

Yo comparto muchas de las reflexiones que ha hecho la señora Corredera, no solo en relación a cuáles son los retos que para el futuro tenemos que seguir profundizando, sino también de algunos debates y de algunas aproximaciones a los nuevos impulsos que hay que darles a algunos ámbitos en los que creo que necesitamos establecer un marco de consenso y de diálogo con los profesionales, que hemos ido canalizándolo a partir del pacto, porque entendíamos que las sociedades científicas más representativas del nivel de atención primaria están ahí presentes, pero que nuestra voluntad sería poder abrirlo al conjunto de la sociedad y, por tanto, ser capaces, para los próximos años, de marcar gran parte de los retos que tienen los sistemas de salud, entre otras cuestiones porque conoce su señoría que el debate sobre sostenibilidad, sobre pacto por la sanidad a nivel estatal siempre tiene un elemento de reflexión permanente en donde, desde Andalucía, creemos que es un gran éxito del sistema sanitario; yo diría, quizás, el elemento diferenciador que ha hecho que España tenga uno de los mejores sistemas sanitarios del mundo, justamente, se enmarca dentro de la apuesta por la atención primaria.

Y tiene razón la señora Corredera cuando plantea, ¿no?, que a veces no somos suficientemente explícitos a la hora de hacer el reconocimiento de los profesionales que trabajan en este nivel asistencial. Normalmente, también, y mediáticamente, suelen tener un mayor impacto informativo aquellos grandes eventos que se desarrollan rodeados de una alta tecnología, pero, siempre que tengo oportunidad, traslado que no sería posible el poder desarrollar ese marco de excelencia sin la excelencia del nivel de atención primaria que permite resolver la mayor parte de los problemas de salud.

Por tanto, también que esta comparecencia sea ese reconocimiento merecido que los profesionales de atención primaria tienen que tener en el marco de sus actuaciones.

Me decía, me pregunta su señoría a propósito de la reforma de la atención primaria. Es verdad que, cuando se abre un proceso de constitución de mapa en atención primaria, sobre todo en ubicación de nuevas instalaciones, nuevas infraestructuras o de centros de salud, en algún momento, ese mapa, ese concreto, hay que darlo por concluido porque, evidentemente, el tiempo de la construcción de esas infraestructuras tiene una caducidad, un tiempo limitado. Pero también su señoría en muchas ocasiones me ha escuchado decir que nunca podremos dar por concluido el dinamismo de la construcción de atención primaria ni tampoco de la hospitalaria, fundamentalmente porque las necesidades de nuevos recursos vienen de la mano de la ubicación de la población, del crecimiento de la población, del envejecimiento de la población, y, por tanto, estoy convencida de que el mapa actual será un mapa distinto al que se produzca dentro de diez años, porque se va marcando la necesidad a raíz de ese crecimiento natural que tiene la población en los diferentes ámbitos de Andalucía. Pero sí creo que no siendo, bajo mi punto de vista, necesaria una reforma en profundidad de la atención primaria, sí hay que plantear, yo creo que de una forma continuada en el tiempo, cada cierto tiempo, plantear un impulso nuevo a la atención primaria desde el marco de las posibles competencias que, de la mano tecnológica, de la capacitación, pueden desarrollar los profesionales de atención primaria, y que en un primer momento no se pueden anticipar o, ni siquiera, ese desarrollo tecnológico se pude prever, para que luego, posteriormente, se pueda trasladar a los centros de salud. Me refiero, por ejemplo, a la telemedicina. La telemedicina, y hay aquí algunas personas, en esta sala, que son expertas en el desarrollo de ese tipo de tecnologías aplicadas al sector sanitario, y, concretamente, el diputado Núñez, en telemedicina, y él sabe bien, no hay en este momento más que un embrión de lo que en el futuro podemos hacer, a partir de la visualización de imágenes, a partir del compartir datos, que se puede establecer en red, con la garantía de confidencialidad, lo cual plantea un nuevo mapa de competencias para atención primaria que estoy convencida de que, dentro de cinco años, tendremos que redefinir cuál tiene que ser la tutela que el médico de familia hace en el marco de la consulta del nivel especializado con el paciente, probablemente, en el nivel de atención primaria, y con una consultoría que se establezca desde el nivel hospitalario.

Por tanto, nunca daría por concluido ese nuevo impulso que tenga que tener la atención primaria, y, es más, creo que Andalucía puede aportar mucho al debate nacional que sobre esta materia viene de la mano de otras estrategias, como AP21; una estrategia

en la que participamos el conjunto de las comunidades autónomas.

Por otra parte, me preguntaba a propósito de alguno de los compromisos concretos que, en el marco general, pero que tienen especial impacto en atención primaria, hemos tenido en el último año, y en especial el proceso de consolidación de los eventuales de atención primaria; un proceso del que, efectivamente, su señoría conoce que, prácticamente en el mes de febrero, teníamos, o tenemos, que tener una gran parte de esos 5.100 eventuales —cinco mil eventuales—, tenemos que tener ya la nueva relación contractual, porque de lo que se trataba era de que ese tipo de contratos eventuales de larga duración pudieran pasar, o bien a contratos interinos, o bien a la oferta pública de empleo, que se va resolviendo, y que actualmente estamos, justamente, en el proceso de resolución de la última oferta de empleo del año 2007, en el que están tomando posesión de las plazas los médicos de familia y también la enfermería que ha obtenido plaza en ese concurso. Al final me referiré en relación con un dato que aportaba usted del Sindicato Médico; pero sí es verdad que ese proceso está condicionado a la oferta pública de empleo, en el mes de febrero, mes de marzo —vamos a entrar un poquito más adelante en el mes de marzo, es aproximadamente a finales del mes de marzo—, y unos tres mil profesionales habrán tenido ya la nueva relación contractual. Insisto: porque son profesionales que ya venían teniendo un contrato renovable en los últimos años, y que, ahora, de lo que se trataba es de que pudieran tener una situación de mayor estabilidad en el empleo, bien las personas que ocupan actualmente esas plazas, o bien las personas correspondientes de la bolsa de trabajo.

También un debate que ha sido arduo en la mesa sectorial, porque, efectivamente, el acceso a ese tipo de contratación se hará por bolsa, que es lo que se decidió en mesa sindical, pero que en la mayoría de las ocasiones coincidirá con las personas que tenían una eventualidad prolongada dentro del sistema sanitario, como no puede ser de otra manera.

En relación con el contrato de guardia, yo creo, señora Corredera, que tenemos que reconocer que en los últimos años hemos hecho un esfuerzo importante, muy importante, por disminuir una situación de peores condiciones laborales de algún tipo de modalidad contractual —el que se llamaba contrato de guardia—. Siempre recuerdo, ¿no?, que fue un contrato al que se le dio cobertura legal a partir de una modificación que se planteó, creo que aproximadamente en el año 1996 o 1997, y que la persona, aunque Andalucía había incorporado mejoras en la relación contractual —cotización por el periodo del mes, tener derecho a situaciones de bajas laborales y derecho a situación de bajas por embarazo o por otra situación o por otra cuestión—, se habían incorporado, pero que progresivamente nos comprometimos a eliminarlo. No sé si habrá algún contrato todavía en el ámbito de la Comunidad Autónoma, pero le puedo decir que la práctica totalidad, ¿eh?, yo diría que más del 99% de ese tipo de modalidad contractual, ha desaparecido. Insisto: siempre con la precaución que tenemos que tener con estos datos, porque en Andalucía, diariamente, creo recordar que la cifra es..., hacemos mil quinientos contratos diarios, ¿eh?, por la envergadura que tenemos de sistema sanitario, de bajas, de eventualidades... Unos mil contratos: entradas-salidas, personas que se dan de alta-personas que se dan de baja... Puede ser que haya una persona en un distrito que se me escape en este momento, pero le podría afirmar que ha desaparecido esa modalidad contractual y que, por tanto, hemos mejorado mucho. Y la mejora fue a raíz de la creación, sobre todo, de los dispositivos de cuidados críticos y urgencias, que daban apoyo a esas situaciones coyunturales de cobertura de guardia en los niveles de atención primaria y en donde los contratos son ya estables. Es decir, hay personas que, de forma mantenida, tienen una relación contractual vinculada a un dispositivo de apoyo DCCU, y que incluso en la OPE que se ha planteado ahora resolver hay también un número de plazas en propiedad ya en estos dispositivos de apoyo y cuidados críticos y urgencias.

No recuerdo la mención que decía en relación a la desaparición de estos dispositivos. No pueden desaparecer porque, en una parte importante de atención primaria, si no tuviéramos esos dispositivos, la plantilla no tendría capacidad de poder proporcionar la atención continuada, porque el número de profesionales no es suficiente para respetar, por una parte, las 48 horas de jornada máxima y, además, el saliente de guardia, que sabe que Andalucía fue la primera comunidad que reconoció en atención primaria el derecho a la libranza de guardia, y, por tanto, son necesarios para el funcionamiento habitual de la atención primaria. No solo no van a desaparecer esas plazas, sino que se aventuran o se anticipan como un complemento necesario para que funcione el conjunto del sistema en el nivel de atención primaria.

En relación con el convenio que me comentaba con el Ministerio de Trabajo, exactamente el convenio lo que establece es una cuestión en la que siempre el Ministerio de Trabajo ha tenido alguna resistencia: a establecer un entorno en el que pudiéramos determinar los tiempos estándares que duran determinadas enfermedades en relación con la incapacidad laboral, o, dicho de otra manera, una persona que se interviene —pongamos el caso— de una prótesis de cadera, nosotros sabemos a ciencia cierta que esa persona no se va a recuperar en el plazo de cinco días, o de siete días, que es el tiempo que tiene establecido el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social para poder seguir acreditando que se encuentra en situación de incapacidad. Es imposible que alguien se recupere en esos tiempos. Como eso, podríamos hablar de miles

de procedimientos que se producen en el sistema sanitario. Pero siempre ha habido en el Ministerio de Trabajo un cierto temor a que el establecimiento de tiempos estándares pudiera incrementar el nivel de absentismo que se pudiera proporcionar, porque el hecho de agotar esos tiempos pudiera no revisar al paciente cuando es posible que se pueda incorporar a su nivel laboral. Creo que me explico con claridad sobre dónde estaba la dificultad en relación con este procedimiento. Pero la Comunidad Autónoma de Andalucía, que sigue realizando esta tarea de Seguridad Social, que forma parte de un residuo por cuando antes pertenecíamos a este sistema, y seguimos dando, digamos, de alguna manera, la confirmación de que la persona no está en condiciones de trabajar, por los buenos resultados que hemos tenido en relación con los convenios que se firman en todas las comunidades en materia de incapacidad temporal, digamos que hemos obtenido la confianza de ser capaces de pilotar un proyecto que nos permita realmente que la persona, que el paciente, no tenga que desplazarse al centro de salud para recuperar o para coger un parte de baja y acreditarlo en la empresa, de manera que se está produciendo —y todavía es prematuro, para ver cómo al final esa experiencia concluye, pero se puede producir— un elemento importante, que es la no obligatoriedad, en relación con la patología que tenga cada persona, de tener que entregar en la empresa, de forma progresiva, un parte de baja, sino que tenga el primero validez para un tiempo determinado.

Eso es lo que se ha hecho con este convenio. Se está pivotando, como decía, en 12 centros de salud desde el día 1 de enero, son más de cien profesionales de atención primaria, y la definición de esos tiempos estándares la hemos hecho conjuntamente con las sociedades científicas, en este caso con la SAMFyC, en la que hemos acudido a la experiencia que ya teníamos de saber qué promedio tiene una baja de un hallux valgus, de una catarata o de cualquier otra patología en relación con las enfermedades más prevalentes. Evidentemente, no una gripe, no aquellas enfermedades en que es necesario, además, revisar al paciente a los cinco días, sino aquellas otras que están sujetas a un tipo de intervención quirúrgica o a un proceso un poco más crónico o de media duración.

Yo creo que va a ser una iniciativa interesante, y, de la bondad de los resultados que obtengamos, yo creo que el Ministerio de Trabajo pudiera extender, si así lo estima conveniente, a otras comunidades que estén proporcionando unos datos de control de IT razonables en relación con el absentismo que se produce en cada comunidad autónoma. No obstante, iremos informando en la medida en que eso se proporcione.

Decía su señoría —y voy concluyendo, Presidenta— que teníamos que seguir avanzando en materia de la reordenación de guardias, porque el 40% de los municipios no tenía médico 24 horas. No he contabilizado, ¿no?, el dato en relación con el número de municipios, pero no quiero que eso dé una imagen distorsionada de que pudiera haber un 40% de ciudadanos que no tuviera médico de guardia. Todos los ciudadanos de Andalucía, el ciento por ciento de la población andaluza, tiene una referencia en el nivel de primaria del médico de guardia. Puede ser que ese médico no esté ubicado justamente en el pueblo, en el municipio donde viva la persona; pero lo que sí le puedo asegurar es que lo que medimos no es la ubicación, sino el tiempo de llegada del ciudadano al dispositivo correspondiente, y esos tiempos de llegada están establecidos en 20 minutos, en relación con ese punto, y, además, que la población que se ubica en ese municipio supere los 10.000 habitantes. Dicho de otra manera: la distribución de las guardias, de los médicos 24 horas, se hace en esta relación: todos los municipios de más de 10.000 habitantes tienen un dispositivo propio, por el volumen de población, pero todos los municipios de Andalucía, o toda la población de Andalucía, tiene a menos de 20 minutos, en torno a 7-10 minutos, un dispositivo de cuidados críticos y de urgencias. Y sabe su señoría que siempre he defendido que ese es el ratio de planificación que tenemos que mover, no podemos plantearnos desde una perspectiva localista que todo el mundo, en la puerta de su casa, tenga un médico de guardia, porque eso haría insostenible el sistema, en el medio-largo plazo, y, por lo tanto, no es un objetivo que podamos perseguir. Lo que sí ir mejorando los tiempos de llegada, porque la urgencia no se mide tanto en relación con el lugar en que se encuentran como con los tiempos de llegada, y, de hecho, a una ciudad como Sevilla, si tiene un desplazamiento de una punta a otra superior a los 30 minutos, le corresponderían dos puntos de urgencia, y, sin embargo, si un municipio está colindante con otro, podría compartir su médico de 24 horas.

En relación con la incentivación de los profesionales de atención primaria en zona de especial cobertura, es quizá una de las tareas que actualmente la Dirección General de Personal viene trabajando de una forma más intensa, y espero que, no en mucho tiempo, quiero decir en breve, podamos trasladar el modelo que estamos diseñando, que ya hemos diseñado prácticamente, a efectos de ver que realmente coincide con la realidad, de cuáles serían los criterios que nos permitirían identificar la zona de especial cobertura, sin ningún tipo de discrecionalidad. O, dicho de otra manera, el que pudiéramos evidenciar en el mapa —cuando lo tengamos, me comprometo a traérselo a sus señorías para que lo conozcan, porque se ha hecho un esfuerzo de traducción matemática importante del modelo— cómo se están localizando esas zonas de especial cobertura, al objeto de dos cuestiones: al objeto, una, de tener la capacidad de mayor incentivación económica, aunque ya sabe su señoría que se paga el cupo en zonas de especial dificultad, creo recordar que un 20% de lo que

se hace en las zonas urbanas; pero también a efectos de un elemento muy importante, que tiene que ver con la jubilación, la prolongación de la jubilación en relación con esas zonas. Recordará su señoría que ya anuncié que la Consejería estaba trabajando de forma especial cómo excepcionar esas zonas dentro de la jubilación en 65 años que marcaba la ley, y que, por lo tanto, los profesionales que están vinculados a esas áreas pudieran, si así lo desean —y en esto hay que ser precavidos—, si voluntariamente lo desean, en el marco legal actual —otra cosa es el marco que en el futuro se pudieran plantear—, en el actual, que establece la voluntariedad de prolongar esa edad de jubilación en determinadas circunstancias, estamos trabajando en ese entorno, y me comprometo con sus señorías a traerlo. Por lo tanto, no puede ser discrecional, tiene que responder a un modelo, permítame la expresión, matemático, que haga que a aquel que cumple esos requisitos y esos criterios, automáticamente, se le renueve esa prolongación de vida laboral en relación con el sistema sanitario.

Lo último que quería decir —eran muchas preguntas, disculpen la extensión—, lo último que quería plantear es que las inversiones que van vinculadas a Deuda histórica, señora Corredera, es sí o sí; es que no puede ser no —y lo he intentado trasladar en las diferentes comparecencias—, porque los proyectos más importantes, y eran, creo recordar, 190 millones de euros, que más del 60% de las inversiones que tiene la Consejería están vinculadas a la Deuda histórica, e implicarían paralizar proyectos que actualmente están en obras, y que, evidentemente, continúan su ritmo de funcionamiento. Claro que hemos hablado, desde el primer momento, con la Consejería de Economía y Hacienda, y, de hecho, se están licitando esos proyectos, que se están fiscalizando por parte de la Intervención esos proyectos, que están vinculados a la Deuda histórica, y que ahora mismo todavía estamos en un momento inicial del año, pero que, conforme el año vaya avanzando, iremos dando cuenta de su grado de ejecución, para que no haya ninguna duda de que, efectivamente, se van a plantear. Y usted sabe que siempre le he referido que la materialización económica de esa Deuda histórica le corresponde a la Consejería de Economía y Hacienda, en la que saben sus señorías que se está trabajando, ¿no?, en la tasación de terrenos, de suelo, y que la ya Consejera de Economía ha hecho alguna mención a cómo van de avanzados esos trabajos de tramitación. Pero a la Consejería de Salud, nosotros insistimos, no nos pueden llegar solares, nos llega dinero para poder licitar esos proyectos, porque no podemos sacar un concurso en base a solares. Y, por lo tanto, ese compromiso se sigue manteniendo y se sigue planteando. El cómo se haga líquido ese pago de la Deuda histórica es una cuestión que le corresponde, sabe su señoría, a la Consejería de Economía y Hacienda.

Y lo último que le decía era lo del sindicato médico, en donde, en relación con la oferta pública de empleo, de 1.415 plazas, creo recordar, que tomaban posesión, ahora las personas, después de haber aprobado la oferta pública de empleo, había una distribución inicial de las plazas, que se informó en mesa sectorial —hablo de memoria, creo recordar que estaba en torno a, cuando se informó, 1.100-1.300 plazas, dato arriba, dato abajo—, que posteriormente, en mesa sectorial, se informó de una proporción distinta, pero que la Dirección General de Personal, y creo recordar que emitió una nota de prensa el lunes, creo que fue, estableció cuántas plazas correspondían a cada nivel, y creo recordar que el nivel era unas 1.100 plazas adscritas a médicos de familia, que, digamos de alguna manera, en equipos DAP, y unas 300 plazas de los actuales dispositivos de cuidados críticos y urgencias, que son personas que también tienen derecho a la consolidación de su oferta pública de empleo. Y creo que el sindicato médico estaba de acuerdo con esa propuesta, pero es un extremo que no le puedo confirmar, pero le remito a la nota de prensa que se estableció, porque creo haber leído que era en ese entorno, y que en esa materia se había desarrollado.

Muchas gracias.

8-10/APC-000114. Comparecencia de la Excma. Sra. Consejera de Salud, a fin de informar sobre el Plan Nacimiento y Parto, dentro del marco del Plan Perinatal de Andalucía

La señora ARENAL CATENA, PRESIDENTA DE LA COMISIÓN

—Muchísimas gracias, señora Consejera.

Pasamos a la siguiente comparecencia, a petición del Grupo Parlamentario Socialista, a fin de informar sobre el Plan de Nacimiento y Parto, dentro del marco del Plan Perinatal de Andalucía. Para desarrollar el contenido de la misma, tiene de nuevo la palabra la señora Consejera.

Gracias.

La señora MONTERO CUADRADO, CONSEJERA DE SALUD

—Gracias, Presidenta.

Y quisiera, en primer lugar, agradecer al Grupo Parlamentario Socialista la presentación de esta iniciativa, porque, a mi juicio, permite abordar una cuestión que desde la Consejería consideramos preferente, en la medida en que se aborda la atención perinatal en

su conjunto, pero de forma más concreta la atención en el momento del parto, posibilitando un elemento irrenunciable, que es el protagonismo de la mujer, y también la de su entorno familiar, yo diría que en uno de los momentos que constituyen, sin duda, una circunstancia determinante en la vida de la pareja, como es el nacimiento del hijo o de la hija y su incorporación al núcleo familiar.

Pues bien, saben sus señorías que en Andalucía contamos con el proceso de embarazo, parto y puerperio, que es un instrumento de gran importancia y de mucha utilidad para atender de una forma integral, en base a esa coordinación entre atención primaria y especializada, todas las fases que se suceden desde el embarazo, el propio parto y también la crianza del hijo o de la hija, en un periodo que, yo diría, está caracterizado por una mayor dependencia de los niños, biológica y también afectiva.

Yo creo, señorías, que compartimos que es evidente que en el actual modelo de sociedad hay muchos factores que determinan también nuevos retos, nuevas estrategias y nuevas demandas, ya que han cambiado de forma significativa las circunstancias y también los perfiles sociales que rodean el embarazo, el parto y el puerperio. Diríamos que, actualmente, la mayoría de las mujeres que están embarazadas o que van a ser madres suelen ser personas que trabajan fuera de casa, que se encuentran en los perfiles de edad en torno a los treinta y tantos años, 33-34 años, y que han tomado una decisión consciente y compartida con su pareja, y a veces en solitario, de tener un hijo o una hija. También, no en pocas ocasiones, yo diría cada vez más, esta decisión ha sido acompañada de la necesidad de someterse a técnicas de reproducción asistida, y también la propia mujer, como la pareja, requieren o demandan un mayor nivel de información, adecuado, en el momento del proceso, es decir, dependiendo del estado de la gestación, y también han demandado una mayor participación activa en todas las secuencias del embarazo y del parto, para que la salud del hijo o de la hija esté acorde con esos valores que ello representa.

Pues bien, desde el sistema sanitario, e intentando atender a esa perspectiva de las personas que son madres o padres en Andalucía, se ha venido trabajando desde diferentes elementos para que esa participación y la capacidad de elección, sobre todo, de la mujer y de su pareja, en los casos en que exista, se vean satisfechas por parte de los equipos asistenciales, una capacidad que se tiene que ir proyectando en los diferentes momentos para que cualquier persona que atienda, ya sea en un momento de urgencia o ya sea durante el seguimiento habitual del parto, sepa con claridad cuál es ese orden de prioridad que la persona ha definido en cada uno de esos momentos.

Digamos que ese núcleo es lo que es la esencia de lo que hemos venido a llamar proyecto de humanización de la atención perinatal en Andalucía, y que no solo persigue una mejor atención a la mujer, sino también a los derechos del recién nacido en ese momento de la vida, y en un momento especial, sobre todo cuando se encuentra separado del vínculo con la madre, porque sus condiciones de salud —partos prematuros, niños de bajo peso, algún niño con problemas respiratorios al nacer o de otro tipo— lo obliga a permanecer en una unidad neonatal, en una unidad de cuidados intensivos o en cualquier otro ámbito donde no tiene tanta facilidad de contacto directo con su madre o con la persona que lo atiende.

Hemos entendido que, para ello, y que desde esa perspectiva, teníamos también que incorporar una nueva cultura, dentro del sistema sanitario, en la que priorizáramos ese contacto, ese vínculo afectivo en todos los lugares en donde se produce esa atención perinatal, ya sea en el paritorio, ya sea posteriormente en esas unidades de neonatología, y, por tanto, se ha planteado una serie de elementos, de cursos de formación, que nos han permitido ir humanizando ese momento de la asistencia, fundamentalmente en relación con la promoción de la lactancia materna, la incorporación de la perspectiva de género en la atención perinatal, y también un elemento no baladí, que es la perspectiva de la multiculturalidad en una sociedad, como la andaluza, en donde hay que reconocer que una parte importante del incremento de la natalidad, todavía lenta, todavía bastante progresiva, ha venido de la mano, justamente, de la población inmigrante, que habitualmente, socialmente, tiene un mayor volumen de hijos que lo que viene siendo tradicional en la sociedad española y en la sociedad andaluza. Todos esos elementos han constituido el objetivo fundamental de situar a la mujer, al hijo o a la hija, dentro del protagonismo en el momento de la atención, y, por tanto, tener en este momento una situación, un diseño político muy avanzado en relación con estas actuaciones, que están favoreciendo ese desarrollo de un parto elegido por las mujeres en la medida en que su situación clínica así se lo pueda permitir.

Yo diría, señorías, que este equilibrio no es fácil, y me gustaría trasladarlo, porque existen condicionantes, todavía, sociales y culturales, arraigados en nuestra sociedad, que pueden influir en las decisiones que se tomen en relación de esta materia, y también en la que los profesionales demandan un protagonismo en ese momento de la atención y que tiene que ver con el parto medicalizado, que saben sus señorías que es un elemento que no solo la Consejería de Salud, sino fundamentalmente la Organización Mundial de la Salud, están intentando invertir a partir de que en el parto natural, y, por tanto, la ayuda al parto natural, digamos que concurra la mayor energía del equipo asistencial que en ese momento está atendiendo a la población, y, por tanto, podamos alejar el momento del parto de soluciones tecnológicas que lo pueden

acelerar, pero que, siempre y cuando se mantenga la seguridad de la madre y del hijo, es preferible optar por fórmulas más naturales.

En este sentido estamos trabajando en la práctica clínica para disminuir las intervenciones innecesarias, y también especialmente en el uso de las ecografías, y, sobre todo, en la disminución de la cesárea, de las episiotomías, y también del rasurado perineal; todas ellas técnicas que estaban muy arraigadas en la práctica asistencial y que, como digo, progresivamente hay que reflexionarlas y hay que revisarlas para permitir que haya una mayor afluencia del parto natural.

Para ello, desde el Plan de Parto y Nacimiento que hemos puesto en marcha me gustaría presentarle, aunque ya lo hemos hecho en otros entornos profesionales, el Plan de Parto y Nacimiento, que es un documento que no sé si se lo han entregado a sus señorías, porque establece el criterio de que... No, ¿no? Se lo vamos a entregar, porque yo creo que es interesante que ese material divulgativo lo puedan tener sus señorías. En la próxima Comisión le haremos entrega, porque no hemos traído documentos suficientes; pero es un documento, para que sus señorías se hagan una idea, que permite establecer una especie de contrato entre la mujer, entre la pareja y el propio sistema sanitario, en donde se especifican y se informa sobre los derechos que asisten a la mujer durante esa etapa de su vida, y también sobre aquellas cuestiones sobre las que quiere manifestar una especial predilección. Por ponerle un caso, sobre el corte del cordón umbilical, pues la persona expresa en ese documento si desea ser ella misma, caso de que clínicamente sea posible, quien proceda a hacerlo, si es su pareja, o sobre la donación de la sangre del cordón, que es un material biológico, como saben, preciado para la investigación clínica, pues también la persona puede establecer si, efectivamente, autoriza a que esa sangre del cordón se pueda donar para que otras personas se puedan beneficiar de ella.

Decía que eran solo algunos ejemplos de las cuestiones que establece este contrato, y que nos va a permitir que este documento escrito en torno a las primeras expectativas de la mujer, por tanto, en las primeras consultas con las matronas o en la fase más avanzada de la gestación, la persona pueda ir identificando cuáles son esas preferencias en esos momentos puntuales que se producen durante la parte de atención.

Me gustaría, en este sentido, poner de manifiesto y reconocer el trabajo que se ha realizado por parte de los profesionales que trabajan en el ámbito del parto y del puerperio, y también de algunas asociaciones de personas vinculadas sobre todo a la promoción de la lactancia, que han tenido un especial protagonismo a la hora de diseñar este documento, y a la hora también de establecer esas preferencias, que creen ellas, o que creen estas personas, que pueden identificar el deseo de la mujer o la incertidumbre que puede haber en determinado momento.

Por tanto, señorías, es un instrumento que, más allá de una mera opinión o de una mera expresión de deseo, es un elemento que vamos a incorporar, que estamos incorporando a la práctica clínica, y que, insisto, siempre salvaguardando las garantías necesarias para que el desarrollo del embarazo y del parto se haga en las mejores condiciones clínicas —evidentemente ese criterio es el que marca el tipo de actuación—, pero siempre dentro de un ámbito de normalidad, que sea la mujer la que pueda expresar esa preferencia.

En estos momentos decirle que este programa de humanización del parto ya está activo en un total de 27 hospitales públicos, y que durante el año 2010 se extenderá al ciento por ciento de los centros sanitarios de nuestra Comunidad Autónoma. Y también, y fundamentalmente, nos gustaría seguir reflexionando con las mujeres y ayudándolas a tomar la decisión, por ejemplo, a en qué posición quieren dar a luz, si en posición vertical o en posición horizontal, y, por tanto, que haya una salvaguarda de que ese derecho se cumple, o si la dilatación se puede hacer en un entorno más relajado, en un entorno acuático, en la bañera, que es como tradicionalmente se expresa, o si esa persona prefiere que se le reduzca el dolor a partir de la administración de determinados analgésicos.

Solamente terminar diciendo que la inversión que supone este tipo de adaptaciones también en las infraestructuras supone una cuantía de en torno a 1,4 millones de euros, a los que hay que añadir la creación del banco de leche materna para incentivar y estimular el mejor alimento que pueden tomar los niños y las niñas en el momento del nacimiento, en donde, en la red de biobancos de Andalucía, se va a incorporar también este banco, como parte de la red, y, por tanto, permitiendo que aquellas madres que no pueden lactar y las madres que puedan donar hagan su aportación para que otros niños prematuros, sobre todo, se puedan beneficiar de un alimento que está evidenciado que es el mejor que se puede tomar en esos primeros momentos de la vida.

Por último, reconocerles a algunos centros sanitarios el esfuerzo singular que se está realizando en esta materia, fundamentalmente al hospital Costa del Sol, que en las últimas semanas ha sido acreditado como un hospital, por parte de la Unicef y de la Organización Mundial de la Salud, amigo de los niños y de las madres, y que eso habla por sí solo del compromiso que tienen los profesionales que trabajan en este entorno con este tipo de iniciativas que, como ya trasladé cuando recibimos la acreditación, tienen que servir de ejemplo para el resto del sistema sanitario, al objeto de que, efectivamente, obtengamos el reconocimiento de la Unicef y de la Organización Mundial, no solo centro por centro, sino —yo le decía en tono jocoso al director de este programa— en relación al sistema

sanitario público de Andalucía, por que logremos obtener una acreditación de «Sistema Amigo de Niños y Niñas», elemento que actualmente no existe dentro de esos galardones, pero que pudiéramos obtenerlo, porque el ciento por ciento de los profesionales y de los centros sanitarios estuviera implicado con este plan de humanización y con un instrumento que espero que sea comprensible para todas aquellas personas que felizmente puedan tener un niño o una niña en este año 2010 o en el próximo año 2011.

Muchas gracias.

El señor RUIZ CUADRA, VICEPRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señora Consejera.

Para posicionar al grupo proponente de la iniciativa, el Grupo Parlamentario Socialista, tiene la palabra su portavoz, señora Blanca Mena.

La señora BLANCA MENA

—Gracias, señor Presidente.

En primer lugar quiero sumarme al reconocimiento que usted ha realizado al hospital Costa del Sol por su buen trabajo, ya que el hospital Costa del Sol lo conozco muy bien, su trayectoria, y el buen trabajo realizado en el contexto y la materia que hoy tratamos aquí. Valga mi apoyo y del Grupo Parlamentario Socialista de sumarnos a este reconocimiento.

Señora Consejera, no hace muchos años era casi una obsesión clínica de todos y todas los profesionales especialistas en obstetricia la de evitar las posibles complicaciones que rodean a los procesos de embarazo, parto y puerperio, y quizás un exceso de miedo a esas complicaciones ha sido el origen de que el embarazo, parto y puerperio se desarrolle en un contexto excesivamente medicalizado, en un marco de grandes avances científicos y tecnológicos, elementos que en muchos casos han sido y son en la actualidad utilizados de forma indiscriminada, y formando parte de protocolos asistenciales férreamente diseñados y muy generalistas. Por todo ello, se ha llegado a desvirtuar la experiencia del parto como un hecho natural, donde la protagonista debe ser siempre, siempre, la mujer.

Pero también hay que tener en cuenta, señora Consejera, que los índices de mortalidad infantil y maternal durante el parto se ha reducido de forma espectacular, diría yo, en los últimos treinta años en España, y todo ello a costa de incrementar el intervencionismo en el parto. Y también, por otro lado, la atención hospitalaria ha hecho que durante muchos años las mujeres nos sintamos muy seguras en el momento del nacimiento de nuestros hijos.

En la actualidad, las tendencias más avanzadas, así como la Organización Mundial de la Salud, recomiendan un cambio conceptual hacia un parto más humanizado y menos medicalizado, y lo más natural posible, siendo la mujer la protagonista y reduciendo al máximo intervenciones médicas innecesarias. Tanto el Grupo Parlamentario Socialista como esta portavoz que interviene hoy aquí estamos totalmente de acuerdo con esta nueva tendencia, y la apoyamos integralmente y en su totalidad.

Pero hay dos elementos básicos a tener en cuenta, señora Consejera: en primer lugar, el concepto del parto natural parte de que el nacimiento es un proceso fisiológico, en el cual hay que reducir el intervencionismo profesional; pero es fundamental que en todo momento del proceso del parto debe estar garantizada la seguridad de la madre y del feto, y una atención profesional.

Y, en segundo lugar, otro elemento fundamental, en nuestra opinión, y en el que quiero hacer especial énfasis, es que la mujer es la única que debe tomar la decisión de cómo debe parir. La única —siempre contando en un contexto, en una situación de normalidad clínica—. Y para ello es imprescindible, señora Consejera, que la embarazada disponga de una adecuada y exhaustiva información, que la capacite para elegir el parto que ella quiere. Sin esa información, evidentemente, pues sería inducida al método que le aconseje el profesional, con lo cual todas las características naturales y fisiológicas que rodean al parto pues vendrían muy mermadas.

Estos dos elementos, fundamentales para nosotros, como ya he dicho, están muy bien recogidos en el plan que usted hoy nos presenta. Señora Consejera, el plan de parto y nacimiento, enmarcado en el programa de humanización de la atención perinatal, que el Gobierno andaluz, a través de su Consejería, ya está poniendo en marcha en algunos centros —concretamente en el Costa del Sol, que hemos hecho especial mención—, establece objetivos, actuaciones y protocolos que van a posibilitar a las mujeres andaluzas optar a la experiencia natural del parto si así lo desean, y a la vez contemplando otras posibilidades, cosa que es muy importante y duplica el esfuerzo de la Consejería en este ámbito.

Para implantar la atención humanizada al parto normal en los hospitales públicos andaluces, la Consejería de Salud no solo ha realizado un gran esfuerzo inversor, que ha supuesto casi un millón y medio de euros, sino que también ha conseguido objetivos tan importantes como aumentar la responsabilidad y la participación de la madre en el proceso del parto, garantizar que el parto se desarrolle en un entorno cómodo y seguro para la mujer y que facilite, a la vez, la presencia de un acompañante, que la mujer decida su identidad. Y también la formación de los profesionales, con el objeto de disminuir las intervenciones innecesarias.

Igualmente, promueve la lactancia materna y también fomenta la participación del hombre en el proceso de crianza. Todo este esfuerzo, señora Consejera, habrá valido la pena porque, a final de este año, todos los hospitales públicos andaluces podrán ofertar un abanico de posibilidades que harán una realidad: la de sentirse protagonista y responsable de su parto a las mujeres que viven en Andalucía. Y, a la vez, este plan, señora Consejera, contribuye soberanamente a que los andaluces y andaluzas dispongamos de una sanidad pública cada vez más avanzada y moderna.

Muchas gracias.

El señor RUIZ CUADRA, VICEPRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Gracias, señora Blanca Mena.

Para cerrar el debate, tiene usted la palabra, señora Consejera.

La señora MONTERO CUADRADO, CONSEJERA DE SALUD

—Gracias, Presidente. Muy brevemente.

Quiero compartir algunas reflexiones que ha hecho la señora Blanca Mena, sobre todo en el reconocimiento de que la trayectoria histórica de la práctica clínica y de los sistemas sanitarios ha permitido en los diferentes momentos históricos alcanzar cotas de disminución de la morbimortalidad perinatal y materna, como ni siquiera podíamos imaginar hace escasamente treinta años; ahora que estamos celebrando el treinta aniversario del 28 de febrero, que dio lugar a toda la movilización del pueblo andaluz, creo que hay que reconocer que, evidentemente, ha sido necesario atravesar un sendero en el que la incorporación tecnológica y la capacitación de los profesionales en el marco de la atención al parto-puerperio han posibilitado unos indicadores realmente óptimos en relación con la disminución de la mortalidad materna. Hay que recordar siempre que son muchos años de vida potencialmente perdidos, porque son siempre mujeres jóvenes, y sobre todo en relación con la mortalidad neonatal, lo que rodea los primeros treinta días, las primeras veinticuatro horas del parto, sobre todo, en donde se ha dado un paso de gigante, y España puede hacer gala de que tiene —y Andalucía, entre las comunidades de España—, en este momento, de los mejores indicadores en morbimortalidad, tanto materna como perinatal. Claro, estos procesos nunca son fruto de la casualidad, ¿verdad?, siempre vienen de la mano de cuanto se ha rodeado el proceso de atención a la mujer en el momento del parto, sobre todo de unas características que le permitirían estar en un entorno seguro y en un ámbito en donde realmente se pudiera atender las complicaciones previsibles que se pudieran presentar con todas la garantías. Y hago mención a esto porque no creo que muchas personas en esta sala, pero a lo mejor alguna —y miro a su señoría Pizarro, creo que no me equivoco si creo que es el de mayor edad, en este momento, de la sala—, pero no sé si tuvo ocasión de nacer en su domicilio, ¿no?, porque en aquel momento... Él concretamente no, pero en aquel momento era verdad que la mayoría de los partos se realizaban en el domicilio, y eso ocasionaba a veces dificultad a la hora de plantear una complicación que sobreviniera, en la que la mujer podía morir por una simple hemorragia y el niño podía morir porque en ese momento no hubiera instrumental necesario para atenderle. Yo creo que entre la situación a la que nos referimos, ya digo, hace treinta y tantos años, en el caso del señor Pizarro, ¿verdad?, en el que hace más de treinta años se planteaba esta situación, y la situación de excesiva tecnologización, siempre hay un equilibrio adecuado. Y digo esto porque a veces, ¿no?, el planteamiento de entorno seguro en relación con el parto es una exigencia de los sistemas sanitarios, y solo en aquellas cuestiones en donde uno pueda tener una seguridad cien por cien de que el parto no va a presentar ninguna complicación se aconseja que se realice lejos..., vamos, lejos, fuera de un centro sanitario, ¿verdad?, y con determinadas cuestiones. Por lo tanto, no se trata de hacer el péndulo en relación con esta materia, y lo que hay que ir incorporando son elementos de humanización en los entornos asistenciales en donde se desarrolla toda la iniciativa y la posibilidad de atención y se cuenta con todas las medidas de seguridad necesarias para atenderla. Pero ocurre en el parto y ocurre en otros momentos de la atención sanitaria, a veces, que la excesiva tecnología ha deshumanizado el proceso de atención o ha hecho depender de forma exagerada ese momento de atención de la tecnología que en ese momento había al alcance, fundamentalmente en un parámetro que es el que se mide por parte de la Organización Mundial de la Salud, que es el índice de cesáreas asociado al número de nacimientos. Aunque también hay que decir que el índice de cesáreas es un parámetro que se va revisando, porque la edad de la mujer va variando, y, conforme los años van pasando, hay mayor edad a la hora de ser madre, y eso a veces condiciona también el momento biológico de dilatación y parto que se produce en el momento del alumbramiento. Todos esos son elementos que en la comunidad científica se discuten de forma sistemática, para establecer cuál es el indicador adecuado en relación con el número de cesáreas que se tiene que tener en una maternidad pública o privada, independientemente del lugar donde se ubique.

Estos elementos son los que han propiciado, como decía la señora Blanca Mena —y lo comparto—, yo creo que un debate muy interesante en relación a cuáles tienen que ser los derechos que asisten a la mujer y

hasta dónde podemos interpretar que una situación clínica es una situación de normalidad para que se pueda establecer la preferencia en los deseos en relación con la postura del parto, en relación con la dilatación o en relación a que una pueda recorrer el momento de la dilatación sin tener que estar pegada a los cables, porque la monitorización no sea necesaria, y, por tanto, pudiendo levantarte de la cama, ya que, tradicionalmente, la mayoría de las mujeres estaban en ese momento, en la dilatación, conectadas a los diferentes monitores, que impedían que pudiera movilizarse, y, por tanto, si me permiten la expresión, sobrellevar mejor aquellas molestias que se ocasionan en el momento del parto. Y qué decir con la extensión de la epidural, ¿verdad?, que ha sido también uno de los grandes avances que permiten parir sin dolor en aquellas mujeres que lo deseen. En las que no lo deseen, pues que no se aplique y que utilicen también otro tipo de técnica.

Por tanto, señorías, evidentemente, no se puede establecer ese momento tan importante en la vida de las mujeres, ni a través de una medicina defensiva que haga que una persona se someta a excesiva medicalización para prevenir problemas que no se van a presentar, casi con toda seguridad; pero, por otra parte, poder respetar ese deseo o esa preferencia dentro de un marco de seguridad que le permita realizarlo.

Eso es lo que plantea el plan de humanización, en esa línea seguimos, y agradecer el trabajo, sobre todo, de matronas, de obstetras y de ginecólogos, que han trabajado tan de forma comprometida en la realización del plan; también de los pediatras y de las personas que están, de enfermería, vinculadas a las unidades de neonatología, que están haciendo un esfuerzo importantísimo por implantar los cuidados canguro en el entorno de nuestras maternidades, y que están permitiendo, yo creo, que los niños perciban esa cercanía de la madre en el momento en que se sienten más desvalidos, como es el momento del nacimiento, y, sobre todo, cuando hay muchas personas que tienen que atenderlo, que lo tocan, y que necesita ese marco de seguridad que permite un mejor desarrollo no solo emocional, sino también físico.

8-09/POC-000949. Pregunta oral relativa al centro hospitalario de alta resolución (chare) de Vejer de la Frontera, en Cádiz

El señor RUIZ CUADRA, VICEPRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señor Consejera.

Pasamos al segundo punto del orden del día, preguntas con ruego de respuesta oral en comisión.

Primera pregunta, relativa al centro hospitalario de alta resolución —chare— de Vejer de la Frontera en Cádiz. Proponente de la iniciativa, señora Arenal Catena.

Señora Arenal, tiene usted la palabra.

La señora ARENAL CATENA

—Gracias, señor Presidente.

Señorías, a las puertas del treinta aniversario de nuestro primer Estatuto de Autonomía, fue un logro importante que en el segundo los andaluces nos marcáramos el reto de introducir como público nuestro sistema sanitario. Creo que es algo que tiene que enorgullecernos, echando la vista atrás, de dónde venimos y dónde estamos ahora en materia de sanidad.

A partir de ahí, fue un reto de las políticas socialistas del Gobierno que se presentó a estas últimas elecciones autonómicas que todos los andaluces y andaluzas tuviéramos un centro hospitalario a menos de veinticinco minutos de nuestros hogares, y esta fue una de las metas de por qué se planteó la construcción de un centro hospitalario de alta resolución de especialidades en la comarca jandeña, situado en Vejer de la Frontera, para aglutinar una zona de crecimiento demográfico en auge, que aglutina a más de sesenta y cinco mil habitantes entre los pueblos de Vejer de la Frontera, Medina Sidonia, Conil, Barbate y Zahara de los Atunes, y con el fin de que todos estos vecinos de Cádiz, de la población gaditana, no tuvieran que desplazarse para determinadas especialidades a los hospitales de la capital o al de Puerto Real. Por ello se licitaron las obras de construcción de este centro hospitalario de alta resolución de especialidades, y, ya que hace más de dos años que se iniciaron esas obras y la población de La Janda está muy interesada, y yo, como gaditana, en conocer en qué situación se encuentra el proyecto de construcción de este centro, es por lo que hoy le hacemos esta pregunta, queriendo saber qué especialidades en concreto se recogerán, qué hay de ese helipuerto que se recogía en el proyecto inicial, y cuántos puestos de trabajo, si lo tienen previsto, creará la puesta en marcha de este centro hospitalario de alta resolución de especialidades en Vejer de la Frontera.

Muchas gracias.

El señor RUIZ CUADRA, VICEPRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Gracias, señora Arenal Catena.

Tiene usted la palabra, señora Consejera.

La señora MONTERO CUADRADO, CONSEJERA DE SALUD

—Sí. Gracias, Presidente.

Yo creo que su señoría ha explicado perfectamente cuál era el objetivo que pretendía la Consejería de Salud impulsando ese nuevo mapa de centros hospitalarios de alta resolución. Por cierto, una iniciativa que está siendo muy bien valorada y que ha tenido reconocimiento de diferentes entidades como iniciativas organizativas más significativas del año, y que va a permitir, nos está permitiendo, acercar la atención especializada a menos de treinta minutos de la gran totalidad de los ciudadanos de Andalucía, desde un marco de atención especializada que permite resolver en torno al 75%, 80% de los problemas de salud del ámbito especializado que se desarrollan o que se realizan, sobre todo, en los entornos de los municipios de la comarca que más directamente están vinculados a ese centro de alta resolución.

Estos centros de alta resolución, señorías —y lo quiero expresar así—, están siendo valorados de forma muy positiva por parte de los ciudadanos. Entienden que estos hospitales de proximidad realmente resuelven aquellas demandas sanitarias que de forma más frecuente se presentan en la población; pero, sin duda, también constituyen un dinamismo económico para el lugar donde se ubican, porque, de la mano de estos centros, no solo se crea empleo directo, en un número dependiendo del tamaño de este centro, sino que se crea también empleo indirecto en relación con todos los servicios, las empresas o los bienes que se tienen que sumar a la prestación general de servicios que se produce en una zona.

Por tanto, señorías, seguir resaltando el compromiso que el Gobierno tiene con la puesta en marcha del mapa de centros hospitalarios de alta resolución, y, en concreto, el que usted me pregunta, el de Vejer de la Frontera, es un centro que va a permitir ser referencia para una población de más de sesenta y cuatro mil habitantes, una población que, además, afortunadamente, en el entorno del verano aumenta mucho de volumen, por la atracción que esos municipios tienen en la zona de la costa, y que, de forma concreta, va a atender a los municipios de Barbate, de Conil de la Frontera, de Benalup, y también del propio Vejer.

Es una infraestructura que se levanta en una superficie de 10.800 metros construidos, y con una inversión que supera los quince millones de euros, a los que habrá que añadir otros cinco correspondientes al equipamiento, con tecnología avanzada y con alta capacidad de diagnóstico. En la organización —brevemente— incluye dos quirófanos; 21 módulos de consulta de especialidades; 24 habitaciones individuales, con posibilidad de llegar hasta 48 camas; cuatro *boxes* de consulta de urgencias, uno de ellos de pediatría, y seis sillones cama en las salas de observación. De hecho, el centro consta de un espacio integrado, en donde hay un flujo de pacientes que permite, realmente, que el ciudadano no se pierda en el entorno sanitario, sino que sea, si me permite la expresión, la organización la que se mueva en torno al paciente y que no sea el paciente el que dé vueltas para ser atendido de un problema de salud que en ese momento requiera de una atención.

El hospital va a disponer de un área de medicina interna, de cirugía y traumatología, de un área de obstetricia y ginecología, un área de urgencias, y tendrá una dotación de radiodiagnóstico, de ecografía, de TAC, de mamografía y de telemando, con la práctica totalidad de las especialidades que constituye la cartera de servicios de los hospitales comarcales y con una actividad asistencial que está en torno a cincuenta y ocho mil consultas, que esperamos atender más de cuarenta y seis mil urgencias y en torno a dos mil quinientas intervenciones quirúrgicas que pueden ser resueltas en concepto de cirugía de día o mayor ambulatoria.

Decirles que, en la actualidad, el centro se encuentra en un avanzado estado de obras —de hecho, tengo previsto visitarlas, espero que en los próximos días—, y tenemos prevista, si no hay ninguna circunstancia que sobrevenga que no está dentro de nuestro cronograma, tenemos prevista su apertura para el primer semestre del año 2011.

Con la puesta en marcha y con la incorporación de este centro a la red de alta resolución, yo creo que el conjunto de la provincia de Cádiz, no solamente la zona donde se ubica, sino todo el conjunto de la población, se va a beneficiar, porque la población que se atiende en este entorno no se atiende en otros y permite reorganizar también su espacio asistencial para otra población. Y espero también, señorías, que contribuya al atractivo turístico que tiene la zona, con su modesta aportación en dinamismo económico, que estará en torno a unas doscientas personas directamente contratadas por parte del centro. Pero, insisto, lo más importante quizás es el empleo indirecto que ocasiona en la zona, vinculado al tránsito de ciudadanos que van a diario a estos centros, y que, en el objeto del comercio, de la hostelería y de otro tipo de empresas, puede tener un importante interés.

El señor RUIZ CUADRA, VICEPRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Gracias, señora Consejera.

Señora Arenal, tiene usted la palabra.

La señora ARENAL CATENA

—Gracias, señor Presidente.

Señora Consejera, gracias por la información y me alegra que vayan a desplazarse a visitar en persona

cómo van las obras. Y, desde luego, que ha sido una acierto la puesta en marcha de este tipo de centros sanitarios, porque está claro que era necesario reorganizar las especialidades, de manera, como dice, no solo que la comarca jandeña se vea mejor atendida, sino que va a suponer un desahogo de los centros hospitalarios que hasta ahora venían atendiendo esas especialidades.

Como gaditana le agradezco la información y nos veremos en las visitas de centros.

Gracias.

El señor RUIZ CUADRA, VICEPRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Gracias, señora Arenal.

¿Señora Consejera…?

8-10/POC-000069. Pregunta oral relativa a las unidades propias de fibromialgia en la provincia de Granada

El señor RUIZ CUADRA, VICEPRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Pasamos a la siguiente pregunta, relativa a las unidades de fibromialgia en la provincia de Granada. Proponente de la iniciativa, la señora Martín Pérez, pero, con escrito que ha presentado el Grupo Parlamentario Popular, la señora Martín Pérez se encuentra enferma y asume la pregunta la señora Reyes.

La señora REYES RUIZ

—Gracias, señor Presidente.

La fibromialgia, como conocen ustedes, es una enfermedad que se caracteriza por dolor generalizado, acompañado de una agotamiento profundo, que afecta a unos setecientos mil españoles.

La fibromialgia, hasta ahora, ha sido un trastorno poco conocido y frecuentemente mal diagnosticado. Aún hoy, hay diversidad de opiniones acerca de las causas que pueden producir la enfermedad, aunque parece que las investigaciones han ido mostrando que, en realidad, se trata de un problema en el proceso de percepción del dolor, que tiene sus raíces en el sistema nervioso central, el cerebro y la médula espinal. Como también parece ser que, en un porcentaje muy importante, afecta más a las mujeres que a los hombres. Nueve de cada diez afectadas son mujeres, en una edad entre 20 y 50 años.

También hay que decir que esta enfermedad es causa de muchas bajas laborales. En Granada, que es la provincia que hoy nos ocupa, hay 17.000 personas que sufren dolor intenso en distintas partes del cuerpo y el cansancio que supone esta enfermedad, y la casi totalidad de ellas, muchas, viven sin tener un diagnóstico certero, y, otras, aún están por diagnosticar.

Las personas afectadas tardan entre cinco y seis años en recibir un diagnóstico de su enfermedad. De en torno a diecisiete mil personas, como digo, que se suponen afectadas en Granada, solo alrededor de quinientas cuentan con un diagnóstico ya establecido. Por ello, las asociaciones de afectados insisten constantemente en la necesidad de contar con unidades propias en los centros hospitalarios donde puedan dirigirse, así como un mayor apoyo a la investigación terapéutica y farmacológica. Sabemos que ahí estamos avanzando y que recientemente se han realizado unas jornadas en la Escuela de Salud Pública en Granada para formar a 400 sanitarios en este sentido.

Pero nos gustaría que, en esta misma materia, a la vez, señora Consejera, siguiéramos avanzando. Y, sobre todo, que siguiéramos trabajando en la creación de esas unidades propias de fibromialgia en Granada, donde los enfermos se puedan dirigir.

Por eso, hoy, en este sentido, le queríamos preguntar si tiene previsto la Consejería de Salud crear unidades propias coordinadas, entre atención primaria y especializadas, para dar una cobertura íntegra y centralidad a la enfermedad de la fibromialgia en la provincia de Granada, y nos gustaría saber si esta necesidad de crear estas unidades se encuentra entre las prioridades de la Consejería.

El señor RUIZ CUADRA, VICEPRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Gracias, señora Reyes.

Señora Consejera, tiene usted la palabra.

La señora MONTERO CUADRADO, CONSEJERA DE SALUD

—Sí.

Efectivamente, como su señoría indica, la fibromialgia es un trastorno doloroso crónico que se ha catalogado como enfermedad por la Organización Mundial de la Salud a partir del año 1992, que afecta de forma generalizada a la zonas musculares y a la columna vertebral y que digamos que es un complejo diagnóstico relativamente reciente, porque, previamente a ese año, no existía como tal el diagnóstico de fibromialgia, y, como comentamos, en muchas ocasiones, sobre todo las mujeres, porque es un enfermedad que afecta, como usted bien decía, a las mujeres y en esas edades, que

tenían un calvario de tránsito por diferentes puntos, por los diferentes lugares del sistema sanitario para que se les pudiera diagnosticar el proceso y, por tanto, tener la capacidad de establecer algún método terapéutico que permitiera aliviar, de alguna manera, el síntoma.

Decirles, señorías, que la principal dificultad que tenemos con la enfermedad de la fibromialgia, en el ámbito científico, es que no se conoce el origen de esa enfermedad, ni siquiera dónde radica su alteración o la funcionalidad Y, además, tiene un problema añadido, y es que no hay métodos diagnósticos, como una radiografía o como una analítica, que puedan expresar la existencia de la enfermedad. Es por ello que básicamente el diagnóstico se establece en base a descartar otro tipo de patologías. De ahí que a veces haya un largo proceso diagnóstico para evitar que se confunda con otras patologías que puedan tener síntomas similares. Y, por otra parte, sobre todo con el interrogatorio, con la anamnesis, que se llama, de cuáles son las molestias que refiere la mujer cuando se mejora, cuando no se mejora.

Pongo esta información, o expongo esta información, a sus señorías para que comprendan la dificultad clínica que tiene el diagnóstico de la enfermedad, y, por tanto, también la cautela que hay que tener ante el diagnóstico de la misma, al objeto de no confundirla con otras enfermedades musculares que sí pueden tener un tratamiento más claro y que, por lo tanto, tenemos que catalogarlas bien desde el primer momento.

Ha sido una materia, señorías, que yo creo que hemos discutido en esta Comisión en más de una ocasión, que en diferentes momentos del sistema sanitario se ha ido abordando. De hecho, se hizo un proceso propio de fibromialgia, al objeto, para que ustedes me entiendan, de establecer bien cuáles eran esos signos y síntomas que acompañaban a esta enfermedad, para que se pudiera diagnosticar en un momento temprano y, por tanto, no hubiera lugar a que estas personas fueran por muchos especialistas y acudiendo a diferentes lugares.

Y, por otra parte, se planteó también una serie, digamos, de recomendaciones que nos daban las asociaciones de mujeres con fibromialgia, sobre todo en relación con el ejercicio físico, la utilización de instalaciones municipales, al objeto de hacer un ejercicio mantenido que parece evidenciar que mejora la enfermedad o, por lo menos, no contribuye a que se vaya deteriorando el estado de salud de la persona.

De hecho, en muchas ocasiones, los ayuntamientos, que son los titulares de esas instalaciones, han establecido convenios de colaboración con estas asociaciones, al objeto de hacer programas de natación periódicos o de ejercicio no con esfuerzo que permitan que esa movilidad permanente contribuya a esa recuperación.

Por otra parte, señorías, también se está trabajando de forma muy clara con la investigación. Es verdad que no existen muchos proyectos de investigación vinculados a esta patología. Es un elemento en el que siempre hacemos un llamamiento a los clínicos para que lo planteen, pero sí en la convocatoria de investigación de la Consejería de Salud se puntúan de forma especial aquellos proyectos que vayan dirigidos, por tener un gran impacto en la población, y sobre todo porque el desconocimiento no impide seguir planteando alternativas terapéuticas que sean realmente resolutivas o que permitan la curación, que hoy por hoy no tiene cura, o que permita el alivio real y la mejora de los síntomas, más allá de la escala analgésica que se maneja con los medicamentos.

En este sentido es en el que seguiré trabajando, con la continuidad entre el nivel de atención primaria y el nivel de atención especializada. Y planteaba usted de forma singular cuál era el planteamiento de la Consejería en relación con las unidades específicas. Y en esta materia, si me apura más, pero puede ser compartido con otras materias, la Consejería siempre ha expresado que la creación de unidades específicas, salvo que se dirijan a un colectivo muy minoritario de pacientes, dificulta el acceso de los ciudadanos a la llegada al nivel asistencial, porque obligaría, por una parte, a incorporar unidades específicas en cada uno de los centros de salud de nuestra comunidad autónoma, cosa que evidentemente no sería posible, o aleja el nivel de atención de donde nosotros creemos que tiene que estar ubicado, que es en el nivel de atención primaria, con una formación específica de los profesionales que permita un mejor diagnóstico, pero que todas las personas del sistema de salud tengan capacidad de identificar esta enfermedad, y, en aquellos casos donde su manejo sí requiera niveles especializados, que sean derivados a niveles especializados, como ocurre con cualquier otra patología.

Plantear unidades específicas en relación con esa materia, que obliga a aglutinarla en un entorno lejos del centro de salud, dependiendo del número de personas de cada población, eso, bajo nuestro criterio, señorías, dificultaría la llegada, dificultaría el diagnóstico y, además, no obtendríamos mejoras considerables en relación con el abordaje de la enfermedad.

Por tanto, ese es el planteamiento que tiene la Consejería, el seguir trabajando a través de la iniciativa que ha planteado la Escuela Andaluza de Salud Pública y otras muchas que se contemplan dentro del proceso de fibromialgia.

La señora ARENAL CATENA, PRESIDENTA DE LA COMISIÓN

—Gracias, señora Consejera.

El turno de réplica, señora Reyes.

La señora REYES RUIZ

—Gracias, señora Presidenta.

Señora Consejera, me entristece en parte su contestación. En una parte yo le agradezco el sentido que tiene la Consejería de seguir haciendo hincapié en la investigación de lo que es esta enfermedad y cuáles son sus causas, pero me entristece enormemente el conocer el cambio de opinión que desde el año 2005 a los días en los que nos encontramos ha tenido la Consejería.

Nosotros traemos esta iniciativa, esta pregunta a comisión, después de haber tenido varias reuniones con asociaciones de familiares y pacientes afectados por la fibromialgia, en concreto con la federación andaluza y con la asociación que tiene su sede en Granada y que recoge a más de quinientos asociados, que es Agrafim y en la que nos dicen que —vamos, y nosotros también tenemos esa información, por otra parte—, ya en el año 2005, por parte de la Consejería de Salud se prometieron tres unidades en el distrito metropolitano, una unidad en la capital y una unidad en la zona este, específicas para el tratamiento y el diagnóstico de la enfermedad de la fibromialgia. Por eso me sorprende y me entristece que se haya cambiado de opinión, porque tanto los profesionales en esta materia, los profesionales médicos, como la propia asociación, con las investigaciones y con el trabajo que vienen desarrollando, entendían, y compartían con la Consejería en ese momento, como digo —es una cosa prometida desde el año 2005—, que estas unidades eran esenciales para el diagnóstico eficaz y, sobre todo, para el seguimiento y para el buen tratamiento y para la mejora del proceso que supone para, sobre todo, las mujeres, que son las más afectadas por fibromialgia.

Tengo que decir que me voy triste de esta Comisión con esta pregunta, por el cambio de actitud que ha adoptado la Consejería. Nosotros pensábamos que sería cuestión de meses, pero que la Consejería tenía previsto, en esos 25 millones de euros que piensa invertir, según ha prometido —esperemos también que no se cambie de opinión—, en la provincia de Granada en infraestructuras médicas, como digo, que entre esos 25 millones de euros estuviera prevista la creación de esas unidades prometidas por parte de la Consejería en el año 2005, pero que parece que, a día de hoy, se han esfumado.

Yo lo siento y nada más.

La señora ARENAL CATENA, PRESIDENTA DE LA COMISIÓN

—Gracias, señora Reyes.

Señora Consejera.

La señora REYES RUIZ

—Sí. Solo quería aprovechar la ocasión —sí—, para no dejar la oportunidad...

La señora ARENAL CATENA, PRESIDENTA DE LA COMISIÓN

—Señora Reyes...

La señora REYES RUIZ

—... de agradecer a las asociaciones que trabajan con los familiares y con los afectados la labor tan importante que están desarrollando.

Perdone.

La señora ARENAL CATENA, PRESIDENTA DE LA COMISIÓN

—Bueno, se lo paso por alto porque... Bueno, lleva ya usted dos años de novata, pero, vamos, entiendo que no estamos acostumbrados.

Señora Consejera.

La señora MONTERO CUADRADO, CONSEJERA DE SALUD

—Yo, Presidenta, me sumo al agradecimiento a las asociaciones. Saben que estamos trabajando de forma intensa en materia de fibromialgia, y, si hubiera cambiado de opinión, lo diría, señoría: no tengo problema en decir cuándo cambio de opinión. Y, además, creo que, si la evidencia científica indica un cambio de criterio, se hace, y en medicina eso se hace. No le voy a decir todos los días, pero de una forma frecuente. Pero no hemos cambiado de opinión. O sea, no sé a qué se refiere con el establecimiento de unidades específicas de... Tres me ha dicho, ¿no?, en el... No sé quién... Vamos, yo, desde luego, no he trasladado ese compromiso, porque el planteamiento de la Consejería siempre ha sido ese.

Otra cosa distinta, señorías, es la creación de los grupos de trabajo que se hicieron para discutir fibromialgia, pero tres unidades específicas... Si usted me dice, por favor, quién, por parte de la Consejería, según usted, se comprometió, o en qué documento figura el que iban a ir tres unidades de fibromialgia en un distrito, y, además, solo de una provincia, porque en el resto de Andalucía no... Pero no, no tengo esa información. Yo, desde luego, no he sido. Si tuviera que cambiar de opinión, cambiaría —por tanto, no tendría ningún inconveniente en reconocerlo—, e imagino que usted le está llamando unidad de fibromialgia a algo que, como no tengo la documentación que usted ha manejado, no sé exactamente a qué se refiere.

Pero yo le voy a decir una cosa, señoría: El compromiso de la Consejería de Salud con la fibromialgia ha sido y es reconocido por las asociaciones de mujeres. ¿Usted me puede a mí decir en qué comunidad del

Partido Popular hay unidades de fibromialgia? Hombre, no. Usted se ríe, claro, usted se ríe, porque, si fuera tan clara la estructura que usted está planteando, no tengo dudas de que donde ustedes gobiernan la tendrían. No hay, señoría, no hay.

Claro, lo que no se puede —y ese es un ejercicio que el Partido Popular hace con relativa frecuencia— es intentar dar el contento de todas las cuestiones que se plantean, pero que luego, cuando se gobierna, pues, evidentemente, uno tiene que atender el criterio científico, el criterio clínico y el criterio que se plantea, porque no tengo dudas de que, si lo que usted dice fuera tan claro, sus compañeros que gobiernan, en las comunidades autónomas en donde gobiernan habrían puesto en marcha un mapa de red de unidades de fibromialgia. Y tengo que decir que, en este sentido, el criterio clínico es tan claro, señorías, que, evidentemente, no existe, porque no hay indicación clínica para la creación de este tipo de unidades. Lo cual no significa, señorías, que no haya que mejorar. Claro que hay que mejorar. Y hay que mejorar, sobre todo, ¿qué? La investigación, porque, evidentemente, no hay respuesta en la comunidad científica para este tipo de problemas, y hay que mejorar también que las mujeres no hagan un peregrinaje porque se encuentren con un médico de familia que no puede diagnosticarla. Eso es lo que hay que mejorar. Ahora, si hubiera criterio clínico para poner en marcha unidades, en esto, como en cualquier otra cuestión, la Consejería de Salud no solamente las hubiera puesto, sino que probablemente se hubiera anticipado a lo que se hace en otras partes del territorio.

Por tanto, señorías, creo que con estos temas no se puede plantear demagogia —así lo pienso, creo que no se puede plantear—, creo que hay que ser coherentes, y, les insisto, para reflejo, que, si hubiera una información tan clara como la que usted plantea, seguro que el Partido Popular habría puesto en marcha unidades de fibromialgia en las comunidades autónomas donde gobierna, y reitero que no están puestas en marcha y que, por tanto, imagino que siguen el mismo criterio clínico que se marca por parte de la Consejería.

8-10/POC-000119. Pregunta oral relativa a la construcción de un nuevo hospital en Cádiz

La señora ARENAL CATENA, PRESIDENTA DE LA COMISIÓN

—Gracias, señora Consejera.

Pasamos a la siguiente pregunta con ruego de respuesta oral, relativa a la construcción de un nuevo hospital en Cádiz, que formula el diputado de Izquierda Unida Los Verdes-Convocatoria por Andalucía.

Señor Ignacio García Rodríguez, tiene la palabra.

El señor GARCÍA RODRÍGUEZ

—Gracias, señora Presidenta.

Señora Consejera, las preguntas que le formulamos son en qué estado se encuentra la tramitación del proyecto de construcción de un nuevo hospital en la ciudad de Cádiz, cuál es la programación de inversiones prevista para el proyecto, y en qué fecha está previsto que comiencen las obras de dicho hospital.

Muchas gracias

La señora ARENAL CATENA, PRESIDENTA DE LA COMISIÓN

—Gracias, señor García.

Señora Consejera.

La señora MONTERO CUADRADO, CONSEJERA DE SALUD

—Gracias, Presidenta.

Efectivamente, señorías, recordar que con fecha 29 de diciembre se realizó, a través de la Consejería de Economía y Hacienda, el Ayuntamiento de Cádiz y el Consorcio de la Zona Franca, se suscribió un protocolo de colaboración en el que se manifestó el interés mutuo, o recíproco, en la puesta en marcha en la construcción de un hospital en la ciudad de Cádiz que sirviera de nuevo hospital de referencia, que, además, tuviera vocación de albergar servicios de referencia para el ámbito de la Comunidad Autónoma, y en donde se expresaba la voluntad de formalizar convenios o acuerdos entre las diferentes administraciones, cada una en su ámbito competencial, para la consecución de este fin, garantizando viabilidad urbanística, y también económica, de la operación, al amparo de la Ley de Ordenación Urbanística de Andalucía. Posteriormente, en enero del año 2008, se suscribió un convenio específico con la Tesorería General de la Seguridad Social, propietaria del actual hospital Puerta del Mar, la Consejería de Hacienda, el Servicio Andaluz de Salud y el Ayuntamiento de Cádiz, y con el Consorcio de la Zona Franca para concretar los extremos que se establecían en base a ese convenio marco.

Decirles, señorías, que, en ese convenio, las partes se comprometieron a la construcción del hospital que sustituía al hospital Puerta del Mar, y se quedó especificado que el nuevo hospital se construiría en los actuales terrenos de Zona Franca y que el Consorcio de la Zona Franca promovería la construcción de este nuevo hospital. Por tanto, es el organismo responsable de la ejecución de las obras, en el marco

del cronograma que técnicamente se ha establecido por parte de la Consejería de Salud. De hecho, en el convenio específico de colaboración, el más reciente, el Consorcio de la Zona Franca trasladó y licitó el proyecto de propuestas para adjudicar las obras del hospital, y le tengo que decir, señorías —y así lo dije recientemente cuando estuve en Cádiz—, que, una vez estudiadas estas ofertas por parte de la mesa de contratación, se va a proceder en los próximos días a la adjudicación del proyecto; circunstancia que, como digo, se producirá en breve.

A partir de ahí, el cronograma de actuaciones es el que se marcó en su momento, aproximadamente en torno a nueve meses, que es lo que se tarda en la redacción de un proyecto de esta envergadura, y desde la puesta en marcha de la primera piedra en los plazos que estableció la Zona Franca.

Por tanto, no hay ninguna eventualidad a la que hacer frente en esta situación. Solamente trasladarles, señorías, que las anualidades por que usted me pregunta en la pregunta, comprometidas de la inversión, están en el convenio perfectamente especificadas; que, en un primer momento, le corresponde a la Zona Franca el establecimiento de esas anualidades y que, además, a través de los proyectos de permuta y también de la edificabilidad que se establecía en el nuevo terreno de la Zona Franca, se irían adquiriendo o se irían certificando y pagando los compromisos de obra, con una resolución final en la que, al finalizar la obra, la Consejería de Salud abonaría aquellas cantidades correspondientes a aquellas cuantías que hubieran excedido toda la operación que contemplaba el convenio.

La señora ARENAL CATENA, PRESIDENTA DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señora Consejera.

Señor García Rodríguez.

El señor GARCÍA RODRÍGUEZ

—Sí. Gracias, señora Presidenta. Señora Consejera.

La verdad es que me gustaría alguna respuesta más concreta porque, bueno, la primera conclusión —y yo creo que importante— es que, de alguna manera, la Consejería —en este caso, el Consejo de Gobierno, la Junta de Andalucía— delega, por así decir, en un organismo estatal, como es el Consorcio de Zona Franca, la construcción de un hospital del Servicio Andaluz de Salud. Eso habrá que valorarlo en su momento, pero, desde luego, no nos parece, en principio, la vía adecuada para, bueno, dotar de una infraestructura sanitaria tan importante para la ciudad de Cádiz como es el hospital.

En segundo lugar, bueno, claro, quizás como consecuencia de esto, usted empezó hablando de un 21 de diciembre..., aunque no lo dijo, creo que se refiere a 2005, de... Bueno, a mí no me pareció entenderlo. Después habló de un convenio en 2008, pasaron, por tanto, prácticamente tres años. Y, efectivamente, en junio del año pasado cuatro consejeros sellaron en Cádiz el convenio definitivo para levantar la nueva ciudad sanitaria.

Es decir, estamos hablando de un periodo de cuatro años, donde solo ha habido, prácticamente, firma de papeles. Y no sorprende que usted no haya podido, o querido, especificar la programación de inversiones prevista. Yo sé, por lo que usted ha dicho, que es Zona Franca la encargada —me imagino— del abono directo de esas cantidades, conforme se vaya iniciando la obra, pero supongo que no aguantará Zona Franca todo el proceso hasta el final, de manera que abone la Junta al final. Supongo que habrá un calendario de pagos aproximado, aunque fuera previsto, con una temporalización concreta, con unas cantidades concretas, que me gustaría que usted especificara, con independencia de que, al final, evidentemente, haya un proceso de redondeo final, o de ajuste final, o de cierre final de lo que quede pendiente, seguramente, de abonar. Pero, ¿tendrá que tener la Junta —en este caso, su Consejería, o la Consejería de Hacienda— un calendario de pagos previsto para la Zona Franca? Eso es lo que le pregunto, en concreto, en la cuestión número dos.

Y también, hombre, yo creo que usted se ha atrevido a decir que en breve se va a adjudicar el proyecto, que hay previstos nueve meses para la redacción del proyecto. Me gustaría que especificase en qué fecha está previsto que comiencen las obras. Por eso es una pregunta concreta que le estábamos formulando. Hombre, yo le pido que sea algo más específica, o explícita, de decir: «Hombre, yo me sé el procedimiento. Primero, se redacta el proyecto, luego sale a licitación, se adjudica y, cuando se adjudica, habrá un plazo para la tira de cuerdas y, entonces, empieza la obra». Bueno, pero se supone que eso está previsto, ¿no? ¿O lo dejamos al albur del azar o de las circunstancias, entonces?

Hombre, yo quisiera comprobar en su respuesta —insisto— más concreción en la programación de inversiones y de pagos. En segundo lugar, algo de concreción, si es posible, en la fecha... Si usted quiere, que pone la primera piedra, pero que van a comenzar las obras, porque eso es lo que está esperando la gente de Cádiz desde hace cuatro años. No estamos hablando de un proceso que comenzara ayer, es que se anunció en 2005.

Y, al final, de lo que estamos hablando, señora Consejera —y le hago la pregunta *in voce*, si usted quiere—, es de en qué medida la crisis económica y las restricciones presupuestarias están afectando,

en forma de retraso, a la construcción del hospital de Cádiz. Es decir, en qué medida todo lo que sabemos que está ocurriendo, el nuevo escenario presupuestario, las restricciones de gastos también en políticas sociales, están provocando retrasos en la construcción del hospital de Cádiz, que, probablemente, usted no quiera reconocer, pero, a la vista de que en casi cinco años —faltan tres meses, o dos meses, para que se cumplan los cinco años del anuncio— todavía no se ha movido —ni siquiera está elaborado el proyecto—, nos tememos que algo de eso está ocurriendo y nos gustaría que usted se extendiese sobre eso.

Muchas gracias.

La señora ARENAL CATENA, PRESIDENTA DE LA COMISIÓN

—Gracias, señor García.

Señora Consejera.

La señora MONTERO CUADRADO, CONSEJERA DE SALUD

—Sí. He intentado ser lo más clara posible, pero sí veo, señor García, que usted no se ha leído el convenio. Es que el convenio... Usted podrá compartirlo o no, eso es un criterio, evidentemente..., que cada uno tiene su opinión. Pero es que el convenio establece perfectamente que es Zona Franca quien construye. Esto no se lo estoy anunciando ahora, es que esto lo dice el convenio y, además, el convenio establece perfectamente qué aporta cada una de las administraciones, que puedo compartir con usted que las administraciones somos lentas a la hora de tramitar todo lo que son las necesarias competencias que había que desarrollar, desde la edificabilidad que había que definir en los terrenos que actualmente se ocupan por el Puerta del Mar, la adquisición de los demás terrenos, la permuta... Ha sido un proceso complejo porque, efectivamente, la operación ha posibilitado que Cádiz tenga un nuevo hospital, un hospital que va a condicionar un coste superior a los 300 millones de euros, y que una inversión de estas características ni se improvisa ni —como usted comprenderá— es una inversión que podamos poner encima de la mesa de la noche a la mañana, ¿verdad? Es una cuestión que requiere del compromiso de todas las personas que han participado y que creo que se ha hecho un trabajo muy serio, y así lo quiero reconocer.

Pero cómo se aportaba y de qué manera aportaba cada uno en el marco del convenio lo dice el convenio, y el convenio es público. O sea, que ahí no hay ninguna cuestión que yo le esté anunciando de nuevo. Usted no comparte que sea Zona Franca la que haga la construcción. Pues, justamente, la incorporación de Zona Franca era para posibilitar el rendimiento, por tanto, de los actuales terrenos del Puerta del Mar, en relación a las competencias que tiene Zona Franca, que permitiera financiar en parte —en una parte muy importante— la construcción del hospital.

Y no creo discrepar con su grupo político y con su señoría en que, justamente, todos los elementos que tienen que ver con los rendimientos urbanísticos de la zona se tienen que poner a disposición de los ciudadanos. Por tanto, ahí no creo que tengamos ninguna discrepancia. Pero es que es Zona Franca quien construía, y lamento que se haya enterado usted ahora. Pero, vamos, que eso lo venimos diciendo desde el principio del convenio y, por tanto, por eso la cautela a la hora de establecer los plazos y los marcos, que es Zona Franca la que compromete porque es la que construye. Digo, más allá de lo que a usted le parezca.

Y eso es lo que también establece que las anualidades... Lo que está previsto es que, previamente, la operación —que tiene en las hojas de cálculo del convenio una serie de rendimientos— permita la construcción del hospital hasta un nivel avanzado —diría un nivel más avanzado que esta legislatura, señoría—. Por tanto, que Zona Franca iría haciendo frente a todo lo que son las certificaciones de obra que comprometen este proyecto. Y que, por tanto, en relación con esa operación —que es complejo aplicar aquí, pero que se establece en el convenio—, se tendría que realizar y, a partir, aproximadamente, de esa fecha, la Consejería iría..., o la Junta de Andalucía, mejor dicho, iría certificando los diferentes compromisos de obra que se vayan estableciendo por parte de la empresa adjudicada. Pero el proyecto es transparente, es que no tiene ninguna otra consideración. Y que, por tanto, no hay... Lamento que usted no lo conociera con antelación.

En relación a cuándo... Que me está usted explicando..., le he dicho. La adjudicación del proyecto se producirá en las próximas semanas, en los próximos días, y, por tanto, ya se han estudiado, por parte de la mesa de contratación, las ofertas que se han presentado de los diferentes proyectos. En torno a nueve meses es lo que tiene el proyecto de redacción, con lo cual, yo espero —aunque es Zona Franca la responsable de la construcción— que en el año —así lo expresó el delegado de Zona Franca—..., que en el próximo año empiece la construcción del hospital. Ese es el programa que está previsto, pero, digo, con toda la cautela de que la Administración responsable es el Consorcio de Zona Franca y, por tanto, la previsión de su cronograma lo tiene así establecido.

Por tanto, señoría, concluir diciendo que una operación de esta complejidad requiere de un trabajo que, a veces, a todos nos puede parecer lento, pero que es absolutamente necesario para garantizar desde la propia viabilidad del proyecto hasta todos los marcos de legalidad. Y que, por otra parte, el Hospital Puerta del Mar..., la construcción de ese entorno es una construc-

ción que ha requerido y que requerirá de un esfuerzo muy importante por la Consejera; que no está afectado por la crisis, las estructuras y las inversiones sanitarias no están afectadas por la crisis en este grado, lo cual no significa que, evidentemente, el ritmo que se pueda acometer de las diferentes inversiones, cuando hay época de vacas gordas, evidentemente, es más rápido, y, cuando toca un momento de crisis, las inversiones se siguen realizando, pero, probablemente, a un ritmo lento. Pero no es el caso del Hospital Puerta del Mar porque, justamente, las primeras inversiones no se realizaban por parte de la Administración, sino que, justamente, era el Consorcio de Zona Franca el que acometía la primera parte de la obra en la operación que se diseñó en ese convenio que le acabo de explicar.

8-10/POC-000152. Pregunta oral relativa al hospital Reina Sofía, en Córdoba, referente nacional en trasplante de médula ósea infantil

La señora ARENAL CATENA, PRESIDENTA DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señora Consejera.

Pasamos a la siguiente pregunta con ruego de respuesta oral, relativa al hospital Reina Sofía, de Córdoba, referente nacional en trasplante de médula ósea infantil, que formula la señora María Eulalia Quevedo Ariza.

Tiene la palabra.

La señora QUEVEDO ARIZA

—Gracias, señora Presidenta.

Señora Consejera, hoy, Día Nacional del Trasplante, desde el Grupo Socialista, y, en su nombre, a esta portavoz, nos gustaría darle nuevamente la enhorabuena al Servicio Andaluz de Salud, sobre todo a su personal, y, además, como muy bien dice el compañero Antonio Núñez, la verdad es que premios o reconocimientos en la labor del trasplante es lo que realmente le dan la nota alta a un hospital y a un sistema sanitario como es el sistema sanitario andaluz. Porque él lo dice: para un transplante, tiene que funcionar bien la Unidad de Cuidados Intensivos, tienen que funcionar bien los anestesistas, tienen que funcionar bien muchísimas cosas, y eso es, como él dice, lo que le da la nota alta a un hospital.

Y, mire, yo ayer estuve en un debate —bueno, en un debate, se suponía que era una charla-coloquio—, sobre los 30 años de Andalucía, y cómo me sorprendió que el Partido Popular pusiera en duda la calidad de nuestro Servicio Andaluz de Salud. Y, además, no solamente eso, sino que la persona que fue en nombre del Partido Popular puso en duda, incluso, nuestras investigaciones, tanto en biomedicina como en células madre. En definitiva, puso en duda todos los avances que en estos 30 años hemos conseguido en el Sistema Andaluz de Salud, y nuestros adelantos. Y, sobre todo, porque viene de un sistema público.

El problema es que, claro, hay otras comunidades autónomas que, aunque privaticen cada día más su sistema sanitario, no consiguen los logros que nosotros estamos consiguiendo, el Servicio Andaluz de Salud. Y vuelvo a repetirlo: desde un sistema público. Y, además, nuevamente el Servicio Andaluz de Salud —que hay que decirlo bien alto— es reconocido por un trabajo bien hecho. Y eso se demuestra en que, cuando se cree y se trabaja para ello, pues —vuelvo a incidir en el asunto— el sistema público sanitario funciona. Y funciona y tenemos la demostración en nuestro sistema sanitario, y hoy nuevamente los andaluces estamos de enhorabuena por tener ese gran Sistema Andaluz de Salud.

Mire, el hospital Reina Sofía es pionero en muchísimas cosas: es pionero en técnicas como la terapia de oxigenación por membranas extracorpóreas, es pionero también en la investigación para obtener información en la técnica esa de los tejidos, el órgano destinado a trasplante, su vida útil para aquellos donantes mayores de 60 años, y recientemente ha sido reconocido, no solamente el hospital universitario Reina Sofía, el Virgen del Rocío también, y el Regional de Málaga, tres hospitales del sistema andaluz sanitario, han sido designados como referente nacional de trasplantes de médula ósea infantil por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.

A mí me gustaría conocer la valoración que el Grupo Socialista hace —prácticamente la he dicho, ¿no?, pero me gustaría conocer—, qué valoración hace la Consejera de Salud de esta nueva designación de tres hospitales..., vamos, sobre todo el hospital Reina Sofía, ya que represento a la provincia de Córdoba, qué valoración hace su señoría de esta nueva designación de un referente.

Muchas gracias.

La señora ARENAL CATENA, PRESIDENTA DE LA COMISIÓN

—Gracias, señora Quevedo Ariza.

Señora Consejera.

La señora MONTERO CUADRADO, CONSEJERA DE SALUD

—Gracias, Presidenta.

Efectivamente, señoría, como usted bien ha expresado, el Sistema Nacional de Salud establece

en su momento la figura del centro o del hospital de referencia nacional en una determinada patología para aquellos diagnósticos o aquellos procesos terapéuticos que requieren de una alta especialización y que constituye, sin duda, la designación de esos centros, el reconocimiento de que se ha alcanzado un nivel de excelencia que se puede contrastar con los datos que posibilitan poner blanco sobre negro los resultados del trabajo asistencial que se viene practicando, y que, además, permite hacer sobresalir a ese centro sobre el resto de centros que hayan optado o que hayan querido ser designados también para esa patología.

Por ello, se tiene que cumplir una serie de requisitos muy estrictos, en relación, sobre todo, con la cualificación de la práctica asistencial, que mide, sobre todo, la capacitación de los profesionales, es decir, la capacidad que tiene un equipo humano de poder desarrollar una determinada técnica, la pericia, la experiencia, la habilidad..., todos esos elementos, y, por otra parte, como usted bien decía, que los centros cumplen con condiciones de seguridad para que no solamente el equipo médico, o asistencial o de enfermería, sea el que esté reconocido, sino que, si el paciente tiene que pasar a la UCI, se tienen que pedir pruebas diagnósticas, pues, evidentemente, el conjunto del hospital aporte también la excelencia para que se pueda practicar.

Eso ha hecho que, en el caso de nuestra Comunidad, y en concreto en los últimos consejos interterritoriales, hayan sido 14 las unidades de referencia en diferentes patologías que se han planteado, y, concretamente, en la última sesión —usted lo ha referido—, se han reconocido tres hospitales andaluces como referentes nacionales en trasplante de médula ósea infantil —usted ya lo ha citado—. Y me gustaría, cómo no, valorar muy positivamente el que Andalucía haya sido designada para que pacientes de otras comunidades autónomas y de otros ámbitos vengan a nuestra tierra a poder ser atendidos de problemas como este, que ocasionan tanta angustia no solamente a la persona que lo padece, al niño o a la niña, sino a los padres, a las madres y a los familiares más directos, y, por otra parte, cómo no, sentirse orgullosa de los magníficos profesionales que componen, en este caso la Unidad de Trasplantes del hospital Reina Sofía, que sigue siendo, en materia de trasplantes, digamos, una excelencia acreditada en todos los niveles científicos y tecnológicos, pero quizás en el nivel que muchas veces cuesta más trabajo conquistar, que es el de la población, donde me consta que la población cordobesa se siente tremendamente orgullosa de su hospital, como no puede ser menos, porque sigue siendo un referente, y porque sigue trabajando en el día a día para seguir conquistando ese reconocimiento por parte de la población. De hecho, el hospital Reina Sofía ha podido demostrar que cumple sobradamente con los criterios, porque se ha realizado ya un total de 79 trasplantes de progenitores hematopoyéticos sobre esta particularidad, sobre este tipo de trasplantes, y, además, porque se incluye todo el tipo de programa de trasplantes alogénicos de los progenitores infantiles, que, incluida la Unidad de Aislamiento, incluida la Unidad de Cuidados Intensivos, permite asegurar que una persona atendida en este centro cuenta no solo con la mejor evidencia, con la mejor ciencia, con los mejores profesionales, sino con la máxima seguridad, para que, en la medida de lo posible, esos trasplantes vayan bien y esas familias puedan regresar a su ámbito de referencia con el problema de salud resuelto.

Por tanto, señoría, trasladarle y compartir con usted el orgullo de que Andalucía se designe para este tipo de materia, y, haciendo referencia a la primera comparecencia de esta mañana, compartir esa excelencia con el resto del sistema sanitario, porque lo que permite que el hospital Reina Sofía sea una materia acreditada en el ámbito del trasplante, entre otras cosas, lo condiciona el que tiene una red de atención primaria que hace posible que al hospital Reina Sofía llegue aquello que realmente tiene que llegar, y, por tanto, que se pueda especializar en técnicas complejas que están siendo el orgullo yo creo que de la Comunidad Autónoma.

La señora ARENAL CATENA, PRESIDENTA DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señora Consejera.

Señora Quevedo.

La señora QUEVEDO ARIZA

—Sí.

Yo, simplemente, volver a revalorizar nuestro Sistema Andaluz de Salud, y, simplemente, también reconocer que, hoy, tanto el Gerente del Hospital Universitario Reina Sofía como la Delegada Provincial de Salud están volviendo a recoger un nuevo premio, esta vez concedido por la Federación Nacional de Enfermos y Trasplantados. Creo que eso lo dice todo, de que son los propios enfermos, las propias asociaciones las que le dan ese premio a nuestro hospital Reina Sofía; un hospital que, tres años después de su inauguración, hizo el primer trasplante, que fue en 1979.

Yo, simplemente, darle las gracias, y nuevamente poner por encima de todo nuestro Sistema Andaluz de Salud.

Gracias.

8-09/PE-003578. Pregunta escrita relativa a la labor de los médicos de familia

La señora ARENAL CATENA, PRESIDENTA DE LA COMISIÓN

—Gracias, señora Quevedo.

Pasamos al siguiente punto del orden del día, preguntas con ruego de respuesta escrita. La primera es relativa a la atención pediátrica de urgencias en el chare de Benalmádena, Málaga, que creo que no está el diputado que formuló la pregunta, el señor Castro Román, pero, de todas formas, creo que la respuesta se le ha entregado ya por escrito, de forma que no ha lugar al debate de la misma. Y la siguiente pregunta escrita sería la relativa a la labor de los médicos de familia, que formuló el señor Ignacio García Rodríguez.

Tiene la palabra.

El señor GARCÍA RODRÍGUEZ

—Sí. Gracias, señora Presidenta.

Señora Consejera, la pregunta fue registrada en septiembre del año pasado, hace, por tanto, cinco meses. Desde luego, es una pregunta que, por su naturaleza, creo que lo razonable es que sea de respuesta por escrito, por la cantidad de información que se solicita.

Entonces, bueno, yo doy por formulada la pregunta, entiendo que ha habido tiempo suficiente para contestarla, y, si me hubieran entregado la respuesta antes de este momento, no habría lugar al debate.

Con independencia de lo que usted me vaya a contestar ahora, permítame recordarle que el artículo 164.3 indica que, además, debe darme la respuesta por escrito cuando lo considere oportuno.

Y, por lo demás, doy por formulada la pregunta. Bueno, cuando lo considere oportuno, no: lo más pronto posible.

La señora ARENAL CATENA, PRESIDENTA DE LA COMISIÓN

—Gracias, señor García.

Señora Consejera.

La señora MONTERO CUADRADO, CONSEJERA DE SALUD

—Gracias, Presidenta.

En primer lugar, disculparme, señor García, porque, efectivamente, a veces, a pesar del esfuerzo que se hace por parte de la Consejería para intentar responder a la mayor brevedad las preguntas que legítimamente plantean sus señorías, con todo el respaldo normativo que le da el Reglamento de la Cámara, no podemos responder a tiempo por imposibilidad de dar respuesta a todas las iniciativas que se plantean, que afortunadamente nos permiten revisar el sistema sanitario, pero no tiene excusa, ¿no?, el que no haya podido entregarle a tiempo la respuesta y, por tanto, se la entregaremos como usted bien comenta, porque, efectivamente, es una pregunta muy larga y que tenemos ya la respuesta escrita también para poder proporcionársela, y que voy intentar resumir en los parámetros, para no ir provincia por provincia, que haría muy largo esta comparecencia, pues, intentar resumir algunos de los elementos fundamentales que plantea en la iniciativa.

Solo la lectura de la pregunta nos ocuparía un tiempo, la omito, y solamente le voy a dar los datos relativos a la respuesta.

En relación a los datos que se registran en el sistema de información de la base de datos de usuarios de Andalucía, se pregunta por el número de claves médicas de medicina de familia. Son 4.748, y se excluyen, tal como su señoría solicitó, las claves médicas de los profesionales de pediatría y también las de los profesionales facultativos de los dispositivos de apoyo y de los dispositivos de cuidados críticos y de urgencias.

En este sentido, le puedo informar que, en esas 4.748 claves, la distribución —y digo que le daremos la respuesta por provincias, que es como usted la solicitaba—, número de claves médicas de familias de cupo menor a 1.000 tarjetas sanitarias, aunque ya sabe que el cómputo lo hacemos por TAE, son 417; número de claves médicas de medicina de familia, cupo entre 1.000 y 1.500 [...], son 1.983; número de claves médicas de medicina de familia, en el cupo entre 1.500 y 1.600, son 1.300, y número de claves médicas de medicina de familia, de cupo mayor de 1.600, son 1.000.

En cuanto a la actividad asistencial realizada por los profesionales, el total ha sido de 51 millones de asistencias, en torno a esa cifra, 51.073.000 asistencias, en concreto, con el desarrollo de consultas, que se les entregará por escrito sobre cada uno de los ámbitos.

En cuanto a la programación y a la distribución temporal de la actividad asistencial que se realiza en los centros, se puede informar que está descentralizada en cada uno de ellos, de forma que cada centro se responsabilice de gestionar, con criterio de eficiencia, el tiempo disponible de funcionamiento del centro, en función del tiempo adecuado que requiere cada tipo de actividad a realizar. Y, por tanto, ninguna agenda de ningún médico de familia en la distribución horario es exactamente igual al médico de al lado. Dicho de otra manera, no hay cupo de pacientes por un tramo horario, sino que se distribuyen en función de la agenda que se haya previamente programado por parte del distrito.

En relación con la cantidad teórica de tiempo que debe dedicar cada profesional a cada tarea, se va re-

ajustando, usted lo sabe, en función de las necesidades y de las circunstancias, y es un proceso totalmente dinámico descentralizado, en donde no podemos dar un dato, porque no lo tenemos, real sobre el tramo de tiempo que se oferta en las citas, que varía para cada consultorio, varía para cada centro de salud y, por tanto, para cada médico de familia. Lo único que les podemos trasladar es que los usuarios, cuando se les preguntó en la encuesta de satisfacción sobre el tiempo estimado que creían haber destinado por su médico de familia, lo situaron en torno a los nueve minutos, pero es un tiempo estimado que es fruto de las encuestas.

Por último, en relación con los centro de salud de las capitales de provincia con oferta de la prestación de servicios sanitarios en horario de mañana y tarde, tenemos que recordar que ciertas consultas son utilizadas por la mañana por un facultativo y, por la tarde, por otro; por tanto, cumpliendo cada uno con ellos con su jornada laboral. Y de los 124 centros que se ubicaron en las capitales de provincia, 54 comparten al menos una consulta dos facultativos en turnos de mañana y tarde. Y también se desglosa en la tabla adjunta en la distribución por provincias.

Por tanto, disculpar, señor García, la tardanza en la información.

La señora ARENAL CATENA, PRESIDENTA DE LA COMISIÓN

—Gracias, señora Consejera.

Sin más, hemos terminado la parte de iniciativas de las que esperábamos respuesta de la señora Consejera. Darle las gracias por su presencia en esta Comisión del nuevo periodo de sesiones.

Y suspendemos un par de minutos la Comisión para despedir a la señora Consejera y su equipo.

[*Receso.*]

8-09/PNLC-000380. Proposición no de ley relativa a la ausencia de unidades especializadas en el diagnóstico y tratamiento del alzheimer

La señora ARENAL CATENA, PRESIDENTA DE LA COMISIÓN

—Señorías, reiniciamos la Comisión con el siguiente punto del orden del día, proposiciones no de ley en comisión, haciéndoles saber que el Grupo Parlamentario Izquierda Unida Los Verdes-Convocatoria por Andalucía solicita la modificación del orden del día para aplazar la sustanciación de la primera proposición no de ley, relativa a atención a los problemas de salud mental en la provincia de Huelva.

Por lo tanto, pasaríamos al debate de la segunda proposición no de ley, relativa a la ausencia de unidades especializadas en el diagnóstico y tratamiento del alzheimer, a proposición del Grupo Parlamentario Popular de Andalucía, para lo cual tiene la palabra la señora Carmen Reyes Ruiz.

La señora REYES RUIZ

—Gracias, señora Presidenta. Señores diputados.

No voy a contar yo aquí hoy qué es el alzheimer y lo complicada que es esta enfermedad para quien la padece y para sus cuidadores, porque, desgraciadamente, cada vez está más extendida y todos la conocemos, y conocemos cuáles son sus devastadoras consecuencias; cómo, paulatinamente, van mermando todas las funciones físicas, psicológicas y sociales del individuo y privándolo de cualquier capacidad.

En la actualidad, es verdad que hemos avanzado, y que cada vez contamos con más medios para hacer un diagnóstico más acertado, y que, al parecer, incluso se va avanzando en medios farmacológicos que ralenticen los síntomas en la enfermedad dentro de lo posible; pero no es menos cierto que todavía contamos con luces y con sombras, especialmente en lo que a medidas asistenciales se refiere.

La desigualdad de recursos dependiendo del lugar donde residan el paciente y sus familiares es un grave problema del que adolece una gran parte de la población andaluza afectada por este padecimiento. Uno de los grandes problemas a los que se enfrentan a diario los enfermos y sus familiares en la provincia de Granada que hoy nos ocupa es la necesidad de trasladarse grandes distancias, a veces por carreteras tortuosas, en ocasiones para recibir tratamientos y realizar nuevas exploraciones.

Para que se hagan una idea de la magnitud del problema, 26.000 personas se estima padecen la enfermedad. Solo 9.653 están diagnosticadas.

Por todo esto, y porque uno de los problemas al que se enfrentan pacientes y cuidadores es el desequilibrio nervioso y el emocional que la enfermedad produce en el paciente cualquier situación fuera de lo habitual, que para ellos es estresante, es contraproducente, es por lo que nosotros pedimos y hacemos hincapié en que se implanten unidades especializadas en el diagnóstico y tratamiento del alzheimer en el hospital comarcal de Santa Ana de Motril, hospital comarcal de Baza y comarcal de Guadix, de manera que hagan más asequible y llevadero el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad a pacientes y familiares, y acerquen, con ello, la atención a este colectivo en la medida de lo posible.

Por eso nosotros hacemos esta propuesta, que esperamos que el Grupo Socialista y el Grupo de Izquierda Unida vean acertada, y con ella apoyen a este sector, a este colectivo de pacientes, de familiares y de cuidadores, que, desgraciadamente, cada vez son más en nuestra sociedad y que lo están pasando extremadamente mal.

Nada más.

La señora ARENAL CATENA, PRESIDENTA DE LA COMISIÓN

—Gracias, señora Reyes Ruiz.

Para posicionar al Grupo Parlamentario Socialista —falta la presencia de Izquierda Unida—, tiene la palabra la señora Rosa Isabel Ríos Martínez.

La señora RÍOS MARTÍNEZ

—Muchas gracias, señora Presidenta.

Señora Reyes, le agradecemos su proposición no de ley. En primer lugar inicio el posicionamiento del grupo con lo que compartimos.

Efectivamente, la enfermedad de alzheimer constituye actualmente la primera causa de demencia en los países desarrollados, así como una de las principales causas de mortalidad entre las personas adultas. Este problema de salud, cuyo origen trata de diversas alteraciones del nivel funcional, conductual y físico de la persona afectada, produce, además, importantes secuelas en el marco personal y relacional de la persona afectada, de su familia, y, efectivamente, en estos momentos es de un gran impacto social.

Lo que nos separa, lo que no comparto con usted, es que haya desigualdad de recursos con respecto a nuestro territorio, al territorio andaluz, y, sobre todo, en cuanto a su parte dispositiva, que usted habla de la importación de unidades especializadas en el diagnóstico y tratamiento de alzheimer en hospitales comarcales, y habla, concretamente, en el día de hoy, de hospitales de la provincia de Granada, que haya un desagravio con la provincia de Granada o que tengamos que hablar de la provincia de Granada, porque no es la realidad.

Yo quería decirle que, en estos momentos, como ahora intentaré explicarle, no consideramos conveniente la creación de unidades específicas de diagnóstico y tratamiento de alzheimer en los hospitales comarcales; es decir, no hay un problema en la provincia de Granada, sino en los hospitales comarcales en general. Asimismo, tampoco están previstas ni contempladas en el catálogo de servicios y equipos funcionales de asistencia especializada en el SAS, si bien todas las áreas hospitalarias y los hospitales comarcales disponen de un hospital de referencia para neurología.

En el caso concreto que usted plantea —aunque no me gustaría ceñirme, pero usted lo plantea y yo le tengo que responder a lo que usted comentaba—, en el caso concreto de Granada, como usted sabrá, señora diputada, el hospital San Cecilio y el hospital Virgen de las Nieves son, según la zona, y el hospital de referencia de la provincia, el hospital Virgen de las Nieves de Granada.

Dicho esto, quería darle algunos datos, que usted conocerá. La atención a las personas con alzheimer y sus familiares viene recogida en el Plan de Alzheimer 2007-2010 —el cual puede ser consultado, lógicamente, cada uno el mecanismo que tenga, pero la página web de la Consejería—, en el que yo no voy a entrar, un plan muy ambicioso, de forma concreta la línea cuatro, la línea estratégica, que habla de atención integral a las personas afectadas con enfermedad de alzheimer y apoyo a las personas cuidadoras en todas las fases de la enfermedad, y señala, entre sus actividades, que se garantizará la realización de una atención sanitaria completa a las personas con enfermedad de alzheimer y a las familias que las cuidan, teniendo como modelo de buena praxis el modelo, el proceso asistencial integrado de demencia y los correspondientes planes de cuidados estandarizados, con los indicadores de calidad que el mismo propone, extendiendo su aplicación a todo el territorio autonómico.

En este sentido, la asistencia que se presta en Andalucía a los pacientes con sospecha de presentar una demencia se realiza en el marco del proceso asistencial integrado de demencia, el PAI Demencia, y el PAI contempla diversos aspectos, lógicamente, preventivos, de diagnóstico, de tratamiento y de seguimiento de esas demencias. A su vez, aborda todas las demencias de manera general, hasta el diagnóstico posteriormente, el tratamiento específico de cada una de ellas, haciendo especial hincapié en el tratamiento de la enfermedad de alzheimer.

Todo este proceso incorpora las características de calidad que se deben realizar en cada nivel de atención, primaria y hospitalaria, y establece las bases en las que se realizan las distintas actuaciones que integran la atención sanitaria: estrategias preventivas, pruebas diagnósticas, actividades terapéuticas, con la finalidad de incrementar el nivel de salud y el grado de satisfacción de la población que recibe el servicio, entendido esto en un amplio sentido: aspectos organizativos y aspectos asistenciales, lógicamente.

De otra forma, este proceso asistencial tiene definida de forma clara y secuencial los distintos niveles de atención sanitaria primaria y hospitalaria que se presta a estos pacientes y a sus familias.

En cuanto al diagnóstico de esta enfermedad, en la atención primaria, el PAI de Demencia establece todos los aspectos que nosotros creemos que son importantes: confirmación de deterioro, diagnóstico de deterioro cognitivo y diagnóstico sindrómico de

demencia, diagnóstico etiológico de causas tratadas desde atención primaria, el diagnóstico evolutivo y el diagnóstico de situaciones sociales, sendo el diagnóstico de confirmación y el diagnóstico etiológico realizado en la atención hospitalaria. No obstante, señoría, el manejo diagnóstico en el ámbito hospitalario es de muy alto nivel técnico, son análisis específicos, y la complejidad de estas técnicas, espero que lo comparta con nosotros, aconseja que se realicen en hospitales de nivel 1 y nivel 2. En este listado o en estas categorías, si vale la expresión, no figuran ni los hospitales de Santa Ana, de Motril, ni el hospital de Baza, ni el centro hospitalario de alta resolución, chare, de Guadix, que es otra de las razones fundamentales por las que no vemos, como le decía inicialmente, bien o no apoyamos su propuesta.

Podríamos hablar de los cuidados, señoría, si a usted no le importa, brevemente. Los pacientes..., en cuanto a los cuidados de los pacientes diagnosticados de alzheimer, junto a sus cuidadores, forman parte de la población diana de las enfermeras gestoras de casos y de las enfermeras de familia del Servicio Andaluz de Salud. Igualmente, el sistema sanitario público de Andalucía desarrolla medidas específicas para las cuidadoras de los pacientes de alzheimer, como del resto de las personas dependientes. Concretamente, fue en 2005 que se puso en marcha un plan de atención a las personas cuidadoras familiares en Andalucía. El objetivo general de este plan trata de mantener y mejorar la calidad de vida relacionada con la salud y de las cuidadoras familiares, fortaleciendo la capacidad de respuesta de los servicios sanitarios.

En septiembre de 2008 se pusieron en funcionamiento la tarjeta Más Cuidado y el Proyecto Alzheimer, cuya función es visualizar a las personas cuidadoras de pacientes con grandes discapacidades, y específicamente de pacientes con enfermedad de alzheimer y otras demencias.

Otro elemento, señoría, que podemos destacar sería, dentro de la continuidad de cuidados, y como elemento de innovación y mejora, son los telecuidados, que desde el SAS, y junto con Salud Responde, se pusieron en marcha en el año 2004.

En cuanto a los tratamientos, el proceso asistencial integrado establece que puedan ser seguidos y prescritos por atención primaria, con protocolo y con seguimiento cada seis meses, si fuese necesario.

Con todo esto, señora Reyes, creo que podemos afirmar o que podemos estar razonablemente satisfechos y podemos afirmar, como le digo, el compromiso que tiene la Consejería de Salud en garantizar una respuesta integral y una respuesta de calidad a personas con alzheimer y, por supuesto, a sus familiares. De manera que es la razón..., o estas son las razones por las que no apoyaríamos su proposición no de ley, no sin antes reiterar que estamos llegando o que no estamos negando nada o algo concreto a la provincia de Granada, sino que estamos hablando de un concepto distinto.

Por lo tanto, le agradezco el tono, por supuesto, y la iniciativa, que nos haya dado la posibilidad también al grupo de hablar del alzheimer. Pero no apoyamos su propuesta.

Muchas gracias.

La señora ARENAL CATENA, PRESIDENTA DE LA COMISIÓN

—Gracias, señora Ríos Martínez.

Señora Reyes.

La señora REYES RUIZ

—Bueno, señora diputada, por otra parte, ya, tengo que decir que es desagradable, pero que, por otra parte, no nos sorprende su negativa ante cualquier tema que el Partido Popular presenta en beneficio de los ciudadanos. Desgraciadamente, esto parece la tónica habitual. Pero, en fin, vamos al tema que nos ocupa. Y es decir, en primer lugar, que la implantación de estas unidades especializadas en estos hospitales comarcales de la provincia de Granada que antes hemos citado no es un capricho de este grupo, que se dedica a pedir, sino que es una demanda casi histórica de las asociaciones de enfermos, familiares y cuidadores de alzheimer, que el Partido Popular, por supuesto, comparte, porque entendemos que es crucial, necesario e imprescindible para estos pacientes.

Pero, señora diputada, si usted considera que esta petición que hoy nosotros hacemos, ciñéndonos a la provincia de Granada, de que haya unidades especializadas para el diagnóstico y el tratamiento de los enfermos de alzheimer en estos hospitales comarcales, es una discriminación hacia el resto de la población andaluza, porque también deberían en el resto de las provincias andaluzas existir estas unidades de diagnóstico y tratamiento, pues hagan ustedes una transaccional, que nosotros, por supuesto, estamos deseosos de votar a favor, y pidan que esas unidades de tratamiento y diagnóstico de alzheimer no solo se hagan en los hospitales comarcales de la provincia de Granada, sino en todos los hospitales comarcales de todas las provincias de Andalucía, porque, por supuesto, eso es lo que nosotros, el Partido Popular, pretendemos y lo que pretenden las asociaciones de familiares de alzheimer, con lo cual estaríamos satisfechos con que eso se hiciera así, y encantados de poder apoyarlo.

Pero, dicho esto, solo le voy a decir un poco cómo está ahora mismo la situación. Mire, los pacientes de alzheimer en la provincia de Granada —y creo que ocurrirá en todas las provincias de una forma parecida— están siendo..., se les están dando citas a un año,

les puede visitar el neurólogo en un año. Les dan citas para un año. Deberían tener, a criterio de los especialistas, de los neurólogos, deberían tener revisiones más periódicas, porque cada enfermo evoluciona de una manera distinta. Los familiares de los enfermos que pueden costearlo están teniendo que ir, en la provincia de Granada, que es la que hoy nos ocupa, pero probablemente en todas las provincias ocurrirá igual, están teniendo que acudir a la asistencia sanitaria privada para que estos pacientes puedan ser revisados, porque entienden que la evolución de la enfermedad no puede esperar un año para ser diagnosticada y para hacerle un seguimiento.

Tienen, en la provincia de Granada, los pacientes, en una primera fase, porque después es prácticamente imposible, por sus circunstancias, poderles trasladar, porque eso les produce unos síntomas contraproducentes de nerviosismo y de estrés, pero los que pueden hacerlo en los primeros estadíos de la enfermedad se desplazan, en una ambulancia que les va recogiendo pueblo a pueblo, hasta llegar a Granada, y que después les va devolviendo pueblo a pueblo hasta llegar a sus respectivos domicilios. Eso es una locura para cualquier enfermo de cualquier patología, pero mucho más si estamos hablando de enfermos donde el sistema nervioso es uno de los que están más afectados. Los de cualquier..., cualquier cambio en sus hábitos diarios para ellos es totalmente contraproducente.

No somos nosotros, los diputados del Partido Popular, sino que son los propios neurólogos, los expertos en esta materia, los que hablan de que hay 600.000 enfermos en España, 26.000 concretamente en Granada, y que el problema mayor está en que muchos están sin diagnosticar; pero el mayor problema, dicen los expertos, dicen los neurólogos, es que tienen que enfrentarse a la desigualdad de recursos dependiendo de la comunidad o el municipio donde viven estos pacientes. Esto es el principal problema al que ahora mismo tienen que enfrentarse los enfermos, los pacientes con enfermedades diagnosticadas de alzheimer, sus familiares y sus cuidadores.

Y, dicho esto, yo tengo otra vez que lamentar la actitud del Partido Socialista negándose a avanzar en los cuidados paliativos que estos enfermos necesitan, y a facilitarles a ellos y a sus familiares por lo menos los diagnósticos y los tratamientos, que los tengan, en la medida de lo posible, lo más cercanos a sus domicilios, que para esta enfermedad es esencial.

Como digo, lamentar este voto en contra del Partido Socialista, y no quiero dejar pasar la oportunidad sin agradecer a las asociaciones de familiares y cuidadores de alzheimer la labor encomiable que están haciendo para poder atender a estos enfermos y para poder sustituir, en muchos casos, lo que desde la sanidad y lo que desde la Consejería de Sanidad, en este caso gobernada por el Grupo Socialista, no les facilitan.

Muchas gracias.

La señora ARENAL CATENA, PRESIDENTA DE LA COMISIÓN

—Gracias, señora Reyes.

Señorías, pasamos a votar la iniciativa que acaba de debatirse respecto a la ausencia de unidades especializadas en el diagnóstico y tratamiento del alzheimer.

Se inicia la votación.

El resultado de la votación es el siguiente: ha sido rechazada, al haber obtenido 8 votos a favor, 9 votos en contra, ninguna abstención.

8-09/PL-000004. Dictamen de la Comisión sobre el Proyecto de ley de derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de la muerte

La señora ARENAL CATENA, PRESIDENTA DE LA COMISIÓN

—Pasamos al siguiente punto del orden del día, relativo al proyecto de ley de derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de la muerte en lo que respecta a la elaboración del dictamen. Intervendrán los distintos portavoces, los ponentes de la ley de cada grupo parlamentario, por orden de menor a mayor, para defender sus enmiendas y posicionarse respecto a las de los demás grupos y sobre el texto del proyecto de ley. Saben —creo que según Reglamento— disponen de diez minutos cada uno en su turno de intervención, así que primer grupo parlamentario, el de Izquierda Unida Los Verdes-Convocatoria por Andalucía, señor Mariscal Cifuentes, tiene la palabra.

El señor MARISCAL CIFUENTES

—Sí. Gracias, señora Presidenta.

Damos hoy un nuevo paso en el proceso legislativo que debe llevar a que Andalucía tenga una ley que cumpla y desarrolle uno de los preceptos más importantes, a nuestro entender, de los que aparecían en el Estatuto de Autonomía, del que nos dotamos hace..., dentro..., no, hace ahora tres años en referéndum, y quisiéramos, desde nuestro grupo, desde el Grupo Parlamentario de Izquierda Unida, mostrar la satisfacción, no solamente, como ya hicimos en su momento, por la valentía, por parte del Gobierno, a la hora de poner en marcha este proyecto de ley, es decir, tirar para adelante en uno de los preceptos que nosotros consideramos prioritarios a desarrollar, para poner negro sobre blanco, dentro de un texto legal, más allá de reglamentaciones y decretos, algunos de los derechos de nuevo cuño que figuran en el Estatuto de Autonomía y que finalmente llegan

hoy a esta Comisión, y que tendrán ocasión también, próximamente en el Pleno, de ser objeto de debate.

Nosotros apoyamos desde un principio esta ley, y tratamos también, en las 17 enmiendas que presentamos, de mejorar el contenido del proyecto, especialmente —no nos duelen prendas en decir— en base a las enmiendas, a las aportaciones que desde los profesionales sanitarios que forman parte de la asociación Derecho a Morir Dignamente se nos hizo llegar. También es momento oportuno, como haremos en el Pleno, de pedir al Gobierno socialista que dé a nivel central un impulso a algo que llegó, incluso, a aparecer en algún momento en su programa electoral, y que no es otra cosa que la regulación de la eutanasia; un asunto que nos llevaría a ser un país moderno en asuntos que tienen que ver con algo tan implícito a la vida como es la muerte. Y el derecho a morir dignamente, que es de lo que estamos aquí hablando hoy, y dentro de los preceptos legales que la propia... de las competencias que la Junta de Andalucía tiene, creemos que se refleja bastante bien en este proyecto de ley.

Tenemos que agradecer la disposición también del Grupo Socialista a aceptar algunas de las enmiendas —se nos aceptaron seis en la Ponencia; parece que al final van a ser cinco, según me han informado—, y debo también, en este momento, porque me temo que no tendré luego ocasión de intervenir, aunque también tendremos ocasión de hablar en el Pleno y quizás sea el momento, pero ya apunto que, si eso es finalmente así, nos parece realmente lamentable que, por las interpretaciones mediáticas y periodísticas de una de las enmiendas que nuestro grupo ha introducido y que han sido asumidas por el Grupo Socialista, finalmente el Grupo Socialista dé marcha atrás, en función de la agenda mediática. Creo que es realmente preocupante que esto sea así.

Y no voy a entrar a valorar otras cuestiones que puedan tener que ver con la coordinación entre el Gobierno y el Grupo Socialista, porque, desde luego, no soy yo quien debe entrar a valorar eso ni me gusta meterme en esos charcos, pero creo que esa enmienda era buena, que es a lo que quiero ir. Esa enmienda era buena, esa enmienda permitía que enfermedades, que pacientes con enfermedades degenerativas o en estado vegetativo, como, por ejemplo, enfermo avanzado de alzhéimer —de lo que veníamos hablando antes—, y que ya no reconocen a nadie, o sea, y son absolutamente dependientes, pues puedan rechazar el tratamiento en función de ese derecho a morir dignamente y que les pueda también permitir morir sin dolor, que es, al final, de lo que se trata. No estamos hablando de dejarlos morir, sino que estamos hablando de que puedan morir dignamente y puedan morir sin dolor, y no se nos queda claro que, con la definición que aparecía en el proyecto de ley, esté esto tan firmemente y tan meridianamente claro, como sí aparecía en el anteproyecto de ley y aparece en el informe de la Ponencia. Cierro este paréntesis, que realmente me resulta incómodo.

Yo, desde nuestro grupo, debo decir que vamos a apoyar la ley, vamos a apoyar el dictamen de la Comisión, aunque esta enmienda finalmente se retire por parte del Grupo Socialista, porque nos parece que es una buena ley, y me parece que es justo reconocer que la disposición del Grupo Socialista también ha sido positiva a la hora de incorporar nuestras enmiendas, y también a la hora de incorporar algunas enmiendas que de forma transaccional se me han hecho llegar por parte del Grupo Socialista, tres más, lo que daría que, de las 17 enmiendas que nosotros planteábamos, son nueve, finalmente, las que parece que se incorporan, y creo, de verdad, que eran enmiendas buenas que mejoran el texto de la ley; una ley que ya nos parecía a nosotros positiva y que mejora sustancialmente, creemos, con las aportaciones que desde nuestro grupo hemos hecho.

Aportaciones que hemos hecho dentro de esa lealtad al concepto, de verdad, y que, por lo tanto, como siempre le hemos dicho en este tipo de asuntos al Gobierno andaluz, va a tener a nuestro grupo al lado siendo copartícipe de los éxitos y de los nuevos derechos sociales, porque no en vano fuimos nosotros los que insistimos, con paciencia, pero con mucha tenacidad, en que este precepto apareciera en el Estatuto de Autonomía, y sería absolutamente incoherente por nuestra parte no mostrar ahora, en estos momentos, un apoyo firme y decidido, sin por eso dejar de nombrar las cosas que no nos parecen lógicas, como a las que ya he hecho referencia, o esa línea roja que desde el principio nos trazamos, y es que no cabe la objeción de conciencia, no existe la objeción de conciencia en este asunto, y que, por lo tanto, el hecho de que tampoco el Grupo Socialista haya entrado a negociar algunas peticiones que en este respecto se hacían por parte de otro grupo de la Cámara nos parece también positivo, y nos parece que se lleva, se puede llevar a buen término esta ley.

Por lo tanto, termino, agradeciendo de nuevo la voluntad negociadora, e insistiendo en que esta ley va a necesitar también, para su desarrollo, una fuerte inversión por parte del Gobierno que esté en cada momento llevando bajo sus riendas la Consejería de Salud, porque, para que haya unos cuidados paliativos en condiciones, tal y como aparecen en esta ley, es necesario hacer muchas y buenas reformas en centros públicos, y eso va a significar dinero. Y esperemos que no sea de este tipo de asuntos de los que se recorte en esta época de vacas flacas porque es realmente importante. No se trata de un derecho secundario o un derecho civil cualquiera: se trata de elementos que dan cuenta de la mayor o menor modernidad de una sociedad. Y, por lo tanto, nuestro apoyo al Dictamen de la Comisión tal y como parece que va a salir finalmente y nuestra queja por esa marcha atrás que parece que

vamos a tener que sufrir, que al final yo creo que van a ser algunos pacientes que van a estar pendientes de la decisión de un médico, en lugar de aparecer…, o de una médica, en lugar de aparecer firmemente defendido su derecho a morir dignamente en el texto legal.

Nada más, y muchas gracias.

La señora ARENAL CATENA, PRESIDENTA DE LA COMISIÓN

—Gracias, señor Mariscal Cifuentes.

Para posicionar al Grupo Parlamentario Popular, tiene la palabra su portavoz, la señora Ana María Corredera Quintana.

La señora CORREDERA QUINTANA

—Gracias, señora Presidenta.

Desde el principio, el Grupo Parlamentario Popular tuvo claro que este proyecto de ley venía a dar cumplimiento a nuestro Estatuto de Autonomía. De hecho, morir dignamente o vivir dignamente y sin dolor es lo que todos queremos y a lo que todos aspiramos.

Lo que sí es cierto es que, parte de lo que este proyecto de ley contempla, este grupo lo comparte, y hay algunas cosas que entendemos que hubiera sido fundamental que se incorporara al texto, porque entendíamos que enriquecía, que daba pluralidad y que además permitía el respeto a la opinión de todos, cosa que el texto actual no contempla, en nuestra opinión.

Este grupo no presentó una enmienda a la totalidad, ni siquiera pidió la devolución del texto porque creía que se podía trabajar sobre el texto que el Gobierno nos había aportado al Parlamento. Hemos hecho un esfuerzo presentando 21 enmiendas y un esfuerzo por el diálogo que, sinceramente, no ha tenido ninguna respuesta, y ahora explicaré por qué.

Hemos presentado 21 enmiendas que recogen muchas de las propuestas y sugerencias que hicieron aquí los agentes sociales que participaron en esta Cámara dando su opinión, que eran reflejo, vuelvo a decir, de la pluralidad de opiniones que hay sobre la materia.

Hemos querido concretar medidas, que en nuestra opinión estaban difusas, y puntualizar aspectos que a nosotros nos parecían importantes: objeción de conciencia, composición de los comités de ética, apoyo psicológico a los enfermos y a su familia, financiación para la ley o adaptación de los recursos actualmente existentes a la ley. En cambio, la verdad es que al final solo dos transaccionales son las que se nos han ofertado por parte del Partido Socialista.

Ni una cosa ni otra. Quiero decir que el talante ha brillado por su ausencia. Ese esfuerzo de diálogo que se nos dijo que iba a haber por parte tanto de la Consejera como por parte del Grupo Parlamentario Socialista, cuando se presentó la ley, al final, no ha sido una realidad. No ha sido una realidad.

Hoy lo cierto es que solo dos transaccionales se van a apoyar o se van a aprobar, y porque este grupo ha admitido esas transaccionales, porque, si los textos hubieran seguido tal y como los presentamos, tampoco habría dos enmiendas que hubieran salido adelante.

Me consta que, por parte de la portavoz del Grupo Parlamentario Socialista, ha habido un esfuerzo por intentar que pudiéramos sacar algo adelante, y que son, en este caso, los equipos de la Consejería los que no les han permitido que vayan más allá, la intransigencia por parte de la Consejería para que se vaya más allá.

Yo no voy a reproducir hoy el debate del proyecto de ley porque, además, como bien ha dicho el portavoz de Izquierda Unida, ya tendremos ocasión de hacerlo en el debate final de esta ley en Pleno. Sí les digo que, evidentemente, nosotros vamos a mantener las enmiendas que hoy no se aprueben hasta su debate en el Pleno, y espero que, de aquí a entonces, pueda haber una reflexión por parte de la Consejería y por parte del Grupo Socialista y por parte de Izquierda Unida, que también les llamo al diálogo, evidentemente, para que podamos sacar adelante alguna enmienda más.

Ya les anuncio que este grupo, en principio, se va a abstener hoy a lo que es el dictamen de la ley. Y que, bueno, decidiremos nuestro voto en los próximos días, conforme a la evolución que se produzca.

Es cierto que, vuelvo a decir, hay una parte importante de la ley que nosotros compartimos y que podemos sacar adelante. Es cierto que creemos que, si esta ley se aprueba tal y como está, cojeará en algunos aspectos importantes que, para este grupo, son, lógicamente, claves a la hora de decir nuestro posicionamiento y nuestro voto.

Yo creo que una ley de esta categoría merecería es esfuerzo final de todos los grupos, para intentar que sea un texto lo más consensuado posible, lo más dialogado posible y que represente lo más posible a la sociedad andaluza.

Por mi parte, nada más. Muchas gracias.

La señora ARENAL CATENA, PRESIDENTA DE LA COMISIÓN

—Gracias, señora Corredera Quintana.

Para posicionar al Grupo Parlamentario Socialista, tiene la palabra su portavoz, la señora Rosa Ríos Martínez.

La señora RÍOS MARTÍNEZ

—Sí. Muchas gracias, señora Presidenta.

Efectivamente, abordamos esta mañana un trámite yo creo que muy interesante. Acaban los trabajos en Comisión, y, bueno, algo habíamos hablado con los portavoces, pero por fin conocemos cuál es el posicionamiento, de una manera más clara cuál va a ser el primer posicionamiento de los distintos grupos parlamentarios. Sobre todo, teníamos mucho interés por la forma de trabajar de Izquierda Unida, y teníamos más claro cuál iba a ser el del Partido Popular, que no nos quedaba nada claro.

En todo caso, señorías, el Grupo Parlamentario Socialista se siente satisfecho del trabajo que se ha realizado en Comisión con respecto a esta ley, aunque esperamos seguir trabajando en beneficio de la misma; una ley que es muy importante para el PSOE, que profundiza en derechos, que cumple un aspecto, un punto de nuestro programa electoral que desarrolla, lo decía el señor Mariscal, el aspecto de nuestro Estatuto de Autonomía, del que nos sentimos especialmente orgullosos; una ley que no es muy compleja ni es extensa, pero que sí es muy concreta y ambiciosa en los objetivos, aunque es verdad que nos hemos encontrado con algunos problemillas.

Es una ley razonable y responde, creemos desde el grupo, a la expectativa de los ciudadanos de una sociedad, la andaluza, que avanzada y, en este caso, es pionera con leyes de estas características. Somos los primeros, como saben sus señorías, que tratamos esta cuestión.

Nosotros creemos que no es por capricho, sino por convicciones, y obviamente porque, en algunas circunstancias, se daban problemas.

Nosotros teníamos claro, efectivamente lo dice la ley, que, si hay problemas y complicaciones al final de la vida y hemos tenido una vida digna, nos merecemos también una muerta digna,

Se trata de ley que ya era buena cuando llegó a esta Cámara, que había mirado con lupa los grandes temas que nos separaban, los que creaban incertidumbre, pero que también tenía claro, del mismo modo, hasta dónde queríamos y hasta dónde podíamos llegar en otros aspectos, y, sobre todo, a lo que no íbamos a llegar, para no desvirtuar la ley.

Lo decía el señor Mariscal y lo decimos también desde el Grupo Parlamentario Socialista: se regulan en esta ley derechos indisputables de los pacientes o buenas prácticas clínicas; por lo tanto, para nosotros está claro que no cabe la objeción de conciencia. Y saben sus señorías: sedación terminal, tratamiento del dolor o limitación del esfuerzo terapéutico, que eran los grandes temas.

La ley, en todo caso, es mejor que cuando llegó a esta Cámara, porque hemos incorporado algunas enmiendas en ponencia, concretamente del Grupo Parlamentario de Izquierda Unida. Y, sobre todo, porque incorporamos hoy, aunque no son demasiadas, cinco transaccionales y otra posible transaccional que intentaré explicar, y que seguramente tendremos, si la mesa lo tiene a bien, que suspender la sesión para acordar con los portavoces, pero, en cualquier caso, voy a hablar de cinco transaccionales que voy a proponer en este momento —tres a Izquierda Unida y dos al Grupo Parlamentario Popular—, que sin duda van a mejorar esta ley.

Yo no quiero meterme en muchas más cuestiones, ni en la enmienda de uno o en la enmienda de otro, porque todavía nos queda algún trabajo. Creo mucho más operativo presentar o comentar las enmiendas transaccionales sobre las que he hablado.

Estas enmiendas transaccionales las conoce la señora Corredera, las conoce el señor Mariscal, las conoce la Mesa; por lo tanto, rápidamente: una enmienda transaccional a la enmienda número 9 del Grupo Parlamentario de Izquierda Unida, en el artículo 6.2 del proyecto de ley; una enmienda transaccional a la número 13 del Grupo Parlamentario de Izquierda Unida, en el artículo 21.2 del proyecto de ley, y una enmienda transaccional a la 17 de Izquierda Unida, que era una Disposición Adicional y que ahora tendrá otra numeración. Como les he dicho, el señor Mariscal las conoce.

En cuanto al Partido Popular, era un enmienda transaccional a la número 46, de una Disposición Adicional de cuidados paliativos, y una enmienda transaccional a la número…, la transaccional a la 48, perdón, que es de los comités de ética asistencial.

Creo que esto queda manifiestamente claro. Y no sé si utilizo un procedimiento adecuado, señores portavoces, señora Corredera, porque lo he podido hablar con el señor Mariscal y no con usted. Haría otra enmienda transaccional al artículo 5, apartado *i*), el de [...] terapéutica, donde, en la enmienda transaccional, el texto quedaría exactamente igual, cambiaríamos una «o» por una «y». Si quieren… Yo entiendo que habría que mirarlo, si la Mesa lo tiene a bien y no les molesta, creo que podríamos interrumpir la sesión, y que quede clara esta enmienda transaccional.

La señora CORREDERA QUINTANA

—Yo, si me permite la Presidencia...

La señora ARENAL CATENA, PRESIDENTA DE LA COMISIÓN

—Un segundo.

¿Ha terminado, señora Ríos Martínez, su intervención?

La señora RÍOS MARTÍNEZ

—Sí.

La señora ARENAL CATENA, PRESIDENTA DE LA COMISIÓN

—Vale. Pues, si quieren, suspendemos la sesión...

La señora CORREDERA QUINTANA

—Es que yo creo que no hace falta. Quiero decir que, como está hablando de una transaccional que le ofrece Izquierda Unida, si no recuerdo mal, de la Ponencia, en el momento en que ellos dos se pongan de acuerdo, el voto de este grupo no es significativo y no aporta nada al resultado...

La señora ARENAL CATENA, PRESIDENTA DE LA COMISIÓN

—Sí, que, una vez que acepte el portavoz de Izquierda Unida la transaccional, se pasa a votar la enmienda.

La señora CORREDERA QUINTANA

—... con lo cual, si no recuerdo mal, la del otro día, lo que hicieron fue aprobarse por mayoría y no se tuvo en cuenta, dábamos por...

La señora ARENAL CATENA, PRESIDENTA DE LA COMISIÓN

—Bueno, pues, si lo tienen claro todos los portavoces, no hay problema: pasa el texto de la transaccional a la enmienda número 2 de Izquierda Unida —¿de acuerdo?—, que es respecto al artículo 5.1 del texto..., perdón, 5.*i*) —la fiebre ya empieza a hacer estragos en mí—, artículo 5.1.*i*), que corresponde a la enmienda número 2 del Grupo Parlamentario de Izquierda Unida. Si presenta el Grupo Parlamentario Socialista el texto de la transaccional, no hay problema por parte de ninguno de los grupos. Vamos, no obstante, tiene que pronunciarse el portavoz del Grupo Parlamentario de Izquierda Unida al tratarse de transaccionales hechas a enmiendas que su grupo ha presentado, de forma que votaríamos las transaccionales.

Portavoz del Grupo Parlamentario de Izquierda Unida, ¿entiendo que no tiene ningún problema en aceptar las transaccionales que el Grupo Parlamentario Socialista formula a sus enmiendas números 2, 9, 13 y 17?

El señor MARISCAL CIFUENTES

—Entiende usted perfectamente.

La señora ARENAL CATENA, PRESIDENTA DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias.

Por lo tanto, pasaríamos a votar las transaccionales que el Grupo Parlamentario Socialista ha hecho a las enmiendas números 2, 9, 13 y 17 del Grupo Parlamentario de Izquierda Unida.

Se inicia la votación.

El resultado de la votación es el siguiente: han sido aprobadas, al haber obtenido 10 votos a favor, ningún voto en contra, 7 abstenciones.

Votamos el resto de enmiendas del Grupo Parlamentario de Izquierda Unida.

Se inicia la votación.

El resultado de la votación es el siguiente: han sido rechazadas, al haber obtenido un voto a favor, 9 votos en contra, 7 abstenciones.

Votamos ahora las transaccionales que el Grupo Parlamentario Socialista hace a las enmiendas números 46 y 48 del Grupo Parlamentario Popular, habiendo entendido esta Presidencia, como su portavoz ha manifestado, que las acepta.

Se inicia la votación.

El resultado de la votación es el siguiente: han sido aprobadas, al haber obtenido 16 votos a favor, ningún voto en contra, una abstención.

Pasamos a votar el resto de enmiendas del Grupo Parlamentario Popular.

Se inicia la votación.

El resultado de la votación es el siguiente: han sido rechazadas, al haber obtenido 7 votos a favor, 9 votos en contra, una abstención.

Y, por último, queda votar la enmienda número 52 del Grupo Parlamentario Socialista.

Se inicia la votación.

El resultado de la votación es el siguiente: ha sido aprobada, al haber obtenido 9 votos a favor, ningún voto en contra, 8 abstenciones.

A continuación, señorías, votamos la propuesta de dictamen contenida en el informe de la Ponencia, incorporando las enmiendas que acabamos de votar.

Se inicia la votación.

El resultado de la votación es el siguiente: ha sido aprobado, al haber obtenido 10 votos a favor, ningún voto en contra, 7 abstenciones.

Se declara aprobado, señorías, el dictamen de la Comisión de Salud relativo al proyecto de ley de derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de la muerte, y se propone, si me atienden diez segundos, se propone a la Comisión que autorice a la señora letrada para que realice las correcciones técnicas y gramaticales que en su caso resulten imprescindibles y necesarias para la correcta redacción del dictamen aprobado. Si no existe objeción, así se declara.

Y, sin más, levantamos la sesión. Tengan cuidado si tienen que coger sus vehículos para desplazarse.

Muchas gracias.

SERVICIO DE PUBLICACIONES OFICIALES

PUBLICACIONES OFICIALES EN INTERNET

El servicio de Publicaciones Oficiales es la unidad administrativa responsable de la edición del Boletín Oficial, el Diario de Sesiones del Parlamento de Andalucía y la Colección Legislativa y de la gestión de las grabaciones de las sesiones parlamentarias.

En el ámbito de la página institucional de la Cámara andaluza podrá encontrar la siguiente información en relación con las publicaciones oficiales:

- Boletín Oficial del Parlamento de Andalucía
- Diario de Sesiones del Pleno, de la Diputación Permanente y de las Comisiones
- Epígrafes de clasificación de las publicaciones oficiales
- Índices y estadísticas de la actividad parlamentaria, objeto de publicación

- Textos legales en tramitación
- Colección Legislativa

www.parlamentodeandalucia.es

SERVICIO DE PUBLICACIONES OFICIALES

COLECCIONES EN CD-ROM Y DVD

PUBLICACIONES OFICIALES:

- Colección de los Boletines Oficiales del Parlamento de Andalucía publicados cada legislatura y reproducidos en formato PDF. Actualmente están disponibles en CD-ROM las cinco primeras legislaturas y en DVD la sexta legislatura.

- Colección de los Diarios de Sesiones publicados en cada legislatura y reproducidos en formato PDF. Están disponibles en CD-ROM las seis primeras legislaturas.

- A partir de la VII legislatura la colección de «Publicaciones oficiales» reúne conjuntamente los boletines oficiales y los diarios de sesiones.

(Próximos lanzamientos VIII Legislatura)

COLECCIÓN LEGISLATIVA:

- Recopilación anual actualizada de las leyes aprobadas por el Parlamento de Andalucía. Cada ley contiene una sinopsis que incluye datos sobre su aprobación y publicación en lo diferentes boletines oficiales e información, en su caso, sobre posteriores modificaciones o si han sido objeto de algún procedimiento de inconstitucionalidad.

- Anales del proceso autonómico, acompañados de algunas de las imágenes más significativas de aquellos históricos acontecimientos.

- Descripción de la sede del Parlamento de Andalucía, incluyendo una breve historia del Hospital de las Cinco Llagas con imágenes de su fachada, el Salón de Plenos y patios interiores.

- Relación de los órganos parlamentarios y sus miembros en cada una de las legislaturas transcurridas.

SERVICIO DE PUBLICACIONES OFICIALES

INFORMACIÓN Y PEDIDOS

Edición, diseño y composición:

Servicio de Publicaciones Oficiales

Información:

Servicio de Publicaciones Oficiales

Pedidos:

Servicio de Gestión Económica
c/ San Juan de Ribera s/n
41009-Sevilla

Teléfono:

(34) 954 59 21 00

Dirección web:

http://www.parlamentodeandalucia.es

Correo electrónico:

publicacionesoficiales@parlamentodeandalucia.es
diariodesesiones@parlamentodeandalucia.es
boletinoficial@parlamentodeandalucia.es

PRECIOS

CD-ROM O DVD

Colección legislativa	7,21 €
Publicaciones oficiales	7,21 €

© Parlamento de Andalucía