

# DIARIO DE SESIONES D S P A

## DIARIO DE SESIONES PARLAMENTO DE ANDALUCÍA

### COMISIONES



Núm. 325

VIII Legislatura

Año 2010

### SALUD

Presidencia: Ilma. Sra. Dña. Raquel Arenal Catena

Sesión celebrada el miércoles, 24 de marzo de 2010

### ORDEN DEL DÍA

#### COMPARENCIAS

8-09/APC-000869. Comparecencia de la Excm. Sra. Consejera de Salud, a fin de informar sobre nuevas medidas puestas en marcha para mejorar la respuesta a la infección por VIH-Sida en Andalucía, presentada por los Ilmos. Sres. D. Manuel Gracia Navarro, Dña. Rosa Isabel Ríos Martínez, Dña. Raquel Arenal Catena, D. Antonio Núñez Roldán, Dña. Susana Rivas Pineda y Dña. María Teresa Jiménez Vílchez, del G.P. Socialista.

8-10/APC-000089. Comparecencia de la Excm. Sra. Consejera de Salud, a fin de informar sobre las actuaciones que va a poner en marcha su Consejería para mejorar la asistencia sanitaria en los municipios del interior de nuestra Comunidad Autónoma, presentada por el G.P. Popular de Andalucía.

#### PREGUNTAS ORALES

8-09/POC-000657. Pregunta oral relativa a la problemática del alcoholismo y su incidencia actual en la sociedad andaluza, formulada por la Ilma. Sra. Dña. Amelia Palacios Pérez, del G.P. Popular de Andalucía.

8-10/POC-000141. Pregunta oral relativa al servicio de pediatría del centro de salud El Rinconcillo en Algeciras, Cádiz, formulada por el Ilmo. Sr. D. Ignacio García Rodríguez, del G.P. Izquierda Unida Los Verdes-Convocatoria por Andalucía.

8-10/POC-000245. Pregunta oral relativa a la actuación de la sanidad pública andaluza para las personas trasplantadas, formulada por las Ilmas. Sras. Dña. Dolores Blanca Mena y Dña. Rosa Isabel Ríos Martínez, del G.P. Socialista.

8-10/POC-000246. Pregunta oral relativa a la formación y la educación en materia de consumo, formulada por las Ilmas. Sras. Dña. Rosa Isabel Ríos Martínez y Dña. María Teresa Jiménez Vílchez, del G.P. Socialista.

---

#### PROPOSICIONES NO DE LEY

---

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

8-10/PNLC-000088. Proposición no de ley relativa a la normativa que regule el traslado de pacientes trasplantados de páncreas-riñón, presentada por el G.P. Popular de Andalucía.

---

## SUMARIO

---

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

### Comparecencias

8-09/APC-000869. Comparecencia de la Excm. Sra. Consejera de Salud, a fin de informar sobre nuevas medidas puestas en marcha para mejorar la respuesta a la infección por VIH-Sida en Andalucía (pág. 5).

Intervienen:

Dña. María Jesús Montero Cuadrado, Consejera de Salud.

Dña. María Eulalia Quevedo Ariza, del G.P. Socialista.

8-10/APC-000089. Comparecencia de la Excm. Sra. Consejera de Salud, a fin de informar sobre las actuaciones que va a poner en marcha su Consejería para mejorar la asistencia sanitaria en los municipios del interior de nuestra Comunidad Autónoma (pág. 10).

Intervienen:

Dña. María Jesús Montero Cuadrado, Consejera de Salud.

Dña. Ana María Corredera Quintana, del G.P. Popular de Andalucía.

### Preguntas orales

8-09/POC-000657. Pregunta oral relativa a la problemática del alcoholismo y su incidencia actual en la sociedad andaluza (pág. 21).

Intervienen:

Dña. Amelia Palacios Pérez, del G.P. Popular de Andalucía.

Dña. María Jesús Montero Cuadrado, Consejera de Salud.

8-10/POC-000141. Pregunta oral relativa al servicio de pediatría del centro de salud El Rinconcillo en Algeciras, 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-000245. Pregunta oral relativa a la actuación de la sanidad pública andaluza para las personas trasplantadas (pág. 27).

Intervienen:

Dña. Dolores Blanca Mena, del G.P. Socialista.

Dña. María Jesús Montero Cuadrado, Consejera de Salud.

8-10/POC-000246. Pregunta oral relativa a la formación y la educación en materia de consumo (pág. 29).

Intervienen:

Dña. María Teresa Jiménez Vílchez, del G.P. Socialista.

Dña. María Jesús Montero Cuadrado, Consejera de Salud.

### Proposiciones no de ley

8-09/PNLC-000349. Proposición no de ley relativa a la atención de los problemas de salud mental en la provincia de Huelva (pág. 31).

Intervienen:

D. Diego Valderas Sosa, del G.P. Izquierda Unida Los Verdes-Convocatoria por Andalucía.

Dña. María Dolores López Gabarro, del G.P. Popular de Andalucía.

Dña. Susana Rivas Pineda, del G.P. Socialista.

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

8-10/PNLC-000088. Proposición no de ley relativa a la normativa que regule el traslado de pacientes transplantados de páncreas-riñón (pág. 35).

Intervienen:

Dña. Ana María Corredera Quintana, del G.P. Popular de Andalucía.

D. José Antonio Castro Román, del G.P. Izquierda Unida Los Verdes-Convocatoria por Andalucía.

Dña. Dolores Blanca Mena, del G.P. Socialista.

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

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

### **8-09/APC-000869. Comparecencia de la Excm. Sra. Consejera de Salud, a fin de informar sobre nuevas medidas puestas en marcha para mejorar la respuesta a la infección por VIH-sida en Andalucía**

La señora ARENAL CATENA, PRESIDENTA DE LA COMISIÓN

—Señorías, buenos días.

Iniciamos la Comisión de Salud, entrada la primavera, y, cómo no, dándole la enhorabuena a la Consejera y a su equipo por la confianza, de nuevo, depositada por el Presidente de la Junta para que continúen al frente del departamento de Salud.

Sin más preámbulos, iniciamos la Comisión con la primera comparecencia, a fin de informar sobre nuevas medidas puestas en marcha para mejorar la respuesta a la infección por VIH-sida en Andalucía, que formula el Grupo Parlamentario Socialista, para lo cual tiene la palabra la señora Consejera.

La señora MONTERO CUADRADO, CONSEJERA DE SALUD

—Muchas gracias, Presidenta. Y también, ¿no?, mostrando, como siempre, el orgullo de seguir en esta tarea, que yo creo que, a todos los diputados y diputadas que formamos parte de esta Comisión, tanto nos gusta y tanto nos apasiona.

Bueno, pues empezar en la mañana de hoy, efectivamente, con una petición de comparecencia del Grupo Socialista, relativa a todas las medidas que se han tomado en el último tiempo en relación con la enfermedad VIH-sida. Y comenzar diciendo y situando que el VIH y el conjunto de las enfermedades de transmisión sexual, a juicio de la Consejería, representan un problema de salud, que tiene consecuencias sanitarias y también sociales, y que, por tanto, tienen evidentes repercusiones en la trayectoria vital de las personas afectadas.

Decir también que los diferentes sistemas sanitarios llevan años poniendo en marcha medidas para hacer frente a estas situaciones, desde la perspectiva de prevención y también, cómo no, del diagnóstico y del tratamiento.

Y yo diría, señorías, que la situación, gracias a estas acciones, se ha mejorado de forma progresiva, ya que en la actualidad el número total de personas que tienen sida o infección de VIH, alcanzan en el total del planeta a 33,4 millones, según los datos facilitados. Y aunque en el año 2008 esta infección alcanzó a 2,7 millones de personas, la cifra, siendo importante, representa un descenso de un 17% en los últimos años. Por tanto, situando en esta perspectiva, decir que es un problema que tiene una repercusión indudable,

pero que parece que las últimas actuaciones nos han permitido desacelerar el crecimiento de personas que han contraído esta infección.

Decirles, señorías, que en Andalucía desde el inicio de la pandemia, allá por el año 1982, y hasta datos de octubre de 2009, se habían notificado un total de 11.496 casos, y también se había producido en la misma línea un descenso en los casos diagnosticados con respecto al año 2007 del 24,42%. La cifra absoluta es que en el año 2008 se registraron 164 casos frente a los 217 del año 2007.

Decir también, señorías, que el perfil de casos se podría resumir en que al principio de la pandemia la edad del diagnóstico era de personas entre 20 y 30 años, una media de edad que aumentó a finales de los años noventa, tanto en la perspectiva de género masculina como femenina. De hecho, en el año 2006 el mayor porcentaje de diagnósticos correspondió a un grupo de edad distinto, entre 40 y 45 años, y además la incidencia y la mortalidad tenía un predominio típicamente masculino.

En nuestra Comunidad, y desde la aparición de los primeros casos, se han arbitrado una serie de instrumentos, fundamentalmente planes y programas, en la lucha contra la infección VIH-sida, con los objetivos fundamentales que a continuación les describo. En primer lugar, reducir incidencia e impacto, un objetivo común a todos los planes que pretenden actuar sobre determinadas enfermedades.

En segundo lugar, adecuar y ofrecer una asistencia sanitaria adecuada, racional, en relación con el número de personas que presentan la enfermedad.

En tercer lugar, aumentar el grado de conocimiento e información sobre el sida, cuestión fundamental cara a la prevención.

En cuarto lugar, informar sobre la práctica del sexo seguro, con especial predominancia de la necesidad de utilizar preservativos.

Y en último lugar, potenciar la formación de profesionales y la investigación en esta materia.

También decirles, señorías, que en Andalucía contamos con un Registro Andaluz de Casos de Sida, que tiene una información muy exhaustiva sobre características de las personas que tienen la enfermedad, así como de la evolución en el tiempo y también de la vigilancia epidemiológica del sida dentro del sistema general de vigilancia epidemiológica. Ello nos permite ir viendo cómo evoluciona la infección por VIH entre todas las enfermedades de declaración obligatoria.

En la atención a esta enfermedad, y dentro de estos programas, evidentemente, debidamente anonimizados, se han combinado otro tipo de medidas como las que tienen que ver con la ordenación de recursos asistenciales, en donde se han planteado actuaciones dirigidas a grupos vulnerables, como los colectivos de jóvenes, que tienen o que llevan a cabo prácticas de riesgo en relación con su sexualidad. Respecto a ese colectivo,

decirles que hemos actuado sobre las formas saludables que presentan estas prácticas, es decir, intentando trasladar información a través del Programa Forma Joven, en donde se han distribuido preservativos, y, sobre todo, se ha informado a los jóvenes, masculinos y femeninos, sobre la necesidad de utilizar las medidas cuando tienen relaciones sexuales y, por tanto, para prevenir no solo el embarazo no deseado, sino también la infección de enfermedades de transmisión sexual.

Por otra parte, se ha trabajado de una forma muy estrecha con las ONG y con asociaciones que están entre colectivos que puedan tener una especial vulnerabilidad. Me estoy refiriendo a colectivos que desarrollan prácticas de mayor riesgo, como por ejemplo la prostitución, en donde la necesidad de que se haga desde personal de confianza, que evidentemente trabaja con ellos otros aspectos, ha sido también una tarea fundamental que hemos coordinado y que hemos desarrollado.

En la perspectiva asistencial, pusimos en marcha un proceso, el proceso VIH-sida. Yo diría que ha marcado la pauta de las actuaciones y protocolos a seguir dentro del sistema sanitario, y que pone en valor que la situación epidemiológica de esta enfermedad en relación a la propagación del VIH, da como cifra del mantenimiento, es decir, que en este momento está habiendo unas cifras que no han crecido en relación con años anteriores, y que han perdido peso algunas de las prácticas que se motivaban por el uso de jeringuillas o por la extinguida ya transmisión por transfusión sanguínea o hemoderivados.

Esta circunstancia, y la necesidad de actualizar los planes y programas y adaptarnos al Plan Nacional de Sida 2008-2012, ha posibilitado la elaboración de un nuevo plan, en Plan Andaluz frente al VIH-sida y otras Enfermedades de Transmisión Sexual, para el periodo de vigencia 2010-2015. No sé si se lo han entregado. Si no, llegaremos, ¿no?, haremos llegar para que los miembros de la Comisión tengan el nuevo documento que se ha editado con motivo de este plan que les estoy comentando.

Lo que contiene básicamente, o las medidas más novedosas que incorpora el plan están en relación, en primer lugar, con la participación de los diferentes colectivos para poder recoger las expectativas que la población tiene en relación con la prevención y también en relación con la atención sanitaria. Y yo pondría en valor, fundamentalmente, la presencia en la elaboración de las asociaciones vinculadas a la lucha contra el sida, de los propios pacientes que tienen infección VIH, y de consejerías que están desarrollando un trabajo complementario en relación con esta materia, fundamentalmente la Consejería de Igualdad y Bienestar Social, y la Consejería de Educación.

Por tanto, el plan intenta ser un esfuerzo de colaboración, de coordinación y, por tanto, de experiencia acumulada en estos años de trabajo en las diferentes

materias que se venían desarrollando por los colectivos y por las propias administraciones.

El plan tiene una primera parte en donde hace un análisis riguroso y exhaustivo de cuál es la situación de VIH-sida en nuestra Comunidad, y por tanto proporciona cifras sobre la extensión, el alcance del problema, el conjunto de infecciones que se producen por transmisión sexual, y también traslada la fuente de propagación más importante que en este momento hay en relación con el VIH.

También incorpora el plan, en una segunda parte, nuevos planes y nuevos ámbitos de intervención. Y esto es un avance, o una perspectiva de mejora en relación con programas anteriores. Y por otra parte se desarrollan las propuestas de coordinación con otros planes integrales de la Consejería, como el Plan de Cuidados Paliativos y el Plan Integral de Formación. Ambas materias porque, como saben sus señorías, el sida se ha convertido en una enfermedad crónica, pero todavía hay un volumen de personas que tienen que tener cuidados paliativos al final de esta enfermedad, y por tanto la necesidad de hacer un abordaje exhaustivo y singular en el propio plan de paliativos en relación con el VIH.

Por otra parte, se incorpora en este documento la actualización, en función de circunstancias u oportunidades que se puedan desarrollar en los próximos años, de manera que sobre todo traslada la necesidad de ir incorporando propuestas vinculadas a innovación tecnológica y científica, y a demanda y necesidades sociales.

Saben ustedes que es especialmente importante en esta línea estar atentos a toda la tecnología ambulatoria que se desarrolla en relación con esta materia, y también trasladar información precisa de la viabilidad o no, de la utilidad o no, de algunos *screening* que se desarrollan en población general, en los que algunos tienen utilidad y otros no, y, por tanto, que los ciudadanos puedan tener, una vez que tienen esos resultados, una información adecuada de en qué consiste exactamente la prueba que les han realizado.

Las nuevas actuaciones que se plantean en el plan, sobre todo, van dirigidas al desarrollo de medidas preventivas y a la formación del profesional y del voluntariado para diversificar todas las posibilidades de detección precoz de esta enfermedad que se pueda plantear a lo largo de la Comunidad Autónoma. De hecho, un 25% de las personas infectadas por VIH no conocen que tienen esta infección, representando esto un problema relevante en la transmisión de esta patología, porque el hecho de desarrollar conductas que puedan tener una repercusión puede llevar a que la enfermedad se propague.

En este mismo sentido, el plan contiene propuestas de mayor implicación de los servicios de atención primaria y también de intervenciones para mejorar el estilo de vida de las personas afectadas.

Y quisiera destacar en esta materia tres elementos esenciales que caracterizan el plan y que, yo diría, conforman el núcleo o la escala de valores de las actuaciones que se pretenden. Me refiero a la equidad, a la calidad y a la eficiencia. La equidad, garantizándola en la medida en que vamos a incrementar los esfuerzos hacia aquellos colectivos que tienen mayores necesidades y, por tanto, se va a hacer una distribución de los recursos en función de la cultura, del sexo, de la situación económica y, sobre todo, de las circunstancias sociales de los colectivos a los que nos vamos a dirigir.

En este contexto, también es de interés remarcar la perspectiva de género que este plan incorpora, asegurando esta perspectiva de manera transversal en todas las iniciativas que se proponen y disminuyendo, por tanto, desigualdades ligadas a sexo, sobre todo en la accesibilidad a recursos y servicios. Saben ustedes que la Consejería viene desarrollando, sobre todo en enfermedades que puedan tener una especial implicación o repercusión si, efectivamente, hay una distribución homogénea del acceso a los servicios por parte de pacientes del género femenino o masculino, porque a veces el padecer la enfermedad se puede vivir desde una circunstancia cultural de manera distinta entre ambos sexos.

En materia de calidad se va a fomentar de forma activa la práctica profesional, la formación y la tecnología, de manera que podamos monitorizar los estándares de calidad del sistema sanitario en relación a los países de nuestro entorno.

Y, en relación a la eficiencia de las medidas propuestas, se va a hacer un esfuerzo en racionalización y también en la potenciación de acciones que están demostrando una mayor efectividad.

Para ir terminando, señoría, resaltarle que en nuestra Comunidad y en el conjunto de los países de nuestro entorno el problema más relevante que plantea el plan sigue siendo el diagnóstico del sida o, mejor dicho, el retraso en el diagnóstico del sida, respecto a todo el proceso de atención y posterior tratamiento. Esta circunstancia, como decía, hace que algunas personas no sean conocedoras de la situación y, por tanto, no se sometan al tratamiento adecuado, o, por otra parte, estén desarrollando, o estén teniendo síntomas que no los hacen asociar a que efectivamente puedan padecer esta enfermedad.

Hemos trabajado, en este sentido, en la Comunidad Autónoma, fundamentalmente, en el conocimiento del número de casos que puedan existir bajo esta perspectiva, y estimamos una incidencia de 1,5 por mil, que es la que se calcula para nuestro entorno social, en un margen de que entre 20 o 30 personas pudieran estar afectadas por la enfermedad, y, sin embargo, ignorarlo hasta el momento. Eso representaría una horquilla entre 2.200 y 3.300 personas que pudieran estar retrasando su periodo de incorporación al programa y, por tanto,

que puedan representar un grupo potencial de producir nuevas infecciones.

Para ello vamos a seguir realizando la diagnosis rápida y el cribado, y, por ejemplo, en el caso de mujeres embarazadas, se están desarrollando cribados en atención primaria y los resultados están demostrando la eficiencia de esta práctica porque casi ya no existe transmisión vertical en nuestra Comunidad, ya que solo hemos declarado un caso de transmisión vertical en los últimos tres años sobre un total, sobre una cifra no despreciable de más de trescientos mil partos. Yo creo que ello nos anima a seguir aprovechando ese *screening*, que se desarrolla en un momento importante de contacto de las mujeres con el servicio sanitario, para que esta tendencia se siga manteniendo en esta cifra.

También se han pilotado actividades conjuntas entre la Consejería y 28 entidades que desarrollan su trabajo en el ámbito del VIH-SIDA, con el objetivo de detectar de forma precoz esta enfermedad y acercando el test de diagnóstico precoz a personas que poseen prácticas de riesgo y que, por tanto, tienen una mayor potencialidad de padecer esta enfermedad. Entre otras razones, señoría, porque algunas de las personas que están vinculadas a esos colectivos de práctica de riesgo, por el hecho de pertenecer a población inmigrante, o a cualquier otro tipo de población en el que tienen dificultad de llegada al sistema sanitario o, simplemente, piensan que culturalmente puede haber una dificultad en el diagnóstico de la enfermedad no se están beneficiando de tratamientos que realmente, hoy por hoy, pueden ser efectivos.

Para ello creemos desde la Consejería que la prueba más adecuada a realizar es la que se denomina *oral quick*, que detecta el VIH en el fluido oral, y que aporta ventajas en relación con otras técnicas, porque es menos agresiva, es de más fácil utilización y también tiene un desecho más ecológico. La sensibilidad de esta prueba que está desarrollando la Consejería de Salud es del 98,6%; es decir, es una alta sensibilidad, y además la especificidad alcanza el 98,9%. Esto significa que, en estos porcentajes, si el ciudadano está infectado, se le detecta la enfermedad, y que además es específica, es decir, no tiene falsos negativos o positivos en un porcentaje que supera el 95%. Por tanto, se trata de una buena prueba, es una prueba segura y recomendamos que los ciudadanos a los que se les llama para que se la puedan realizar acudan a realizársela.

Decía, señoría, que terminaba mi intervención trasladando que seguiremos incorporando a la cartera de servicios de atención sanitaria y, concretamente, de atención primaria todo el proceso asistencial que se acaba de realizar, y también a la cartera de atención especializada, algunas demandas que han sido muy concretas por parte del colectivo que actualmente tiene esta enfermedad, que fundamentalmente son técnicas de reproducción asistida con el lavado de semen, para evitar esa transmisión de la enfermedad, y, por tanto,

para que estas parejas puedan tener niños sanos, y también la lipodistrófica, la cirugía plástica para lipodistrofia, que desde el año 2004, que se puso en funcionamiento, ha producido ya 327 intervenciones, que, sobre todo, lo que intentan es minimizar el estigma estético que puede plantear la enfermedad para que una persona con VIH-SIDA no sea reconocida y, por tanto, no tenga dificultad a la hora de la contratación o de cualquier otra circunstancia que se pudiera desarrollar. Estos son los elementos fundamentales, aunque recomiendo a su señoría que, para mayor abundancia en la materia, puedan leer el plan porque aporta estas novedades, y otros comentarios, y otras cifras, que pueden ser de un tremendo interés para seguir trasladando un mensaje de que la mejor manera de lucha contra el VIH-SIDA es intensificando la prevención y la medida más efectiva en la utilización del preservativo en las prácticas de riesgo, sobre todo cuando se desarrollan entre colectivos que hacen habitualmente esas prácticas y para evitar, también, embarazos no deseados.

#### La señora ARENAL CATENA, PRESIDENTA DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señora Consejera.

Para posicionar al Grupo Parlamentario Socialista, tiene la palabra la señora Quevedo Ariza.

#### La señora QUEVEDO ARIZA

—Gracias, señora Presidenta. Señora Consejera.

Me encanta venir a esta Comisión, sobre todo porque cada vez que venimos para una comparecencia suya, o para que nos conteste a algunas preguntas, siempre hay que darle la enhorabuena.

Esta semana hemos visto cómo, nuevamente, la Consejería de Salud de Andalucía, pues, pone encima de la mesa un ejemplo, como pueden ser las facturas de lo que cuesta una atención sanitaria en lo público, ¿no?, y cómo otras comunidades autónomas, incluido el Gobierno de la Nación, pues apuestan por ese método. Por lo tanto, enhorabuena nuevamente por su capacidad para trabajar y para presentar medidas novedosas como las que hoy nos trae aquí, ¿no? Por eso repito, nuevamente, la enhorabuena, porque de nuevo el Gobierno andaluz, a través de su Consejería, pues vuelve a apostar por una salud para todos, y además por una salud cercana y por una atención de primera, sobre todo en relación a una enfermedad como es la enfermedad del VIH-SIDA, ¿no? Y siempre que intervengo me gusta decir, me gusta reiterar en esta Comisión, ¿no?, que siempre se hace desde la sanidad pública, porque yo prefiero, como dijo ayer cierta dirigente, mejor no nombrarla, yo prefiero pitas,

pitas para todos, que no para unos pocos, como está ocurriendo en la Comunidad de Madrid, ¿no?

Por eso, señora Consejera, creo que su Consejería viene trabajando, y viene trabajando muy fuerte, y, sobre todo, en medidas que contribuyen a mejorar la calidad de vida de estas personas, como son las personas afectadas por el VIH-sida, ¿no? Y prueba de ello es su comparecencia hoy aquí, porque es importante reforzar los recursos destinados a garantizar, sobre todo, la atención de estas personas, de las personas enfermas infectadas por esta patología, y, con medidas como estas, que abarcan desde los daños —usted lo ha dicho— asociados al estigma o a la discriminación relacionada con esta enfermedad... Porque también estas medidas —usted ya lo ha dicho— engloban no solamente lo que es el tema sanitario, sino también lo social y lo económico, ¿no?, porque hay que resaltar que el sida no es solamente un problema sanitario, sino que en muchas de las ocasiones es un problema también social y económico, ¿no?, y la verdad es que estamos yendo por el buen camino.

Y estamos yendo por el buen camino porque no solamente se apuesta porque ese estigma, esa discriminación, vaya desapareciendo, sino que también, del mismo modo, se apuesta por la formación y la información, para proporcionarla no solamente a la población, sino también a ese personal sanitario que a partir de ahora va a tener que trabajar con ellos, ya, como le he dicho antes, por la cercanía a esos centros de salud.

Y, además —usted lo ha dicho—, los nuevos tratamientos han producido cambios radicales en las características de esta enfermedad, y, por lo tanto, esta enfermedad exige la puesta en marcha de nuevas medidas, y hoy usted ha enumerado y detallado las actuaciones que se están llevando y que se van a llevar a cabo desde su Consejería, desde el Gobierno andaluz, con este tema. Y no es cuestión de que yo las repita ahora, pero sí me gustaría resaltar que el hecho de que los pacientes puedan realizar su tratamiento y seguimiento médico en sus centros de salud sin necesidad de tener que acudir cotidianamente al hospital donde suelen acudir, la verdad es que es una línea de acción prioritaria. Y, además, porque, como yo le decía al principio, YO hablaba de cercanía de nuestra sanidad, y con esta medida se normaliza la respuesta sanitaria a una patología como es la patología del VIH-sida.

Usted ya ha hablado de embarazo, ha hablado de trasplantes, de la cirugía plástica... Yo creo que son temas... Sobre todo en el tema de los trasplantes, acabar con ese miedo, con ese estigma de... Porque, queramos o no, todavía existe el «no te acerques», ¿no?, y la verdad es que, hombre, que hablar de trasplantes en personas afectadas por el VIH, hablar de embarazos en personas afectadas o hablar de cirugía plástica, para que puedan acceder, para que no sean

estigmatizados por su físico, la verdad es que son medidas que enhorabuena, se lo vuelvo a repetir, porque la verdad es que, como andaluza, estoy muy orgullosa de la salud que tiene nuestro sistema sanitario de salud, ¿no?, nunca mejor dicho.

Y, además, señora Consejera, este es un proyecto serio, es un proyecto serio muy comprometido, porque, además, es un proyecto donde han participado —usted lo ha dicho— todas las asociaciones relacionadas, que trabajan con enfermos de sida, el personal sanitario que está especializado en estos temas, y la verdad es que, hombre, incluso asociaciones de vecinos tengo entendido que han participado en este programa.

La verdad es que eso dice mucho de este proyecto, que es un proyecto —vuelvo a repetir— serio, muy comprometido. Y, además, estas medidas son importantes, y son importantes y, además, hoy las conocemos mejor gracias a su información. Y, además, hay que resaltar también que en Andalucía son cada vez más eficaces gracias a la labor y a la salud de nuestro sistema público sanitario.

Se están dando respuestas desde nuestro sistema a los nuevos ámbitos de actuación que usted ha dicho, ¿no?, y la prevención desde el medio sanitario, la detección precoz o la reinserción laboral —estamos hablando también— entran dentro de esos nuevos ámbitos en los que hay que esforzarse cada día más, ¿no? Y desde su Consejería, desde el Gobierno andaluz, pues lo estamos haciendo.

Nosotros, yo, como portavoz hoy del Grupo Socialista, pues queremos darle todo nuestro apoyo, y, además, nuestro apoyo, sobre todo, a su manera de trabajar, a la planificación y a la gestión que está usted realizando sobre este tema, ¿no? Y, como se ha dicho muchas veces, el sida ha sido un catalizador social y sanitario de una magnitud que supera la de cualquier otra enfermedad —y no lo digo yo: lo dicen expertos en esta patología—, y, afortunadamente —también lo dicen estos expertos—, pues también ha servido para desencadenar mejoras, y en muchos casos la reacción de la Administración, y en su caso de la Consejería de Salud de Andalucía, pues ha tenido consecuencias muy positivas e innovadoras, y estas medidas son una apuesta sin precedentes, nuevamente, pues Andalucía vuelve a sentar un precedente, y, además, porque el VIH ha recibido la prioridad que merecía como cualquier problema, como cualquier otro problema de salud pública, ¿no? Es más, con estas medidas se da el hecho de que se pretende buscar la igualdad tanto al acceso al diagnóstico como al tratamiento de la enfermedad.

Y yo, señora Consejera, para ir terminando, decir que este es un proyecto que nace vivo, es un proyecto que, además —usted lo ha dicho, ¿no?—, según la evolución de las necesidades que vayan surgiendo, se irá cambiando, se irá transformando, y eso es lo bueno: que se sigue apostando y se sigue investigando, se sigue viendo que, cuando haya necesidades nuevas

que puedan surgir, hay que darles respuestas, y eso es bueno.

Y yo, ya para acabar, le deseo todos los mejores resultados que se puedan dar con estas medidas, y, además, le vuelvo a reiterar un apoyo firme de los poderes públicos, como es nuestro sistema público sanitario, y, además, un apoyo firme a su trabajo, como le he dicho antes, a los de su gabinete, y no lo dude, no dude de que este grupo, el Grupo Socialista, siempre les va a apoyar.

Y, antes de que se me olvide, también darle la enhorabuena por esa nueva apuesta por parte del Presidente Griñán para que usted siga al frente de la Consejería de Salud.

Muchas gracias.

#### La señora ARENAL CATENA, PRESIDENTA DE LA COMISIÓN

—Gracias, señora Quevedo Ariza.  
Señora Consejera.

#### La señora MONTERO CUADRADO, CONSEJERA DE SALUD

—Sí. Muy brevemente, Presidenta.

En primer lugar, para agradecer a la portavoz del Grupo Socialista, a la señora Quevedo, el reconocimiento, en nombre no solo del equipo de la Consejería, sino de todos los profesionales que conforman el sistema sanitario público de Andalucía. Todas las materias que se traen a esta Comisión habitualmente han sido trabajadas, diseñadas y aportadas por los expertos en los diferentes ámbitos, y, por tanto, el trasladar aquí y ponerles voz a todas estas actuaciones que están previstas habla también del trabajo tan importante que se está desarrollando en los grupos que se articulan para seguir impulsando la actuación en estos colectivos.

Coincidir con la portavoz en relación con que el VIH-sida no tiene solamente importancia por la incidencia de la enfermedad, es decir, por el número de casos, sino —y sobre todo— porque va asociado habitualmente, o iba estando asociado, a un patrón de discriminación social que tenía como consecuencia un estigma importante que aportaba un sufrimiento añadido a las personas con VIH, ya no solo por la gravedad de la enfermedad, sino también por el aislamiento social que ello representaba en relación con ese entorno. Y, además, recordar que en algunas ocasiones se estaban detectando incrementos de contagio, de infección por VIH no solo en colectivos tradicionales con prácticas de riesgo, que sí eran más conocidos, sino, por ejemplo, en mujeres heterosexuales que tenían prácticas sexuales con su pareja habitual y en las que la no utilización del preservativo también estaba conllevando el contagio, la

transmisión de la enfermedad; un elemento que siempre nos gusta recordar para que no se sea autómatas en el sentido de que el contagio de VIH está solo asociado a un determinado entorno, a un determinado ámbito, porque es una enfermedad, una infección, que se puede trasladar en diferentes entornos sociales, y también en diferentes maneras de vivir la sexualidad, aunque aparentemente esa sexualidad parezca segura.

También coincidir y hacer hincapié en los cambios radicales que representa la enfermedad. A mí me gustaría que también esta comparecencia de hoy fuera una esperanza para las personas con VIH, que no tienen por qué necesariamente padecer el sida posteriormente, y también para las personas con sida, porque hemos pasado de una enfermedad que casi en la totalidad de los casos era mortal a una enfermedad que se ha convertido en una enfermedad crónica, y que, por tanto, salvo en determinadas circunstancias, lleva asociada una mortalidad inherente, pero que ha prolongado la esperanza de vida gracias al manejo de fármacos, como los antirretrovirales, de forma muy importante, y que, además, ha mejorado esa calidad de vida porque ha permitido disminuir complicaciones y, por tanto, retrasar la aparición de esos síntomas tardíos que tanto alteraban el normal funcionamiento y la vida cotidiana de las personas con VIH.

Tengo también que decir que el tipo de fármaco que se utiliza para esta enfermedad, como para muchas otras, es un fármaco costoso, y que el Sistema Nacional de Salud lo viene financiando desde su incorporación por parte de la Agencia del Medicamento en todas las comunidades autónomas. Yo creo que es un elemento que también pone de manifiesto el interés del conjunto de la ciudadanía por atender a esta población, dado que, como ustedes saben, todo el sistema sanitario se paga por la vía de los impuestos del conjunto de los ciudadanos.

Resaltar, señoría, que en este sentido de los fármacos, lo que el plan se ha planteado es que el seguimiento de los pacientes para la retirada del tratamiento se haga en los centros de primaria. Era una demanda solicitada por el colectivo de personas con VIH, dado que algunas personas que estaban en zonas rurales, sobre todo, se tenían que trasladar hacia su hospital de referencia, porque la seguridad en el manejo del fármaco lleva a que tenga que ser un fármaco de lo que llamamos «diagnóstico hospitalario», que, para que los ciudadanos nos entiendan, es el que se entrega directamente en las dependencias hospitalarias, es decir, no va por la receta, y se retira de la oficina de farmacia. Y eso hacía que los tratamientos, que son continuados en el tiempo, obligaran a desplazamientos solo para recoger la medicina que el paciente necesitaba. Desde la puesta en marcha del plan se propone que ese tipo de medicamentos se pueda recoger en el centro de salud, evidentemente con todas las condiciones de seguridad y de confidencialidad necesarias para que la persona

no sea identificada si así no lo desea y, por otra parte, para que no tenga que desplazarse hacia su hospital de referencia al objeto solo de recibir el tratamiento. Por supuesto, el seguimiento especializado de las personas con VIH-sida, tal y como dice el proceso, en función del momento de la enfermedad, se llevará a cabo en el nivel de atención primaria, en las unidades de medicina interna, en las unidades de infeccioso de los servicios hospitalarios, dependiendo, como digo, de la cadencia de las visitas y, por otra parte, de las complicaciones que pueda presentar la enfermedad.

Y terminar diciendo que creo que una de las partes más importantes del acierto del plan viene de la mano, como usted resaltaba, de ser un plan participado por los colectivos y las entidades que en el día a día están trabajando con las personas VIH, y que para nosotros es de un especial interés, porque, insisto, disminuir la desigualdad social que viene de la mano de esta enfermedad, y por tanto llega a colectivos que no se acercan a los servicios sanitarios, por miedo, porque piensan que pueden ser denunciados, porque tienen un cierto pudor de trasladar cuáles son sus prácticas de riesgo, etcétera, hacen que sea un vehículo muy adecuado utilizar la vía de las ONG y de otro tipo de colectivos para hacer llegar información, para hacer la detección precoz a través del kit rápido de diagnóstico.

Y, por otra parte, para seguir de forma machacona insistiendo en que es necesario hacer y practicar el sexo de forma segura y que la utilización del preservativo hoy por hoy sigue siendo la práctica más segura tanto para evitar enfermedades de transmisión sexual como para los embarazos no deseados.

Muchas gracias.

#### **8-10/APC-000089. Comparecencia de la Excm. Sra. Consejera de Salud, a fin de informar sobre las actuaciones que va a poner en marcha su Consejería para mejorar la asistencia sanitaria en los municipios del interior de nuestra Comunidad Autónoma**

##### **La señora ARENAL CATENA, PRESIDENTA DE LA COMISIÓN**

—Muchas gracias, señora Consejera.

Pasamos a la siguiente comparecencia, a petición del Grupo Popular de Andalucía, a fin de informar sobre las actuaciones que va a poner en marcha la Consejería de Salud para mejorar la asistencia sanitaria en los municipios del interior de nuestra Comunidad Autónoma.

Para lo cual, tiene la palabra de nuevo la señora Consejera.

## La señora MONTERO CUADRADO, CONSEJERA DE SALUD

—Sí. Gracias, Presidenta.

Efectivamente, señoría, en primer lugar, creo que es importante delimitar el ámbito al que podíamos referirnos en esta solicitud de comparecencia, y por tanto poder acordar previamente a qué área geográfica nos referimos, porque como sabe su señoría, habitualmente el Gobierno de Andalucía interpreta sobre zonas del interior el conjunto de municipios que no se sitúan en la periferia de nuestra Comunidad, es decir, en las zonas costeras, pero que no corresponden exactamente con territorios que podrían tener características no homogéneas, por tanto abarcables, porque podrían implicar desde capitales de provincia hasta zonas de la sierra, en donde, evidentemente, la variabilidad en el acceso de los ciudadanos, en la distribución de recursos es tan amplia que creo que sería importante poder acotar todavía más cuál es el objetivo fundamental de interés por parte de esta solicitud.

Yo, si me permite su señoría, creo que la comparecencia se refiere, o al menos así nosotros lo utilizamos, a las zonas que tienen alguna especificidad en cuanto a accesibilidad geográfica, o a la presencia, o no, de vías de comunicación adecuadas, fundamentalmente grandes carreteras, o zonas que tengan dificultad para la llegada del ferrocarril, o de algunas de las..., de este tipo de comunicación más de masas, y también que puedan mantener distancias a municipios de referencia que puedan ser mayores que las del resto de nuestra Comunidad Autónoma. En este caso, por tanto, entendemos que la planificación sanitaria que se realiza sobre este tipo de municipios fundamentalmente lo que busca es la igualdad de oportunidades de aquellos ciudadanos y ciudadanas que viviendo en estas zonas, y que siendo un objetivo fundamental, entiendo que del Gobierno y de la oposición, de que esa población quede fijada a ese territorio, porque su modo de vida está asociado, bien a tareas agrícolas, ganaderas, artesanales o de cualquier otro tipo, no sea una merma en la igualdad, como decía, de acceso a los servicios sanitarios y en la distribución y en la equidad para disponer de esos recursos. Yo creo, señoría, que además es un objetivo deseable, porque la universalidad de estos servicios de salud favorece esa cohesión territorial y, por tanto, el plantear una mejora a la llegada a los niveles asistenciales.

Por eso, señoría, en primer lugar, para la Consejería de Salud tenemos una..., o este territorio constituye una prioridad en relación con la Red de Atención Primaria, una red que sea eficaz, es decir, que dé respuesta a los problemas que presentan estos ciudadanos; que tenga una cartera de servicios lo más amplia posible, al objeto de evitar desplazamientos no deseados; que tenga alta capacidad resolutoria, por tanto, una tecnología que también le ayude a acercar esa proximidad a

esas áreas territoriales, y que, por tanto, como decía, contribuya a que desde el nivel más cercano de los ciudadanos se pueda disponer de todos los recursos necesarios para un pronto, y también para un mejor diagnóstico de los usuarios.

Saben sus señorías que la Comunidad Autónoma en esta materia tiene determinada una hoja de ruta en la modernización de la atención primaria, una alianza que denominamos Pacto Andaluz por el Desarrollo de Estrategias de Atención Primaria para el Siglo XXI, y que fue suscrito por la Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria, por la Asociación de Pediatras de Atención Primaria y por la Asociación Andaluza de Enfermería Comunitaria, un marco en el que se venía a priorizar el conjunto de actuaciones que tendríamos que desarrollar a lo largo de los años en estos territorios, y también, por tanto, la priorización en lo que se refiere a inversión de infraestructuras y también de apuesta por profesionales y de servicio.

Todo ello, señorías, ajustando toda la atención a las características epidemiológicas de la zona, y por tanto incluyendo dentro de la dimensión o la cuantificación de la actividad a desarrollar elementos —que en otras comparecencias hemos tenido oportunidad de profundizar— como la edad del colectivo que se atiende, habitualmente con una mayor edad en zonas del interior, porque hay población que se ha desplazado hacia otros entornos, el nivel socioeconómico, no necesariamente porque sea un nivel por debajo de la media de Andalucía, todo lo contrario, hay zonas del interior que gozan, afortunadamente, de una renta per cápita alta en relación con el resto de nuestra Comunidad; la dispersión geográfica, que suele tener y que suele ser un elemento que se mantiene, que está presente en todas estas zonas, y otro conjunto de factores que pudieran estar dificultando esa accesibilidad.

Yo creo, señorías, que efectivamente el Pacto por la Atención Primaria hizo especial hincapié en que las mejoras que en los próximos años vinieran de la mano de este compromiso fundamentalmente tuvieran en cuenta este tipo de circunstancias, y de hecho en los últimos años, en los últimos dos años, se han reformado 191 centros de salud o consultorios, dependiendo del tamaño de la población, y se han puesto en funcionamiento 61 nuevos, en gran parte de ellos en estas zonas del interior o en estos municipios que tienen gran dificultad en el acceso. De hecho, ello ha posibilitado que ya en nuestra Comunidad tengamos más de 1.506 centros de atención primaria, abarcando el conjunto del territorio y, por tanto, con servicios modernos y también avanzados. Además de estos servicios que están, digamos, presentes en los equipos básicos de atención primaria, hemos complementado la Red de Atención con 484 unidades de cuidados críticos y equipos móviles: 366 lo que llamamos puntos fijos, UCUS, y 118 equipos móviles, configurando una red de atención a las urgencias, ubicada de forma especial en estas

zonas, porque más de la mitad de los dispositivos se encuentran fundamentalmente en zonas de especial aislamiento o dificultad de cobertura.

Yo creo que su señoría puede entender perfectamente que el hecho de ser poblaciones reducidas y el hecho de tener una gran dispersión hace que el número de médicos de atención primaria no sea suficiente para garantizar la guardia, la continuidad asistencial, y por tanto ha habido que reforzar estos dispositivos con recursos humanos adicionales con objeto de que se pueda desarrollar una adecuada cobertura en la atención continuada.

Me gustaría destacar también un conjunto de servicios de apoyo a toda esta red de atención primaria, como han sido los gabinetes odontológicos, las salas de fisioterapia y las unidades móviles de fisioterapia, que se desplazan al domicilio, y también de forma especial las unidades de radiología, que se han ido distribuyendo por los centros de atención primaria, de ecografía y de retinografía. Hay, y por no trasladar todo el conjunto de cifras, ha habido un avance, yo diría sustancial, en los últimos años, de dotar a los centros de salud de toda esta tecnología que permita, sobre todo, que el ciudadano no se desplace y, por tanto, que el médico de familia pueda solicitar una placa de tórax, que es una de las pruebas más demandadas por atención primaria, que se la pueda realizar el ciudadano sobre la marcha y que se le pueda dar un diagnóstico aproximado también en el mismo acto único, sin necesidad de tener que desarrollar ninguna otra visita.

Y, por otra parte, también, señoría, decir que se está trabajando, yo creo que de forma intensa, en la estrategia de telemedicina y de teleasistencia dirigida a estos colectivos, fundamentalmente de la mano de los planes integrales de cardiopatía y de accidentabilidad, o de ataque cerebral agudo, es decir, de aquellas patologías que se benefician de una actuación rápida, de una actuación emergente y que, por tanto, pueden tener un interés a la hora de ser orientadas desde un servicio de referencia más especializado.

Todos estos servicios se distribuyen yo diría que de forma proporcionada, especialmente de interés en municipios con alguna dificultad, y, como decía, con el objetivo fundamental de evitar desplazamientos hacia los centros de referencia.

Por otra parte, desde el PAUE, desde el Plan Andaluz de Urgencias, se desarrolla otro conjunto de actuaciones que se dirigen de forma más específica a estos municipios del interior de nuestra Comunidad, refiriéndome sobre todo a los dispositivos de cuidados críticos y urgencias, que comentaba anteriormente, fundamentalmente los equipos móviles, que permiten el que determinadas unidades, fundamentalmente 30 UVI móviles, cinco equipos de coordinación avanzada, equipo de soporte vital básico y la red de helicópteros de nuestra Comunidad, puedan llegar a estos rincones sin necesidad, como decía, de que el paciente tenga que

tener ningún desplazamiento adicional para que pueda ser atendido en las mejores condiciones posibles.

La asignación de estos recursos, señoría, y lo digo porque siempre me parece importante recordarlo, se hace en base a los siguientes criterios de planificación. En primer lugar, que todos los municipios mayores de 10.000 habitantes tengan una unidad, un punto fijo de urgencia, lo que llamamos un servicio de cuidados críticos en este entorno; nos referimos siempre a 10.000 habitantes en el censo, o en el empadronamiento municipal, y, por tanto, personas que tengan fijada una residencia estable en esos entornos, habitualmente las fuentes de datos proceden de ese patrón y también de la base de datos de usuarios, que son los ciudadanos que acuden a nuestros centros sanitarios.

Evidentemente, hay que tener en cuenta la circunstancia especialmente importante de municipios del interior que tengan un especial atractivo turístico y que, con motivo de determinadas fechas, sobre todo vacaciones de verano, se pudieran ver beneficiados por la llegada de una población significativa en este entorno. No obstante, esta circunstancia suele ser bastante distinta a la que se produce en la zona de la costa porque el flujo de población no suele ser tan llamativo en relación con los municipios del interior. Ese sería el primer criterio.

El segundo es que ningún núcleo urbano mayor de 1.500 habitantes esté a más de veinte minutos de un punto de atención de urgencias, y, por tanto, que en un desplazamiento normal por carretera el ciudadano puede llegar en los tiempos que los expertos determinan como fundamental para que a una persona no se le provoque un daño con motivo de la llegada hacia este dispositivo.

En tercer lugar, se ha distribuido un equipo en estas unidades de cuidados de urgencia, o de cuidados críticos, por 30.000 habitantes o fracción; es decir, que exista siempre una garantía de que, en los entornos de 30.000 habitantes, por muy dispersos que sean, haya siempre un dispositivo de estas características, y también los equipos móviles distribuidos en las grandes capitales, uno por cada 100.000 habitantes, y, en aquellos núcleos urbanos que estén mancomunados, aquellos que alberguen o que comprendan una población de más de 50.000 habitantes.

Estos son los criterios que maneja el Plan Andaluz de Urgencias y Emergencias, que, por otra parte, son criterios muy similares a los que se manejan por parte de otras comunidades autónomas en relación al consenso de expertos, en relación a dónde tiene que estar ubicado un servicio de estas características.

Decir, señoría, que con este dispositivo se alcanza una capacidad de resolución en la atención urgente superior al 97% en los servicios de atención primaria. Esto significa, por tanto, que solo un 3% de las personas que acuden a este tipo de servicios requieren ya de una mayor complejidad en la atención que tiene que

proporcionársele y que, por tanto, tienen que acudir ya a un servicio hospitalario o ser derivado a un lugar tecnológicamente mejor dotado.

Por tanto, para el desarrollo de todo este tipo de dispositivos que se ponen en marcha en nuestra Comunidad, existen diferentes modelos, dependiendo de los distritos, a la hora de albergar esta ratio de urgencia. Por una parte, los médicos de atención primaria, que realizan guardias, que realizan atención continuada, del total de los 4.763 cupos; los pediatras de atención primaria, que habitualmente desarrollan la guardia vinculada a los centros especializados, al objeto de poder atender a la población infantil que acude a estos servicios, y, por supuesto, los cupos de enfermería que acompañan en estos entornos, de forma par, al médico de atención primaria, a la hora de desarrollar este tipo de dispositivos.

De hecho, el conjunto de facultativos que se adscriben a los servicios de atención continuada, tanto en dispositivos fijos como en equipos móviles, son un total de 917, y los profesionales de enfermería, de 870, además de otro tipo de profesionales, que, como digo, desarrollan su actividad vinculada a esos dispositivos de apoyo.

En estos puntos de atención continuada de los centros de salud, de especial aislamiento, también el pacto por la primaria recoge estímulos para la incorporación de profesionales. De hecho, se traslada un incremento del precio, de la hora de jornada complementaria, de la hora de guardia, en un 20% adicional, sobre otros territorios, lo que yo creo que está favoreciendo la fijación de la plantilla, o por lo menos la compensación de aquellos profesionales que están trabajando en estos entornos, en relación con la actividad que desarrollan.

En la actualidad contamos con 152 zonas geográficas preferentes para la intervención social en salud, que ya no está vinculado solo a las zonas del interior, sino a las zonas de grandes núcleos urbanos, que tienen una población, que requieren de una especial atención, sobre todo zonas de transformación social y que tienen criterios similares a los que estamos comentando para esa zona del interior.

Por tanto, señoría, en el nivel de atención primaria, concluyendo, decir que hay una distribución muy heterogénea de recursos en todo el territorio, pero que todos están garantizados en relación con unas ratios, que son los que le he comentado, y en donde la variabilidad que se plantea depende del número de médicos de BAP que desarrolla atención continuada, del número de DECU y de cualquier otra circunstancia que en el distrito se pueda plantear.

En cuanto al nivel de atención especializada, e intento ser breve en esta materia porque, en esta Comisión, hemos hablado en reiteradas ocasiones de los dispositivos, quizá el elemento más singular en relación con esta población es la creación de los centros hospitalarios de alta resolución, una iniciativa

y una estructura asistencial que ha sido novedosa, innovadora en nuestra Comunidad, porque no está permitiendo llegar con un recurso que resuelve más del 80% de los problemas de atención especializada que se plantean en estos entornos y que lo hace desde una estructura, o desde una configuración, que no solo aporta esa mejora en el entorno donde se ubica, sino que, además, sabe su señoría, supone un dinamismo al progreso económico y social de las comarcas en donde se sitúa, por el volumen de empleo directo que genera, y sobre todo indirecto, asociado al número de personas que circulan por esos entornos.

No me voy a entretener trasladando el objetivo fundamental de los Chares. Solo decir que lo que pretendemos, fundamentalmente, es acercar la atención especializada ambulatoria, en primer lugar, a través de las consultas externas, a través de la cirugía mayor, de las unidades de hospital de día, y desde la perspectiva del acto único y de la cooperación asistencial para que los ciudadanos, como decía, pudieran beneficiarse sin necesidad de tener que acudir varias veces para recoger un diagnóstico.

Cuando completemos el total de centros hospitalarios de alta resolución, 1.377.000 usuarios van a ver acercada esa atención especializada en un tiempo máximo de 30 minutos; es decir, que nadie es encuentre a más de treinta minutos de ese hospital de referencia, como decía, intentando solucionar un volumen muy importante de patologías en ese entorno sanitario. Ello está representando un esfuerzo inversor muy importante por parte de la Junta de Andalucía, en el que se ha desarrollado un mapa, que si su señoría quiere, podemos trasladar cómo se encuentra en grado de ejecución cada uno de los centros en mi siguiente respuesta, pero que fundamentalmente lo que persigue, como decía, era que, en aquellos entornos en donde se ha identificado que hay una crona, una distancia al centro de referencia, más larga o más prolongada de lo que viene siendo la media andaluza, se puedan ubicar estos dispositivos, y, por tanto, que generen esos elementos añadidos de acercamiento de la atención sanitaria, de la atención especializada, a través del concepto moderno, innovador, tecnológicamente bien dotado, que permita que los ciudadanos de la zona del interior tengan las mismas oportunidades en relación con la salud.

Por tanto, señorías, las actuaciones que se han planteado desde el Gobierno de Andalucía en materia sanitaria, como decía, no persiguen solo tener capacidad de mejorar la atención, sino también contribuir al desarrollo de la Andalucía del interior, de la fijación de la población y de la cohesión territorial de Andalucía por la implicación que usted conoce que tiene en la dispersión de nuestra Comunidad Autónoma.

Gracias.

## El señor RUIZ CUADRA, VICEPRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Gracias, señora Consejera.

Turno de intervención para la portavoz del Grupo Parlamentario Popular; proponente de la iniciativa, señora Corredera Quintana.

## La señora CORREDERA QUINTANA

—Gracias, señor Presidente.

Bueno, en primer lugar, felicitar a la Consejera por su continuidad en el cargo. No sé si procede, pero, como ha habido tantos cambios, creo que sí, creo que sí.

Dicho esto, creo que ha entendido perfectamente el sentido de nuestra petición de comparecencia, pero lleva razón: A la hora de definir el ámbito, ha sido un lapsus de una diputada que viene de una provincia donde están claramente definidos la costa y el interior, y donde, además, la capital está en la costa, con lo cual no entra dentro de la definición de los términos. Pero sí es cierto que, cuando hablamos... Y yo misma, cuando ayer buscaba los datos para plantearle o para hablar en esta comparecencia, claro, me di cuenta del lapsus, porque Jaén, Córdoba o cualquiera de esas provincias no tienen las mismas circunstancias que la mía. Podíamos haber expuesto las condiciones particulares a las que nos referíamos, pero veo que lo ha entendido sin dificultad, así que no ha supuesto ningún problema.

Desde luego, si he pedido esta comparecencia es porque los pueblos del interior, muchos pueblos del interior, le están exigiendo a la Consejería una mejor atención sanitaria. Muchos la están pidiendo a gritos y en la calle, y esa es una realidad que está ahí porque la vemos en los medios de comunicación.

Y desde el Grupo Popular entendemos que usted tiene esa obligación de ofrecer no solo la información y los datos de lo que está haciendo, sino, al final, de seguir trabajando para tener mayores cuotas de eficiencia, de calidad, de respuesta, o de respuesta más rápida, ¿no?

Hablamos, en efecto, de municipios, rurales en su mayoría, que se quejan —y la Consejera lo conoce perfectamente porque lo ha planteado en su intervención a la hora de ir dando respuesta, ¿no?—, que plantean la falta de médicos, la ampliación de horarios de consulta, la incorporación de especialistas, especialmente de pediatras, o los refuerzos de determinados puntos de urgencias. Son reivindicaciones justas, y de justicia sería que su Consejería, en esa planificación del trabajo, fuera dando respuesta también a estas demandas.

Yo comprendo que todo no se puede hacer a la vez. Es lógico que se planifique; pero es cierto que, si en la planificación del trabajo no entran determinados

proyectos, seguramente no verán la luz, no solo ya, a corto plazo, sino a largo plazo, ¿no?

Usted adquirió aquí una serie de compromisos en materia de infraestructuras, tanto en atención primaria como en especializada. En atención primaria tuvimos ocasión de hablar en la anterior Comisión de profundizar en el trabajo, y las previsiones que tiene la Consejería en centros de salud, en consultorios, en adaptación de estos consultorios, que muchos de ellos están realmente obsoletos, pero también, lógicamente, había unos compromisos en los centros hospitalarios de alta resolución de especialidades. Y yo creo que ni usted misma lo puede negar: Hay un evidente retraso en esas infraestructuras.

Los centros hospitalarios de alta resolución de especialidades, que, como bien ha dicho usted, iban a acercar la sanidad, la atención especializada, a municipios que tenían un mayor déficit de infraestructuras sanitarias, llevan yo diría que un retraso especial. Prometieron 17, los ampliaron a 25. Si no recuerdo mal, son ocho los que han abierto sus puertas. Estamos pendientes de que el de Loja lo pueda hacer este año —si no recuerdo mal, era el compromiso de la Consejería—, pero están en el aire el del Guadalhorce, el de Lebrija y el de Priego, por poner algunos ejemplos.

Yo creo que sí podríamos y deberíamos profundizar en su segunda intervención en la planificación de esos centros hospitalarios de alta resolución de especialidades, que le recuerdo que este grupo nunca ha visto como la solución definitiva.

Nosotros siempre hemos dicho que, en muchos de esos municipios en que usted planifica hacer centros hospitalarios de alta resolución de especialidades, en realidad lo que hacía falta era un hospital comarcal en condiciones. Y le pongo un ejemplo. La comarca del Guadalhorce, en Málaga, que es la única que no tiene hospital, tiene más de cien mil habitantes, y estamos hablando de un centro hospitalario de alta resolución, que como mucho va a tener 26 habitaciones individuales, o, si se desdobra, 47 camas —pero no habitaciones, 47 camas—.

Creo, sinceramente, que, en esa comarca y en alguna otra de la que podemos hablar, como pueda ser, por ejemplo, Loja, hubiera hecho falta un hospital comarcal, y no un centro hospitalario; pero está claro que el centro hospitalario de alta resolución de especialidades va a paliar un déficit, y está claro que va a acercar determinada cartera de servicios a los ciudadanos, que es importante y que les va a evitar traslados a las capitales. Pero, aun así, en muchos casos no era la solución, o no debería haber sido la solución.

Sabe usted que en algunas provincias, como en la de Málaga —creo o he oído también hablar de Jaén—, se están creando plataformas para demandarle una mejor atención sanitaria en el mundo rural, y que alcaldes de todos los signos políticos se están adhiriendo.

Yo sé que muchas veces esto se confunde con esa demanda de atención sanitaria las 24 horas del día en todos los municipios de Andalucía, de lo que aquí hemos tenido ocasión de hablar, y sé que es cierto que es imposible, hoy por hoy, con la insuficiencia financiera que tiene la sanidad, o que tenemos en general, que realmente se puede plantear siquiera eso en un horizonte lejano; pero lo que sí está claro es que hay algunas cosas que sí se pueden acercar y que sí se pueden garantizar.

Yo creo, señora Consejera, que sería bueno que usted se planteara algunas de esas cuestiones que los propios usuarios de la sanidad en esos municipios se plantean, ¿no?

¿Reciben los ciudadanos del mundo rural la atención sanitaria que requieren en igualdad de condiciones con otros municipios? No. ¿Cuál es el estado de las infraestructuras sanitarias en muchos de esos municipios del interior? Obsoleto. Obsoleto y sin recursos humanos y técnicos. Yo lo he dicho en alguna ocasión: Hay municipios pequeños, de acuerdo, pero donde el médico solo va dos días a la semana dos o tres horas, que se van rotando. Eso está ahí y es una realidad.

¿Tienen los servicios adecuados para la cobertura tanto en la atención primaria como en especializada? Seguramente usted dirá que sí. Yo le digo y ellos le dicen que no. Y se lo digo desde el análisis serio y riguroso, no solo por hacerle una crítica hoy aquí. Faltan instalaciones —y vuelvo a decir: no hay más que ver algunos de esos consultorios—, hay saturación de los servicios, hay dispositivos de urgencias sin la dotación de equipos suficientes...

Usted ha dado los criterios para esa dotación de equipos, que yo no le digo que no sean criterios lógicos. Lo que sí es cierto que tenemos que ir a más.

Usted sabe perfectamente que, en esos dispositivos de urgencias, si uno llega y se encuentra que el médico ha salido para atender una urgencia, lógicamente, no hay otra persona para atenderle.

Estamos hablando de que faltan ambulancias. Yo le digo —se lo he puesto como ejemplo en alguna otra ocasión, pero quizás porque sea lo más llamativo—: Siete municipios de la comarca de la Serranía de Ronda comparten una única ambulancia. Eso, lógicamente, conlleva las dificultades que conlleva, porque, si la ambulancia está trasladando un enfermo al hospital de Ronda, si a otra persona le da un infarto, evidentemente, no va a haber esa ambulancia. Yo creo que hay que ir caminando, planificadamente, de forma lógica, en mejorar y en ampliar esa cobertura.

Esa es la Andalucía real, un poco, a lo mejor, alejada de una Andalucía oficial o de las encuestas de satisfacción de las que a veces hablamos, ¿no?, o de los números, pero es cierto que es lo que padecen muchos usuarios en Andalucía.

Y quizás la pregunta más importante, la que yo le quiero plantear hoy aquí, es a qué demandas de esas

que se están planteando va a responder su Consejería, y cuáles no se van a resolver, por lo menos en lo que es la planificación de los dos años de legislatura que nos quedan.

Podemos hablar de infraestructuras —algo hemos avanzado—, podemos hablar de cartera de servicios, podemos hablar de personal.

Por cierto, el otro día me dejó un poco preocupada, y se lo quiero plantear porque no tuve ocasión en una segunda intervención. Me dijo que se está diseñando el modelo para identificar las zonas de especial cobertura, de manera que, sin ningún tipo de discrecionalidad, se puedan establecer determinados incentivos para que trabajen allí los profesionales. A mí eso me parece bien, y de hecho en alguna ocasión se lo hemos demandado.

Yo sé que se paga ya el cupo por zonas de especial dificultad. Me ha hablado incluso, hoy en su intervención, de que por la atención continuada se les paga algo más. Lo que sí me preocupa es que yo, sinceramente, creía que esto ya estaba puesto en marcha. Hace dos, tres años, yo le oí a usted en esta Cámara, y lo leí en los medios de comunicación, ese plan de incentivación para los profesionales y entendía que ese mapa ya estaba suficientemente hecho.

Cuando el otro día me dijo que en estos momentos se está diseñando el modelo, yo no sé si es que estamos reformando el modelo que se había establecido, porque se ha visto que no funciona, o que no es lo suficientemente riguroso, o es que llevamos cuatro años trabajando en un modelo que yo creía que se estaba llevando a la práctica, ¿no?

En fin, usted debería poder garantizar eficacia, eficiencia, rapidez, cercanía, calidad en las prestaciones y hay demasiados municipios en Andalucía a los que hoy no se puede garantizar eso.

Y, voy terminando porque, al final, yo entiendo que de lo que estamos hablando es de avanzar, de comprometerse a trabajar para que ningún municipio, a lo mejor, esté a diez minutos de un centro de atención primaria o de un punto de urgencia. Usted ha hablado de garantías de veinte minutos, usted ha hablado de que cuando esté la red de Centros Hospitalarios de Alta Resolución no haya nadie a más de treinta minutos, pero lo cierto es que, creo, y este grupo así se lo propone, lo que tenemos que ir avanzando es para garantizar esos diez minutos y no veinte o treinta. Y eso sé que no se puede hacer en un día.

Yo le hablo de ir más allá, no es pedir demasiado y eso requiere, evidentemente, compromiso, planificación y presupuesto, pero sería una apuesta de verdad por la igualdad de oportunidades en el mundo rural. Si usted quiere reconocerlo o no, yo creo que hay lagunas en su planificación sanitaria y los más perjudicados son los más débiles, en este caso.

Desde el Partido Popular —se lo digo— apostamos por acercar las infraestructuras, los profesionales y los

medios, en este caso a los pacientes. Y lo que le pido es un plan de acción integral en materia sanitaria en municipios rurales para más especificidad que den respuesta a estas demandas que, le vuelvo a decir, son lógicas, no se pueden hacer en un día pero requieren que se vaya trabajando en ello, que se vayan planificando las infraestructuras si queremos que en un futuro, relativamente inmediato, empiecen a tener las soluciones sobre la mesa.

#### El señor RUIZ CUADRA, VICEPRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Gracias, señora Corredera.  
Señora Consejera, tiene usted la palabra.

#### La señora MONTERO CUADRADO, CONSEJERA DE SALUD

—Sí, gracias, gracias, Presidente.

Yo coincido con la señora Corredera en que las demandas que se plantean desde los colectivos de ciudadanos, entidades o agrupación de personas en relación con los municipios del interior, habitualmente tienen la constante de que, o bien se plantea la dificultad por la cobertura que se pueda presentar, sobre todo en situaciones de eventualidad, me estoy refiriendo a los planes de vacaciones, a las eventualidades de bajas o de cualquier ausencia de un profesional en el centro de salud, en relación con la incorporación de especialistas y, básicamente, de pediatría y, en relación con los puntos de urgencia.

Decía su señoría que, evidentemente, son materias que no se pueden asumir a la vez. A mí me gustaría proporcionar algún dato adicional para que podamos conocer bien de qué dimensión de colectivo global hablamos. Decirle, por ejemplo, que en relación con el conjunto de datos que proporciona el Instituto Nacional de Estadística, el 79,73%, o sea, el 80% de la población andaluza está agrupada en municipios de más de 10.000 habitantes que, por tanto, tienen unas características en relación con los puntos de urgencia que yo le he comentado en mi comparencia y el 20% de la población está distribuida en municipios o en localidades que tienen menos de 10.000 habitantes pero que representan, señoría, en torno a quinientos municipios. Esto, ¿qué significa? Significa que, cuando nosotros hablamos de municipios, tenemos que ser conscientes de que el volumen de población que existe en esas localidades en un volumen de población inferior al que se agrupa en relación con los grandes municipios. Dicho de otra manera, si en Andalucía hay en torno a setecientos setenta municipios, más de la mitad de esos municipios están agrupados en núcleos que tienen menos de 10.000 habitantes y, por tanto, la planificación

que haya que desarrollar tiene que tener en cuenta las agrupaciones de población como elemento natural. Yo creo que el dato habla por sí solo, si nosotros tenemos consensuados los criterios de planificación en el conjunto del sistema que es necesario tener un punto de urgencias por cada 10.000 habitantes, o en municipios que tienen 10.000 habitantes, esto significa que en el 80% de la población existe ese punto de urgencia y, por tanto, estaríamos hablando del 20% restante en relación con las demandas que su señoría plantea y, por tanto, por la necesidad de seguir ajustando criterios de indicación.

Decirle además, señoría, que usted me ha escuchado hablar en muchas ocasiones y lo reitero en esta comparencia, no es posible desarrollar un sistema sanitario público, universal y gratuito intentando generar en los ciudadanos unas expectativas de que cada uno de los municipios esté distante de otro municipio, la distancia que sea y tenga el volumen de población que sea, va a tener un médico, dos médicos, un equipo, dos equipos de 24 horas, pero no lo digo yo, y esto es algo que me gusta que no se haga demagogia.

El sistema nacional de salud tiene unas ratios de planificación que le permiten tener un sistema viable, viable en términos que los impuestos que se pagan por parte de los ciudadanos sean una cuantía que permitan el mantenimiento de una salud segura y de una salud de calidad, pero yo le diría más, señora Corredera, en estos momentos de crisis económica, de necesidad de que las administraciones públicas planifiquemos adecuadamente los recursos, se hace más necesario que nunca no hacer demagogia con estas cuestiones y, por tanto, ser claros con los ciudadanos.

Si España ha apostado por un sistema nacional de salud y en las comunidades autónomas, con independencia del color político que las gobierne, tenemos que tener unos criterios homogéneos de planificación que nos permitan trasladar a los ciudadanos unos recursos, unas garantías, en igualdad de condiciones, que no implican, necesariamente, que el médico esté en la puerta de la casa de cada andaluz o andaluza. Y a mí me parece que hay que ser serios en esta materia, y creo que es un elemento de debate que, concretamente, en el último Consejo Interterritorial que hemos tenido, a la hora de acordar aquellas materias que tendrían que ser objeto de un ajuste presupuestario y tendrían que ser objeto de un interés por parte de todas las comunidades autónomas, acuerdo al que como su señoría sabe se sumaron los consejeros de comunidades gobernadas por el Partido Popular, uno de los elementos que se planteaba era la necesidad de que esas ratios de planificación fueran claras y que, por tanto, no se generaran expectativas a los ciudadanos que un sistema —insistimos— público, universal y gratuito no es posible construir.

Y yo creo que es bueno que eso se conozca porque, probablemente, aquellos que demandan que, con inde-

pendencia del volumen de población, de las distancias a otros municipios, de la aglomeración, del problema de salud de cada entorno existan todos los recursos posibles, lo que están haciendo es, justamente, llevar al sistema sanitario la inviabilidad y, por tanto, la imposibilidad de que los andaluces y los españoles cuenten con un servicio público de la calidad que actualmente tiene Andalucía.

Pero, bueno, es una materia, que sabe su señoría que nunca rehuyo el debate, que me parece que tenemos criterios expertos suficientes para poder afirmar que una atención de calidad urgente se considera aquella que permite una atención en una zona no superior a veinte minutos del lugar de donde se desplaza el ciudadano y, todo ello, con una serie de dispositivos adicionales: equipos móviles, helicópteros, etcétera, que permiten que para aquellas enfermedades que tienen necesidad de ser trasladadas hacia ámbitos de mayor referencia, se pueda producir la evacuación del ciudadano sin necesidad de que este se desplace, sino desplazando nosotros ese mismo dispositivo. ¿Que se pueden incrementar esos números de recursos? como todo, señoría, como todo. Es decir, estamos trabajando en la línea que nos permita asegurar la calidad y asegurar el acceso universal. ¿Que la calidad se va conquistando en la medida en que vamos avanzando? Evidentemente, los criterios de planificación de hoy no son los de hace veinte años y, evidentemente, dentro de quince años no serán los de hoy. Pero, hoy por hoy, Andalucía cumple con los criterios de calidad que se marcan por parte del conjunto de sociedades científicas y del conjunto de expertos. Y si dijéramos o hiciéramos un planteamiento en otro entorno, probablemente estaríamos haciendo demagogia en relación con esta materia y, como digo, lo que me parece más grave, que es generarle a los ciudadanos expectativas que un sistema público no puede cumplir, insisto, porque no se puede garantizar el que todos los ciudadanos vayan a tener en su barrio o en la puerta de su casa una unidad fija de cuidados críticos y urgentes.

Pero, otro elemento que a mí me parece serio, señoría, y que a veces lo tratamos, yo creo que en esta Comisión con mayor seriedad, en otros debates más divulgativos quizás con, bueno, pues con menos profundidad de la materia que es ¿hasta cuántos recursos tiene que tener un punto fijo para evitar que, si sale a atender una emergencia, haya una continuidad en la atención para el paciente que llega. Hasta el infinito, hasta el número de ciudadanos que tienen en referencia ese municipio.

Porque usted me decía el caso: Claro, es que puede ocurrir que un punto fijo que tiene un equipo, ese equipo salga a atender una emergencia y, cuando llegue un ciudadano, se encuentre —y dos equipos, ocurriría igualmente, y en tres equipos—. Es decir, la probabilidad de que esos fenómenos ocurran también marca los criterios de planificación. Porque la planificación

sanitaria, señorías, yo creo que son de las más serias que se hacen en materia de servicios públicos, y, por tanto, lo que se intenta es manejar que el número de casos, el número de atenciones urgentes, el número de incidencias, permita asegurar que la mayoría de los ciudadanos se van a beneficiar de ese recurso. Por tanto, nunca se puede admitir en medicina probabilidad cero de que ocurra un evento, pero siempre aproximamos que tanto el tratamiento, o el recurso que se pone en marcha, permita minimizar ese número de ciudadanos que se verían en esa situación. Lo digo por la indicación que daba en relación con ambulancias o en relación con el número de equipos que permanecen en un punto fijo.

Hay una afirmación que ha hecho su señoría, que yo creo que la realidad pone en evidencia que no es correcta.

Dice su señoría: «Los municipios del interior han tenido una reforma de la atención primaria peor o más obsoleta que otras zonas de Andalucía». Y yo creo que es justamente la reforma sanitaria en Andalucía, se planteó al revés, señoría. Y, de hecho, yo, en esta Comisión, he reconocido muchas veces que hemos tenido dificultades en las capitales de provincia, en donde, por un criterio que yo comparto, si me permiten la expresión, se dejó para el final, o para la última etapa, la remodelación de los centros de salud y de los centros de atención primaria porque partían de una condición previa mejor, es decir, de un punto de partida que le permitía, en los años siguientes, dar una atención de calidad sin necesidad de olvidar, o de dejar a un lado, a los recursos de las zonas rurales. Dicho de otra manera, la reforma de la atención primaria en esta Comunidad —y nos ha sido durante los años en donde he tenido la oportunidad de ser Consejera de Salud—, se hizo desde la Andalucía rural; es decir, la gran apuesta que se hizo en la reforma de la atención primaria comenzó por la Andalucía rural, y luego se fue extendiendo a las grandes ciudades. Y como en planificación y en inversión, permanentemente, hay que estar reactualizando esos recursos, evidentemente, las últimas actualizaciones que se han producido en las capitales de provincia han puesto de manifiesto la necesidad de volver a comenzar. Dicho de otra manera, al ser la planificación dinámica, evidentemente, tenemos que seguir actuando sobre aquellos centros que tuvieron, en su momento, una inversión, pero que en este momento ya le corresponde una modernización, una innovación, una dotación tecnológica o a una actualización, y eso forma parte del dinamismo de la propia inversión que sigue nuestra Comunidad. Por tanto, señoría, yo no afirmaré que la Andalucía rural tiene peores centros de salud. A mí me gustaría que su señoría conociera algunos de los importantes centros de salud que se han puesto en marcha en nuestra Comunidad, algunos con colaboración municipal, que también quiero ponerlo de manifiesto, y que son realmente centros de salud

ejemplares en relación con la inversión y en relación con la tecnología de la que se han dotado.

El elemento que su señoría quería plantear —y voy terminando, Presidente— en relación con las zonas de especial cobertura. Tenía usted una información correcta en relación a las medidas que se han empleado, en este caso, para fijar la población de médicos a las zonas rurales, en relación con el cupo que se paga añadido, tanto en tarjeta sanitaria como en horas complementarias, y yo me refería, señoría, a una estrategia de mayor calado, de mayor ambición, en la que se está trabajando en este momento, que va a ser uno de los elementos fundamentales del próximo Plan de Ordenación de Recursos Humanos —que ya les anuncié a sus señorías que está a punto de ser presentado—, y que tiene, además de estos complementos que les acabo de comentar, tenía un escollo legal, que es el que nos está propiciando un mayor debate y una mayor profundidad en relación, en primer lugar, con la selección de personal en esta zona, o, dicho de otra manera, para que, intuitivamente, usted me comprenda, la posibilidad de que, de forma selectiva, las plazas vinculadas a las zonas de especial dificultad puedan tener una mayor consideración a la hora de que una persona que trabaja en el sistema sanitario concurra a una plaza en propiedad, es decir, dar mayor puntuación a aquellos que trabajan en estos ámbitos, al objeto de que se produzca un efecto de atracción, y que, por tanto, un profesional —ocurre en otros entornos que son servicios públicos, pero en otros lugares, por ejemplo, en el Ejército, eso ocurre en las zonas de especial dificultad—, que se pueda contabilizar, de forma más ponderada, a los profesionales que están trabajando en núcleos que tienen un atractivo menos importante que las zonas costeras o las zonas de las grandes capitales. ¿Cuál es el escollo legal que nos encontramos aquí? Que, al ser normalmente las ofertas públicas de empleo y los concursos de traslados de ámbito nacional, a la hora de definir este tipo de situación, tenemos dificultades de hacerlo en el ámbito solo de la Comunidad Autónoma, porque sabe su señoría que, habitualmente, las ofertas públicas, por un criterio de provisión de puesto, tiene que ser abierta. Esto significaría, por ejemplo, que tendríamos que definir, al unísono, zonas de especial dificultad de otras comunidades autónomas, cosa con la que ya no somos competentes y en la que tenemos dificultad. No obstante, y ya le dije a su señoría que no nos íbamos a dar por vencidos, legalmente, en esta materia, porque realmente hay dificultad para la cobertura de esa zona, y, de hecho, se está celebrando ahora la Oferta Pública de Empleo para los médicos de atención primaria, y me gustaría que se pudieran completar los nombramientos del ciento por ciento de las plazas que se ofertan, pero soy consciente de que, cuando se oferta una plaza en propiedad, en una zona de especial aislamiento, y los profesionales saben que en este momento el mercado laboral es escaso,

y, por tanto, que no van a tener dificultades para ser contratados en otros entornos, muchos renuncian a la toma de posesión de esas plazas, con lo cual, seguimos prolongando una situación que viene de la mano, sobre todo, de la escasez de profesionales en el mercado laboral, elemento que usted bien conoce porque hemos analizado en otros momentos y en otras circunstancias; o la prórroga de la edad de jubilación en estos entornos, en los que la Dirección General de Personal —se lo comenté— está trabajando en la definición de esos mapas, de esos criterios que hagan objetivo el hecho de que una solicitud, que reúna estas condiciones, realmente no haya discrecionalidad a la hora de poder admitirla, para que puedan prorrogar esa continuidad en su trabajo profesional.

Por tanto, señoría, yo creo que se está trabajando de forma intensa en esta materia, porque una de las principales preocupaciones, no para ahora, sino sobre todo para el futuro, es que la escasez de médico pueda provocar dificultad para poder cubrir esas áreas de especial accesibilidad o que tienen un menor atractivo para el conjunto de los profesionales, y ese es el elemento fundamental.

Y termino diciendo que la especialidad de pediatría es una especialidad que es bastante singular en el modelo sanitario español, es un elemento que ha sido objeto de reflexión en el conjunto del Sistema Nacional de Salud. La distribución de los pediatras en atención primaria ha sido, yo creo, un éxito del sistema sanitario, pero el número de pediatras que en este momento están disponibles en el mercado laboral, por la formación que se ha hecho de esta especialidad, impide, en muchos casos, que se puedan contratar en el ámbito de atención primaria, porque el profesional elige otros destinos, y no haya posibilidad, aun existiendo la vacante, aun existiendo la dotación presupuestaria, de que haya una persona, con nombre y apellidos, disponible para ser contratada. Ese elemento, señoría, es de preocupación no solo de Andalucía, sino del conjunto del sistema, y estamos intentando suplir esa carencia con una voluntariedad, incluso a veces criticada, y yo quiero aquí dar un paso al frente por los profesionales que la desarrollan, que es que el médico, el pediatra, vaya itinerante por varios municipios, yendo dos días a la semana a un municipio, o tres días a la semana a otro municipio, al objeto de poder acercar esa atención pediátrica, por ejemplo, porque no hay suficientes números de pediatras que puedan ser contratados para esas plazas; no de plazas que están vacantes, sino de número de especialistas en formación, que se encuentren en situación de ser contratados. Es una circunstancia global del sistema sanitario, y yo creo que el Sistema Nacional de Salud, entre otras razones, lo puso encima de la mesa en los acuerdos llegamos en la última reunión, al objeto de poder trasladar y de poder determinar criterios homogéneos que nos permitan que este tema se haga

con racionalidad y con calidad, sacándolo del debate partidista y, por tanto, no utilizándolo como ariete, cara a los debates que se puedan producir en las diferentes comunidades autónomas.

#### El señor RUIZ CUADRA, VICEPRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Gracias, señora Consejera.

Señora Corredera, su turno de réplica.

#### La señora CORREDERA QUINTANA

—Gracias, señor Presidente.

Señora Consejera, no se confunda. Usted ha querido dar a entender en su segundo intervención que yo lo que he venido aquí es a generar falsas expectativas en los andaluces, y yo creo que no.

La diferencia es muy clara. Usted viene aquí y dice: «No hay respuesta, no hay solución», y se queda tan pancha, «y no voy a ir más allá porque la situación es la que hay», y yo le digo que desde este grupo sí vemos con ambición que puede haber más respuestas y que se puede ir más allá, de forma organizada y de forma planificada, evidentemente, porque la gente tampoco es tonta.

Pero usted me dice: «Es que esa población es mucho menor que la que vive en las grandes ciudades y en las capitales». Por supuesto, pero ¿acaso no tienen los mismos derechos? Son las mismas personas. Vamos, son personas con nombres y apellidos, que pagan sus impuestos, que requieren unas prestaciones, y a las que yo creo que la Administración les tiene que dar respuesta, poco a poco, con el tiempo, pero les tiene que dar respuesta.

Me ha acusado, incluso, de demagogia, y yo, sinceramente, creo que no lo he hecho. He sido muy seria y muy rigurosa en mi intervención.

La viabilidad del sistema está claro que hay que tenerla en cuenta —eso es evidente—; pero tampoco me diga esa respuesta tan simple de que renuncien a todo, renuncien a todas las mejoras, porque es que el sistema no es viable, no es sostenible, y entonces no vamos a hacer nada. Eso es lo que usted está diciendo en el fondo.

Yo le digo una cosa: No use coletillas para ridiculizar las propuestas del Partido Popular. Nadie le ha pedido aquí un médico en la puerta de cada casa, nunca se lo hemos pedido, un médico en la puerta de cada casa. Ahora, sí, sí pedimos que se vaya más allá.

¿Usted de verdad cree que es tan disparatado que, si en estos momentos se están planteando ratios de 20 minutos al centro de atención primaria más cercano, o al punto de urgencias, vayamos planificando para que en un futuro se recorte a 10 minutos? ¿Tan dispa-

tado es? Yo creo que no. Si no somos exigentes, no vamos a llegar a ningún sitio; si no somos exigentes, no vamos a mejorar la calidad, la rapidez y la eficacia del sistema.

La gente no es tonta, la gente sabe perfectamente que hay dificultades económicas, la gente sabe perfectamente que hay crisis, la gente sabe los plazos y las prioridades que se tienen que establecer; pero lo que la gente no entiende es que sus demandas no se tomen en cuenta, y lo que la gente no entiende es que se les tome el pelo. Y cuando se les toma el pelo en realidad es cuando se les dice que van a tener un centro hospitalario de alta resolución en 2006, como en el caso de Loja, y estamos en 2010 y todavía no sabemos cuándo se va a inaugurar.

Lo que la gente no entiende es que en Guadalhorce se haya estado mareando la perdiz cuatro o cinco años y ahora parece que por fin va a empezar el centro hospitalario del Guadalhorce; lo que la gente no entiende es que el de Lebrija, que llevaba retraso, se cambie de ubicación, y que yo no sé, por cierto, si se han terminado ya de urbanizar los terrenos y ha empezado. Eso es lo que la gente no entiende. Pero la gente sí entiende perfectamente que los objetivos se tienen que marcar a medio o largo plazo y se tienen que planificar, y se tiene que ir viendo de qué recursos se dispone para poder hacerlo.

Y, por cierto, no me ha entendido. Yo no le he dicho que la reforma de la atención primaria en el mundo rural, o que la reforma en el mundo rural, fuera más obsoleta. Lo que le he dicho es que hoy día ya están muchos centros obsoletos. Hay muchos consultorios, y yo los he visto, señora Consejera.

¿Que hay centros de salud que se han hecho nuevos y que están estupendos? Por supuesto: 61 nuevos centros de salud —lo ha dicho usted misma en su intervención— en Andalucía, y se han reformado muchos de ellos. Ahora vamos a inaugurar —espero que en breve, por cierto— el de Antequera, que no sé qué problema hay, porque ya está terminado. No sé si es un problema de que el Ayuntamiento no se lo ha cedido todavía a la Consejería... No sé dónde está la clave. Pero, bueno, va a haber un centro de salud nuevo.

El problema no es ese. El problema son esos consultorios que usted sabe que todavía están en una habitación cedida por el ayuntamiento, que no reúnen las condiciones. Y yo he visto algunos de esos. Los menos cada vez, también se lo reconozco, pero siguen existiendo. Y es lógico que esos municipios y que esos ciudadanos pidan mejoras, y es lógico que se les diga: «Pues, mire usted, va a tenerlas hoy, mañana, o a lo mejor dentro de cinco años»; pero que ellos sepan que en las expectativas de su Gobierno, del Gobierno que tienen ahí, sí están, porque usted lo que ha dicho aquí hoy es que ni están ni van a estar, y eso sí me parece mucho más grave.

Y yo le había pedido que me hiciera una pequeña planificación. No sé si me queda tiempo para hablar de cómo están en estos momentos los centros hospitalarios de alta resolución de especialidades, pero usted sabe que es importante. Si es que, al final, en Granada se comprometieron a tener varios y solo está abierto el de Guadix. El de Loja espero que sea este año, vuelvo a decir; el de Órgiva, no se sabe: tres legislaturas anunciándolo y solo han puesto la primera piedra. En Huelva, ¿qué le digo? Lepe es el único que está en construcción, que yo sepa: El Condado y la sierra —y eso que a El Condado le han cedido los terrenos— ahí siguen esperando. Si hablamos de Jaén, bueno, quizás sea el que... Como solo se comprometieron al de Cazorra y al de Alcalá la Real, pues ahí están, ¿no?, pero bueno. En Córdoba solo se ha construido el de Puente Genil; Palma del Río está en proyecto; Priego, Baena y Lucena están esperando. Si hablamos de Sevilla solo están en funcionamiento Utrera y Constantina.

¿Lebrija? Me ha dicho con la cabeza que sí se ha terminado la urbanización, y que al parecer se han iniciado las obras. Me alegro, porque llevaba un retraso importante. ¿Pero qué pasa con Morón o con Écija? Y si le hablo de mi provincia igual, y si sigo con el resto de las provincias.

A mí sí me gustaría que nos lo dijera, porque esa era su solución —vuelvo a decir—, no la nuestra, que hubiera sido una solución más ambiciosa, con hospitales comarcales en algunos casos. Era su solución, era una solución, y no está llegando a tiempo.

Esa es nuestra opinión. Muchas gracias.

#### El señor RUIZ CUADRA, VICEPRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Gracias, señora Corredera Quintana.  
Señora Consejera.

#### La señora MONTERO CUADRADO, CONSEJERA DE SALUD

—Sí, señora Corredera.

Yo me reitero en lo que he hecho en mi primera comparecencia: Creo que utilizan ustedes los criterios de planificación como arma arrojadiza en un sistema sanitario que tiene que regirse por unos parámetros que le permitan hacer un sistema viable. Y yo sí que le digo que creo que su creación de expectativas responde a intentar trasladarles a los ciudadanos unos criterios que ustedes no aplican donde gobiernan. Dígame, señora Corredera, dónde el Partido Popular ha puesto en marcha —y gobierna en muchas comunidades— dispositivos de cuidados críticos y urgencias a 10 minutos. ¿Me lo puede decir, señora Corredera? En ningún sitio, señora Corredera, porque no es posible. La diferen-

cia es que probablemente en aquellos lugares donde ustedes gobiernan lo reconocen, y aquí intenta usted hacer demagogia de esta materia. Claro que se lo digo con todo el respeto: No es posible mantener un sistema sanitario intentando, señorita, trasladar una expectativa a los ciudadanos de que todo el mundo en su barrio tenga un centro sanitario. Porque a veces lo plantean en los barrios, otras veces lo plantean en municipios, otras veces en las capitales de provincia: en todos sitios donde ustedes creen que se puede generar una confrontación política a partir de esta materia, ustedes se apuntan. Y esa es mi percepción. Y se lo digo con todo el respeto. No siempre es usted, evidentemente, desde la portavocía de este grupo, sino la actuación que hace el Partido Popular.

Pero yo le insisto: ¿Dónde han puesto ustedes en marcha ese modelo? Pero si acaban ustedes de poner en marcha en Madrid el área única, que sabe su señorita que ha sido objeto de debate, objeto de controversia, porque justamente lo que hacía era disminuir las ratio que se habían planteado, y que incluso hubo la posibilidad de poner un recurso.

Si es que me refiero a los hechos, porque, señorita, yo creo que los ciudadanos están cansados de palabras. Los ciudadanos quieren hechos, y los ciudadanos quieren que, cuando el Partido Popular viene aquí a demandar una serie de criterios que desde el Gobierno de Andalucía se están trasladando con unos determinados parámetros, quieren ver cómo el Partido Popular lo está aplicando donde gobierna, porque, si no, no se creen que las propuestas sean propuestas que permitan la gobernabilidad de la Comunidad Autónoma. Y se lo digo con todo el respeto, señora Corredera, porque creo que en materia sanitaria hemos intentado hacer un esfuerzo desde todas las comunidades autónomas y desde los dos principales partidos que gobiernan, o que están en la oposición, en todo el territorio español, para intentar trasladar la necesidad de acometer una serie de medidas que permitan que el sistema sanitario se pueda mantener con la misma calidad que tenemos en este momento para las generaciones futuras.

Y claro que seguiremos mejorando, y seguiremos aportando calidad; pero no desde la demagogia ni de la falsa expectativa, señorita.

Seguiremos trabajando. Usted no me habrá escuchado a mí decir que en rotundo no vamos... No. Yo lo que he dicho es lo que he trasladado y, el acta lo refleja. Y he dicho: Creo que hay que ser serios en esta materia, y creo que, cuando hablamos de planificación, teniendo un escenario como el que se acabó de firmar en el último Consejo Interterritorial, creo que el Partido Popular tiene que ser consecuente en donde gobierna y en donde hace oposición, de la misma manera que creo que el Partido Socialista también lo tiene que ser en donde gobierna y en donde está en la oposición. Pero los criterios que usted acaba de poner hoy encima de la mesa son criterios que, insisto, en

ningún territorio español se ponen en marcha, porque los criterios de racionalidad de los recursos permiten seguir manteniendo un sistema sanitario público, universal y gratuito.

¿Esto significa que haya que renunciar en el futuro a cotas de mejora? Todo lo contrario. Significa que hay que orientar bien los recursos y la estrategia que se desarrolle, para que todos los ciudadanos tengan la misma igualdad de oportunidades. Y si no, señoría, yo simplemente le recuerdo, en las últimas elecciones, no recuerdo si autonómicas o municipales, el número de municipios donde ustedes prometieron un centro hospitalario de alta resolución; una lista que sería interminable, porque es fácil, es fácil, cuando no se gobierna —y cuando no se aspira a gobernar—, decir en cada sitio en donde uno puede encontrar el aplauso fácil que va a poner en marcha un centro hospitalario de alta resolución. Si yo lo comprendo, señora Corredera, que es fácil ese aplauso. Pero, evidentemente, le voy a repetir la pregunta: ¿Dónde, donde gobierna el Partido Popular, ha puesto uno? Uno. Porque los centros hospitalarios de alta resolución son una innovación tecnológica que ha puesto en marcha la Consejería de Salud de Andalucía, y que otras comunidades están viendo. ¿En dónde existen centros hospitalarios para municipios de 7.000 habitantes, de 20.000 habitantes, de 30.000 habitantes, como está colocando Andalucía, señora Corredera.

Por tanto, me tiene usted que permitir que, en materia de igualdad de oportunidades de Andalucía del interior, pues claro que sí, plantee que tenemos el liderazgo, porque lo tenemos. Y, por tanto, no creo que sea coherente, ¿no?, plantear en unos sitios una cosa, y cuando se tiene la oportunidad de gobernar, pues, plantear otra. Y a los hechos me remito, como le acabo de comentar.

Por último, usted decía, señora Corredera —porque me parece que hay que ser muy respetuoso con las afirmaciones; yo pretendo serlo con las suyas, imagino que usted con las mías también—, que a la gente se le toma el pelo. A mí me parece especialmente grave esa acusación. Me parece que a la gente se le toma el pelo cuando a la gente se le intenta plantear una expectativa que posteriormente, cuando se gobierna, no se hace ni se cumple. Yo creo que eso es tomarle el pelo a la gente. Eso la gente lo sabe, por otra parte. Los ciudadanos son perfectamente conscientes de esa medida. Ahora, yo le puedo a usted asumir y plantear que ha habido retraso en la construcción de ciertos centros hospitalarios de alta resolución. Y que hay alguno... Si quiere me entretengo —no sé si tengo tiempo—, me entretengo en trasladarle los que están inaugurados, los que están en obras y los que estamos pendientes de la cesión de terrenos. Y no tengo ningún inconveniente en, al final de la sesión, darle toda esa información, o cuando se vea conveniente, en una comparecencia en la próxima Comisión, darle toda la información centro

por centro. Pero, le repito, decir que la ralentización de determinados proyectos es una tomadura de pelo a los ciudadanos, no lo comparto, señor Corredera, porque creo que somos muy serios. Y porque creo que esta Consejería y esta Consejera se caracterizan por no crear y por no asumir ningún compromiso que no pueda cumplir. Todo lo contrario, cuando entendemos que no es posible plantear una ratio de planificación como el que usted acaba de comentar, yo se lo digo y se lo reconozco. Y, por tanto, le traslado cuál es el criterio por el que nos estamos haciendo llegar.

Así que, siendo todos conscientes de la necesidad de que la igualdad de oportunidades esté presente en toda la población de Andalucía, especialmente en aquella que tenga especial acceso, yo, el movimiento creo que lo demostramos andando, a los hechos me remito, al incremento que ha habido en nuestra Comunidad Autónoma de recursos en relación con la atención primaria en esas zonas, al esfuerzo que están realizando los servicios jurídicos de la Consejería por fijar el número de profesionales necesario a esas zonas, por hacer una carrera profesional más atractiva en aquellos lugares, por permitir retribuir adecuadamente esa especial dificultad en el acceso, la puesta en marcha de los centros hospitalarios de alta resolución, sin duda innovaciones, que son tremendamente importantes, que aportan de desarrollo económico, y en las que seguiremos avanzando. Los ciudadanos de Andalucía lo saben y en esa línea seguimos comprometidos desde la Consejería de Salud.

#### **8-09/POC-000657. Pregunta oral relativa a la problemática del alcoholismo y su incidencia actual en la sociedad andaluza**

**La señora ARENAL CATENA, PRESIDENTA DE LA COMISIÓN**

—Muchas gracias, señora Consejera.

Pasamos al siguiente punto del orden del día, las preguntas con ruego de respuesta oral en Comisión, siendo la primera relativa a la problemática del alcoholismo y su incidencia actual en la sociedad andaluza, formulada por el Grupo Parlamentario Popular de Andalucía, para lo cual, tiene la palabra la señora Palacios Pérez.

**La señora PALACIOS PÉREZ**

—Gracias, señora Presidenta.

Señora Consejera, como todos sabemos, el alcohol forma parte de la cultura humana desde principios

de la historia, de la tradición y el acervo de muchos pueblos. Pero, desgraciadamente, tenemos que hablar de una arraigada tradición no exenta de problemas, a pesar de que el impacto del alcohol en el organismo, como el del tabaco, tanto la Organización Mundial de la Salud como los gobiernos nacionales en general son muy permisivos con estas sustancias, según critican muchos científicos. La adicción al alcohol puede aparecer soterradamente, hasta que el individuo que es bebedor social llega un momento en que su necesidad de esta sustancia le hace llegar a la conclusión de que la necesita para poder realizar cualquier actividad que hasta ese momento eran normales y cotidianas.

Por otra parte, es una realidad que muchos ciudadanos, ciudadanas de nuestra Comunidad, abocados por la crisis que padecemos, quieren encontrar en el alcohol un falso consuelo a sus problemas. Por tanto, el problema crece día tras día, pues la dependencia para determinadas sustancias aumenta en los periodos de recesión económica, como la historia siempre nos ha demostrado.

Por todo ello, le pregunto: ¿tiene pensado el Consejo de Gobierno llevar a cabo alguna medida de carácter especial para prevenir y paliar, en lo posible, los problemas sociales, de salud, familiares, etcétera, derivados de este aumento del consumo de alcohol?

Gracias.

#### La señora ARENAL CATENA, PRESIDENTA DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señora Palacios Pérez.  
Señora Consejera.

#### La señora MONTERO CUADRADO, CONSEJERA DE SALUD

—Sí. Gracias, Presidenta.

Trasladarle, en primer lugar, señoría, que las políticas de adicciones forman parte de las competencias de la Consejería de Bienestar Social. No obstante, la Mesa ha calificado esta pregunta en materia sanitaria y, por tanto, voy a intentar aportarle los datos que me ha facilitado el departamento de Igualdad, porque son los responsables, ¿no?, del desarrollo de la lucha contra las adicciones en el ámbito de nuestra Comunidad Autónoma.

Trasladarle, por tanto, señoría, que la adicción al alcohol es un trastorno complejo, con componente bio-psicosocial, es decir, que hay factores genéticos, psicológicos, sociales, ambientales, y que además se caracteriza por un deterioro de la capacidad, como usted comentaba, para controlar el consumo de bebidas alcohólicas y, por tanto, como en toda conducta adictiva, la persona que tiene este tipo de dependencia, sigue

un comportamiento perjudicial y, aunque lo conoce, en la mayoría de los casos, pues no puede evitarlo.

Existen varios factores que contribuyen a que una persona tenga un mayor riesgo de desarrollar alcoholismo, por ejemplo, la presencia de otros miembros de la familia que ya han sufrido este problema; haber sufrido malos tratos; situaciones de estrés muy intenso; descubrir que las bebidas alcohólicas cambian el modo de relacionarse con otras personas, elemento especialmente problemático en el colectivo joven, o la utilización de las bebidas alcohólicas como instrumento para evadirse. Por tanto, señoría, es importante saber que el consumo regular de alcohol durante periodos prolongados desencadena mecanismos de adicción, de adaptación, que refuerzan su consumo, y que la interrupción de ese consumo, cuando ya está en una patología crónica, también produce lo que se llama síndrome de abstinencia.

No voy a desarrollarle, por cuestión de tiempo, más materia en relación con este apartado. Solamente trasladarle que el Plan Andaluz sobre Drogas y Adicciones, según me traslada la Consejería de Bienestar Social, contempla en sus líneas de actuación, la atención sociosanitaria a las drogodependencias y a las adicciones, y desarrolla una serie de recursos que tienen que ver con desintoxicación, deshabitación, atención a complicaciones orgánicas o psíquicas, y las urgencias derivadas del consumo de drogas. También desarrolla un marco general de coordinación, con servicios sanitarios y sociales, y fórmulas de cooperación público-privadas.

Solo a efectos de enunciación, esta red está conformada por centros de tratamiento ambulatorio, 128 en la Comunidad Autónoma; unidades de desintoxicación hospitalaria, actualmente hay un total de 24 plazas de desintoxicación en el ámbito de los servicios hospitalarios; comunidades terapéuticas, durante el año 2009 se ha contado con 22 comunidades terapéuticas, con 472 plazas; viviendas de apoyo al tratamiento, que se realiza su llegada a través del centro de tratamiento ambulatorio y en donde se han ingresado a 25 mujeres y 10 hombres por problemas derivados de esta patología; viviendas de apoyo a la reinserción, durante 2009 ingresaron 53 hombres y 10 mujeres; centros de día, que actualmente se distribuyen por toda la comunidad, con un número de 11 concertados y 15 públicos; centros de encuentro y acogida, en donde, en el año 2009 funcionaban 7, en las localidades de Almería, La Línea, Córdoba, Granada, Huelva, Málaga y Sevilla, y, por último, el II Plan Andaluz sobre Drogas y Adicciones, que elaboró algunas guías clínicas en relación con el trastorno relativo al alcohol, y en donde todos esos recursos acompañan medidas preventivas que permitan, a través del programa Forma Joven, ¿Y tú que piensas?, programa Di No, programa Prevenir para vivir, y otro tipo de programas, desarrollar políticas de información que permitan que los colectivos conozcan,

efectivamente, el peligro de estas adicciones y, por tanto, pongan en marcha medidas de prevención que eviten su desarrollo.

Es lo que le puedo comentar, insisto, de la información que me han trasladado desde la Consejería de Igualdad.

#### La señora ARENAL CATENA, PRESIDENTA DE LA COMISIÓN

—Gracias, señora Consejera.  
Señora Palacios, tiene la palabra.

#### La señora PALACIOS PÉREZ

—Gracias, señora Presidenta.

Señora Consejera, aun aceptando todas las explicaciones que usted me está dando, que le han transmitido en Igualdad y Bienestar Social, yo tengo que decirle que Andalucía es una de las regiones de Europa donde con mayor frecuencia y en mayor cantidad se consumen bebidas alcohólicas. Lo que nos diferencia con el contexto del resto de Europa es que el consumo de alcohol es una costumbre y un modo de relación social, y existe hacia su consumo y los problemas que genera una enorme tolerancia social.

Pero la realidad nos dice que el alcohol se está convirtiendo en uno de los principales problemas de la sociedad andaluza. De hecho, los centros... Y se ha olvidado decir que en el año 2009 cerca de 5.000 nuevas admisiones por consumo abusivo de alcohol, según dio a conocer en el XXXVIII Congreso Nacional de la Federación de Alcohólicos Rehabilitados de España, o sea, que son 5.000 nuevas readmisiones.

Según informó la Junta, los 119 centros de tratamiento ambulatorio públicos y concertados de la red de Andalucía de drogodependencia han tenido 4.910 admisiones, o readmisiones, a tratamiento a causa del alcohol entre enero y octubre de 2009, de los que 4.100 eran hombres y 810 mujeres.

La media de edad de las personas que solicitaron tratamiento por dependencia de alcohol fue de 43 años. Un 55,4% tienen estudios primarios e inferiores; el 25%, Graduado Escolar o ESO; el 10%, el Bachiller Superior o FP, y el 7%, estudios universitarios. Esto nos demuestra que el alcoholismo afecta a todas las capas de la población, en mayor o en menor medida. De hecho, el 82,7% de la población andaluza de 12 o 64 años señala que lo ha bebido alguna vez en su vida. Y el 62%, en los últimos meses.

Y es previsible que la actual situación de crisis económica y de catastrofismo a niveles de paro, gran parte de los ciudadanos y ciudadanas desencantados y, lo peor, desesperanzados busquen refugio a sus problemas en el falso consuelo de la droga y del alco-

hol, porque, siempre que hemos vivido una situación de crisis semejante a la actual, así ha ocurrido, las estadísticas de consumo se han disparado.

Pero lo peor de toda esta tragedia lo protagonizan nuestros jóvenes, señorías. La realidad nos dice que cada fin de semana aumentan los atracones de alcohol. Más del 60% de los jóvenes beben los fines de semana por diversión. Hablamos de noches interminables, de donde las drogas y el alcohol están ahí como elementos de acompañamiento. Se ha adoptado lo que se conoce como dieta nórdica; es decir, aumenta la borrachera y se consume de forma violenta. La verdad es que no hay fiesta sin sustancias estupefacientes y alcohol. Y el gran problema es que muchos jóvenes dicen haber descubierto los beneficios del alcohol. Así asocian la diversión y la desinhibición al consumo masivo de alcohol y drogas. Y su discurso es: «Ya me encargo yo de manejar los riesgos porque controlo».

Señorías, lo cierto es que, al final, se vuelve un problema incontrolable, por lo que es obligación de todas las Administraciones públicas trabajar insistentemente no solo en la oferta de medidas paliativas ante el problema del alcoholismo, sino, sobre todo, en materia de prevención. Así, por ejemplo, se deberían revisar las leyes municipales, las normas que prohíben el consumo en la calle y las sanciones que se imponen, sobre todo teniendo en cuenta que el 90% de los jóvenes afirman haber consumido alcohol antes de los 18 años en la vía pública.

También es fundamental, señora Consejera, informar sobre las consecuencias del consumo de alcohol en la salud, la familia y la sociedad, y sobre qué medidas son eficaces para prevenir o minimizar el daño, creando amplios programas educativos que comiencen desde la primera infancia y promover entornos públicos, privados y laborales protegidos de accidentes, violencia y otras consecuencias negativas derivadas del consumo de alcohol.

Otra medida positiva sería aplicar controles estrictos sobre la publicidad directa o indirecta de bebidas alcohólicas y garantizar que no haya formas de publicidad específicamente dirigidas a los jóvenes; por ejemplo, asociando el alcohol a acontecimientos deportivos.

Señora Consejera, estas son algunas de las medidas que se pueden llevar a cabo para intentar atajar, en lo posible, el problema del excesivo consumo de alcohol, que, a fin de cuentas, se traduce en infinidad de muertes por accidente laboral, de tráfico y de violencia de género, además de multitud de problemas sociales y familiares.

Por tanto, y para terminar, desde el Grupo Popular instamos al Gobierno de la Junta de Andalucía a que haga todo lo que está en su ámbito competencial para que el consumo desaforado de alcohol y sus nefastas consecuencias no se conviertan en un problema sin solución. Pienso y creo que aún estamos a tiempo de intervenir.

Gracias.

### La señora ARENAL CATENA, PRESIDENTA DE LA COMISIÓN

—Gracias, señora Palacios.  
Señora Consejera.

### La señora MONTERO CUADRADO, CONSEJERA DE SALUD

—Sí. Gracias, Presidenta.

Yo, la parte de evidencia que la señora Palacios ha trasladado, la comparto. Quiero decir, que evidentemente creo que podemos compartirla. Evidentemente que el alcohol es un problema, un problema sanitario. O sea, quiero decir que, más allá de los efectos sociales que provoca, el alcohol es perjudicial para la salud. Está demostrado, está evidenciado, al igual que el tabaquismo, y, por tanto, no hay duda en relación con plantear esta materia, porque hay muchos problemas derivados del alcoholismo crónico, fundamentalmente, que están perfectamente evidenciados y en donde se han desarrollado muchos programas para intentar plantearlo.

No obstante, señoría, muy brevemente, insistiendo, ¿verdad?, en que probablemente mi compañera de Gobierno pueda aportarle otras iniciativas y otros elementos en esta materia que se están trabajando, por parte del Gobierno de la Junta de Andalucía, a mí me parece que fue muy importante la iniciativa legislativa de dotar a los municipios de instrumentos que les permitieran la regularización de un fenómeno que usted acaba de comentar, que es el del consumo de alcohol en la vía pública, sobre todo sobre los colectivos jóvenes, porque hemos vuelto a asistir, creo que fue la semana pasada, porque lo recuerdo por haberlo visto en los medios de comunicación, a otro gran botellón en Granada, en municipios de Granada, en donde se volvió a producir una concentración de un volumen muy importante de jóvenes, en donde, incluso en las declaraciones que hemos leído y que hemos visto en la propia televisión, se hacía un llamamiento, por parte de las personas que intervenían, a que se convocaran y a que acudiera a esos entornos.

Por tanto, coincidir en que los ayuntamientos ejerzan las competencias que la Junta de Andalucía les trasladó, a través de la iniciativa legislativa, que permitió, creo recordar que hace cuatro o cinco años, en este Parlamento de Andalucía, que los Gobiernos municipales tuvieran herramientas para permitir ordenar toda esta cuestión y para impedir el consumo de alcohol en la vía pública, no solo por motivos de salud, sino también para evitar la molestia, la distorsión y el desorden que se pueda provocar en las ciudades.

Por tanto, compartir esa línea e invitar a los municipios a que lo hagan, sobre todo aquellos que tienen convocatorias y que hacen o trasladan una imagen de Andalucía que es errónea, una imagen de algunas

ciudades que es errónea, que no se corresponde con la realidad y que solo hace un atractivo del hecho de consumir alcohol y, por tanto, de perjudicar la salud de los ciudadanos.

### 8-10/POC-000141. Pregunta oral relativa al servicio de pediatría del centro de salud El Rinconcillo, en Algeciras, Cádiz

#### La señora ARENAL CATENA, PRESIDENTA DE LA COMISIÓN

—Gracias, señora Consejera.

Pasamos a la siguiente pregunta, relativa al servicio de pediatría del centro de salud El Rinconcillo, de Algeciras, en Cádiz, que formula el Grupo Parlamentario Izquierda Unida Los Verdes-Convocatoria por Andalucía, para lo cual tiene la palabra su portavoz, el señor García Rodríguez.

#### El señor GARCÍA RODRÍGUEZ

—Gracias, señora Presidenta.

Señora Consejera, la pregunta está registrada el 12 de febrero, y es posible que los datos que se ponen en la exposición de motivos hayan cambiado en el mes y casi medio que ha transcurrido. Lo sabemos.

En cualquier caso, en cualquier caso, y salvo que usted corrija mi información, a fecha de ayer, es que en este momento hay cuatro médicos en el centro de salud San José Artesano, en la zona norte, de los cuales, solo uno es pediatra propiamente; es decir, son médicos de familia, tres ejerciendo la función de médico pediatra. Solo uno es pediatra.

De esos cuatro médicos, uno de ellos, que no es pediatra, normalmente, se traslada dos días por semana, en concreto miércoles y viernes, a El Rinconcillo, el centro de salud al que nos estamos refiriendo en la pregunta.

Y, bueno, es la atención de que disponen los usuarios del centro de salud El Rinconcillo, a los que les queda esperar al miércoles y viernes, que es cuando se desplaza un médico de familia a atender labores de pediatra, o bien desplazarse al centro de salud de la zona norte, en San José Artesano.

O sea, que la exposición de motivos un poco ha cambiado, pero, en cualquier caso, las preguntas siguen siendo las mismas: ¿Cuál es la razón por la que el centro de salud El Rinconcillo ha venido careciendo de servicio de pediatría? ¿Qué actuaciones piensa emprender para reponer la prestación del servicio de pediatría? ¿Qué medidas piensa tomar esa consejería

para dotar al completo la plantilla de pediatras en los centros de salud de El Rinconcillo y de San José Artesano? Plantilla de pediatras que, según nuestros datos, debería situarse en torno a seis entre los dos centros. En este momento, insisto, hay cuatro en uno y uno de ellos se desplaza a El Rinconcillo.

Muchas gracias.

#### La señora ARENAL CATENA, PRESIDENTA DE LA COMISIÓN

—Gracias, señor García.

Señora Consejera.

#### La señora MONTERO CUADRADO, CONSEJERA DE SALUD

—Sí. Gracias, Presidenta.

Voy a intentar responderle a las preguntas, aunque, efectivamente, ¿no?, creo que el tiempo transcurrido entre la solicitud de respuesta y la propia pregunta, aunque en esta ocasión —en otras pedimos disculpa por la tardanza—..., en esta ocasión, no ha transcurrido mucho tiempo, pero habla por sí solo del dinamismo, ¿verdad?, en la atención sanitaria.

En relación con la razón por la que no se ha podido disponer de todas las plantillas de pediatras en los centros, son cuatro en términos de ratio que le corresponden a este centro; concretamente, uno adscrito a El Rinconcillo y los otros tres en el centro de salud de Algeciras norte, por los criterios de planificación que su señoría conoce. Pero decirle que, efectivamente, en el periodo comprendido entre noviembre y diciembre, uno de los pediatras del consultorio de El Rinconcillo tomó vacaciones reglamentarias, siendo su plaza cubierta por otro pediatra del centro de salud de Algeciras norte, que pasa consulta en estos dos centros. El motivo de la no cobertura de la sustitución está en relación con lo que hemos comentado en la primera comparecencia, o en la segunda, de que no existían pediatras disponibles para ser contratados. Es una dificultad que actualmente tiene el sistema nacional de salud, no solo Andalucía. Yo diría más: Andalucía no es la que tiene menor atractivo para este colectivo, pero hay una escasez crónica de especialistas formados en pediatría que nos permitan ser contratados. Y esto lo voy a aclarar porque siempre se interpreta de forma errónea.

No es que no haya pediatras suficientes por falta de recursos económicos. Es que, habiendo las plazas dotadas, no hay personas disponibles para ser contratadas, porque la bolsa de trabajo no tiene especialistas en paro en esta materia. Y, evidentemente, cuando esto ocurre, su señoría sabe que habitualmente el profesional elige aquellos entornos que le pueden resultar más

atractivos, y, por tanto, se perjudican aquellas zonas que puedan tener una especial dificultad.

A partir del día 14 de diciembre, uno de los tres pediatras que se adscribió a este centro de salud entró en situación de baja temporal, de incapacidad temporal, por lo que quedaron dos pediatras para poder pasar consulta, y, por tanto, cubriendo todas las urgencias, y, en el periodo entre el 16 de diciembre al 28 de este mes, se incorporó de nuevo a su centro el pediatra que ya había tenido las vacaciones, y, por tanto, eran tres los especialistas que conformaban esta plantilla.

Señorías, a partir del 28 de diciembre, conociendo ya la decisión de este pediatra y la situación de IT en la que se encontraba otro, se decide suprimir temporalmente la consulta de pediatría de El Rinconcillo, justamente por lo que usted comenta: porque el hecho de no poder acudir regularmente a pasar la consulta generaba incertidumbre entre la población y, por tanto, podía haber, y había, algún fallo a la hora de la atención sanitaria, porque no se sabía exactamente qué día iba a poder pasar el pediatra. Ante esta eventualidad, se decide concentrar los recursos que en ese momento estaban disponibles en el centro de salud de Algeciras norte e incorporar un médico de familia para realizar estas funciones, recordándoles a sus señorías que los médicos de familia tienen formación —y no tan específica ni tan especializada, evidentemente, pero tienen formación— para poder atender a la población infantil. De hecho, antes comentábamos que en algunos sistemas sanitarios los profesionales que atienden a la población infantil en atención primaria son médicos de familia, no en España, en donde suelen pediatras. De la misma manera se fueron ajustando las fechas y las citas que se daban en los diferentes ámbitos, de manera que se esperó hasta principios del mes de febrero para la incorporación de un pediatra más, de forma temporal, para que finalmente este MIR, que terminaba la especialización en el mes siguiente, pudiera tomar posesión de la plaza, y, por tanto, captarlo ya desde el principio.

Yo, la información que usted proporciona no sé si se refiere a esto, a que concretamente este pediatra estaba; pero sí le comento y le digo que los especialistas que están en los últimos tiempos de realización de la residencia, y concretamente en los seis últimos meses, pueden tener las consultas en los centros sanitarios con la tutela debida por parte del resto de profesionales, pero que fue la solución que nos permitiera, por una parte, dotar a la cobertura de estas plazas y, por otra parte, adelantarnos en la contratación, al objeto de que ese pediatra se quedara ya fijado al territorio y, por tanto, en el futuro no se pudieran plantear mayores incidencias.

Es lo que le puedo comentar. Actualmente hay en activo cuatro pediatras, se han reanudado las consultas de pediatría en El Rinconcillo desde el día 5 de febrero; pero sí coincidir en que tenemos una dificultad objetiva

a la hora de encontrar profesionales disponibles en la especialidad de pediatría, sobre todo en zonas de especial dificultad: una situación compartida con el conjunto del Sistema Nacional de Salud.

**La señora ARENAL CATENA, PRESIDENTA DE LA COMISIÓN**

—Gracias, señora Consejera.  
Señor García Rodríguez.

**El señor GARCÍA RODRÍGUEZ**

—Gracias, señora Presidenta.  
Señora Consejera, permítame un pequeño inciso, hablando de las disculpas, que supongo que se refiere al otro día, por una pregunta con ruego de respuesta por escrito de la que el Reglamento dice que me tiene que dar la respuesta por escrito, cosa que no he recibido todavía.

**La señora MONTERO CUADRADO, CONSEJERA DE SALUD**

—*[Intervención no registrada.]*

**El señor GARCÍA RODRÍGUEZ**

—No, simplemente se lo digo para que... Ah, vale, vale.

Bueno, el caso es que no ha llegado, no ha llegado todavía, y, como era una respuesta —vale—, como era una respuesta amplia, se dio resumida, simplemente.

La segunda, la segunda cuestión es que hay un problema de pediatras en el conjunto del Sistema Nacional de Salud, y nos gustaría que al menos desde Andalucía se impulsasen las medidas que hiciesen falta, las que fuesen necesarias, para conseguir hacer de la especialidad de pediatría algo lo suficientemente atractivo para que no falten pediatras en el conjunto del sistema. Habrá que plantearse qué ocurre. No sé si tiene previsto algo para hacer realmente atractivo. He visto que incluso ha hablado de la captación, valga la expresión, de algún especialista sin haber llegado a terminar el MIR. Eso ocurre precisamente cuando faltan especialistas.

Y, luego, me ha resultado un poco confusa su respuesta en relación con la plantilla necesaria. Según mis datos, obtenidos por vía sindical, estamos hablando de cinco o seis. Usted habla de cuatro. Ha rebajado la información que tienen los sindicatos, pues los datos que ellos manejan son cinco o seis. En cualquier caso, si hay cuatro, se supone que son uno en El Rinconcillo

y tres en el centro de salud Algeciras norte. Sin embargo, los datos de ayer es que el de El Rinconcillo no está permanentemente en El Rinconcillo: dos días por semana. Si en la plantilla dice que tiene que haber uno en El Rinconcillo ¿por qué no está de manera permanente en El Rinconcillo? Esa sería mi pregunta, con independencia de que de su respuesta, posiblemente motivada, porque es lo que hay, pero se destila una cierta inestabilidad en la plantilla.

Quiero decir: Por todo lo que ha dicho, parece que algo ocurre; que, aparte de la falta de especialistas, no tienen —yo diría— la suficiente permanencia en el centro de salud, algo que es importante para, en concreto, tratar a este tipo de enfermos o las patologías propias de la infancia. Creo que es muy importante el factor humano —usted lo compartirá conmigo— y la necesidad del cierto conocimiento personal que da el trato.

Le plantearía también, aparte de esta inestabilidad o precariedad —no sé si llamarla precariedad en el empleo—, que si la solución, que entiendo que no es la idónea, por la falta de pediatras, es el recurrir a los médicos de familia, recúrrase, porque médicos de familia sí hay. Recúrrase. A lo que no le vemos mucho sentido es a que, como no hay pediatras, no se cubren las plazas, pero a veces cubro las plazas con médicos de familia. Si cubro las plazas con médicos de familia, por lo menos garantizé que las plazas estén cubiertas: no utilicemos el mismo argumento y su contrario.

Muchas gracias.

**La señora ARENAL CATENA, PRESIDENTA DE LA COMISIÓN**

—Gracias, señor García.  
Señora Consejera.

**La señora MONTERO CUADRADO, CONSEJERA DE SALUD**

—Sí. Gracias, Presidenta.

Probablemente no me he explicado yo con claridad. Es correcto que hay cuatro pediatras en la plantilla. O sea, el escrito dice seis, y yo le he aclarado correctamente que hay cuatro, cuatro personas. Habitualmente los pediatras —se lo digo porque no tengo yo en este momento la base de datos de usuarios que componen este entorno, pero habitualmente—, las ratios que se manejan para la población de pediatría está entre mil y mil doscientos niños por cada pediatra, el cálculo del número de plazas que se ubican de la especialidad está en torno a esas ratios. Pero le digo que se lo puedo proporcionar. No he traído yo la base de datos de usuarios, de niños, ¿no?, y creo que no la tenemos ahora mismo disponible en relación con esta población.

Por tanto, cuatro. No sé si hay alguna reclamación de las entidades o de los sindicatos de que se incremente la plantilla en ese entorno.

Lo segundo que le quería comentar.

Efectivamente, no hay especialistas en pediatría, no porque la especialidad no resulte atractiva, sino porque el número de especialistas totales que se forma en España, y en Andalucía como parte de España —porque el sistema MIR es un sistema nacional—, tiene carencia en determinadas especialidades por el número de plazas que se sacan. No es que se queden vacantes y, por tanto, no haya licenciados en medicina que, pudiendo optar a las plazas, no se presenten —no, se cubren todas; además la pediatría es una de las especialidades que primero se elige en el sistema de acceso del MIR—, sino que el número de plazas acreditadas para formar especialistas en pediatría está en relación con el número de profesionales que salen de las facultades, y esto es un elemento que, no sé si usted recordará, señor Rodríguez, en otras Comisiones, que hemos comentado, que hay en este momento un tapón en la salida de especialistas que viene provocado, por una parte, porque no hay suficientes alumnos en las facultades de medicina para dar respuesta a las necesidades del futuro, sobre todo a las jubilaciones que van a venir en los años venideros. La Consejería presentó un plan de necesidades en esta materia, y solicitó al Ministerio que, fundamentalmente de Educación, que es el que autoriza o da el visto bueno en relación con las universidades, que se incrementara en un porcentaje muy importante el número de plazas de Medicina, al objeto de incrementar de forma proporcional el número de plazas de especialidades. Pero, en el mejor de los casos —y siempre lo comento—, estaríamos hablando de resultados positivos para dentro de diez años. El problema es que somos ahora prisioneros de las políticas de no incremento de plazas de hace diez años, porque tardamos diez años en formar médicos. Bueno, es una materia que hemos discutido en este entorno y que sí es verdad que muchas veces parece que es que no tenemos presupuesto. Ese no es el problema, el presupuesto está; el problema es no encontrar médicos en paro que les permita coger ese tipo de contrato. En esto, en el equilibrio está la virtualidad, ¿verdad?, ni que haya profesionales de esta cualificación en paro, pero que tampoco haya una escasez tal que impida la cobertura de las bajas.

En relación con los médicos de familia, tenemos una situación similar. El problema no es que sí haya médicos de familia en paro, es que tampoco hay médicos de familia en paro. Es que hay, en esas dos especialidades, dificultad para la cobertura, no de una plaza en propiedad en Cádiz capital, para que usted me entienda, sino para cubrir unas vacaciones, o para cubrir una sustitución en un municipio de la sierra por tres días. O sea, ahí tiene que haber un

volumen de trabajadores que puedan estar disponibles. Por tanto, cuando tenemos médicos de familia disponibles, los contratamos, y cuando no se han contratado es porque no estaban disponibles en la bolsa de trabajo, y, por tanto, no por problemas presupuestarios, que podía haber sido un elemento, pero en esta ocasión es por dificultad para la contratación de estos especialistas.

Y por último, los días que no va a El Rinconcillo el pediatra, no le sé contestar en este momento dónde está, pero imagino que, o va a otro consultorio, o se queda en el centro de salud prestando el apoyo. Esto es una medida siempre discutible. Se trata de que cuando no hay un cupo suficiente que permita la dotación de un pediatra, se suele acudir dos o tres veces por semana. La otra opción es que todos los niños vayan al ámbito de referencia; ocurre cuando el cupo es tan pequeño que no justifica la contratación de un solo pediatra para ese municipio.

#### **8-10/POC-000245. Pregunta oral relativa a la actuación de la sanidad pública andaluza para las personas trasplantadas**

La señora ARENAL CATENA, PRESIDENTA DE LA COMISIÓN

—Gracias, señora Consejera.

Pasamos a la siguiente pregunta, relativa a la actuación de la sanidad pública andaluza para las personas trasplantadas, que formula el Grupo Parlamentario Socialista. Tiene la palabra la señora Blanca Mena.

La señora BLANCA MENA

—Gracias, señora Presidenta.

Señora Consejera, en la sanidad pública andaluza se está desarrollando una magnífica actuación en materia de trasplantes; actuación que incluye todo el proceso del trasplante, como es también el control y seguimiento de las personas ya trasplantadas.

Señora Consejera, ¿qué valoración se realiza desde la Consejería de Salud en materia de trasplantes en Andalucía y cuáles son los protocolos de seguimiento para las personas trasplantadas?

La señora ARENAL CATENA, PRESIDENTA DE LA COMISIÓN

—Gracias, señora Blanca.  
Señora Consejera.

### La señora MONTERO CUADRADO, CONSEJERA DE SALUD

—Sí, gracias, Presidenta.

Como ha comentado la señora Blanca Mena, efectivamente, el sistema sanitario público tiene ya una dilatada experiencia en materia de trasplantes, y, de hecho, desde su inicio, en el año 1978, y desde entonces hasta ahora, la tasa de donantes se ha situado en el 35,2 por millón, lo que es ligeramente superior a la media española, pero que representa el doble de la media de los países de la Unión Europea; es decir, España tiene una alta, de las mayores, tasa de donación del conjunto de los países de nuestro entorno.

Andalucía, por otra parte, se encuentra a la vanguardia en la posibilidad de ofertar nuevas opciones de trasplantes, como en el caso del trasplante renal cruzado, que es de donantes vivos, que se realizó por primera vez en el hospital Virgen de las Nieves, conjuntamente con el Hospital Clínico de Barcelona y con las iniciativas que se están desarrollando en los últimos años, fundamentalmente la última, que se planteó por parte de la coordinación autonómica de trasplantes, de la posibilidad de que se pueda donar en vivo un órgano hacia un donante anónimo. Porque recordará la señora Blanca Mena que los protocolos, hasta ahora, permitían la donación en vivo de aquellos donantes compatibles con un familiar o con una persona directamente relacionada, fundamentalmente, con ese grado de consanguinidad, pero no se había desarrollado el protocolo, que tiene que autorizar, en todo caso, la autoridad judicial, para el donante vivo anónimo. Y había un donante en Andalucía que estaba dispuesto, de forma altruista, evidentemente, a donar el riñón... Porque también está siendo de actualidad el debate sobre la compra de órganos, que está prohibido por la ley, y que desde aquí no denunciar que ese tipo de prácticas se estimulen desde cualquier entorno, desde la red o desde cualquier actuación clandestina que se esconda detrás de la red, porque es una actuación ilegal, y, por tanto, no se puede desarrollar. Pero que, como decía, sí la posibilidad de ampliar la oferta de órganos, porque hay ciudadanos que siguen en la lista de espera, y que, por tanto, están pendientes de la solidaridad para poder desarrollarlo.

Decirle, señoría, que en toda la actividad que se han ido trasladando, desde el trasplante de cara, de tejidos faciales, que se hizo hace unos meses, hasta el banco público de sangre de cordón umbilical, la actividad de la población andaluza ha sido, yo diría que muy intensa en los últimos años, y de hecho eso ha permitido, no solo conseguir esa elevada tasa de donación, sino que los trasplantes se hagan con la mayor calidad posible, con un criterio de mínima variabilidad clínica y también con la máxima equidad.

Me gustaría incidir en esta última cuestión, y en el plazo de mi tiempo, solo para trasladarle a la se-

ñora Blanca que es fundamental seguir impulsando una política estratégica de trasplantes, en donde la disponibilidad de los órganos sea homogénea para el conjunto de la población. Y esto significa que, con independencia de, evidentemente, el lugar de residencia, de renta o de características sociales de las personas a trasplantar, el único criterio sea la prioridad clínica a la hora de beneficiarse del órgano, y, por supuesto, la compatibilidad con la persona receptora, como sigue siendo el protocolo clínico.

Y por último, señoría, trasladar también que, en este momento en nuestra Comunidad, estamos trabajando en esa captación del mayor grupo de donantes posible, y también estamos reelaborando la guía del seguimiento de los pacientes trasplantados, porque el volumen de estos pacientes es ya tan considerable que necesitamos acercar la atención sanitaria a los lugares donde viven las personas trasplantadas, y eso implica una mayor formación, una dotación adecuada de los recursos que se planteen en los diferentes entornos, y por tanto la posibilidad de que en el futuro podamos hacer frente, espero que sí, a un mayor volumen de personas que puedan recibir un órgano, fruto de la solidaridad de un donante, de una persona fallecida, y también espero que en el futuro, porque así la Organización Nacional de Trasplantes lo apruebe, de donantes vivos para personas anónimas.

### La señora ARENAL CATENA, PRESIDENTA DE LA COMISIÓN

—Gracias, señora Consejera.  
Señora Blanca Mena.

### La señora BLANCA MENA

—Muchas gracias, señora Consejera.

Es indiscutible, es evidente que en Andalucía el sistema de trasplantes es modélico, y los andaluces podemos estar muy, pero que muy satisfechos de ello. Y desde que la sanidad pública andaluza creó el Programa Andaluz de Trasplantes, son muchas las vidas que se han salvado en Andalucía. Todo ello gracias al excelente trabajo, al trabajo bien hecho, por parte de los profesionales de la sanidad pública andaluza, y gracias, también, a la solidaridad de las familias donantes y a los donantes vivos, donde la Consejería ha realizado un importante fundamental trabajo también en materia de donantes.

Igualmente, este magnífico trabajo se hace extensible durante todo el proceso de trasplante, ya que el Servicio Andaluz de Salud garantiza una atención sanitaria de calidad hasta que la persona trasplantada es dada de alta.

Por lo tanto, señora Consejera, no puedo menos que felicitarle desde aquí, a usted, a su Consejería, al Servicio Andaluz de Salud, a los profesionales y a todas las personas implicadas en el Programa Andaluz de Trasplantes, que con su trabajo hacen posible que, una vez más, la sanidad pública andaluza sea una referencia a nivel mundial.

Muchas gracias.

#### **8-10/POC-000246. Pregunta oral relativa a la formación y la educación en materia de consumo**

La señora ARENAL CATENA, PRESIDENTA DE LA COMISIÓN

—Gracias, señora Blanca Mena.

Pasamos a la siguiente pregunta, relativa a la formación y la educación en materia de consumo, que formula el Grupo Parlamentario Socialista, para lo cual, tiene la palabra la señora Jiménez Vílchez.

La señora JIMÉNEZ VÍLCHEZ

—Gracias, señora Presidenta. Señora Consejera.

El Gobierno andaluz ha sido y es un Gobierno pionero en el diseño y en la puesta en marcha de políticas que han permitido en nuestra Comunidad Autónoma reforzar los derechos de consumidores y consumidoras, mejorando así las condiciones de vida de los andaluces y andaluzas. Un Gobierno pionero también a la hora de hacer un planteamiento estratégico, que compromete a la Consejería que usted dirige, con un concepto más moderno y avanzado, que, garantizando la protección de los derechos y garantizando también la atención a los consumidores, progresa en seguridad, mejore la calidad de productos y servicios, y apueste por un consumo justo y sostenible. Un concepto de consumo que tiene en la formación el mejor instrumento para lograr los objetivos a los que me he referido.

Del cuantioso y excelente trabajo de formación que el Gobierno de Andalucía ha puesto en marcha desde diversos ámbitos, y con todos y cada uno de los agentes económicos, sociales y ciudadanos, un trabajo que nos ha permitido llegar al conjunto de la sociedad andaluza. Me quiero referir hoy al primer máster de consumo y empresa, que la Consejería de Salud, en colaboración con la Universidad de Granada, ha puesto en marcha en este curso.

Bueno, yo, señora Consejera, desde el Grupo Parlamentario Socialista, queremos hoy plantearle las siguientes preguntas: cómo valora este máster y la aportación que representa, y qué otras iniciativas ha

emprendido o tiene previsto emprender la Consejería que usted dirige en el ámbito de la formación para el consumo.

Muchas gracias.

La señora ARENAL CATENA, PRESIDENTA DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señora Jiménez.  
Señora Consejera.

La señora MONTERO CUADRADO, CONSEJERA DE SALUD

—Sí. Gracias, Presidenta.

Como perfectamente ha planteado la señora Jiménez, creo que la Comunidad Autónoma ha tenido una iniciativa bastante avanzada en materia de derechos de las personas consumidoras, en materia también de participación, de información, de formación y de protección de todos los consumidores y usuarios de bienes y servicios de nuestra Comunidad, con diferentes instrumentos normativos, a los que usted ha hecho referencia, en particular el Estatuto de Autonomía para Andalucía, pero también la Ley 13/2003 y los reglamentos y los decretos que han desarrollado, de forma progresiva, toda la capacidad estatutaria que la Junta de Andalucía tiene en esta materia.

Como ustedes trasladaban en su pregunta, especial interés tiene la formación y la información, la educación a los ciudadanos, que son consumidores, representando este colectivo casi el cien por cien de la totalidad de los ciudadanos que desarrollan su trabajo, su actividad y su residencia en la Comunidad Autónoma, y en donde Andalucía ha trabajado en dos líneas que son complementarias y que, además, inciden en cuestiones que tienen un importante interés para que el consumidor sea una persona libre, que pueda tomar decisiones responsables en relación con la compra o la adquisición de bienes y productos que adquiere.

El primero, en la participación en los planes nacionales, de la mano y con la colaboración de la Conferencia Sectorial de Consumo, donde se generaron diferentes grupos de trabajo, entre ellos el de formación, información y educación, y que pretendía profundizar en las mejores actitudes a desarrollar entre los consumidores para mejorar la confianza de los consumidores en el mercado, un elemento que, en este momento de crisis económica, es fundamental porque sabe su señoría que, de la recuperación de la confianza en el consumo, depende gran parte de la salida de la crisis económica, porque ha habido una inhibición en el consumo en el momento en que los ciudadanos tienen la percepción de que la crisis económica engloba las diferentes áreas de su desarrollo. Y, aunque en las encuestas identifican

que no les atañe de forma directa, pero sí se produce un retraimiento del consumo, como se ha demostrado en los últimos meses, aunque hay un ligero repunte que permite ser optimistas en que poco a poco se va volviendo a conquistar esa confianza por parte del consumidor.

Especial interés en estos cursos de formación tienen la formación de técnicos en consumo, las campañas sobre telefonía móvil, que es uno de los ámbitos de mayor reclamación, de educación financiera, por la dificultad que en este momento tienen los ciudadanos en relación con la obtención de préstamos y de créditos, y, por tanto, la necesidad de conocer bien hasta dónde llegan sus derechos y también por el concurso escolar que desde edad temprana permite a los chavales incorporarse a hábitos de consumo que sean responsables, que sean sostenibles y que sean también saludables.

Decirles, señorías, que esa es una línea. Y la segunda es, digamos, original de la propia Comunidad Autónoma de Andalucía, en la que se ha elaborado, estamos terminando, ultimando y pendientes de presentar un plan integral de educación y formación en materia de consumo, coordinando actuaciones que se desarrollan por los distintos órganos. La aprobación y la presentación se hará a lo largo de este año 2010, y entre ellos recoge algunos de los elementos que usted comentaba, fundamentalmente, acciones formativas dirigidas al profesorado y al alumnado, en enseñanza reglada no universitaria, pero también en la universitaria, y a profesionales de Administraciones públicas que nos permitan sensibilizar a todo el conjunto de la ciudadanía a través de campañas de comunicación social.

En esa experiencia nació la idea de que la Consejería de Salud y la Universidad de Granada se plantearan la continuidad de que estos cursos pudieran tener un desarrollo y un recorrido a lo largo de los próximos años, y, por tanto, se creó el *master*, el primero de estas características de consumo y empresa, que, dentro de las titulaciones propias de la Universidad de Granada, estaba en sus competencias poder generar, porque entienda que es un ámbito de especial interés o que pueda tener también para el futuro una oportunidad de mercado laboral en donde personas que se incorporen a esa iniciativa puedan asesorar a empresas, a administraciones o a cualquier otro colectivo.

El curso desarrolla un total de 500 horas lectivas. Creo que habla por sí solo del amplio programa formativo que lo acompaña. Va dirigido a licenciados universitarios, pero también se han desarrollado otros cursos de formación en los que se imparten materias distintas, en donde ya no se requiere esa titulación para poder acceder a los mismos.

Por tanto, señorías, yo creo que tenemos que felicitarlos por la oportunidad que da la creación de un *master* conjunto. Siempre el trabajo entre administraciones, cuando es con la Universidad, lo celebramos más porque nos permite alimentarnos mutuamente del

conocimiento, sistema sanitario, en este caso, sistema de consumo y también la propia Universidad, al objeto de ofertar a los ciudadanos elementos que les van a permitir no solo que en el futuro estén mejor formados, sino también que puedan ayudar a otros a que, realmente, hagan un consumo sostenible.

#### La señora ARENAL CATENA, PRESIDENTA DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señora Consejera.  
Señora Jiménez Vílchez.

#### La señora JIMÉNEZ VÍLCHEZ

—Sí, señora Presidenta.

Dar, en primer lugar, las gracias a la señora Consejera por su respuesta y darle también la enhorabuena por el trabajo que desde la Consejería se viene haciendo en materia de formación para el consumo.

Como usted bien ha indicado, este *master* no es una iniciativa aislada, es un paso importante que continúa una línea de trabajo y que continúa también las ediciones de cursos de expertos que, desde 2005, ha estado impulsando el Gobierno de Andalucía. Es un *master* que permite capacitar al alumnado para conocer, para intervenir, para desarrollar nuevas estrategias y, sobre todo, que nos permite avanzar hacia la creación de esa nueva figura profesional que puede abrir nuevos ámbitos laborales y que, sin duda, va a continuar en la mejora de productos y de servicios.

Es, además, este *master* un paso importante en el marco del Plan Estratégico de Defensa y Protección de las Personas Consumidoras y Usuarias de Andalucía, y en lo que significa de avance para ese Plan Integral Andaluz de Educación y Formación para el Consumo, en el que su Consejería y usted están comprometidas.

El Grupo Parlamentario Socialista quiere animarla, animarla a seguir continuando en esas dos líneas de trabajo, de planes y programas que no ha anunciado, y animarla también a seguir poniendo en marcha políticas de consumo como la que nos ha referido, que son, además, políticas estratégicas de ciudadanía porque no solo repercuten en los consumidores y consumidoras más informados, mejor formados, en los mercados o en las empresas, sino que, además, mejoran la calidad de vida de todos los andaluces y andaluzas, avanzando, como usted bien ha dicho, en la construcción de una sociedad más libre, igualitaria y progresista. Libertad, progresismo e igualdad que son señas de identidad del Gobierno que preside José Antonio Griñán y que, como usted también nos ha expuesto, lo son también en todos los ámbitos, pero especialmente en materia de salud y de consumo.

Muchas gracias.

### La señora ARENAL CATENA, PRESIDENTA DE LA COMISIÓN

—Gracias, señora Jiménez Vilchez.

Suspendemos la Comisión un minuto para despedir a la señora Consejera.

Así que ya la hemos felicitado, señor Valderas Sosa. Gracias por unirse a la felicitación.

Un minuto, no se muevan. Volvemos enseguida.

[Receso.]

### 8-09/PNLC-000349. Proposición no de ley relativa a la atención de los problemas de salud mental en la provincia de Huelva

### La señora ARENAL CATENA, PRESIDENTA DE LA COMISIÓN

—Señorías, reiniciamos la Comisión con el último punto del orden del día, proposiciones no de ley en comisión, siendo la primera del Grupo Parlamentario Izquierda Unida-Los Verdes Convocatoria por Andalucía relativa a la atención a los problemas de salud mental en la provincia de Huelva, para lo cual tiene la palabra su portavoz, el señor Valderas Sosa.

### El señor VALDERAS SOSA

—Gracias, señora Presidenta.

Señorías, la salud mental ha tenido especialmente, históricamente en Huelva, un nivel de profesionales —lo sigue manteniendo— de primer orden. Y, además, que yo considero que han contribuido al avance de la sanidad, y en materia de salud mental en Andalucía, y como consecuencia también, en paralelo, con un cierto nivel de compromiso de las instituciones públicas de Huelva, y sobre todo también del compromiso de los familiares que se encuentran afectados por este tema de la salud mental, que siempre es un elemento francamente muy complicado en función del nivel de afectación de la persona o del familiar.

Situado ese tema, desde 1984 en Andalucía, que inicia un proceso de reforma psiquiátrica, la salud mental ha intentado desarrollar un modelo de intervención comunitaria inconcluso, apoyado más en el compromiso y esfuerzo de profesionales al que me he referido, e incluso de familias, que a las intervenciones de promoción de la salud en la extensión de recursos, programas e incorporación social de la población. En ese trayecto desde 1984 hay un desarrollo de diversos planes. Pero el I Plan Integral de Salud Mental, de 2003 a 2007, no ha dejado, al menos a juicio nuestro,

suficientemente satisfechos ni a profesionales, ni a personas afectadas con trastornos de salud mental, ni a sus familiares, ni al mismo tiempo ha existido la adecuación de los servicios a las necesidades de las personas usuarias y a la orientación comunitaria. Yo diría que se ha burlado a favor de la concentración más bien de carácter hospitalario de la mayoría de los servicios especializados. De ahí que la comunidad internacional, representada por la Federación Mundial para la Salud Mental, cuyos criterios se comparten en España por FEAFES, sigan reivindicando el tema de una salud mental de atención primaria, mejorando los tratamientos y promoviendo la salud mental.

En ese terreno al que me refería, del I Plan Integral de Salud Mental, no se ha desarrollado en Huelva una política de planificación y dotación de servicios, al menos, a nuestro juicio, igualitaria con el resto de las provincias andaluzas, y con esto se han vulnerado principios fundamentales de la Ley de Salud en Andalucía como la equidad, la superación de desigualdades o eficacia y eficiencia de la organización sanitaria en esta materia.

Huelva es, al mismo tiempo, la única provincia andaluza sin hospital de día y con un dispositivo de atención insuficiente, con servicios prometidos congelados, con plazas amortizadas y con una relación de puestos de trabajo insuficientes, y yo diría desastrosa.

En Huelva, en concreto, de la orientación comunitaria en la intervención en salud mental adoptada en el propio Gobierno andaluz se ha pasado a la atención de los centros de salud al distrito Vázquez Díaz desde 1999, ocasionando eso una serie de perjuicios, sobre todo a las personas afectadas.

Ante este escenario, las asociaciones de familiares de personas con enfermedad en Huelva denuncian el fracaso de las reformas psiquiátricas y, lógicamente, solicitan una serie de reivindicaciones que nosotros situamos en las propuestas.

La propuesta nuestra, a la que paso ya inmediatamente, es situar a Huelva al mismo nivel en materia de salud mental que el resto de las provincias andaluzas, para eliminar así cualquier discriminación de la población onubense afectada. Y en este sentido presentamos seis propuestas.

La primera, la construcción inmediata en Huelva de un hospital que acompañe a que Huelva se sitúe al mismo nivel que cualquier otra provincia del conjunto de Andalucía; segundo, el que se promueva la progresiva reimplantación de las unidades de salud mental en la atención primaria en los distritos sanitarios de la provincia de Huelva, profundizando, por lo tanto, en la atención integral; tercero, iniciar la normalización de la relación de puestos de trabajo en salud mental en Huelva, para, lógicamente, equiparar adecuadamente, desde el punto de vista del personal, los servicios de salud mental; aumentar las plazas en la comunidad terapéutica de Huelva; aumentar las camas de media

y larga estancia para garantizar la hospitalización, y luego solucionar el problema que motivó en 1999 el traslado de la unidad hospitalaria al Vázquez Díaz, al ser este un centro que está fuera prácticamente de la ciudad de Huelva y que tiene difícil problemática, sobre todo en referencia al servicio público de transportes urbanos, que no llega allí. Ya sé que ese no es un problema exclusivamente de la Junta de Andalucía, es un problema, como no podía ser de otra forma, también de otras instituciones, en este caso la municipal, que debería, junto con la Junta, establecer medidas de transportes públicos que acerquen a los afectados a un hospital que se queda fuera del radio del transporte público de la ciudad.

Por lo tanto, en este sentido, yo espero que esta propuesta pueda contar con el apoyo tanto del Partido Popular como con el apoyo del Partido Socialista, para hacer posible que Huelva, en el terreno de salud mental, supere los elementos de discriminación que ahora mismo pesan sobre ella.

#### La señora ARENAL CATENA, PRESIDENTA DE LA COMISIÓN

—Gracias, señor Valderas Sosa.

Para posicionar al Grupo Parlamentario Popular, tiene la palabra la señora López Gabarro.

#### La señora LÓPEZ GABARRO

—Gracias, señora Presidenta.

Señorías, estamos hablando de una enfermedad ante la que se requiere una mayor sensibilización; una enfermedad que puede afectar a cualquier persona a lo largo de su vida, y que, sin duda alguna, dificulta intensamente aspectos tan básicos como las relaciones sociales, laborales o la propia autonomía personal. A ello se suma que estamos ante una enfermedad que supone un gran sufrimiento personal y familiar, y, claro, se dificulta aún más la situación cuando atendemos a la complejidad y el coste de los procesos de tratamiento y rehabilitación.

Como ha expuesto el portavoz de Izquierda Unida, el I Plan Integral de Salud Mental en Andalucía, 2003-2007, sin duda alguna no ha dejado satisfecho a nadie, ni a pacientes, ni a familiares, ni a profesionales; pero la situación se agrava aún más cuando nos centramos en la provincia de Huelva. Y, como ya se ha expuesto, en esta Cámara, Huelva es la única provincia andaluza donde no existe un hospital de día, una auténtica discriminación con respecto al resto de provincias. Una discriminación que además está potenciada por el Gobierno andaluz y por el Partido Socialista. Pero, además, en Huelva no existen plazas para la atención hospitalaria de media y larga estancia y para personas

con problemas mentales crónicos, y se ha pasado la atención de centros de salud de distrito al hospital Vázquez Díaz. Junto a ello, la unidad de rehabilitación se ha sacado del contexto comunitario y se ha incorporado al hospital Juan Ramón Jiménez, y, como bien se ha expuesto anteriormente, esto se ha hecho con el rechazo unánime de pacientes, de familiares y del 99% de los profesionales.

Y aquí sí me quisiera detener, y resaltar ese rechazo del 99% de los profesionales. Y quiero hacerlo porque es curioso cómo el Gobierno andaluz juega con ellos a su antojo.

Cuando presentamos alguna iniciativa en esta Cámara para hablar sobre deficiencia sanitaria, la ineficacia de este Gobierno les lleva a la demagogia de expresar que estamos cuestionando a los profesionales; cuando presentamos alguna iniciativa exigiendo responsabilidades, recurren ustedes a esgrimir que son decisiones que toman los profesionales porque son los que saben sobre la materia. Me gustaría que aclarara cuál va a ser el posicionamiento en la mañana de hoy cuando el 99% de los profesionales ha rechazado las actuaciones de la Junta de Andalucía. ¿Ahora ya no están capacitados? ¿Ahora ya no tienen razón? ¿Cómo es esto, señoría? Porque lo único que queda claro es quién los maneja a su antojo sin el más mínimo pudor.

Hablando de esta enfermedad, FEAFES-Huelva viene denunciando año tras año el fracaso de la reforma psiquiátrica en cuanto a la dotación de medios materiales y humanos. Y ha hablado antes de que Huelva es la única provincia que no cuenta con un hospital de día, y me reitero en eso que he expuesto de la discriminación hacia esta provincia potenciada por la Junta de Andalucía y por el Partido Socialista, y lo hago porque una iniciativa de este calado y en los mismos términos ya se ha presentado en el Ayuntamiento de Huelva y ha sido aprobada por todos los grupos políticos, excepto por los concejales del PSOE.

Decía antes el portavoz de Izquierda Unida que en esta cuestión del transporte se tienen que implicar Ayuntamiento y Junta de Andalucía, y, como usted bien sabe, ya el Ayuntamiento se está implicando y ha aprobado esta iniciativa, cosa que no han hecho los concejales del Grupo Socialista. Y mucho me temo, señorías —y espero equivocarme, pero mucho me temo—, que lo mismo ocurrirá en la mañana de hoy. Y, además, mi pensamiento está avalado por la trayectoria de esta Comisión y del resto de comisiones, y sobre todo por la trayectoria del Gobierno andaluz, que piensa que solo ellos llevan razón y piden que haya consenso, pero, cuando nos acercamos, siempre rechazan todo.

Bien, pues, estamos ante una iniciativa, señoría, que aunque se reclame ese hospital de día, a mí no me extrañaría que en la mañana de hoy fuese rechazado por el Grupo Socialista. Y no me extrañaría, porque,

claro, si hacemos memoria y además una memoria muy reciente, estamos hablando de una infraestructura hospitalaria y la mayoría de las infraestructuras hospitalarias se han asignado al capítulo 07 en los presupuestos, lo que significa que se pagarán con la Deuda histórica.

Pero de esa Deuda histórica, los andaluces no han visto ni un solo euro, porque ha decidido el señor Griñán ceder al chantaje del pago en solares, un abuso en toda regla, potenciado y orquestado para beneficiar a las siglas de un partido político y anteponerlas a las necesidades de los ciudadanos.

Fíjense qué curioso, hace tan solo unos meses, en noviembre de 2009, se celebró en El Ejido unas jornadas de SEACE-Andalucía. Esas jornadas fueron inauguradas por la Consejera Micaela Navarro. Y la Consejera expresó literalmente en ellas la necesidad de la sensibilización social. Y ahí todos estamos de acuerdo, pero, yo pregunto, y la sensibilización de las instituciones, ¿cuándo?, la sensibilización del Gobierno andaluz, ¿cuándo?, ¿qué pasa con ustedes? ¿qué pasa con el apoyo que os está pidiendo SEACE desde hace muchísimos años?

Señorías, le piden ustedes sensibilización al pueblo andaluz cuando ustedes no son capaces de mostrar lo que están requiriendo a los ciudadanos. Desde luego, yo considero que si el tiempo y los recursos económicos que invierten ustedes en marketing, en resolver conflictos internos de poder o en tapar la ineficacia de su Gobierno, lo invirtieran realmente en temas tan necesarios como el que hoy se está planteando en esta Cámara, Andalucía no estaría a la cola. Y digo que Andalucía no estaría a la cola porque recurren ustedes con mucha frecuencia a hablar de otras comunidades autónomas. Supongo que recurren a ello porque les cuesta muchísimo trabajo dar la cara ante los andaluces después de la abominable situación a la que nos están llevando. Pero, cuando hablen ustedes de esas otras comunidades, no sean demagogos y miren el ranking de las distintas materias. Verán ustedes con tristeza, si tienen un mínimo de coherencia, cómo a esas comunidades a las que critican nos superan en unos porcentajes bastante elevados.

Yo quiero reiterar nuestro apoyo a esta iniciativa y reiterar nuestro apoyo y nuestra sensibilización con un tema tan importante como el que hoy ha planteado aquí Izquierda Unida. Ahora, legítimamente, el Grupo Socialista expondrá lo que estime oportuno pero, señores, aquí, los diputados, en esta Cámara, nos retratamos con nuestro voto y con su voto se van a retratar, o a favor y al lado de los ciudadanos onubenses que están sufriendo esta enfermedad y sus familiares, o en contra de ellos, cosa que no sería de extrañar dada la trayectoria que traen y a la situación a la que nos están llevando.

Nada más y muchas gracias.

#### La señora ARENAL CATENA, PRESIDENTA DE LA COMISIÓN

—Gracias, señora López Gabarro.

Para posicionar al Grupo Parlamentario Socialista tiene la palabra la señora Rivas Pineda.

#### La señora RIVAS PINEDA

—Muchas gracias, señora Presidenta.

Verán, señorías, hace más de cuatro siglos se decía que un hombre estaba poseído por el diablo si profería blasfemias, o que una mujer era bruja cuando creía en las propiedades mágicas de ciertas pócimas. Hoy en día, señorías, al abuso de drogas le llamamos drogadicción; a la afición al juego le llamamos ludopatía; a comer demasiado, o demasiado poco, lo llamamos bulimia o anorexia. Hemos puesto nombre a ver demasiado la televisión, a viajar demasiado por Internet e, incluso, hablamos de adictos al trabajo.

Por tanto, los comportamientos desaprobados por la mayoría ayer fueron pecados o vicios; hoy los comportamientos rechazados socialmente son enfermedades, no una enfermedad como ha dicho la señora portavoz del Grupo Popular, sino enfermedades cuyos síntomas prueban un mal funcionamiento psíquico. Contra los pecados, señorías, había inquisidores encargados de descubrirlos y forzar al arrepentimiento o a la expiación a quienes los cometían. Contra las enfermedades psíquicas, señor Valderas, tenemos hoy en Andalucía y, por supuesto, en Huelva, grandes profesionales, como usted bien ha dicho, que ayudan a estos enfermos y a sus familias, no ya a recuperarse de una enfermedad, sino a aprender mucho más de la misma, del prójimo y de la vida.

Efectivamente, señor Valderas, la atención a los problemas de salud mental en nuestra Comunidad Autónoma ha experimentado un avance significativo desde el año 1984, a no ser que ustedes entiendan, al igual que el Grupo Popular, por enfermos psíquicos a aquellos que se hayan internado en hospitales neuro-psiquiátricos, lo cual sería una postura bastante simple por su parte, más cercana al inquisidor que a los profesionales a los que hacíamos mención anteriormente.

Dicen ustedes en su proposición no de ley... Porque le recuerdo a la señora portavoz del Grupo Popular que la proposición no de ley la presentan ustedes, no nosotros. Dicen ustedes en su proposición no de ley que el I plan de salud mental no ha desarrollado en Huelva una política de planificación y dotación de servicios, y tengo que decirle que nosotros ni estamos ni podemos estar de acuerdo con esta segregación. Y no podemos, señor Valderas, sencillamente porque actualmente existe una plantilla total de 154 profesionales que presta atención directa en la Red de Salud Mental en la provincia de Huelva. A esta plantilla debemos

sumar, además, todo el personal de apoyo asistencial y no asistencial, sin olvidar, sin olvidar, señora López, a los más de sesenta profesionales que componen la fundación FAISEM que trabaja por la integración del enfermo mental.

Por otro lado, señoría, al Grupo Parlamentario Socialista le consta que la red de dispositivos en la que estos profesionales desempeñan su labor se ha visto incrementada y desarrollada en los últimos años. Por tanto, a diferencia de lo que ustedes afirman en su proposición no de ley, la dotación de recursos humanos en estos últimos diez años se ha visto incrementada en un 28%, pasando de 110 profesionales en 2001, a 154 profesionales en 2009.

Curiosamente, señor Valderas, en su exposición de motivos, obvian ustedes que la provincia de Huelva dispone de cinco unidades de salud mental comunitaria, la señora López tampoco lo ha mencionado: Huelva, Lepe, Condado, Minero Andévalo y Sierra. Obvian, también la comunidad terapéutica de salud mental con quince camas para tratamientos intensivos de pacientes con trastornos mentales graves, tampoco lo ha dicho o lo ha señalado la señora López. Eso sí, hablan de la Unidad de Rehabilitación de Salud Mental, pero no valoran el hecho de que esté orientada hacia la recuperación y reinserción social y laboral. Tampoco explican que en el Hospital de Día Infante-Juvenil se brinda una atención especializada mediante el desarrollo de cinco subprogramas: trastornos generalizados del desarrollo, trastornos de la conducta, trastornos de la conducta alimentaria, psicosis en el inicio de la infancia, trastornos de la personalidad y, por último, señor Valderas, tampoco menciona las treinta y una camas de la Unidad de Hospitalización de Salud Mental del Hospital Juan Ramón Jiménez.

Por tanto, no dicen ustedes toda la verdad, ya que como pueden comprobar, en la provincia de Huelva se dispone, o actualmente se dispone de la estructura completa de dispositivos asistenciales recogidos en el I Plan Integral de la Salud Mental en Andalucía. Pero, hay más, señorías, ya la Consejera de Salud en otra ocasión explicó en esta misma Comisión que el Gobierno andaluz, en su afán por mejorar y ampliar los recursos para atender a la salud mental, está analizando junto con profesionales y el colectivo asociativo el proyecto de puesta en marcha de un hospital de día de adultos en la provincia de Huelva, tal y como recoge el II Plan Integral de Salud Mental.

Quizás, señorías, yo pensaba que no era necesario, pero quizás, señoría, debiéramos puntualizar, aunque resulte básico que cuando hablamos de hospital de día no siempre nos referimos a una modalidad física, señoría; podemos hablar también de una modalidad asistencial y, si atendemos a esta cuestión, habría que tener en cuenta, por tanto, que también actualmente se desarrollan programas de hospital de día en las estructuras asistenciales anteriormente citadas.

No nos gustaría concluir, señoría, sin hacer una mención especial a los aspectos de coordinación interinstitucional y, por ello, desde el Grupo Parlamentario Socialista, y eso sí nos gustaría comentarlo, valoramos muy positivamente la coordinación que mantiene la Consejería de Salud con FAISEM que ha duplicado sus recursos residenciales en los últimos años, tanto en casa-hogar como en pisos asistidos, además del desarrollo de un amplio dispositivo de talleres ocupacionales para enfermos mentales en más de diez localidades de la provincia de Huelva, tampoco eso lo han dicho.

Con respecto al punto sexto, señor Valderas, ni que decir tiene que desde el Grupo Parlamentario Socialista consideramos prioritario, siempre lo hemos considerado así, el establecimiento del servicio público de transporte urbano municipal hasta el hospital Vázquez Díaz. Pero igualmente nos consta que es este un compromiso adquirido en reiteradas ocasiones por el Ayuntamiento de Huelva, por cierto, señora López, un compromiso a día de hoy incumplido por un alcalde que pertenece a su grupo, al Grupo Popular, esos son los compromisos a los que usted hace referencia.

En definitiva, señorías, no se trata solo de poner en cuestión todo el trabajo realizado, sino de plantear la exigencia de una ética igualitaria y democrática que sostenga posiciones de mayor dignidad y autorresponsabilidad y, desde el Grupo Parlamentario Socialista, creemos que el Gobierno andaluz, así como la Consejería de Salud están en este camino y por ello no vamos a dar nuestro voto afirmativo a esta proposición no de ley.

Nada más y muchas gracias.

#### La señora ARENAL CATENA, PRESIDENTA DE LA COMISIÓN

—Gracias, señora Rivas Pineda.  
Señor Valderas Sosa.

#### El señor VALDERAS SOSA

—Sí, gracias, señora Presidenta.

Estaba comentando aquí con mi compañero José Antonio Castro que menos mal que yo he hecho una intervención, creo que medida y creo que, incluso, constructiva, creo que atendiendo a buscar y solucionar un problema y no a recibir ningún tipo de varapalo, que comprendo que lo traería escrito la señora portavoz del Partido Socialista, pero nada más lejos, incluso, me pueda situar en mi pensamiento el tema de inquisidor en cuanto a la salud mental.

Yo tengo la suerte, señora Pineda, de haber podido vivir, como responsable de la Diputación, los primeros andares en materia de salud mental del primer res-

ponsable de la salud mental de Andalucía, que era el compañero Lara —Laíto, para los amigos—. Y ha sido el que más impulsó, junto con Onésimo Redondo, que todavía está en Huelva, los temas de salud mental en mi provincia, muy por encima de los pasos que en uno y otro momento la propia Junta de Andalucía y el propio Partido Socialista hayan podido pensar. Y tengo a bien decir que uno y otro venían, uno en un primer espacio de aquel antiguo Partido Socialista Andaluz, y otro, aún hoy, de ese glorioso partido, al que yo pertenezco, que es el Partido Comunista de Andalucía.

Y Onésimo Redondo es uno de los mejores especialistas en materia de psiquiatría, de salud mental, y de cercanía y de integración de la salud mental en el conjunto de las actividades que esto tiene que desarrollar.

A partir de ahí, dicho eso, mire, yo he procurado tener una propuesta que viene respaldada por profesionales, que viene respaldada por afectados, y que me dice que, en el plano del I Plan de Desarrollo Integral de la Salud en Andalucía, Huelva se ha quedado por detrás, y es lo que yo le he dicho. Y se lo he dicho sin hacer aspavientos, se lo he dicho sin plantear que el Gobierno es un malvado, sin plantear que la Consejera de Salud, a la que he tenido el placer de felicitar antes de esta intervención, sea una malvada, sino que lo he dicho porque, cuando pongo en el platillo de la balanza el desarrollo de ese plan en referencia a la salud mental 2003-2007, usted dirá lo que quiera, pero Huelva se ha quedado detrás, y se ha quedado detrás en algo que usted me reconoce en el primer punto, «la construcción inmediata en Huelva de un hospital de día, superando así cualquier signo de discriminación sobre esta provincia con referencias a otras». Es decir, le voy al primer punto, no me voy a ir a ningún otro.

En ese sentido, yo le voy a poner una cuestión que nadie me podrá rebatir; es decir, hace poco tiempo, se nombró la coordinadora del área de salud mental en la provincia de Huelva, la señora Rosa Soler, nombrada para solucionar estos temas y acabar, además, con el tema de la discriminación existente en materia de salud mental. Usted sabrá, igual que yo, que acaba de dimitir por impotencia y frustración para poder poner en valor la igualdad, en materia de salud mental, de mi provincia con el resto de Andalucía. Por tanto, yo vengo aquí a pedirle a usted, que es diputada por Huelva, que se ponga codo con codo conmigo y codo con codo con la portavoz de Partido Popular, no que usted me dé lecciones, que lo haya podido escribir usted o lo hayan escrito otros sobre temas que están funcionando y que yo no dudo. Lo que le estoy diciendo es que es insuficiente lo que está encima de la mesa, y que si comparamos el personal que tenemos en Huelva para el mismo tratamiento, desde el punto de vista de unidad de ayuda, que tiene el personal adscrito en Huelva con respecto al que hay en el Virgen Macarena, usted compartirá conmigo que la relación es uno a tres; por uno que hay en Huelva, tres

en el Macarena. Yo me pregunto: ¿Y por qué, para los mismos ratios, es decir, de intervención desde el punto de visto sanitario en la salud mental, el Virgen Macarena va a tener tres y nosotros uno? Explíquemelo usted, porque eso está ahí, dentro de las informaciones que yo tengo, que son totalmente comprobables, y, como son comprobables, por eso hemos pedido también un punto de que haya relación de puestos de trabajo de salud mental en Huelva, incluyendo nuevamente las plazas amortizadas, cubriéndolas, así como priorizando las suplencias.

Pero, bueno, si eso lo estamos diciendo todos los días para materia de salud mental, para materia de educación, para otra serie de materias, ante lo que está siendo el recorte en materia de suplencias y en materia de no amortización de plazas de servicios públicos tan importantes al conjunto de los ciudadanos.

Por lo tanto, yo creo que usted pensaba que yo iba a tener otro tipo de intervención. Y usted me está diciendo que empieza a conocer a este portavoz. Este portavoz, normalmente, suele situarse con un tímpano, es decir, muy fino para oír al conjunto de la sociedad, con un tímpano muy fino para oír también al resto de organizaciones sociales en materia de salud, y de otros..., y de grupos parlamentarios, y además procuro no tener eso de la boca de hierro, que algunos ya califican a otros; es decir, procuro también tener la boca meditadamente ajustada al debate que estamos teniendo.

Mi debate es constructivo, mi posición es constructiva y yo siento que usted se haya ido por las ramas o usted haya confundido la intervención de la portavoz del Partido Socialista, que es autónoma, independiente y soberana, de la intervención que ha tenido, en este caso, el portavoz de Izquierda Unida para defender algo que yo siento que usted no esté de acuerdo en Huelva, pero comprendo que cumple su papel.

Muchas gracias.

#### **8-10/PNLC-000088. Proposición no de ley relativa a la normativa que regule el traslado de pacientes trasplantados de páncreas-riñón**

#### **La señora ARENAL CATENA, PRESIDENTA DE LA COMISIÓN**

—Gracias, señor Valderas Sosa.

Terminado el debate de la primera proposición no de ley, pasamos al debate de la segunda, relativa a normativa que regule el traslado de pacientes —las preposiciones no están en el texto, las estoy incorporando— trasplantados de páncreas-riñón, que formula el Grupo Parlamentario Popular de Andalucía, para lo cual tiene la palabra su portavoz, la señora Corredera Quintana.

### La señora CORREDERA QUINTANA

—Gracias, señora Presidenta.

El Grupo Popular se ha reunido en varias ocasiones con la Asociación de Trasplantados de Páncreas de Andalucía, y nos han hecho llegar ciertas denuncias sobre una serie de injusticias que se están produciendo. Nos han trasladado los pacientes, en este caso trasplantados de páncreas y riñón en Málaga, que, para acudir a consulta, como es lógico, deben ser trasladados por el hospital de referencia al que pertenecen y devueltos por el hospital Carlos Haya, de Málaga, que tienen problemas con el traslado. En principio, parece que estos problemas solo se producen en el área de influencia del hospital Virgen del Rocío, de Sevilla, pero lo cierto es que están teniendo esos problemas de traslado.

Hablamos de personas que no viven cerca de la ciudad donde se ha llevado a cabo la intervención. Son personas que han visto cómo, sin previo aviso, desde el verano, se les ha denegado el uso del transporte colectivo sanitario que venían utilizando, con los perjuicios que esta situación conlleva para ellos. Es decir, que los responsables de la Consejería, entendemos, o, por lo menos, algún responsable político, ha tomado la decisión de retirar el transporte para acudir a consulta tras los tres últimos meses posteriores al trasplante.

Estas circunstancias han estado provocadas por la falta, yo creo, que es de entendimiento, en parte, entre los dos centros hospitalarios antes mencionados, Carlos Haya y Virgen del Rocío, pero también entre los miembros de la propia asociación y la Administración.

En el caso de los dos centros, discrepan sobre la responsabilidad en el pago del transporte, en el pago del servicio. Se ha llegado, incluso, a negar a los trasplantados llevarles de regreso a sus domicilios tras la consulta. Es decir, para que nos entendamos, Sevilla paga la ambulancia de Sevilla a Málaga, y Málaga estaba haciendo los traslados de Málaga a Sevilla, las vueltas. Pues, se ha llegado a producir el hecho de que se les ha llevado y, en algunos casos, se les ha dicho que no se les devolvía a su lugar de origen. Yo creo que son situaciones esperpénticas, a no ser que tuvieran un problema de carácter médico que así lo recomendará. Pero lo cierto es que ya estaban allí y habían llegado como habían llegado.

Cuando los enfermos son trasplantados, se ven aquejados ya de lesiones en todo su sistema periférico, se presentan patologías que pueden afectar a distintos órganos vitales, nervios, arterias, etcétera. Y es lógico que, con esas características especiales, estas personas trasplantadas pudieran beneficiarse del transporte colectivo que les traslade a las consultas que deben visitar necesariamente. Quiero decir que ellos, primero, no son responsables de que se les intervenga quirúrgicamente en una ciudad en la que

no residen, y, segundo, son absolutamente necesarias esas revisiones.

La inexistencia o precariedad del servicio está provocando, además, un riesgo para la salud de los pacientes, un desembolso económico para los afectados, que, sin lugar a dudas, debe realizar el servicio público.

Por eso, y sin entretenerme más, dado la hora que es, traemos esta proposición no de ley. Instamos al Consejo de Gobierno, primero, a aprobar una normativa que permita el establecimiento de un servicio colectivo de transporte eficaz para los pacientes trasplantados de páncreas y riñón de la zona de influencia del hospital universitario Virgen del Rocío —y le especifico porque, a pesar de que hay pacientes de Almería o de otras provincias, no hay problemas con ellos hasta el momento, ¿no?— y del resto de hospitales pertenecientes al Servicio Andaluz de Salud, para acudir a las consultas en el Hospital Carlos Haya, de Málaga; es decir, una normativa que evite diferencias, que evite desigualdades.

Segundo, dotar de los medios materiales y de los recursos humanos precisos para que el servicio colectivo de transporte se lleve a cabo con efectividad y prevea, incluso, la posibilidad de incrementar los vehículos, en caso de ser necesario.

Y, por último, que los pacientes trasladados desde cualquier centro hospitalario de las provincias adscritas al de Málaga sean llevados, de nuevo, en todos los casos, a la ciudad de origen, sin necesidad de que padezcan problemas de carácter médico que así lo recomienden.

Creemos que es de justicia, que no pueden ni deben existir discriminaciones y que esto sería una solución a un problema que en este momento están padeciendo algunos enfermos en nuestra Comunidad Autónoma.

### El señor RUIZ CUADRA, VICEPRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Gracias, señora Corredera.

Turno de posicionamiento de los distintos grupos parlamentarios. Tiene la palabra el portavoz del Grupo de Izquierda Unida, señor Castro.

### El señor CASTRO ROMÁN

—Muchas gracias, señor Presidente.

En primer lugar, creemos que es un acierto la iniciativa que se trae por parte del Grupo Popular. Lo digo porque el Grupo Parlamentario de Izquierda Unida también ha mantenido una serie de reuniones con la Asociación de Trasplantados, y me consta que de la misma manera ha procedido esta asociación con el Grupo Socialista —al menos así nos lo trasladaban—, porque tienen un problema serio que, además, pone

en cuestión, desde nuestro punto de vista, al propio Estatuto de Autonomía. Un Estatuto de Autonomía que tenemos y que resulta de lo más avanzado en cuestiones sanitarias, creemos que con esta cuestión se ve merma-do, lastrado, ¿no?, no ya porque no logremos impulsar algunas de las novedades que aparecían en nuestro Estatuto de Autonomía, como, por ejemplo, la atención geriátrica especializada, sino porque otras cuestiones, como es la del sistema de trasplantes, también están sufriendo y no se desarrollan con la garantía efectiva del cumplimiento de todos los derechos.

Antes, en una pregunta que hacía el Grupo Socialista, escuchaba yo, no sé si a la portavoz o la Consejera, decir que, efectivamente, tenemos un sistema de trasplantes modélico. Parece ser que en alguno de sus aspectos no es nada modélico, al que nos estamos refiriendo ahora. Y, es más, me van a permitir sus señorías la expresión que voy a utilizar, pero creo que es necesario, porque este es un asunto, incluso, un tanto chusco, en el que se requiere sensibilidad y una posición —yo pediría—, por parte del Grupo Socialista, abierta. De hecho, el Grupo Parlamentario de Izquierda Unida ha tenido que registrar la petición de respuesta oral inmediata en la próxima Comisión ante una pregunta que hacíamos con esta cuestión. Creíamos que, en primer lugar, lo preceptivo era consultarle a la Consejería y que nos diera explicaciones —nuestra intención era presentar también una propuesta en este sentido—; pero, como digo, hemos tenido que registrar la solicitud de respuesta oral porque no tuvimos respuesta.

Y es cierto: Estamos hablando de una serie de perjuicios a enfermos, que están provocados... En la proposición no de ley plantea «provocados por la falta de entendimiento entre los dos centros hospitalarios antes mencionados», que discrepan sobre la responsabilidad en el pago del servicio. Nosotros creemos que también hay responsabilidades de las empresas concesionarias, que están intentando rentabilizar al máximo el contrato que tienen vigente con la Consejería de Salud y que eso puede que lo estén haciendo en detrimento de la calidad del servicio que hay que prestar. Además hay otra cuestión, y es que, a la hora de valorar a qué enfermo o enferma se le garantiza el traslado, no se tienen en cuenta criterios que vayan más allá de los que estrictamente vengan reflejados en su diagnóstico médico; es decir, por ejemplo, nunca se tienen en cuenta elementos psicosociales. Estamos hablando de enfermos que se ven en una situación muy complicada, con trasplantes que tienen una posibilidad de rechazo bastante tiempo después de haber tenido lugar la intervención, y que se encuentran en un estado muy sensible, y desde el punto de vista psicosocial, pues a tener en cuenta.

Y después, la inexistencia o precariedad de este servicio, que, como bien dice la propuesta, provoca un riesgo para la salud de los pacientes y un desembolso económico, se lleva a cabo también de una manera muy

poco reglada. Es decir, se deja a voluntad, a criterio de los médicos, el número o los pacientes que pueden tener derecho a este servicio. Es decir, unos viajan y otros no, sin una justificación plena.

¿Por qué digo «sin una justificación plena»? Porque nosotros dudamos mucho de que sean criterios exclusivamente, estrictamente médicos, en los que se base la decisión de quién viaja y quién no, quién puede beneficiarse de los traslados colectivos en ambulancia y quién no. Es más, creemos —y esperamos por eso una respuesta de la Consejería desde el Grupo Parlamentario de Izquierda Unida— que puede que los facultativos tengan determinadas limitaciones que no sean médicas —por ejemplo económicas, de tope de gastos en este sentido— para tomar estas decisiones, y, es más, parece, puede —esperamos la respuesta de la Consejería— que estos criterios que no son estrictamente médicos, como los económicos, puede que en algunos casos se les impongan a los facultativos por parte de la Administración.

El Grupo Parlamentario de Izquierda Unida va a votar a favor de esta proposición no de ley, si bien —y pidiendo disculpas de antemano al Grupo Popular por no haberla registrado como es procedente según el Reglamento— plantear tres enmiendas en voz en esta Comisión para que sean consideradas por el grupo proponente.

En el primer punto, añadir al final la coletilla «o en el hospital Reina Sofía de Córdoba». No voy a explicarlo mucho: yo creo que lo ha dicho la portavoz del Grupo Popular. La señora Corredera ha puesto el énfasis del «hasta ahora». «Nos encontramos este problema aquí, hasta ahora».

Bueno, el Grupo de Izquierda Unida cree que, metiendo esta coletilla —nunca mejor dicho: en ninguna comisión pega tanto como en esta—, pues nos estaríamos curando en salud.

En el punto segundo sería añadir al final del texto que aparece el siguiente: «Exigiendo a las empresas concesionarias el cumplimiento efectivo de todas las condiciones referentes al servicio que prestan y recogidas en el contrato». El argumento es el que yo he planteado antes. Parece que aquí también algo tienen que ver las empresas concesionarias.

Y el establecimiento de un nuevo punto, que sería el cuarto, que diga: «Establecer cauces estables de diálogo y concertación entre la Consejería de Salud y la Asociación de Trasplantados de Páncreas y Riñón», entre otras cosas porque lo que nos traslada esta asociación es que su primer interlocutor ha sido, como no puede ser de otra manera, la Administración, y ahí se han encontrado con un muro de incomprensión, de contención, hacia sus reclamaciones, hacia la realidad que están viviendo con este asunto de los trasplantes, y creemos que esa sensibilidad la tiene que dejar patente siempre la Administración —en este caso la Consejería de Salud— para que, a través de

ese diálogo permanente, estable, con la asociación, se puedan solventar este y otros muchos asuntos que puedan surgir en un futuro.

Gracias.

#### El señor RUIZ CUADRA, VICEPRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Gracias, señor Castro.

Le ruego —ya lo está haciendo— que traiga las enmiendas escritas a la Mesa.

Turno de posicionamiento para la portavoz del Grupo Socialista, señora Blanca.

Tiene usted la palabra, señoría.

#### La señora BLANCA MENA

—Gracias, señor Presidente.

Señora Corredera, en la actualidad podemos decir con satisfacción y orgullo que Andalucía, junto con España, dispone de las cotas más altas de donaciones y trasplantes del mundo, y esto es posible gracias a la labor que realizan la sanidad pública andaluza, los profesionales sanitarios, las asociaciones de pacientes, las familias de donantes, los donantes vivos, las Fuerzas de Seguridad del Estado y todas aquellas organizaciones que participan activamente en el proceso de los trasplantes, a los que, ante todo, quiero transmitirles, en nombre del Grupo Socialista y del mío propio, nuestro reconocimiento y felicitaciones, porque sin ellos no sería posible el gran avance que ha experimentado la sanidad pública andaluza en materia de trasplantes en los últimos veinte años.

Los trasplantes de órganos suponen un tratamiento que se hace *in extremis*, y es imprescindible para salvar la vida de las personas que lo necesitan, y, desde que se puso en marcha el programa de trasplantes andaluz, alrededor de diez mil personas, andaluces y andaluzas, han podido salvar la vida gracias a un trasplante en Andalucía.

La sanidad pública andaluza dispone de un modelo organizativo y de coordinación, y una dotación presupuestaria, que han hecho posible situar al programa andaluz de trasplantes como referencia entre los países más avanzados del mundo. Y prueba de ello son los datos y los resultados obtenidos en Andalucía en el año 2009, en el cual se lograron cifras históricas que colocan a nuestra Comunidad por encima de la media española y por encima de la media del resto de Europa.

Por lo tanto, señora Corredera, como usted comprenderá, estos logros y estos magníficos resultados se consiguen a base de un arduo trabajo de muchos

profesionales y de muchas personas muy preparadas clínicamente.

Entre sus funciones se incluyen, por supuesto, el control y el seguimiento posquirúrgico de las personas trasplantadas, y ninguno de estos profesionales, como usted supondrá, va a poner en ningún momento en riesgo la salud del paciente por el hecho de su traslado para asistir a consulta, como usted afirma en su PNL.

Porque hay que tener presente, señora Corredera, y a usted también se lo digo, señor Castro, porque ustedes seguro que no lo saben, que los traslados del paciente es una prestación sanitaria que está regulada en el Anexo VIII del Real Decreto 1.030/2006, de 15 de septiembre, que leo literalmente: «El transporte sanitario, que deberá ser accesible a personas con discapacidad, consiste en el desplazamiento de enfermos por causas exclusivamente clínicas, cuya situación les impida desplazarse en los medios ordinarios de transporte. Tienen derecho a la financiación de esta prestación las personas enfermas o accidentadas, cuando reciban asistencia sanitaria del sistema de salud en centros propios o concertados y que, por imposibilidad física u otras causas exclusivamente clínicas, no puedan utilizar transporte ordinario para desplazarse a un centro sanitario o a su domicilio, tras recibir la atención sanitaria correspondiente, en caso de que persistan las causas que justifiquen su necesidad. Será solicitado por el facultativo responsable de la asistencia el desplazamiento del paciente, atendiendo a causas estrictamente clínicas».

Por tanto, señora Corredera y señor Castro, las circunstancias que motivan esta prestación debe ser indicada por un facultativo, y siempre en base al estado de salud del paciente, en el momento de acudir a consulta a recibir tratamiento o el alta hospitalaria.

No se define, pues, como un derecho, señor Castro, como usted afirma, basado en el diagnóstico ni en el tratamiento recibido o por recibir, sino en función de la necesidad de asistencia sanitaria del paciente, cuando su estado de salud le impida desplazarse al centro sanitario por medio de transporte ordinario, tanto en situación de urgencia como no urgente.

En base a ello, y en el concepto que debatimos, es decir, cuando las personas trasplantadas lo necesiten, su médico les facilitará el traslado, como así se hace en todos los centros asistenciales del SAS, en función de las necesidades del paciente, que son diversas en cada caso, aun con el mismo diagnóstico. Es por eso que está garantizada esta prestación en toda la sanidad pública en Andalucía y es por ello por lo que no podemos apoyar su propuesta, porque la sanidad pública se debe basar en un criterio de necesidad y en la no discriminación.

Muchas gracias.

### La señora ARENAL CATENA, PRESIDENTA DE LA COMISIÓN

—Gracias, señora Blanca Mena.

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

### La señora CORREDERA QUINTANA

—Es lamentable que la crisis llegue a la sanidad en cosas tan elementales y tan básicas como las que estamos hablando aquí, porque los detalles son importantes. Y lo lamentable es que los criterios sean económicos, en vez de ser criterios sanitarios.

Yo primero quiero agradecer el posicionamiento de Izquierda Unida y el apoyo a esta iniciativa. Comparto con él que no está habiendo, precisamente, un comportamiento modélico de la Administración, y no me estoy refiriendo a los profesionales sanitarios: me estoy refiriendo a los políticos que toman determinadas decisiones en esta materia.

Y no sé si «chusco» es la palabra, pero, desde luego, de lo que estamos hablando es chusco.

También le digo que sus enmiendas van a ser aceptadas, por lo menos, por este grupo. Parece que ni lo suyo ni lo nuestro va a salir adelante, porque no va a contar con el apoyo del Partido Socialista, pero me parecían lógicas sus aportaciones y estábamos dispuestos a asumirlas. Y, en concreto, yo creo que es bueno ese cuarto punto que usted decía: «Establecer causas estables entre la Consejería de Salud y la Asociación de Trasplantados de parte de Andalucía». Cauces de comunicación estables, porque usted lo sabe como yo, y también lo sabe el Partido Socialista, porque a ellos se lo han denunciado, que muchos de estos pacientes están recibiendo presiones, presiones para que no hablen, presiones para que no cuenten, presiones para que no digan que sus casos no están recibiendo este transporte. Con lo cual, está claro que aquí tiene que haber bastante más diálogo y bastante más ejemplo del que se está dando.

Respecto al Partido Socialista y a la portavoz del Grupo Socialista, dice: «Andalucía tiene las cotas más altas de donaciones y trasplantes del mundo». Yo no lo dudo, no tengo datos objetivos para saber si esto es cierto o no para contrastarlo, pero, desde luego, suena a lo de: «Yo soy el mejor del mundo mundial y, por tanto, no tengo que hacer nada para arreglar las cosas», que es lo mismo que decía la Consejera esta mañana en su intervención. Decía usted: «Hay dotación presupuestaria suficiente que permite que estemos entre los países más avanzados». ¿Y no les da vergüenza, entonces, fallar en lo más elemental, en lo más básico? ¿No les da cosa que, siendo y estando entre los más avanzados, estemos hablando de que,

a determinadas personas con criterios sanitarios que dicen que es aconsejable que se les transporte en ambulancia, se lleve a unos, y a otros no, de Sevilla a Málaga?

Estamos hablando de personas con retinopatía diabética; estamos hablando de personas con problemas vasculares graves, de los que no se han recuperado; estamos hablando de personas que no pueden conducir, que, en caso de que no las traslade, en este caso la ambulancia, tienen que pedirle a un familiar que las traslade o tienen que pagar un transporte público, y no están en condiciones. Pero más grave: ¿No le parece a usted, por lo menos, llamativo que, una vez que Sevilla ha hecho el traslado y ha pagado el traslado de Sevilla a Málaga, lleguen a Málaga y les digan que no las devuelven? No me diga que está funcionando bien y que está funcionando perfectamente. Algo está fallando, y es algo elemental y básico.

Y me dice usted: «El traslado de pacientes está suficientemente regulado». Pues, desde luego, por eso estamos pidiendo una nueva normativa, porque está claro que algo tiene que cambiar y tiene que haber una serie de criterios objetivos. El problema no son los profesionales, quiero dejarlo claro. Nosotros nos fijamos tanto como cualquiera de los criterios sanitarios de los profesionales. El problema son los políticos, que están presionando a los profesionales sanitarios; el problema son los criterios económicos, que están en algunos momentos superando a los criterios sanitarios, cuando se están haciendo determinadas actuaciones o se está haciendo dejadez de esas determinadas actuaciones.

Así que, como yo no veo lógico lo que parece que ustedes sí ven lógico y creo, sinceramente, que es absolutamente necesario lo que estamos pidiendo aquí esta mañana, para evitar desigualdades y para garantizar esos derechos a una sanidad de calidad que todos queremos, es por lo que lamentamos profundamente que el Partido Socialista vote en contra de esta iniciativa y no esté dispuesto a apoyarla.

Nosotros, desde luego, seguiremos defendiendo sus intereses y sus necesidades.

### La señora ARENAL CATENA, PRESIDENTA DE LA COMISIÓN

—Gracias, señora Corredera Quintana.

Procedemos a la votación de las iniciativas.

La primera proposición no de ley, relativa a la atención a los problemas de salud mental en la provincia de Huelva.

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.*

Pasamos a la votación de la siguiente proposición no de ley, relativa a la normativa que regule el traslado de pacientes trasplantados de páncreas y riñón. Habiendo aceptado la portavoz del Grupo Parlamentario Popular la enmienda *in voce* que formula el portavoz del Grupo Parlamentario de Izquierda Unida, procede someter la admisión a trámite, por parte de la Comisión, de la iniciativa.

¿Son admitidas a trámite? Entiendo que sí, porque nadie se muestra en contra.

Por lo tanto, votamos la iniciativa con las enmiendas presentadas *in voce* por el Grupo Parlamentario de Izquierda Unida.

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.*

Señorías, se levanta la Comisión. Y, como siempre, si tienen que coger los vehículos para desplazarse, por favor, conduzcan con cuidado.

