

# DIARIO DE SESIONES D S P A

## DIARIO DE SESIONES



## PARLAMENTO DE ANDALUCÍA

### COMISIONES

Núm. 38

X LEGISLATURA

30 de julio de 2015

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

Sesión celebrada el jueves, 30 de julio de 2015

### ORDEN DEL DÍA

#### COMPARENCIAS

10-15/APC-000089. Comparecencia del Excmo. Sr. Consejero de Salud, a fin de informar sobre el desarrollo y evolución del Plan Andaluz de Atención Integrada a Pacientes con Enfermedades Crónicas, presentada por los Ilmos. Sres. D. Mario Jesús Jiménez Díaz, D. José Muñoz Sánchez, D. Francisco José Vargas Ramos, Dña. Adela Segura Martínez y Dña. María Jesús Serrano Jiménez, del G.P. Socialista.

10-15/APC-000091. Comparecencia del Excmo. Sr. Consejero de Salud, a fin de informar sobre el Plan Integral de Oncología de Andalucía, presentada por los Ilmos. Sres. D. Mario Jesús Jiménez Díaz, D. José Muñoz Sánchez, D. Francisco José Vargas Ramos y Dña. Adela Segura Martínez, del G.P. Socialista.

10-15/APC-000135. Comparecencia del Excmo. Sr. Consejero de Salud, a fin de informar sobre la aplicación del Plan Sanitario de Verano 2015 en la provincia de Sevilla, presentada por el G.P. Popular Andaluz.

## PREGUNTAS ORALES

10-15/POC-000007. Pregunta oral relativa a la subvención a proyectos de prevención de infección por VIH en 2015, formulada por la Ilma. Sra. Dña. Inmaculada Nieto Castro, del G.P. Izquierda Unida Los Verdes-Convocatoria por Andalucía.

10-15/POC-000008. Pregunta oral relativa a las carencias sanitarias en período estival en Zahara de los Atunes (Cádiz), formulada por la Ilma. Sra. Dña. Inmaculada Nieto Castro, del G.P. Izquierda Unida Los Verdes-Convocatoria por Andalucía.

10-15/POC-000017. Pregunta oral relativa al conflicto de los servicios de limpieza en los centros hospitalarios en Cádiz, formulada por la Ilma. Sra. Dña. Ana María Mestre García, del G.P. Popular Andaluz.

10-15/POC-000026. Pregunta oral relativa a la implantación de la indicación, por parte de enfermería, de medicamentos a pacientes con patologías crónicas, formulada por los Ilmos. Sres. D. Francisco José Vargas Ramos y Dña. Adela Segura Martínez, del G.P. Socialista.

10-15/POC-000045. Pregunta oral relativa a las condiciones del acuerdo marco del Servicio de Atención Temprana, formulada por la Ilma. Sra. Dña. Esperanza Gómez Corona, del G.P. Podemos Andalucía.

10-15/POC-000046. Pregunta oral relativa a los costes no cubiertos por la Administración en la Atención Temprana, formulada por la Ilma. Sra. Dña. Esperanza Gómez Corona, del G.P. Podemos Andalucía.

10-15/POC-000052. Pregunta oral relativa a la publicidad en cortes estadísticos, formulada por la Ilma. Sra. Dña. Marta Escrivá Torralva, del G.P. Ciudadanos.

10-15/POC-000054. Pregunta oral relativa a la mejora de posibilidades en la atención primaria, formulada por la Ilma. Sra. Dña. Marta Escrivá Torralva, del G.P. Ciudadanos.

10-15/POC-000056. Pregunta oral relativa a los medicamentos genéricos, formulada por la Ilma. Sra. Dña. Marta Escrivá Torralva, del G.P. Ciudadanos.

10-15/POC-000057. Pregunta oral relativa al concurso de productos farmacéuticos, formulada por la Ilma. Sra. Dña. Marta Escrivá Torralva, del G.P. Ciudadanos.

## PROPOSICIONES NO DE LEY

10-15/PNLC-000014. Proposición no de ley relativa a la apertura de las urgencias del chare de Alcalá la Real (Jaén), presentada por el G.P. Popular Andaluz.

## SUMARIO

Se abre la sesión a las nueve horas, treinta y cuatro minutos del día treinta de julio de dos mil quince.

### COMPARECENCIAS

10-15/APC-000089. Comparecencia del consejero de Salud, a fin de informar sobre el desarrollo y evolución del Plan Andaluz de Atención Integrada a Pacientes con Enfermedades Crónicas (pág. 6).

Intervienen:

D. Aquilino Alonso Miranda, consejero de Salud.

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

10-15/APC-000091. Comparecencia del consejero de Salud, a fin de informar sobre el Plan Integral de Oncología de Andalucía (pág. 13).

Intervienen:

D. Aquilino Alonso Miranda, consejero de Salud.

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

10-15/APC-000135. Comparecencia del consejero de Salud, a fin de informar sobre la aplicación del Plan Sanitario de Verano 2015 en la provincia de Sevilla (pág. 21).

Intervienen:

D. Aquilino Alonso Miranda, consejero de Salud.

D. Juan Francisco Bueno Navarro, del G.P. Popular Andaluz.

### PREGUNTAS ORALES

10-15/POC-000007. Pregunta oral relativa a la subvención a proyectos de prevención de infección por VIH en 2015 (pág. 29).

Intervienen:

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

D. Aquilino Alonso Miranda, consejero de Salud.

10-15/POC-000008. Pregunta oral relativa a las carencias sanitarias en periodo estival en Zahara de los Atunes (Cádiz) (pág. 31).

Intervienen:

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

D. Aquilino Alonso Miranda, consejero de Salud.

10-15/POC-000017. Pregunta oral relativa al conflicto de los servicios de limpieza en los centros hospitalarios en Cádiz (pág. 35).

Intervienen:

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

D. Aquilino Alonso Miranda, consejero de Salud.

10-15/POC-000026. Pregunta oral relativa a la implantación de la indicación, por parte de enfermería, de medicamentos a pacientes con patologías crónicas (pág. 39).

Intervienen:

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

D. Aquilino Alonso Miranda, consejero de Salud.

10-15/POC-000045 y 10-15/POC-000046. Preguntas orales relativas a las condiciones del acuerdo marco y los costes no cubiertos por la Administración del Servicio de Atención Temprana (pág. 43).

Intervienen:

Dña. Esperanza Gómez Corona, del G.P. Podemos Andalucía.

D. Aquilino Alonso Miranda, consejero de Salud.

10-15/POC-000052. Pregunta oral relativa a la publicidad en cortes estadísticos (pág. 49).

Intervienen:

Dña. Marta Escrivá Torralva, del G.P. Ciudadanos.

D. Aquilino Alonso Miranda, consejero de Salud.

10-15/POC-000054. Pregunta oral relativa a la mejora de posibilidades en la atención primaria (pág. 53).

Intervienen:

Dña. Marta Escrivá Torralva, del G.P. Ciudadanos.

D. Aquilino Alonso Miranda, consejero de Salud.

10-15/POC-000056. Pregunta oral relativa a los medicamentos genéricos (pág. 57).

Intervienen:

Dña. Marta Escrivá Torralva, del G.P. Ciudadanos.

D. Aquilino Alonso Miranda, consejero de Salud.

10-15/POC-000057. Pregunta oral relativa al concurso de productos farmacéuticos (pág. 60).

Intervienen:

Dña. Marta Escrivá Torralva, del G.P. Ciudadanos.

D. Aquilino Alonso Miranda, consejero de Salud.

### PROPOSICIONES NO DE LEY

10-15/PNLC-000014. Proposición no de ley relativa a apertura de las urgencias del chare de Alcalá la Real (Jaén) (pág. 64).

Intervienen:

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

Dña. Marta Escrivá Torralva, del G.P. Ciudadanos.

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

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

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

*Votación: aprobada por unanimidad.*

Se levanta la sesión a las trece horas, veintiséis minutos del día treinta de julio de dos mil quince.

## **10-15/APC-000089. Comparecencia del consejero de Salud, a fin de informar sobre el desarrollo y evolución del Plan Andaluz de Atención Integrada a Pacientes con Enfermedades Crónicas**

El señor GARCÍA ANGUIA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Bien. Nos indica el letrado que hay quórum, por tanto, empezamos cuanto antes la comisión, la comisión es una comisión larga y quiero informarles de que los grupos, los cinco grupos, están teniendo reuniones para determinar para toda la legislatura tanto las iniciativas como los tiempos que utilizaremos en las distintas comisiones. Como hasta el día de hoy no han llegado a un acuerdo, vamos a utilizar en esta comisión los tiempos que la Mesa de la comisión decidió el pasado día 22.

Por tanto, en cada iniciativa informaré. La primera..., como son las tres comparecencias, señor consejero, hay un plazo, una primera intervención de 15 minutos por parte del Gobierno, por parte del consejero de Salud. Una segunda intervención del grupo proponente, que son diez minutos, que puede utilizar siete y tres si quiere tener una segunda intervención. Y en función de que el grupo proponente tenga una o dos intervenciones habrá dos o tres del Gobierno. Es decir, si el grupo proponente quiere intervenir en dos plazos serían 15 minutos el consejero, 7 el proponente, 5 el consejero, 3 el proponente y un cierre de 3 minutos por parte del Gobierno. Si el grupo proponente interviene 10 minutos seguidos pues entonces la cerraría en esa segunda intervención el consejero de Salud.

Por tanto, empezamos con el primer punto del día, comparecencia del consejero de Salud a fin de informar sobre el desarrollo y evolución del Plan Andaluz de Atención Integrada para Pacientes con Enfermedades Crónicas. Tiene la palabra por 15 minutos el señor consejero.

El señor ALONSO MIRANDA, CONSEJERO DE SALUD

—Muchas gracias, gracias, presidente.

Señorías, en primer lugar, agradecer al Grupo Parlamentario Socialista la solicitud de esta comparecencia, como también la siguiente incluida en el orden del día de esta comisión sobre el Plan de Oncología, que nos permitirá plantear..., en dos problemas de salud importantes dar una visión global de cómo están en la actualidad en Andalucía.

Ambas nos van a permitir poner de manifiesto una de las estrategias más significativas de la Consejería de Salud, como son los abordajes de determinadas patologías a través de planes integrados. Estos planes constituyen un instrumento muy eficaz para dar respuesta desde distintas perspectivas a problemas de salud prevalentes que requieren un esfuerzo conjunto del sistema sanitario a fin de minimizar sus consecuencias sobre las personas afectadas y su entorno.

El sistema sanitario público andaluz tiene ya una amplia experiencia en el desarrollo de planes integrales, más de dos décadas, ello nos ha permitido alcanzar un grado muy significativo de coordinación entre los distintos niveles asistenciales para hacer frente a los retos y las demandas que plantean las patologías que abordamos en estos planes.

La cronicidad implica a todo el sistema sanitario, requiere de actuaciones que se reparten entre la atención primaria, las distintas especialidades, así como las personas cuidadoras que ocupan en este caso un papel determinante para la mejor calidad de vida de los pacientes.

Como saben, señorías, la enfermedad crónica, asociada al envejecimiento de la población, constituye, sin duda, uno de los problemas de salud pública más relevantes y uno de los retos de futuro, como ya plantemos en la primera comparecencia ante esta comisión. Nuestro país se encuentra entre los que cuentan con una población más envejecida del mundo, estimándose que en torno a 2050 pasaremos del 16% al 34% de población con más de 65 años. Pero no solo la cronicidad se presenta siempre asociada al envejecimiento, los factores de riesgo como el tabaquismo, el consumo excesivo de alcohol, la hipertensión arterial, la alimentación, la obesidad o la inactividad física son comunes a muchas enfermedades crónicas. En la actualidad las cuatro enfermedades crónicas que presentan mayor mortalidad son el cáncer, la enfermedad isquémica, la enfermedad cerebrovascular y la diabetes, como de todos es bien conocido.

En el caso de nuestra comunidad, una de cada dos personas adultas tiene enfermedad crónica, y nueve de cada diez de los mayores de 75 años. En torno a cien mil personas presentan pluripatología y casi medio millón de personas consumen más de cinco medicamentos de manera crónica.

En este sentido, hemos de tener en cuenta que el fin último de las intervenciones sobre el paciente pluripatológico es modificar el curso natural de sus enfermedades, demorando su progresión y mejorando su nivel de salud.

Por ello hemos planteado una intervención precoz sobre enfermos en una situación de fragilidad clínica desde los servicios de atención primaria.

Ante estos datos es evidente, señorías, que los sistemas sanitarios públicos han de articular estrategias para dar una respuesta a esta realidad. Debemos además hacerlo con todos los recursos disponibles, porque la enfermedad crónica y la pluripatología, por su propia naturaleza, necesitan una perspectiva global, que se alcanza desde una mirada interdisciplinar.

En Andalucía tenemos el marco adecuado para articular todas las acciones que venimos desarrollando en este sentido. Este marco no es otro que el IV Plan Andaluz de Salud, que nos señala entre sus objetivos prioritarios aumentar la esperanza de vida en buena salud, con la mirada puesta en proporcionar a las personas afectadas más autonomía y menos discapacidad. Ello requiere la colaboración estrecha entre los servicios sanitarios y sociales.

El Plan Andaluz de Atención Integrada a Pacientes con Enfermedades Crónicas, aprobado a finales de 2012, se orienta en esta dirección de coordinación de servicios y apuesta por un modelo de continuidad asistencial. Sin duda, para ello, el papel de la atención primaria es fundamental e imprescindible, como ya hemos comentado en varias ocasiones.

Como ya les anuncié, señorías, en mi comparecencia ante esta misma comisión para presentar las líneas estratégicas de esta legislatura, queremos promover el valor de la práctica clínica de los equipos de atención primaria, ya que deben liderar la atención integrada en el conjunto del sistema sanitario público de Andalucía, con especial prioridad a los pacientes subagudos y crónicos. Desde este nivel asistencial podemos articular la atención sanitaria y social, implicar a los servicios sociales comunitarios y priorizar la prevención.

Nuestros servicios de atención primaria, organizados en base a una red amplia de centros de salud y consultorios, son cercanos a los ciudadanos y cuentan con equipos profesionales de gran experiencia y cualificación; constituyen el escenario mejor con el que podríamos contar para articular esfuerzos entre la asistencia médica, la enfermería y el trabajo social.

Este enfoque multidisciplinar es el que permite obtener los niveles más satisfactorios de calidad y sostenibilidad de la estrategia para afrontar los problemas de la cronicidad y el envejecimiento. La Comisión Europea así lo ha reconocido, considerando a nuestra comunidad como región de referencia en el envejecimiento activo, otorgándonos la máxima puntuación, tres estrellas.

Pero además en Andalucía contamos con otra herramienta esencial para abordar estos problemas, como son los procesos asistenciales integrados. Así, el proceso de atención al paciente pluripatológico, que se puso en marcha en 2002, fue una de las herramientas, de las primeras herramientas..., de las primeras apuestas que comprometimos para dar una respuesta asistencial integrada. En la actualidad ya contamos con 44 procesos asistenciales vinculados a la atención de la cronicidad. Los procesos asistenciales integrados nacieron por la necesidad de disminuir la variabilidad en la práctica clínica, garantizar la continuidad asistencial y, sobre todo, para lograr que los ciudadanos y ciudadanas reciban un servicio personalizado y de calidad que responda a las necesidades y expectativas, lo que adquiere especial importancia cuando se trata de personas con padecimientos crónicos.

Concretamente hasta junio de 2015, los pacientes incluidos en atención primaria, en el proceso asistencial integrado de pacientes pluripatológicos, son 85.555, de los cuales 46.835, están identificados..., tenemos identificado en este caso al cuidador o cuidadora principal, que, como comentaba anteriormente, es muy importante en los pacientes crónicos y pluripatológicos.

Complementariamente a estos instrumentos, nuestra comunidad ocupa una posición ventajosa en el uso y la aplicación a la salud de las tecnologías, siendo también considerada en el marco de la Unión Europea como una región de referencia.

La extensión de la aplicación informática Diraya, y asociada a ella la historia de salud digital, ha permitido avances como la receta electrónica y la conexión directa para la gestión de pruebas analíticas o imágenes, que tiene una incidencia directa para facilitar la vida a las personas con enfermedades crónicas y de las personas que las cuidan.

Muy relevantes son también los beneficios que los pacientes crónicos reciben de Salud Responde. Gracias al seguimiento telefónico de pacientes frágiles, la telemedicina, los cuidados paliativos o la cita previa en atención primaria, lo que facilita la continuidad asistencial.

Las personas adscritas al servicio de teleasistencia en nuestra comunidad pueden acceder a todos los servicios a través del botón rojo, que les permite recibir una atención rápida y muy resolutive. La red de teleasistencia de Andalucía es en la actualidad la más extensa de Europa.

Y, desde un punto de vista de la gestión del conocimiento, contamos también en nuestra comunidad con una herramienta para la formación extensiva y el intercambio de conocimiento entre personas y organizaciones de todo el mundo interesadas en la atención pluripatológica y las enfermedades crónicas complejas. Me estoy refiriendo, señorías, al Observatorio de Prácticas Innovadoras en el Manejo de las Enfermedades Crónicas Complejas. Se trata de un proyecto promovido en 2007 por la Consejería de Sa-

lud que está basado en recursos innovadores de redes sociales de fácil utilización. Con ello se permite crear y proponer la publicación de documentos, y en la actualidad enlaza a más de 1.350 profesionales de más de 30 países, incluyendo más de 270 prácticas y con enlaces a 2.500 contenidos de interés para clínicos, pacientes y cuidadores.

Y quisiera cerrar esta primera intervención haciendo referencia a lo que considero el núcleo esencial de la atención a los problemas de cronicidad asociados al envejecimiento, que es el trabajo de los profesionales. En nuestra comunidad contamos con unos profesionales de excelencia que sostienen la calidad de nuestro sistema sanitario y gozan de una absoluta confianza de los ciudadanos, ofreciendo las mejores respuestas en cada situación. Este es el caso del papel fundamental que corresponde a la enfermería de atención primaria. Una atención cercana y de proximidad en colaboración con todo el equipo de atención primaria y que, con la prescripción enfermera y la gestión de casos implantados en nuestra comunidad, facilita de manera determinante la vida de los pacientes y de los cuidadores y cuidadoras.

Señorías, para nuestro sistema sanitario público, este conjunto de instrumentos que les he mencionado en atención a los problemas de salud derivados de la cronicidad, además de los beneficios que reportan a los pacientes significa un cambio de modelo en la atención sanitaria. Un modelo en que la coordinación entre los distintos niveles asistenciales y el protagonismo de los propios pacientes, como es el caso de la ayuda mutua y de la Escuela de Pacientes, configuran una nueva forma de hacer que nos está permitiendo dar respuestas integrales a los problemas más relevantes de salud de la población andaluza.

Y en este sentido, y para concluir, indicarles que las actuaciones prioritarias previstas en el Plan de Atención Integrada a los Pacientes con Enfermedades Crónicas para 2016 se marcan en las siguientes líneas estratégicas: asegurar el liderazgo de la atención primaria en la atención a estos pacientes, reforzando el protagonismo del equipo médico y de enfermería en atención familiar y comunitaria y el trabajo social; consolidar el modelo de atención compartida entre atención primaria y hospitalaria; desarrollar un modelo de integración sociosanitaria para responder a las necesidades de cuidados de las personas con problemas crónicos de salud; desarrollar el plan en el marco de la gestión clínica; evaluar las intervenciones y resultados en salud; afrontar los determinantes de la enfermedad crónica, y, por último, promocionar en estos pacientes el uso adecuado del medicamento.

Señorías, el plan al que hoy nos estamos refiriendo en este debate no es un plan de enfermedades sino de personas y de pacientes, ya que incide directamente sobre cada uno de los afectados, personalizando la atención y priorizando en cada caso las actuaciones necesarias, siendo la persona enferma el centro y el eje del mismo.

Muchas gracias.

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

—Muchas gracias, señor consejero.

Tiene el portavoz del grupo proponente, Partido Socialista, siete minutos, únicamente siete minutos para contestar.

La señora VARGAS RAMOS

—Muchas gracias, señor presidente.

Gracias, señor consejero, por la información que nos ha facilitado. Y quiero felicitar a usted y a su consejería porque cada día se evidencia más el reto que la Consejería de Salud se marcó hace más de dos décadas, y es que la puesta en marcha de los distintos planes de calidad ha supuesto un cambio estratégico en el sistema sanitario público andaluz, orientándolo hacia el ciudadano, hacia las personas, como eje vertebrador de este sistema. Y prueba de esto es el plan del que nos ha hablado.

Y comparto con usted la necesidad de este plan, por un lado, debido a las perspectivas para el futuro, con el envejecimiento natural de la población, con esa tasa en el año 2050 que pasaría al 34%, que sería la población europea más envejecida del mundo, y el aumento de esas enfermedades crónicas en los últimos años. Y, por otro lado, ante estos hechos, que nuestro sistema sanitario adapte todos los recursos disponibles y los reoriente para ofrecer una atención integral a estos pacientes que padecen este tipo de enfermedades.

Como bien se ha dicho, las perspectivas para el futuro son ese aumento de las enfermedades crónicas o, mejor dicho, de la cronicidad de las enfermedades, y, por lo tanto, será la causa de muerte en el 75% de las personas en el año 2020. Hecho este más que justificativo para la puesta en funcionamiento de este plan. Pero, además, a nivel demográfico hay un aumento de la esperanza de vida debido a las mejores condiciones y a la mejora de la calidad de vida que disfrutamos en la sociedad actual. Y es que, por lo que se traduce, hay un cambio de patrón en las enfermedades más frecuentes que causan las situaciones invalidantes y hace que sean porcentualmente la principal causa de muerte en nuestra sociedad. Y a consecuencia de todo esto es evidente que hay un cambio en las necesidades de los cuidados de salud.

Por otro lado, está —y bajo mi punto de vista, y creo que lo podemos compartir todos los miembros de esta comisión—..., es la necesidad, casi continua, casi permanente, que tienen los sistemas sanitarios de renovarse, de nuevas orientaciones en la organización, a la funcionalidad y a la adaptación a los retos que se van planteando en función de un entorno que va cambiando. Y yo diría, señorías, que se debe fundamentalmente a la evolución en la demanda de los servicios, fruto de elementos tan objetivos como el que hemos hablado en ese envejecimiento de la población, o a la nueva oferta de prestaciones sanitarias, sobre todo con la incorporación de las nuevas tecnologías, que permiten adaptar a otra forma de poder atender a los pacientes; así como también a los avances del conocimiento, que permiten incorporar nuevas disciplinas y nuevas técnicas para profundizar en el diagnóstico y en el tratamiento de determinadas enfermedades.

Y es por lo que el panorama que se encuentra Andalucía en este siglo XXI, y en concreto en este sistema sanitario público andaluz, es afrontar las necesidades generadas por los cambios demográficos y cambios sociales en el marco..., en un marco de restricciones presupuestarias por un gobierno central y con unas pretensiones claramente de mercantilizar la salud.

Y comparto con usted la necesidad de este plan, que es un instrumento muy eficaz para dar respuesta desde distintos niveles asistenciales a problemas de salud como el de la cronicidad, haciendo un esfuerzo conjunto del sistema sanitario, un sistema sanitario público andaluz con una amplia experiencia de planes y de estrategias innovadoras y pioneras que hacen que el Plan Andaluz de Atención Integrada a Pacientes con Enfermedades Crónicas sea una estrategia complementaria unificadora, con el objetivo que alinear los distin-

tos esfuerzos realizados en los diferentes planes y en las diferentes estrategias del sistema sanitario andaluz. Un plan que ha sido recomendada su puesta en marcha por un gran número de organismos tanto nacionales como internacionales, de instituciones, de sociedades científicas y con un consenso unánime durante la Declaración de Sevilla, en la que se instaba a todas las comunidades autónomas a la realización de planes para afrontar los problemas planteados por la atención a las enfermedades crónicas.

Este plan nos parece un instrumento amplio, un instrumento ambicioso e innovador, en algunos aspectos, que supone un cambio de modelo en la asistencia sanitaria y que deja bien clara la relevancia que debe tener la atención primaria como ese primer escalafón en la asistencia sanitaria y que coincide plenamente con las prioridades e hitos marcados por su consejería para esta legislatura.

Y algo que me gustaría destacar de su intervención, que coincido con usted, y que es uno de los pilares o cimientos de este plan, que es el trabajo de los profesionales, a su implicación y a su complicitad, como magníficos y cualificados profesionales que son, para que todos estos planes y todas estas estrategias que se ponen en funcionamiento en nuestro sistema sanitario público andaluz tengan éxito o, simplemente, funcionen y cumplan su objetivo de puesta en marcha. Porque el modelo de atención primaria en Andalucía es relativamente joven, en comparación a otros niveles de atención sanitaria, como el hospitalario, pero ha sabido ganarse su reconocimiento y estima por toda la ciudadanía y, en concreto y en particular, por los pacientes y sus familias.

En definitiva, el hecho de poder contar con unos magníficos equipos de atención primaria, de forma multidisciplinar, con profesionales de medicina, de enfermería, y trabajadores sociales, es el escenario perfecto para que la coordinación en los diferentes problemas de salud sea posible con las máximas garantías de éxito de dicho plan.

Y otro aspecto clave que no quiero dejar de pasar es la utilización de las nuevas tecnologías, puesto que nos encontramos en el siglo XXI, en el cual las tecnologías son la base de cualquier trabajo, y nos parece imprescindible para el sistema sanitario andaluz.

Pero, como bien ha dicho usted, señor consejero, en esto jugamos con ventaja por el uso y por el número de aplicaciones tecnológicas utilizadas en nuestro sistema sanitario público andaluz, que incluso han hecho que nuestra comunidad autónoma haya sido considerada una región de referencia por la Unión Europea.

Para acabar mi intervención, referirme al papel que adquiere el paciente, como un actor más de este plan, y su implicación para avanzar en la capacidad de adaptarse y autogestionarse frente a los cambios físicos, a los cambios mentales y a los cambios sociales que le afectarán por su enfermedad crónica. En definitiva, este plan persigue entre sus objetivos que el paciente, como eje central de nuestro sistema sanitario, sea un paciente informado, sea un paciente activo y comprometido, y que asuma el control compartido de su enfermedad con los profesionales.

Muchas gracias.

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

—Muchas gracias, señor Vargas.

Señor consejero, para terminar, tiene cinco minutos.

El señor ALONSO MIRANDA, CONSEJERO DE SALUD

—Muchas gracias.

Gracias, señoría.

Como comentaba al principio, nos da una oportunidad de hablar de la cronicidad, que ya comentamos en la primera sesión en esta comisión que la cronicidad va a ser el reto del futuro, y lo comentaba también durante mi intervención. Y el reto del futuro significa que tenemos que adaptar el sistema sanitario para la situación de envejecimiento de la población que se nos presenta. Y es un plan que va dirigido, como comentaba antes, a las personas y a sus cuidadores, no es un plan que va dirigido a la enfermedad o al tratamiento de la enfermedad. Estamos hablando de pacientes crónicos que, a lo largo de la vida, que, afortunadamente, como comentaba el portavoz del Partido Socialista, a lo largo..., la esperanza de vida va creciendo, y nosotros tenemos que dar respuesta a esa atención a los pacientes para que vivan con la mayor calidad de vida posible con su enfermedad crónica.

Planteaba otra cosa que yo quisiera recordar, y es con relación a las nuevas tecnologías. Las nuevas tecnologías, en el caso de los tratamientos de enfermedades crónicas, son una oportunidad, son una oportunidad y están abriendo continuamente nuevas expectativas y nuevas perspectivas, desde el punto de vista de que, con el paso del tiempo, posiblemente muchos de los controles que se hacen a nivel de los centros sanitarios se podrán hacer, incluso, en el domicilio. Por eso, los planes integrales, y este plan en concreto, deben estar en continua evaluación, y analizar y adaptarlos a la situación y a las nuevas tecnologías en todo momento.

Por otro lado, yo creo que hay una cosa que hay que tener..., que tiene mucha importancia y que, por muchas veces que lo planteamos, se nos olvida con frecuencia. En el caso, sobre todo, de las enfermedades crónicas, no solo es importante el tratamiento, es importante la prevención. Por eso el papel preponderante que tienen que tener los equipos de atención primaria. Pero no solo... La prevención empieza en la edad infantil, y eso lo tenemos que tratar desde donde debe hacerse, que es desde la medicina de familia, que es, como en muchas ocasiones ya he comentado, donde el ciudadano está en contacto con su entorno.

Y eso nos lleva a la otra parte importante, que son los hábitos de vida saludables. Los hábitos de vida saludables son algo vital, es vital en todas las formas de enfermar, pero es mucho más vital cuando estamos hablando de enfermedades crónicas. Un paciente con enfermedad crónica tiene su enfermedad, pero con un hábito de vida saludable su calidad de vida va a ser mucho mejor. Y eso debemos tenerlo en cuenta y eso se contempla en el plan.

Por todo ello y por la oportunidad de plantearlo, una vez más, le vuelvo a dar las gracias por su pregunta, que nos ha permitido manifestar cuál es nuestro objetivo sobre la atención a los pacientes crónicos y manifestar que es una prioridad y, además, vuelvo a decirlo, el reto de la sanidad en el futuro.

Muchas gracias.

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señor consejero.

## 10-15/APC-000091. Comparecencia del consejero de Salud, a fin de informar sobre el Plan Integral de Oncología de Andalucía

El señor GARCÍA ANGUIA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Pasamos a la segunda solicitud de comparecencia, también del Grupo Parlamentario Socialista, a fin de que el consejero informe sobre el Plan Integral de Oncología de Andalucía.

Tiene la palabra el consejero por quince minutos.

El señor ALONSO MIRANDA, CONSEJERO DE SALUD

—Muchas gracias, presidente.

Afortunadamente, este plan está muy relacionado con el anterior, y lo digo porque, afortunadamente, gracias a los avances que se han producido en los últimos tiempos, cuando estamos hablando de problemas oncológicos cada vez estamos hablando también más de cronicidad, de curación o de cronicidad, lo cual creo que es para estar todos contentos.

El Plan Integral de Oncología es el conjunto de estrategias diseñadas para el abordaje de la patología oncológica en Andalucía. Unas estrategias que están implantadas en todas las instituciones del sistema sanitario público de Andalucía cuando se hace referencia a las estrategias asistenciales, y en toda la comunidad andaluza cuando se hace referencia a las estrategias generales o poblacionales.

Los principales objetivos son mejorar la información; diseñar las estrategias más eficaces para que el cáncer afecte al menor número de personas posible; garantizar que aquellas personas que lo desarrollen tengan un diagnóstico rápido y fiable; propiciar que pacientes y familiares tengan la mejor calidad de vida posible, garantizando una atención integral; promover la investigación cooperativa y traslacional sobre el cáncer; conseguir unos sistemas de información que permitan un conocimiento de la situación más exacto y posibiliten el análisis y la evaluación de los resultados.

Para la consecución de estos objetivos se ha desarrollado una serie de líneas estratégicas: En lo que se refiere a la comunicación e información, elaboración de documentos informativos de tipo general para el paciente y también para los familiares con cáncer; un código de buenas prácticas en comunicación; un portal con conocimiento..., donde especialistas de estas y otras áreas de la medicina del sistema sanitario público de Andalucía puedan encontrar, compartir y generar información de conocimiento.

Es especialmente útil la difusión e información relevante para la mejora de la calidad asistencial, con protocolos de patologías, documentos generados por el propio plan estratégico o estrategias más generales, como los procesos asistenciales integrados. También, documentos para la toma de decisiones compartidas, relativos al tratamiento quirúrgico del cáncer de mama y de próstata.

Y también un documento de prevención del cáncer que sigue las recomendaciones del decálogo europeo contra el cáncer, en él se hace mención constante al impacto directo de la reducción de la incidencia del cáncer con determinadas pautas de vida saludables, como comentábamos antes.

Desde la Consejería de Salud se elaboraron vídeos informativos centrados en la reducción de la incidencia del cáncer en relación con la retirada del tabaquismo, el consumo de alcohol, el uso de una dieta equilibrada, las ventajas del ejercicio, evitar el sobrepeso y la exposición extrema al sol. Estas guías informativas... También se han desarrollado guías informativas con relación al cáncer de mama y de colon, guías como «Vivir con una ostomía», o guía informativa para pacientes de quimioterapia y radioterapia.

Como comentábamos, en una enfermedad como esta es importante la información, y, como saben todos ustedes, suele generar mucha ansiedad en quien lo parece y en quien rodea al que lo parece. Y todos tenemos ejemplos cercanos. Por eso, tan importante es la comunicación y los consejos sanitarios en oncología.

Por tanto, en colaboración con Salud Responde se ha incluido en el programa de consejo sanitario la información relacionada con el cáncer. El objetivo ha sido doble: proporcionar información general relacionada con el cáncer, pero también poder resolver las dudas relacionadas con la toxicidad de los tratamientos, en horarios donde no es fácil contactar con sus servicios de referencia. Partiendo de la base de datos de Salud Responde y contrastándola con las necesidades de grupos de pacientes, se ha elaborado un documento que engloba tanto las respuestas a dar por el personal de sala como el argumentario para el personal sanitario.

Pero, como comentaba antes, lo más importante en el cáncer sería la prevención primaria. Aprovechando el nuevo enfoque de los procesos asistenciales integrados, se han incluido medidas de promoción de la salud, especialmente la deshabituación tabáquica y las recomendaciones para evitar el tabaquismo pasivo.

Colaboración específica con el Plan Integral de Tabaquismo de Andalucía y el Plan de Actividad Física y Alimentación Equilibrada en la difusión de medidas de prevención, promoción de la salud y atención al tabaquismo en el ámbito asistencial.

Difusión en el ámbito asistencial de oncología del documento «Prevención del cáncer».

Vacunación contra el papiloma..., vacunación contra el virus del papiloma humano. El cáncer de cuello uterino tiene en Andalucía una prevalencia muy inferior al del resto de Europa causando unos 100 a 105 fallecidos al año en nuestro medio. Tiene una etiología infecciosa relacionada con determinado genotipo del virus del papiloma humano, especialmente los tipos 16 y 18, que son responsables del 70% de los cánceres de cuello uterino. Ante una recomendación de vacunación universal, la estrategia que garantiza una óptima efectividad es la vacunación de niñas antes del inicio de la actividad sexual. A partir del año 2008, se inició en nuestra comunidad la vacunación de las niñas que cumplen 14 años a lo largo del año.

También hay actividades en prevención secundaria que se recogen en el plan: el diagnóstico precoz. El diagnóstico precoz —como comentábamos también antes— es importante para el tratamiento de las enfermedades oncológicas. En la actualidad hay tres cánceres en los que distintas sociedades científicas y organizaciones sanitarias están haciendo recomendaciones de realizar cribados masivos; estos son mama, cuello de útero y colon y recto. El grado de evidencia científica y el nivel de implementación y orientación del cribado son muy distintos en cada uno de estos tres cánceres. En las tres localizaciones neoplásicas se conoce..., por su historia natural, la detección precoz y el tratamiento posterior de la enfermedad, podrían mejorar sustancialmente el pronóstico. Señorías, nuestra apuesta por seguir mejorando la supervivencia de este grupo de enfermedades se plasma en los programas de detección precoz del cáncer de mama y cérvix, y desde 2014 el del cáncer de colon. Este último se ha iniciado en Sevilla y se extenderá en breve a Córdoba, para seguir con una implantación progresiva al resto de provincias. El programa de consejo genético en cáncer de mama es la última iniciativa impulsada en esta línea.

A continuación, voy a comentarles cómo está la situación de los cribados oncológicos en Andalucía. En Andalucía el programa de detección precoz del cáncer de mama comenzó en el año 1995 alcanzando el 100% de accesibilidad en el 2006. El cribado de cáncer de mama es un cribado poblacional dirigido a todas las mujeres residentes en nuestros municipios, independientemente de su pertenencia o no al sistema sanitario público andaluz. En la actualidad existen 58 unidades de exploración mamográfica, de las que el 91,4% ya son digitales. Hasta junio de 2014 se citaron 1.181.698 mujeres de las que se exploraron 974.005, una tasa de participación alta, que es del 82,42%. En estas exploraciones se detectaron 9.287 cánceres con una tasa de detección de 9,5 por 1.000 mujeres exploradas.

En el cribado del cáncer de cérvix, es un cribado de tipo oportunista, una fórmula diferente; es decir, que se aprovecha el contacto de la mujer con el sistema sanitario para ofrecerle la realización de la citología, y el ámbito de realización de la prueba es atención primaria, planificación familiar y también atención especializada. Se hace mediante la solicitud de una revisión ginecológica por parte de la mujer, del médico de familia o del ginecólogo.

La citología es la técnica de elección, y la periodicidad de las citologías recomendada es cada tres años después de dos citologías normales. Está dirigido a mujeres entre 25 y 65 años, y la participación estimada es del 64%.

En tercer lugar, hablamos del cribado de cáncer colorrectal. En Andalucía comenzó en una primera fase el pilotaje en junio de 2014, en un municipio, Mairena del Alcor, de Sevilla. Se trata de un programa poblacional dirigido a todas las personas con edades comprendidas entre los 50 y los 69 años. La prueba consiste en un test de sangre oculta en heces con una posterior colonoscopia para los que resulten positivos. A lo largo de 2015 se está incorporando progresivamente un centro de salud de cada una de las provincias andaluzas con una población total prevista de 40.000 personas. Hasta la fecha ha comenzado en Córdoba y se están haciendo todos los preparativos de presentación del programa a directivos y formación de profesionales implicados en todas las provincias, con el objeto de tener cubierto a final de año el objetivo.

Atención a los pacientes con cáncer. Viene recogido en el plan estratégico la elaboración e implantación de los procesos asistenciales integrados de los tumores más prevalentes y áreas relacionadas. Así tenemos el cáncer de mama, el cáncer de cérvix, el cáncer de próstata, el cáncer de cabeza y cuello, cáncer de piel, cáncer de colon, cáncer de pulmón, cuidados paliativos.

La organización de la comisión asistencial, con representantes de los 15 hospitales que prestan atención oncológica. Esta comisión ha realizado una evaluación de la calidad asistencial mediante dos encuestas y auditorías de historias clínicas. Asimismo han llevado a cabo un consenso de documentos básicos sobre el comité de tumores, seguimiento mínimo y la historia clínica única, y una encuesta de calidad con análisis de puntos críticos.

La implantación de unidades de tratamiento quimioterápico en hospitales comarcales. Actualmente en todos los hospitales comarcales del SAS están implantadas las unidades de tratamiento quimioterápico, con el objetivo de acercar el tratamiento al lugar donde viven los pacientes.

Equipamiento de radioterapia. Previo al plan existían 2,7 unidades de radioterapia externa por millón de habitantes y 0,4 de braquiterapia por millón de habitantes. Se realizó una planificación estratégica tras el análisis de necesidades en función de la población y necesidades geográficas. Han sido sustituidas todas las unidades de cobalto por aceleradores lineales y existe al menos una unidad de braquiterapia por provincia.

Actualmente la tasa de aceleradores por millón de habitantes es de 3,5 —hablando solo de unidades públicas— y 4,3 si cogemos públicas y privadas. Se está trabajando en un nuevo programa de adecuación de alta tecnología en radioterapia.

En la actualidad los hospitales públicos cuentan con un total de 29 aceleradores lineales de electrones. Asimismo, la Junta ha instalado nueve equipos de braquiterapia de alta tasa, un tratamiento que se suele aplicar de forma ambulatoria en los tumores de cérvix, esófago, pulmones, mama, próstata, entre otras localizaciones tumorales.

En cuanto a los TAC, hay 91 equipos en toda Andalucía, 34 resonancias magnéticas y 34 gammacámaras. En este equipamiento se han invertido más de 98 millones de euros desde 2002, momento en el que comenzó el primer plan de alta tecnología médica.

La implantación de unidades de gestión clínica oncológica. Se ha promovido el desarrollo de una asistencia oncológica integrada, aglutinando en unidades de gestión clínica al menos a las especialidades más implicadas en el manejo del paciente oncológico, como son la oncología médica y la oncología radioterápica. Actualmente la totalidad de los hospitales que prestan asistencia oncológica tiene constituida una unidad de gestión clínica integral.

La implementación de técnicas de biopsia selectiva de ganglio centinela con cobertura del 100% de las mujeres en las que está indicado.

La implementación del consejo genético. Actualmente todos los hospitales de nivel 1 y algunos de nivel 2 realizan abordaje del cáncer hereditario en sus dos vertientes: solicitud de test de susceptibilidad genética y consejo genético oncológico.

La atención centralizada al cáncer infantil. Los cánceres infantiles son tumores raros por definición. En estas circunstancias, las recomendaciones nacionales e internacionales establecen la atención centralizada en centros donde la concentración de pacientes permita desarrollar suficiente experiencia para garantizar la calidad de la atención. Actualmente, el 70% de los niños se atienden en dos hospitales: Virgen del Rocío y Regional de Málaga, atendiendo a lo que comentábamos anteriormente, a tener los equipos preparados y garantizar la mejor atención a la población infantil.

Pero tanto equipamiento no sería nada sin los profesionales, como comentábamos anteriormente, que trabajan en su manejo, en su indicación terapéutica o diagnóstica. En Andalucía trabajan casi 500 profesionales especializados en cáncer, una plantilla que ha aumentado en el último año en un 3,8%. A todo esto hay que añadir los profesionales de enfermería de planta también, que son personal imprescindible para el tratamiento de estos pacientes, los profesionales de cuidados paliativos, de radiodiagnóstico, de medicina nuclear, cirugía oncológica de laboratorios y médicos de atención primaria, que, como comentábamos antes, son no solo la puerta de entrada sino el eje vertebrador de la atención sanitaria.

Durante 2014 los profesionales de la sanidad pública andaluza han atendido 448.719 consultas de oncología médica y radioterápica y han realizado 173.239 sesiones de quimioterapia y 248.553 de radioterapia. No quiero cansarles con números, pero era un poco para que se hagan una idea de cuál es la actividad asistencial en el plan oncológico.

Por otro lado, como comentábamos anteriormente, la participación ciudadana es muy importante. Para dar respuesta a las dudas y preguntas que puedan tener los andaluces y los pacientes y familiares en con-

creto, se creó un foro de pacientes con cáncer. Los andaluces tienen a su disposición, desde el año 2010 este foro, a través del que pueden formular a especialistas en oncología sus dudas sobre la enfermedad. El objetivo de este foro es crear un espacio compartido entre pacientes, familiares, ciudadanos y profesionales que ayude a mejorar la información respecto al cáncer. Este foro ha tenido reconocimiento tanto nacional como internacional y, sobre todo, el reconocimiento más importante, que es por parte de los pacientes, que han tenido respuesta en breve tiempo a aquellas preguntas que de verdad, en una enfermedad como esta, les angustian.

Así, el número de visitas que ha recibido el foro desde su puesta en marcha son seis millones y tiene más de 24.000 usuarios registrados. Esta iniciativa recibió este año el reconocimiento de buena práctica del Sistema Nacional de Salud.

Pero todo esto tiene que completarse con otra de las líneas estratégicas que planteó la consejería, y es la investigación. En investigación, el sistema sanitario público cuenta con 795 investigadores que trabajan en el área del cáncer, distribuidos en un total de 43 grupos de centros sanitarios e instituciones de investigación. Más del 60% pertenecen al Instituto Maimónides de Córdoba y al Instituto de Biomedicina de Sevilla.

Desde 2010 se han concedido más de 150 ayudas relacionadas con el cáncer para la investigación. Y la financiación conseguida por estos profesionales, tanto desde la Junta de Andalucía como del Fondo de Investigación Sanitaria, conocido como FIS, y de convocatorias europeas, supera 7,5 millones de euros. En este mismo periodo se han iniciado más de 690 ensayos clínicos relacionados...

## El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Señor consejero, debe ir terminando.

## El señor ALONSO MIRANDA, CONSEJERO DE SALUD

—Muy bien, muchas gracias.

Simplemente, destacar lo importante que para los sistemas de información es la historia digital, que se ha implantado en Andalucía ya en todos los ámbitos.

Muchas gracias.

## El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señor consejero.

El Grupo Socialista tiene la palabra, señor Ferrera Limón, por siete minutos.

## El señor FERRERA LIMÓN

—*[Intervención no registrada.]*

... que nos ha proporcionado sobre los aspectos relacionados con el Plan Oncológico de Andalucía.

El Grupo Parlamentario Socialista ha querido traer a esta comisión dos comparecencias sobre planes integrales, uno para pacientes con enfermedades crónicas, y otro oncológico, porque entendemos que son instrumentos de planificación que han venido a demostrar, desde hace ya varios años, su eficacia y su operatividad para abordar estas patologías.

Y hemos empezado con dos procesos que, sin duda, constituyen los grupos de patología más prevalentes, como son todos los procesos pluripatológicos y las enfermedades oncológicas. Para este grupo es una garantía, desde el punto de vista asistencial, que la Consejería de Salud tenga acumulada esa gran experiencia en la elaboración y ejecución de planes integrales, porque también entendemos y coincidimos con el criterio de la consejería de que la mejor forma de abordar estos problemas de salud es desde la perspectiva global, multidisciplinar e integral.

A nuestro criterio, los objetivos del plan responden perfectamente a las necesidades de los pacientes oncológicos. El primer objetivo que usted ha señalado, señor consejero, es mejorar la información sobre los procesos oncológicos. Nos parece de una gran importancia, porque, en la medida en la que la sociedad vaya conociendo con más precisión los factores de riesgo que pueden provocar estas patologías, se estará actuando contra ellas en una mayor prevención.

La información es la mejor forma de participación de la ciudadanía en la toma de decisiones sobre su propia salud, y la consejería tiene también una práctica ya consolidada en abrir cauces de participación donde cada vez haya más implicación con el sistema sanitario.

Como ha indicado, señor consejero, el foro de pacientes de cáncer se ha convertido en una plataforma de gran utilidad para que los pacientes puedan intercambiar sus experiencias personales, compartir su lucha contra las enfermedades y sentirse protagonistas de su propio proceso asistencial, acompañados por el sistema sanitario público.

Nos parece significativo el número de visitas que este foro ha recibido desde su creación, lo que indica que representa un instrumento muy eficaz para los pacientes afectados que, sin duda, necesitan contar con estos espacios compartidos. Prueba de la importancia de esta iniciativa es el reconocimiento recibido por parte del Sistema Nacional de Salud como buenas prácticas.

Otro de los objetivos que contempla este plan es garantizar a las personas afectadas por un proceso oncológico la disponibilidad de un diagnóstico rápido y preciso sobre la naturaleza de su afección, así como los tratamientos y cuidados que sean más convenientes en cada caso.

Entendemos también que para los afectados el cumplimiento de este objetivo es prioritario, ya que la inquietud asociada al desconocimiento de cuál es su patología, de su patología concreta, no ayuda a afrontarla de la mejor manera, y la propia ansiedad que generan estas situaciones no ayuda a la curación.

Los andaluces cada vez estamos más orgullosos de contar con un sistema sanitario público que se encuentra a la vanguardia de la investigación biomédica y de la traslación de estos conocimientos a la práctica clínica, y, por tanto, la curación de enfermedades, que es el objetivo principal de todo sistema sanitario.

Ya hemos tenido ocasión, en las últimas comparecencias del señor consejero en esta Cámara, de conocer la inversión y los principales proyectos que la Consejería de Salud está desarrollando y la trascendencia de los mismos, por tanto, del número de investigadores implicados, así como por el nivel científico de las investigaciones y su aplicación a la medicina.

Así, nos parece un dato significativo que los 795 investigadores a los que antes hacía referencia, señor consejero, estén trabajando en la actualidad en las áreas del conocimiento del cáncer —formado, como usted también comentaba antes, en esos 43 grupos de trabajo—, y que hayan realizado unos 690 ensayos clínicos. Nos parecen unos datos esperanzadores para el futuro saber que el sistema sanitario público andaluz mantiene el impulso investigador, porque confiamos en el potencial de nuestros investigadores y en la capacidad de generar conocimiento sobre la enfermedad y, por tanto, acercarnos más a su curación.

Nuestra comunidad fue pionera en la elaboración de procesos asistenciales integrados, que luego han sido también planteados por otras comunidades en el conjunto del Sistema Nacional de Salud. Una prueba más de que Andalucía lidera el impulso asistencial sanitario, concebido como un conjunto de acciones coordinadas en equipos multidisciplinares que permiten una visión amplia de cada una de las patologías a las que atienden estos procesos.

Para la atención de los pacientes de cáncer, nuestra comunidad también cuenta con unos dispositivos concretos, que se traducen en equipamientos distribuidos por toda la geografía andaluza y que permiten que los ciudadanos afectados tengan a su disposición las tecnologías más avanzadas para sus tratamientos.

Como usted comentaba, señor consejero, se han sustituido todas las unidades de cobalto por aceleradores lineales, y cada una de las provincias cuenta con una unidad de braquiterapia. En cuanto a la presencia de aceleradores lineales, disponemos en Andalucía de 29 en el sistema sanitario público y los 91 TAC que permiten la atención adecuada a la población de la comunidad. También nos parece, señor consejero, un acierto la implantación de las unidades de gestión clínica oncológica, ya que facilitan la asistencia oncológica integral, y en ellas se coordinan las especialidades médicas en el tratamiento de estas patologías.

Y quisiera cerrar esta intervención, en nombre del Grupo Parlamentario Socialista, corroborando lo que el señor consejero ha manifestado sobre los profesionales que trabajan en todas las áreas asistenciales y clínicas relacionadas con el cáncer, destacando su gran profesionalidad y humanidad. Sin duda, son el alma del sistema sanitario público, y en el caso de estas patologías su labor y experiencia es fundamental para ayudar a los pacientes a superar sus problemas de salud.

Ya no me queda más, señor consejero, que agradecer su comparecencia y animarle desde el Grupo Socialista a seguir trabajando en la línea que lo están haciendo desde la consejería, y situando siempre al ciudadano en el centro del sistema sanitario público de Andalucía.

Muchas gracias.

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

—Muy bien. Muchas gracias, señor Ferrera.

Tiene la palabra para el cierre por cinco minutos el señor consejero.

### El señor ALONSO MIRANDA, CONSEJERO DE SALUD

—Gracias, presidente.

Voy a ser breve ya que fui bastante profuso en la explicación, puesto que es un programa complejo, interesante y una enfermedad que, como ustedes saben, preocupa mucho a la gente, a la gente que la padece y a la gente que le rodea.

Antes lo comentábamos con las enfermedades crónicas, pero si en alguna enfermedad tiene importancia la prevención y la promoción de estilos de vida saludables es en las enfermedades oncológicas. Comentábamos la relación..., algunas cosas que tenemos muy claras y que a veces parece que por mucho repetirlas forman parte ya del imaginario colectivo y no les damos la importancia que verdaderamente tienen. Y hablaba, en este sentido, comentaba la importancia de la actividad física, también de una alimentación saludable, pero fundamentalmente quería remarcar otra vez aquí el tema del tabaquismo. El tabaquismo está totalmente relacionado con el cáncer. Y yo creo que todos debemos ser conscientes y trabajar en ese ámbito. Y en eso les pediría colaboración y participación a todos los representantes de la ciudadanía que están aquí.

Aparte de eso, el otro tema que comentábamos antes como un tema importante es la investigación biomédica. La investigación biomédica es la que nos va a permitir y nos está permitiendo algo que hace no más allá de veinte años, que era que cualquier persona que padecía un cáncer parecía que tenía encima de sí ya, bueno, una situación y una evolución poco o más bien mala, ha cambiado de forma radical. De hecho, cada vez se curan más cánceres, afortunadamente se curan, y muchos de ellos que no llegan a curarse se convierten en enfermedades crónicas. Y eso es gracias a la investigación biomédica. Por eso nuestro empeño —y le agradezco al representante del Grupo Socialista que así lo manifestase— en el desarrollo de la investigación biomédica en esta área. Y será una de las áreas prioritarias que desarrollaremos a lo largo de esta legislatura, también muy relacionada con lo que comentamos ya en la comparecencia, en la primera comparecencia ante todos ustedes, que planteábamos el trabajar en lo que es la medicina personalizada. Porque, más que ningún otro padecimiento, en el tratamiento oncológico el ver a cada persona de una forma individual es importante a la hora de los resultados asistenciales. Aparte de lo que sería la prevención, el diagnóstico precoz. Y por eso es tan importante cuando hablábamos de los equipamientos. El diagnóstico precoz es fundamental también para cuál va a ser el pronóstico de la enfermedad. Por eso es tan importante todo el desarrollo de innovación tecnológica que hemos planteado, y que seguiremos avanzando en ese camino.

Y yo no quiero extenderme mucho más. Simplemente reconocer que los esfuerzos que tanto los profesionales en este caso, como los ciudadanos, como los familiares de los pacientes con cáncer, que en muchas ocasiones colaboran a través de Escuela de Pacientes y tal, en servirnos como divulgadores de que, bueno, que tener un cáncer no es sinónimo de una mala evolución sino que hoy existen formas de tratarlo. Y el objetivo es seguir avanzando en ese camino para cada vez aumentar más el porcentaje de curación y aumentar también la supervivencia y sobre todo la calidad de vida de todos estos pacientes.

Muchas gracias, señorías.

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

—Muy bien. Muchas gracias, señor consejero.

## 10-15/APC-000135. Comparecencia del consejero de Salud, a fin de informar sobre la aplicación del Plan Sanitario de Verano 2015 en la provincia de Sevilla

El señor GARCÍA ANGUIA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Pasamos a la tercera solicitud de comparecencia, en este caso del Grupo Popular, para que el consejero informe sobre la aplicación del Plan Sanitario de Verano 2015 en la provincia de Sevilla. Tiene la palabra por el Partido Popular el señor Bueno..., perdón, el señor consejero.

Señor consejero, por 15 minutos.

El señor ALONSO MIRANDA, CONSEJERO DE SALUD

—Muchas gracias.

Muchas gracias, señor presidente.

Señorías, hace escasos días tuve la ocasión de intervenir en la sesión plenaria de esta Cámara para dar cuenta, a solicitud de los grupos parlamentarios Popular y Socialista, del Plan de Verano para 2015 en materia de asistencia sanitaria. En esa comparecencia les ofrecí todos los datos relativos a este plan para el conjunto de Andalucía. Y, por tanto, las actuaciones que en ese momento les comenté son válidas para el conjunto de nuestra comunidad, por lo que ahora me referiré fundamentalmente a la provincia de Sevilla.

Y para no convertir esta intervención en una repetición en gran medida de lo expuesto en la sesión plenaria, solo recordarles lo que son las líneas fundamentales de nuestra planificación para los meses de verano.

Como les expliqué entonces, señorías, lo que caracteriza la sanidad andaluza en estos meses es que ningún ciudadano o ciudadana que necesite asistencia sanitaria, en el nivel asistencial que sea preciso, va a tener problemas para recibirla. Y esto será durante todos los meses de verano de 2015, como lo ha sido en los anteriores, en los que venimos haciendo una planificación ajustada a las necesidades sanitarias reales de nuestra comunidad, teniendo en cuenta los índices de frecuentación, la distribución geográfica particular de la población en estas fechas, en las que se incrementa la misma en toda la franja costera y en algunas zonas turísticas del interior, y compaginando todo ello con el legítimo derecho de los profesionales al disfrute del periodo vacacional.

Pero también —como les comenté en el pasado pleno— esta planificación no es un compartimento estanco, sino que la propia dinámica que se vaya generando en estos meses va condicionando la disponibilidad de recursos para atender la situación que se presente. Así ha ocurrido en todos estos últimos años en los que los recursos tanto de profesionales como de servicios se van adaptando a las demandas concretas en cada lugar de nuestra geografía. Podría ponerles muchos ejemplos de ello, pero quizá en el que se ha incidido con frecuencia es en el recurso cama, que ha sido utilizado como referente e indicador de las garantías asistenciales de estos meses. Recurso que, por cierto, saben sus señorías que para mí no es el principal, sino que es la asistencia sanitaria que se les presta a los ciudadanos y su calidad asistencial.

He reiterado en varias ocasiones que en el sistema sanitario público de Andalucía en el periodo de verano no cerramos camas. Las camas de que disponemos en nuestro sistema público de salud están siempre disponibles para ser utilizadas por los usuarios ante cualquier necesidad que se presente. Y, en este sentido, hacemos lo mismo que se hace en otros sistemas sanitarios de nuestro entorno.

En verano las necesidades de ingresos hospitalarios disminuyen, y esa es una realidad incuestionable, porque muchas intervenciones quirúrgicas se trasladan a los meses siguientes. En muchos casos por deseo expreso de los ciudadanos, porque quieren que les opere su cirujano, que está de vacaciones, o por otras muchas razones que tienen que ver con su vida personal. Por tanto, las camas que denominamos en reserva están disponibles en todo momento si así fuera necesario.

El porcentaje global de camas inicialmente previstas en reserva en el sistema sanitario público andaluz en la provincia de Sevilla es del 16%. La planificación basada en la experiencia nos permite que cada zona de Andalucía, en función de sus indicadores de frecuentación, disponga de los profesionales y los servicios adecuados para atender sus necesidades sanitarias.

Para este verano se han contratado en el conjunto de Andalucía 1,5 millones de jornadas de trabajo en sustituciones, para los que hemos destinado algo más de 65,7 millones de euros, un 1% más que en el año 2014 en el conjunto de jornadas. Se ha establecido un mapa de centros de atención primaria y puntos de urgencia que permanecerán abiertos durante las tardes de los meses de verano; en concreto, 247 de los 440 que disponemos abiertos por la tarde durante todo el año.

Concretamente en la provincia de Sevilla durante este verano están abiertos por la tarde un total de 53 centros de atención primaria de los 115 que lo hacen de forma habitual.

Y más detalladamente por distritos paso a comentarles.

En el área de gestión sanitaria de Osuna, cuatro centros abiertos, todos ellos con actividad a demanda. En el distrito Aljarafe, nueve abiertos, todos ellos con actividad a demanda. En el distrito Sevilla permanecerán abiertos ocho centros, todos ellos con actividad a demanda. En Sevilla norte, los centros que permanecerán abiertos son 17 con actividad programada y cuatro a demanda, un total de 21 centros abiertos. En Sevilla sur, 11 centros abiertos.

Por otro lado, la previsión de actividad de consultas externas hospitalarias en estos meses de verano en la provincia de Sevilla es de un total de 671.009 consultas. Incluye 250.055 primeras visitas y 420.954 revisiones. Como bien pueden imaginar son previsiones, a final de año les podremos..., a final del periodo estival les podremos dar los datos exactos.

Ahí hay que añadir la respuesta que dan los 52 dispositivos de cuidados críticos y urgencias y también las puertas de urgencias de los hospitales, operativos tanto en los centros de salud como en los servicios de urgencia de los hospitales.

La actividad quirúrgica de esos meses en la provincia de Sevilla se prevé que sea de 9.563 intervenciones de cirugía mayor ambulatoria y 6.692 intervenciones programadas con ingreso. Un total de 16.255 intervenciones. Asimismo está disponible el 73% de los 113 quirófanos existentes.

Por tanto, señorías, en el conjunto de la comunidad y por ello en la provincia de Sevilla garantizamos la asistencia sanitaria a todos los usuarios con los mismos niveles de calidad que en el resto del año, porque, satisfactoriamente para nuestra comunidad, el verano en términos sanitarios no es noticia en sí mis-

mo, como lo demuestra que al final de este periodo las incidencias son mínimas y puntuales, al mismo nivel que en el resto del año.

La planificación que hacemos para estos meses en cada provincia obedece también a la experiencia acumulada durante los últimos años, y por ello es diferente en cada zona en base a la demanda que hemos recogido en secuencias anuales, que nos permiten saber con un alto grado de precisión qué recursos serán necesarios.

En el caso de Sevilla capital y provincia, contamos en nuestro sistema sanitario con una infraestructura adecuada a las necesidades de la población, tanto en atención primaria como hospitalaria, que seguiremos mejorando.

Gracias, señoría.

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

—Muy bien. Muchas gracias, señor consejero.

Ahora sí que tiene la palabra el señor Bueno por el grupo solicitante, por siete minutos.

### El señor BUENO NAVARRO

—Gracias, señor presidente.

Buenos días, señor consejero.

Y, buenos días, miembros de la comisión.

Señor consejero, me temo que la tozuda realidad contradice el plan idílico de sanidad del que usted habla permanentemente tanto en pleno como en comisión. Y nos tememos que no ha hecho usted caso cuando le dijimos, en la comparecencia que tuvo usted en el pleno, por parte de mi compañera Patricia del Pozo, que se pasara por algunos hospitales y por algunos centros de salud de la provincia de Sevilla para comprobar lo que estábamos diciendo.

Mire usted, usted en el pleno también, señor consejero, presumía de que llevaba en asuntos sanitarios, de una u otra forma, ocupando diferentes cargos en el Gobierno de la Junta de Andalucía, desde el año 1988. Pues yo le digo que le van a sonar entonces muchas de las cosas que le voy a contar, muchos de los datos que le voy a decir, porque son datos que se repiten año tras año, que se repiten verano tras verano, y que lejos de solucionarse temo decirle que cada año que pasa nos encontramos con que los mismos problemas siguen pero acrecentados.

Le cuento, señor consejero, hace 15 años —usted ya llevaba 12 años en estas lides, llevaba 12 años en el tema sanitario—, el señor Chaves prometió habitaciones individuales en los hospitales sevillanos. Pues bien, a día de hoy —y usted lo sabe— 252 habitaciones triples en los hospitales de la provincia de Sevilla. Ese es el resultado. La provincia tiene 1,7 camas públicas por cada 100.000 habitantes, muy por debajo de la media nacional. La tasa de médicos en nuestra provincia es de 416,8 por cada 100.000 habitantes, 77 puntos por debajo de la media nacional. No un punto o dos puntos o tres puntos, señor consejero, 77 puntos por debajo de la media nacional.

Y esto sin contar con las graves carencias e incumplimientos en infraestructuras, que la historia nos dice que ha sido también tozuda en las infraestructuras sanitarias. Como, por ejemplo, el Hospital Militar —usted recordará, porque usted estaba también ya allí—, cuando el Partido Socialista, el Gobierno socialista hizo de eso una bandera y reivindicaba permanentemente al Gobierno de España, entonces presidido por el señor Aznar y por el Partido Popular, el Hospital Militar, como algo que era necesario para Andalucía. Y ahí sigue cerrado y creemos que están incluso desmantelándolo poco a poco. El Equipo Quirúrgico, en la ciudad de Sevilla, en el centro de Sevilla, no un solar, un agujero y un solar es lo que hay después de diez años. El chare de Lebrija... Y podría seguir y seguir y seguir.

El aumento que ustedes han dicho que había en los presupuestos del año 2015, que ascendía un 2,4% respecto al año 2014 en el tema en la Consejería de Salud, no tiene una compensación con los programas de salud que tenía usted que haber realizado y hecho. No ha tenido una compensación en la mejora de la sanidad y de la salud en nuestra provincia.

Esta es, muy resumida, la situación de la sanidad sevillana en la que nos encontramos. Pero ya, si de por sí la situación es escandalosa, llega el verano y ponen en marcha el plan sanitario, un plan sanitario que yo diría que es un plan de cierre sanitario, porque lo que hacen es cerrar cosas. Y lo que es peor cada año los cierres y recortes son más drásticos, no son un poco mejores que los años anteriores, son un poco peores.

Este año su consejería ha cerrado seiscientas..., por mucho que usted le quiera llamar camas en reserva, seiscientas ochenta y ocho camas en los hospitales sevillanos. Se ha cerrado el 50% de los quirófanos. Respecto a los centros de salud, señor consejero, en Sevilla capital cierran 24 de los 32.

En el distrito Aljarafe, al que usted también se ha referido en una de sus comparecencias al hablar de Mairena del Aljarafe, ni uno de los centros de salud que dan cobertura a los 34 municipios que corresponden al Aljarafe pasa consulta por las tardes, repito, ni un solo centro de salud pasa consulta por las tardes.

Se han suspendido programas de prevención para niños y diabéticos. Y se suspenden las consultas de pediatría por la tarde, entre otras medidas. Un plan en el que además mantienen contratos al 75% y con bajas por cubrir.

Este es el plan sanitario para la provincia de Sevilla. ¿Cómo se le puede llamar a esto plan sanitario, señor consejero? Yo creo que esto es un ERE a la sanidad sevillana. De eso es de lo que tendríamos que hablar.

Y además tiene consecuencias, este plan tiene consecuencias, porque, como usted bien sabe, la salud, la sanidad tiene caras y ojos, tiene nombres y apellidos. Y hay lamentables ejemplos diarios en los medios de comunicación, lamentables ejemplos diarios en los medios de comunicación de cosas que ocurren con la salud de los sevillanos. El pasado 2 de junio tres pacientes del Virgen del Rocío estuvieron esperando tres días en observación, esperando camas libres. El miércoles de la semana pasada, no el día pasado, el miércoles de la semana pasada, un hombre de 64 años de edad fue citado urgentemente para operarse y lo dejaron ocho horas esperando en una sala sin comer porque no había camas. La semana pasada también citan a un paciente a operarse de cáncer y lo dejan esperando en una sala ocho horas. Caos en las urgencias hospitalarias con esperas de hasta seis horas. La falta de personal provoca colapsos en el servicio de maternidad del Virgen del Rocío. El área de prematuros del Macarena colapsada. 1.300 biopsias sin diagnosticar como consecuencia de los recortes. En el Virgen del Rocío hay una lista de espera que triplica la de hace cinco años.

¿Esto significa, todos estos datos es que vamos a mejor, señor consejero? ¿Esto es lo que usted dice que vamos a mejor?

Y a todo esto hay que contar también, hay que sumar también los graves problemas de mantenimiento e infraestructuras en nuestros centros sanitarios. Se inunda la sala de espera del centro de salud de Lebrija, el centro de salud de Bormujos sin aire acondicionado, hacinamiento en la unidad de oncología del Macarena, en el hospital de Osuna los enfermos de medicina interna ingresados en maternidad por falta de espacio.

Estos son los ejemplos de lo que está pasando en la sanidad sevillana en apenas dos meses. Pero, además, hay algo que me preocupa incluso más, que usted en su comparecencia, ya no en el pleno sino aquí en la comisión, hablaba de que estas medidas se toman o que este plan sanitario responde a que en verano se enferma menos. Eso lo dijo usted. Yo incluso añadiría que podría haber añadido usted también que en verano se enferma menos por las tardes en el Aljarafe, porque además tampoco se abren los centros de salud por las tardes en el Aljarafe.

Señor consejero, yo le digo, con absoluto respeto, que es una falta de respeto a los sevillanos decir cosas como esas. Sevillanos que lamentablemente tienen que requerir de cualquier asistencia sanitaria, a los que usted yo pienso que les debería pedir disculpas. ¿Usted de verdad considera que este plan sanitario está garantizando la sanidad que se merecen los sevillanos?

Mire, usted probablemente recurra —porque recurren mucho en el Gobierno andaluz a la hora de intentar tapar sus incapacidades de gestión—..., recurra a que hay cosas que hay que hacer porque el Gobierno del señor Rajoy, porque el Gobierno de España les ha recortado. Y antes de decir eso, si me lo permite, me gustaría que explicara por qué en infraestructuras sanitarias en el año 2014 y en el año 2013 han dejado 28 millones de euros en el cajón sin ejecutar, en esas infraestructuras sanitarias. Y también me gustaría que explicara, según los últimos datos que tenemos sobre ejecución presupuestaria de este año en infraestructuras, en inversiones e infraestructuras, que llevan 20 millones de euros ejecutados de los 90 millones presupuestados. Vamos a ver cómo..., vamos a ver cómo terminamos el año.

Señor consejero, desde el Grupo Popular lo que le pedimos es que no presente planes idílicos...

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

—Señor Bueno, debe terminar.

### El señor BUENO NAVARRO

—Que no haga cantos de sirena y que rectifique.

Le pedimos responsabilidad a usted y a su gobierno. Los sevillanos pedimos responsabilidad y justicia con la sanidad.

Nada más, muchas gracias.

El señor GARCÍA ANGUIA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muy bien. Muchas gracias, señor Bueno.

Tiene la palabra para cierre el señor consejero, por cinco minutos.

El señor ALONSO MIRANDA, CONSEJERO DE SALUD

—Gracias, presidente.

Gracias, al representante del Partido Popular.

A mí me habría gustado que me hubiese escuchado porque el planteamiento..., evidentemente el dato sobre quirófanos cerrados es erróneo, el 71% —como le planteé— está abierto. Yo no sé... Si me hubiese escuchado habría evitado tener que decir un dato que no se ajusta a la realidad. Yo se lo hubiese agradecido, porque además yo creo que debemos dar esa imagen de que..., bueno, que nos escuchamos, nos entendemos y nos enteramos.

Yo no tengo..., no tenía pensado, precisamente porque escucho lo que usted plantea, no tenía pensado en ningún momento hablar ni de recortes del Gobierno central ni de nada. Estamos hablando del plan de verano, creía, porque al principio de la intervención creía que estaba en otra pregunta, y digo yo: «Jo, con tantas igual me he equivocado», porque estamos hablando del plan de verano, del plan de verano en Sevilla. Y estamos hablando de situaciones que, de verdad, son erróneas. Y una vez más digo que se informe o por lo menos que ponga duda y no haga afirmaciones que no se ajustan a la realidad. Porque es que los profesionales me han visto, yo he visitado los centros hospitalarios de la provincia de Sevilla, y sobre todo de la capital en los últimos tiempos, en más de una ocasión; cosa que posiblemente no hayan hecho ustedes. Pero esa es mi responsabilidad, con lo cual, soy yo el que tengo que ir a los centros hospitalarios y lo he visto. Es decir, yo he visto la situación de las urgencias. Hemos planteado y adaptado situaciones a la realidad existente en cada momento.

Francamente yo no he visto esa masificación en urgencias que usted plantea. Hechos puntuales puede haberlos, seguro que los hay. Seguro que en su casa alguna vez se ha averiado el aire acondicionado, posiblemente. Y si tiene la solución para que no se averíe me la comenta, que esa es una situación que además nos interesaría a todos, porque el tener cero problemas sería algo que..., vamos, yo estoy encantado de que me diga cómo y cuándo, y a partir de ahí lo hacemos.

Como les comentaba, hay algo que yo..., no es que diga yo, es que es una evidencia y las evidencias son difíciles de discutir. Que se enferma menos, podemos estar discutiendo todo el año, solo hay que leer los libros de epidemiología y estadística sanitaria para comprobar que eso es una realidad. Es incuestionable en verano, es una realidad que no tiene..., que no tiene ningún tipo de discusión. ¿Por qué? Porque la climatología afecta a la enfermedad, afecta a las situaciones. De hecho, cuando plantea lo de las tardes, la realidad es que las consultas abiertas que tenemos de tarde tienen una baja presión asistencial, muy baja, a algunas de ellas van diez u once ciudadanos. Y yo lo entiendo. Quiero decir que es una situación que a nadie le gusta acudir a consultas cuando en la calle hace cuarenta grados. Es una realidad también que yo, por ejemplo, pudiendo evitarlo, tampoco iría. Y la respuesta asistencial está garantizada puesto que los servicios de urgencia y las consultas que he comentado anteriormente están abiertos y a disposición de cualquier ciudadano que lo necesite.

La forma de medir cuál es la situación sanitaria en Andalucía no es por el número de centros, ni por..., es por los resultados en salud, por cómo está la ciudadanía andaluza, por cuál es su..., y en este caso sevillana, cuál es su esperanza de vida, cuáles son sus tasas de morbilidad. Y esas están ahí, están también publicadas y su señoría las puede comprobar. Afortunadamente, la salud de los sevillanos y de los andaluces es adecuada.

Yo nunca planteo un mundo idílico, a mí me gustaría hacer más cosas, poder hacerlas más rápido y, evidentemente, me gustaría que las respuestas asistenciales y la situación fuesen una situación idílica. Desgraciadamente, los que trabajamos en salud trabajamos normalmente, salvo lo que comentaba anteriormente de las actividades de prevención, trabajamos con enfermos y nunca es una situación idílica. A nosotros nos preocupa la atención de cada uno de los enfermos y nos preocupa cuando se producen situaciones puntuales que se le produzcan a una persona. Para nosotros una persona es un problema si no se le da la respuesta en el tiempo adecuado. Y nunca me habrá oído a mí decir ninguna otra historia.

Cuando comentábamos..., comentaba lo de las camas, que las camas no se cierran. Yo ya les invité en alguna ocasión. Si quiere, en algunas de las visitas que hago a los hospitales puede acompañarme sin ningún tipo de problemas. Yo estaré además encantado de ver cuál es la situación en cada sitio.

Podría darle datos individuales de cada uno de los hospitales, cuál ha sido la frecuentación de urgencias, pero por darle simplemente algunos datos. La actividad, la presión asistencial en urgencias en el Macarena con relación al año pasado es menor. Eso también es un dato. Podemos cuestionarlo, podemos plantear, pero la realidad es que el número de personas que han acudido a urgencias es menor que en el año pasado.

Por otro lado, podíamos plantear el tema de qué pasa en los centros de salud —como comentaba antes— con la actividad de tarde que se presta. Y la realidad es que las consultas que tenemos de tarde no están ni al 50% de la actividad que en el resto del año, eso también es otra realidad. Podemos discutirla pero es que creo que las realidades están ahí. Y, señoría, yo creo que las realidades son a veces pertinaces.

Y lo que le comentaba, a mí me preocupa y me seguirá preocupando la atención sanitaria a cada uno de los ciudadanos. Y si en algún momento alguien tiene que esperar, ese ciudadano me preocupa y me preocupa mucho. Pero en el conjunto, cuando hablamos de la sanidad, esa no es la situación real que está pasando. En el último... Nosotros hacemos una monitorización de las camas vacías, como es lógico, para saber cuál debe ser nuestra respuesta, y en la última semana hemos tenido camas disponibles en los distintos hospitales de Sevilla, con lo cual, esa también es una realidad. Y digo que yo no niego la situación individual de cada uno, de cada paciente, faltaría más. Si alguien ha tenido que esperar le pediré disculpas. Pero esa no es la situación de la sanidad, será la situación puntual que le ha sucedido a una persona.

Un poco, para comentarle cómo... Cuando comentamos que los centros que permanecen abiertos... Tiene que ver con la historia de la actividad asistencial. Voy a darles hoy simplemente un ejemplo, que sería que durante los primeros 20 días de julio de 2015 la actividad en consulta en los centros de salud de Sevilla se ha mantenido estable. Fíjese qué situación: se atendieron, del 1 al 20 de julio de 2015, 258.321 consultas, y del 1 al 20 de julio de 2014, 258.339. Fíjese si la situación permanece estable en los diferentes sitios. Y no me... Bueno, puedo comentarle que por la tarde se ha reducido en un 3,2% desde el año anterior. Y ya digo que sin haber saturación de los centros que están abiertos.

Muchas gracias.

## DIARIO DE SESIONES DEL PARLAMENTO DE ANDALUCÍA

Núm. 38

X LEGISLATURA

30 de julio de 2015

---

El señor GARCÍA ANGUIA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Gracias, señor consejero.

Damos por terminado el primer punto del orden del día de comparencias, e iniciamos el segundo punto del orden del día con las preguntas con ruego de respuesta oral en comisión.

---

### 10-15/POC-000007. Pregunta oral relativa a la subvención a proyectos de prevención de infección por VIH en 2015

El señor GARCÍA ANGUIA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Si les parece bien, empezamos por la pregunta del Grupo de Izquierda Unida, la primera de la señora Nieto, relativa a subvención a proyectos de prevención de infección de VIH en 2015. Cinco minutos, divididos entre las dos partes, y lo pueden ustedes utilizar, su tiempo, en una o en dos intervenciones.

Tiene la palabra la señora Nieto.

La señora NIETO CASTRO

—Gracias, presidente.

Buenos días, buenos días, consejero.

Dado que hay subvenciones del año 2014 que se han abonado con cargo al presupuesto de 2015, la pregunta que le trasladamos desde el Grupo Parlamentario de Izquierda Unida es si mantiene su consejería el compromiso de subvención a los proyectos relativos a la prevención de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana, el VIH, en el año 2015, y, de ser así, si ha previsto su consejería alguna modificación presupuestaria que garantice la continuidad de las subvenciones que estaban previstas con cargo a los créditos presupuestarios y que han sido utilizados para abonar las subvenciones de ejercicios anteriores.

Gracias.

El señor ALONSO MIRANDA, CONSEJERO DE SALUD

—Gracias, presidente.

Gracias, señoría.

Señoría, efectivamente, existen compromisos para 2015 en relación con la subvención a proyectos relativos a la prevención de infecciones por el virus de inmunodeficiencia humana.

Mediante resolución de 6 de noviembre de la Secretaría General de Calidad, Innovación y Salud Pública, se modificó la resolución, como usted bien decía, de convocatoria de subvenciones en régimen de concurrencia competitiva para 2014, acordándose el abono de la subvención de 2014 con cargo a créditos presupuestarios del ejercicio 2015. Es una realidad. La relación de subvenciones concedidas en 2014 fue financiada, por tanto, con cargo al presupuesto de 2015. La mayoría de ellas estaban destinadas a subvencionar campañas preventivas o proyectos relacionados con VIH y sida, y sobre todo proyectos de diagnóstico precoz del VIH y sida, que, como sabe, para nosotros también es una prioridad.

Señoría, a fin de dotar de la cobertura presupuestaria suficiente, como usted decía en la pregunta, a las necesidades que al respecto se plantean para el ejercicio 2015, se está iniciando desde la consejería la tramitación de una modificación presupuestaria que permitirá, a lo largo de este ejercicio, poder sacar la subvención. Nuestro objetivo es seguir como en años anteriores puesto que, como usted bien sabe, la prevención...,

y lo he comentado a lo largo de la sesión de hoy, la prevención es, para nosotros, casi una obsesión, porque, al final, todo aquello que conseguimos prevenir, evitamos que sea un problema para el futuro, para el ciudadano, que es lo primero, y también una disminución del gasto del sistema sanitario, con lo cual estamos trabajando en esa situación y nuestro objetivo es sacarlo y les informaremos en el momento en el que lo vayamos a hacer, como es lógico, pero seguiremos adelante con las políticas de prevención en VIH.

El señor GARCÍA ANGUIA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Señora Nieto.

La señora NIETO CASTRO

—Gracias, presidente. Gracias, consejero.

Su anuncio de una modificación presupuestaria seguro que va a ser recibido con tranquilidad por los colectivos que nos habían trasladado esa preocupación, ante la eventual falta de recursos para seguir implementando los programas de prevención y los demás a los que usted ha hecho referencia, que son tan importantes, además, en un momento, que para usted no es ajeno, de cierto repunte de la enfermedad por una disminución de la preocupación social o de la visibilidad social que tiene el sida. Así que agradeceremos también esa información puntual, cuando la modificación presupuestaria se concrete, y esperemos que, en cualquier caso, y seguro que será así, sea suficiente como para completar las expectativas generadas por las sucesivas convocatorias de subvenciones entre los colectivos, que suelen ser quienes las reciben y quienes hacen esa tarea tan importante de prevención.

Muchas gracias.

El señor GARCÍA ANGUIA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Tiene un minuto para...

El señor ALONSO MIRANDA, CONSEJERO DE SALUD

—Ya va a estar justo el minuto.

Le vuelvo a comentar. Nosotros le informaremos en el momento, como le he planteado, pero, además, nuestro objetivo es seguir potenciando todas las políticas de prevención. Y, evidentemente, reconocer que el trabajo que están haciendo esas asociaciones es un trabajo importante y que les agradecemos, lógicamente, y pensamos seguir colaborando y, en años venideros, trabajar incluso más con ellos.

Muchas gracias, señoría.

El señor GARCÍA ANGUIA

—Muchas gracias, señor consejero.

### 10-15/POC-000008. Pregunta oral relativa a las carencias sanitarias en periodo estival en Zahara de los Atunes (Cádiz)

El señor GARCÍA ANGUIA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Segunda pregunta, también perteneciente al Grupo de Izquierda Unida, relativa a carencia sanitaria en el periodo estival en Zahara de los Atunes, en la provincia de Cádiz.

Tiene la palabra la señora Nieto.

La señora NIETO CASTRO

—Gracias, presidente.

Bueno, consejero, esto va un poquito más de plan de verano. Las fechas mandan y las demandas de la ciudadanía con relación al tema son recurrentes.

Le preguntamos, en este caso, por el necesario refuerzo sanitario en la entidad local autónoma de Zahara de los Atunes, para subsanar las carencias que padece en época estival por el incremento masivo de población que se produce allí.

Gracias.

El señor GARCÍA ANGUIA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Señor consejero.

El señor ALONSO MIRANDA, CONSEJERO DE SALUD

—Gracias, presidente. Gracias, señoría.

Señoría, como ya le he comentado durante la comparecencia en esta comisión, como es habitual cada verano la consejería planifica, y una de las situaciones donde hemos prestado especial atención es en todas las zonas costeras, como es el caso que nos ocupa.

Dado que en las zonas más turísticas y costeras se produce un aumento de la población, desde esta consejería y previo análisis de los resultados obtenidos en años anteriores, se efectúa un refuerzo de personal en los centros sanitarios de nuestra comunidad, como bien sabe. Todo ello, con criterios de eficiencia en la gestión de los recursos disponibles.

Señoría, la entidad local autónoma de Zahara de los Atunes pertenece a la zona básica de salud de Barbate, como bien sabe, y cuenta con una población de 1.500 habitantes. La dotación de profesionales normal en el centro de salud es una enfermera y un profesional médico y un profesional de atención a la ciudadanía en horario de 8 a 15 para atender las necesidades sanitarias de la población en época no estival.

Fuera de ese horario, el punto de atención a las urgencias más cercano está en el municipio de Barbate, a tan solo 12 kilómetros. Este centro cuenta con profesionales de guardia las 24 horas, los 365 días del año.

La población zahareña dispone además de una UVI móvil con base en Barbate, también todos los días, las 24 horas, para la atención urgente y emergente que se pueda producir.

Señoría, en los meses de verano, y teniendo en cuenta el aumento considerable de población, la atención sanitaria del centro de Zahara se refuerza. Al equipo habitual de la plantilla se le refuerza con un médico de familia y un profesional de enfermería. Y, además, se amplía el horario de la atención sanitaria. Y este es un ejemplo de lo que comentábamos anteriormente. Inicialmente, el horario lo pensábamos plantear hasta las ocho de la tarde. Viendo la actividad asistencial que había en Zahara de los Atunes, se incrementó hasta el horario de las veintitrés horas, precisamente porque era horario de máxima afluencia. A partir de las ocho de la tarde, la gente acudía más a Zahara de los Atunes, con lo cual nos parecía lógico incrementar hasta las veintitrés horas, y así se hizo.

Además de eso, también se ha reforzado el punto de urgencias de Barbate. Y seguimos analizando y, desde la dirección del distrito de Cádiz-Bahía-Vejer se han mantenido reuniones con los representantes del municipio, también para ver cuál debe ser la respuesta que se debe plantear en Zahara de los Atunes. Pero es el ejemplo claro de que modificamos y adaptamos los horarios a la actividad asistencial que se plantea.

Señor presidente, me está contando el tiempo y después...

[Risas.]

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

—Señora Nieto.

### El señor ALONSO MIRANDA, CONSEJERO DE SALUD

—Era una broma. Que ya, tantas horas...

### La señora NIETO CASTRO

—Gracias, presidente.

Gracias, consejero.

Le he seguido con atención, en general, sobre la valoración que usted hace del refuerzo de dotación sanitaria que se produce en la comunidad autónoma, la especial incidencia en determinados puntos, y seguro que usted ha prestado la misma atención al descontento generalizado que, en algunos de esos puntos, se genera año a año, que quizás está marcando la dirección de que ese refuerzo no es considerado suficiente por las personas que puntualmente lo puedan necesitar.

Y este es un caso claro. Es decir, ha habido —usted lo sabe— movilizaciones en el pueblo, hay unanimidad en el tejido social, tanto por parte de los comerciantes, de los pequeños empresarios, de la asociación de vecinos, de los alcaldes de los dos municipios afectados, porque, como usted bien sabe también, pues, ahí

está el Ayuntamiento de Tarifa por un lado, el de Barbate por otro. Y todo indica que, cuando es tan generalizado y unánime el rechazo a que ese refuerzo sea suficiente, más que probablemente no lo sea.

Se lo digo también porque la evaluación del plan de verano que cada año implementa la consejería quizás debiera incorporar esas carencias que quienes están en los puntos que reciben esos refuerzos detectan, para adecuarlos en ediciones futuras a las necesidades que realmente plantea la población que está allí. Usted hablaba de las 1.500 personas que habitualmente viven en Zahara de los Atunes. A día de hoy, 1.500 personas puede haber en la cola esperando para comprar el pan, porque aquello es... Pues eso, pues ahora puede haber allí treinta, cuarenta mil personas pasando sus vacaciones.

Y usted utiliza un criterio con la asignación de los efectivos o los refuerzos que quizá también debiera reflexionar sobre él, que la gente que se va de vacaciones tiene buena salud y por eso se puede desplazar, quiere decir que la gente que se queda no la tiene tan buena y no se puede desplazar, sin embargo, la asignación de efectivos se hace con ese criterio. Y en este caso concreto aunque sea gente que goce de buena salud es un volumen de población tan grande que está expuesto a tener tantas urgencias o necesidades médicas que quizá por esa razón toda esa población no recibe como suficiente el refuerzo que la consejería hace, que sabemos que es un esfuerzo en todo orden pero que no colma las expectativas de la población. Por tanto, no nos parece suficiente ese refuerzo, consejero, porque no se lo parece a las personas a las que va dirigida, entre las que hay, seguro, personas de todas las ideologías y todos los pareceres. Pero en este caso están todos y todas de acuerdo en que la consejería debiera reflexionar sobre ese refuerzo e incrementarlo en la medida de sus posibilidades para garantizar una atención adecuada. Sabe que el hospital más cercano se encuentra a una hora y que realmente no es una protesta carente de sentido, en este caso, entendemos, como en otros muchos en los que se producen protestas similares a lo largo de la comunidad autónoma debieran servir, consejero, en nuestra modesta opinión, para hacer una reflexión serena de cara a futuras ediciones del plan de verano, con unos criterios que incorporen la percepción que de esos refuerzos tiene la ciudadanía que los recibe.

Muchas gracias.

## El señor GARCÍA ANGUIA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Señor consejero, para terminar, un minuto.

## El señor ALONSO MIRANDA, CONSEJERO DE SALUD

—Gracias, presidente.

Como usted bien planteaba y como yo le he planteado, nosotros además del criterio poblacional que planteaba también seguimos el criterio de la actividad asistencial, la realidad es que —y lo comentábamos— modificamos el horario de apertura porque vimos que entre las ocho y las once se producía una alta demanda y por eso ampliamos la jornada de apertura. Y en estos días, dada la situación que se ha producido de demanda por parte fundamentalmente de asociaciones de vecinos y demás, se están manteniendo reuniones, como comentaba, por la dirección del distrito con el ayuntamiento de la zona y revisando por si hay alguna si-

tuación que nosotros desconozcamos desde aquí para tenerla en cuenta para el futuro. Porque, en realidad, si miramos única y exclusivamente los datos asistenciales la respuesta que se da cumple los criterios de una respuesta adecuada a la actividad asistencial. Pero, evidentemente, tenemos que escuchar los planteamientos que se hacen y, de hecho, se están manteniendo reuniones estos días.

Muchas gracias.

El señor GARCÍA ANGUIA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señor consejero.

---

## 10-15/POC-000017. Pregunta oral relativa al conflicto de los servicios de limpieza en los centros hospitalarios en Cádiz

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Pasamos a la tercera pregunta, en este caso del Grupo Popular, relativa al conflicto de los servicios de limpieza en los centros hospitalarios en Cádiz. Tiene la palabra la señora Mestre.

La señora MESTRE GARCÍA

—Sí. Buenos días.

Señor consejero, ¿cómo valora el Gobierno andaluz las carencias existentes en los servicios de limpieza de los centros sanitarios de la provincia de Cádiz y qué medidas se van a tomar al respecto?

Muchas gracias.

El señor ALONSO MIRANDA, CONSEJERO DE SALUD

—Gracias, presidente.

Gracias, señoría. Gracias.

Señoría, en la Consejería de Salud somos conscientes de que se han producido una serie de incidencias en la prestación del servicio de limpieza en algunos centros de la provincia de Cádiz. Dicho servicio lo presta desde el pasado 1 de junio una nueva adjudicataria. Ante estos hechos, los días 14 y 15 de este mes de julio se reunieron representantes de la empresa con cada uno de los directores de gestión de los centros sanitarios de la provincia y el director de gestión de la plataforma logística de Cádiz. Y en dichas reuniones se comprometieron a corto plazo en las siguientes actuaciones.

Llevar a cabo la planificación de las actividades relacionadas con el servicio a través de un calendario que contemple todas las actuaciones, así como los plazos previstos de cumplimiento, incluyendo asimismo todo aquello relativo al material y a la maquinaria.

Segundo, la elaboración de un plan de actuación a corto plazo que servirá de base para el plan de limpieza.

Tercero, en relación con las coberturas de la UTE, ha llegado al compromiso de disponer del personal necesario por categoría y turnos para cubrir con garantía las necesidades de limpieza del periodo vacacional, especialmente los fines de semana que restan de verano.

Señorías, deben saber que desde la Consejería de Salud se han establecido los controles precisos para garantizar el cumplimiento estricto de los compromisos adquiridos en esos días y actualmente no se presentan incidencias en la mayor parte de los centros hospitalarios. La situación en los centros de la provincia de Cádiz, con carácter general, ha mejorado en las dos últimas semanas de forma considerable. Por otro lado,

los canales de comunicación con los responsables de la empresa se han afianzado de tal forma que la anticipación a los posibles problemas esté asegurada y sea conocida por las dos partes.

Señoría, a día de hoy, la percepción en los centros es más positiva y las causas que generaron las protestas iniciales se han ido corrigiendo y se irán corrigiendo hasta su desaparición total.

Desde esta consejería garantizamos el cumplimiento estricto de los compromisos adquiridos por la empresa para la buena prestación del servicio.

Gracias.

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

—Señora Mestre.

### La señora MESTRE GARCÍA

—Sí.

Señor consejero, ante todo, si esto es así, creo que es positivo para todos, pero, desde luego, creo que llegan tarde porque son muchas las reivindicaciones que se vienen produciendo desde hace ya bastante más tiempo que dos semanas y que ustedes han negado de manera constante.

En primer lugar, ha habido un cambio de actitud manifiesta, lo cual creo que es positivo por parte de esta consejería puesto que lo que pasaba a ser prácticamente, según se traducía de las informaciones de los medios de comunicación, un conflicto laboral, ahora consiste en hacer una planificación, en conocer cuáles son las necesidades del personal, en hacer una valoración de los recursos incluso materiales. Y a mí lo que me sorprende de su intervención, señor consejero, sinceramente es que, a estas alturas y con ya una nueva empresa dirigiendo este servicio, sea a posteriori, y con una situación lamentable que están aún padeciendo los trabajadores y por ende los usuarios de estos servicios sanitarios, sea cuando se preocupen la empresa y la Consejería de que esta conozca cuál es el día a día de una empresa que se dedica a limpiar los centros sanitarios y los hospitales. O sea, una empresa, que opta con un pliego de condiciones claro y que opta a un servicio de esta índole, es a raíz de una serie de problemas importantes en la limpieza de estos centros cuando se va a preocupar de cuáles son esos recursos materiales, de cómo hay que organizar al personal, etcétera.

Hombre, a mí me sorprende, porque cuando se hace un pliego la empresa que opta trae una serie de informes que manifiestan su solvencia económica, su experiencia en el sector y un largo etcétera, entonces, cómo, después de haber habido una nefasta gestión al frente de este servicio por parte de la empresa, ahora es cuando vienen los problemas. ¿Esta empresa no tenía experiencia? ¿Cuál fue la solvencia que le garantizaba la empresa al SAS para que hubiera podido optar?

Porque es incomprensible lo que están viviendo en estos momentos los trabajadores. Y, mire, le hablo de trabajadores y trabajadoras que no llevan dos días limpiando los hospitales o limpiando los centros de salud. Le hablo de trabajadoras que llevan hasta 30, 35 años trabajando en lo mismo, y han pasado por ellos muchas empresas. Esto no es un conflicto laboral, esto es una empresa que se presenta a un concurso que vie-

ne ya notablemente rebajado por parte del SAS, más de un 22%, que además la empresa que opta a ello le hace una gran rebaja al servicio que ya ustedes plantean con la cuantía económica. Y, por tanto, aquí hay un claro criterio economicista, y en materia sanitaria el criterio economicista solo lleva al fracaso y, desde luego, a vivir situaciones que no deberíamos permitir y consentir.

Usted sabe que, por la falta de recursos materiales y personal, se está mandando a limpiadoras de un ala a otra del propio hospital sin que puedan tomar las medidas necesarias en materia higiénica para poder evitar posibles males mayores. Se les dice después de 30 años hasta cómo tienen que retirar las bolsas de basura porque es que se gasta mucho en bolsas de basura en el hospital de Cádiz, por ejemplo, y hay que traspasar la basura de una bolsa a la otra. En un hospital, ¿eh?, en un hospital. Incluso que las mesitas de las habitaciones no hay que limpiarlas, en todo caso con la fregona el pasillo y la bolsa si está llena; si no, se hace un cambio de una bolsa a otra. ¿Usted cree que eso es normal a estas alturas? ¿Usted cree que eso son formas? Claro, así es normal que se les exija...

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

—Señora Mestre...

**La señora MESTRE GARCÍA**

—... a algunas limpiadoras —voy terminando, presidente— que limpien hasta 80 habitaciones en su jornada laboral. Ochenta habitaciones se les exige incluso.

Yo agradezco, y creo que, si nos están escuchando, los trabajadores también, estas medidas que, supuestamente, va a tomar la consejería, y que, además, usted ha especificado que se van a llevar a cabo controles precisos para asegurar el cumplimiento de estos compromisos, pero, desde luego, creo que le deben hacer un seguimiento serio y tener un contacto más directo con la empresa adjudicataria, pero también con los trabajadores.

Muchas gracias.

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

—Señor consejero.

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

—Señoría, como usted bien sabe, los pliegos recogen perfectamente las características técnicas que debe cumplir, las garantías que están recogidas, y, de hecho, una de las empresas de la UTE está haciendo limpieza en muchos sitios en España y en muchas administraciones públicas de todo tipo, color y lugar. Con lo cual, en ese sentido, cumplía todas las especificaciones.

Y, como bien sabe, porque ya lo hemos comentado en alguna ocasión y también se ha planteado, en los pliegos se recoge el control que, por parte de la Administración sanitaria y de los responsables de los centros, se debe hacer sobre la limpieza que se produce en los hospitales. Y nosotros ese control lo hacemos y desde el principio dijimos que íbamos a incrementar las inspecciones que se hacían en los centros sanitarios. No en vano, desde el principio, nos hemos puesto, nos hemos reunido con la empresa y hemos avanzado.

El cambio de empresas y los pactos que se acuerdan con relación al verano están contemplados en los pliegos, con lo cual lo que estamos haciendo no es, ni más ni menos, que cumplir los pliegos. Le informaba de algunas de las actuaciones que se han tomado, pero que estaban recogidas en los pliegos y por eso se pueden hacer. Si no fuese así, sería imposible, como usted bien sabe. Y estamos continuamente revisando y siguiendo con la comisión de control de una forma mucho más específica. En el pliego se recoge que los trabajadores seguían siendo los mismos y no se podía despedir a nadie. Nos consta que eso no se hizo, aunque sé que en algún momento se planteaba que sí, pero no es esa la realidad, y estamos revisando y siguiendo la situación.

Nuestra información, a día de hoy, es que la situación en los centros ha mejorado de forma considerable, y mantenemos reuniones periódicas y las seguiremos manteniendo. Es evidente que todos tenemos el mismo objetivo, incluso tenemos un relato de lo que hemos hecho, y de lo que estamos haciendo por cada una de las áreas y hospitales, que es prolijo y no tiene mucho sentido mencionarlo ahora aquí, entre otras cosas porque sería imposible por el tiempo del que disponemos, pero, evidentemente, nosotros seguiremos hasta que se garantice la limpieza en el hospital, tal y como viene recogido en los pliegos. Y, si no, de hecho se tomarán las medidas que también vienen recogidas en los pliegos para garantizar que se cumpla la limpieza con las características de calidad que en los mismos pliegos se recoge, como usted bien sabe.

Gracias, señoría.

**El señor MARTÍN FERNÁNDEZ, VICEPRESIDENTE DE LA COMISIÓN**

—Muchas gracias, consejero.

## 10-15/POC-000026. Pregunta oral relativa a la implantación de la indicación, por parte de enfermería, de medicamentos a pacientes con patologías crónicas

El señor MARTÍN FERNÁNDEZ, VICEPRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Seguimos con la siguiente pregunta con ruego de respuesta oral, en este caso, relativa a la implantación de la indicación enfermera de medicamentos a pacientes con patologías crónicas.

La propuesta es del Grupo Socialista. Tiene la palabra la señora Pachón Martín.

La señora PACHÓN MARTÍN

—Muchas gracias, señor presidente.

Buenos días, señor consejero, buenos días a todos y a todos los integrantes de esta Comisión de Salud.

Señor consejero, desde el Grupo Parlamentario Socialista entendemos que nuestro sistema público de salud es vanguardista, pionero, referente y de calidad. Muy por el contrario a la situación de catastrofismo que plantea el Partido Popular.

Desde este grupo parlamentario nos sentimos especialmente orgullosos y orgullosas, como pensamos deberán sentirse los demás grupos parlamentarios que forman parte de esta comisión y, por tanto, de la Cámara andaluza, cuando conocen datos estadísticos, según el CIS, que determinan que el 89,6% de los hombres y mujeres de Andalucía valoran nuestra atención primaria como muy buena, y que 8 de cada 10 andaluces perciben que nuestra atención hospitalaria es buena.

Del mismo modo, también creo que todas y todos los aquí presentes nos congratulamos cuando comprobamos el incremento importante en los presupuestos de nuestra comunidad destinados a nuestra salud.

No será tan nefasto nuestro modelo de subasta de racionalización de medicamentos, implementado por un gobierno socialista en nuestra comunidad autónoma, cuando el Partido Popular quiere ahora, a cuatro meses vista de unas elecciones, ponerlo en marcha a nivel nacional. Eso sí, mientras han sido inconscientes en el beneficio del mismo, lo han recurrido una vez tras otra, sin obtener resultados positivos afortunadamente.

Y es que, señorías, señor consejero, desde este grupo parlamentario no entendemos de copagos ni de privatización, así como tampoco de que nadie se quede sin cobertura sanitaria porque llegue a nuestro país en patera o porque tenga que salir del mismo a buscarse la vida. Eso lo entiendo, al Grupo Parlamentario del Partido Popular, como un criterio economicista en la atención a las personas, ¿no es así?

Abogamos por una atención universal y gratuita de la sanidad y por una adecuada red de salud pública basada en la prevención y la promoción de la misma. Y, atendiendo a esa cobertura universal y gratuita, se publica en nuestra comunidad el Decreto 307/2009, por el que se define la actuación de las enfermeras y los enfermeros en el ámbito de la prestación farmacéutica del sistema sanitario público en Andalucía, enmarcado dentro del Plan Andaluz de Atención Integrada a Pacientes con Enfermedades Crónicas, que ya se ha tratado en el día de hoy en su comparecencia, consejero.

Dicho decreto dictamina la posibilidad de la dispensación de algunos medicamentos por parte de las enfermeras y los enfermeros, posibilitando la autonomía de la enfermería como elemento de mejora del sistema sanitario, siendo una vez más Andalucía pionera en la implantación de este modelo de prescripción, que, tras los resultados obtenidos, abogan por ponerlo en práctica en otros territorios de nuestro país.

Este modelo posibilita ofrecer una respuesta más ágil y cómoda a la ciudadanía, especialmente a las personas que requieren cuidados a domicilio o a las personas con enfermedades crónicas, evitando así desplazamientos innecesarios al centro de salud u hospital e implementando una red de apoyo social y emocional a las y los cuidadores de personas dependientes.

Esta intervención multidisciplinar e integral, sustentada por una importante excelencia de nuestros profesionales, posibilita que los indicadores de promoción de la salud y calidad de vida sean un hecho, siendo el núcleo de intervención las personas y su entorno, y el mantenimiento en el entorno de pacientes y familiares, vital para la mejora de la calidad asistencial y social. En ello es muy importante la aplicación de este Decreto 307/2009, que posibilita que nuestras enfermeras y enfermeros sean los profesionales que prescriben más productos sanitarios en la sanidad pública andaluza, llegándose a realizar 3,1 millones de indicaciones de medicamentos y productos sanitarios en 2014.

Por todo ello, señor consejero, este Grupo Parlamentario Socialista le pregunta, en esta mañana, en torno a esta implantación de la indicación enfermera de medicamentos a pacientes con patologías crónicas, cuál es la aplicación en Andalucía y, más concretamente, en el distrito sanitario de Córdoba de este Decreto 307/2009.

Gracias.

### El señor MARTÍN FERNÁNDEZ, VICEPRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Gracias, señora Pachón.

Tiene la palabra el consejero.

### El señor ALONSO MIRANDA, CONSEJERO DE SALUD

—Gracias, presidente.

Gracias, señoría.

Como saben, y usted lo planteaba en la pregunta, el Decreto 307/2009, de 21 de julio, definió la actuación de las enfermeras y enfermeros en el ámbito de la prestación farmacéutica del sistema sanitario público de Andalucía.

Las actuaciones derivadas de este decreto se iniciaron en nuestra comunidad en el último trimestre de 2010 y, en estos cinco años de desarrollo, hemos avanzado considerablemente en la indicación de los profesionales de enfermería en pacientes con patologías crónicas.

Ya tuve ocasión, en la comparecencia primera de esta comisión, de indicarles la importancia y el papel fundamental que realiza la enfermería en el conjunto de la atención a pacientes crónicos, constituyendo un soporte esencial para la atención continuada a estos pacientes.

Los datos de que disponemos son significativos de esta importancia del papel de la enfermería. En el conjunto de la comunidad, en la actualidad, 7.600 profesionales de enfermería realizan indicación y uso de fármacos y prescripción de productos sanitarios. Para ello, se desarrolló el correspondiente proceso de formación para el uso e indicación de fármacos.

En el caso concreto de la provincia de Córdoba, se formaron 468 profesionales de enfermería y, de ellos, 232 en los distritos de Córdoba y Guadalquivir, a los que se refiere especialmente su pregunta.

En el caso de la prescripción de tiras reactivas para el seguimiento de diabetes, de apósitos para la cura y de absorbentes, los profesionales de enfermería están ya indicando el 74%, el 86% y el 76%, respectivamente.

También en este año hemos formado a 102 profesionales de enfermería en la provincia de Córdoba en el seguimiento farmacológico y en protocolos de prescripción colaborativa. En el conjunto de la comunidad, se han formado ya más de 2.600 profesionales en protocolos de prescripción colaborativa. Un total de 230 están ya acreditados para el seguimiento de los protocolos.

Señoría, por encima de estos datos, que son muy significativos desde el punto de vista cuantitativo, quisiera también poner en valor el papel que la incorporación de estas actuaciones al perfil de enfermería supone para las estrategias diseñadas en nuestro sistema sanitario a fin de controlar el crecimiento del gasto farmacéutico.

A través de la indicación enfermera se mejoran las condiciones de accesibilidad a las prestaciones, se disminuye la frecuentación y se mejora la gestión de la demanda.

Muchas gracias.

## El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Gracias, consejero.

Señora Pachón, ¿quiere...?

## La señora PACHÓN MARTÍN

—Simplemente, señor consejero, vamos en la línea indicada, entendemos desde este Grupo Parlamentario Socialista. Esa mano tendida la va a encontrar a lo largo de todo este camino, abogando por ese sistema de salud pública, universal y gratuita, y fundamentalmente también basada en esa promoción y prevención para esa calidad de vida de los andaluces y andaluzas.

Muchas gracias.

## El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Gracias, señora Pachón.

## El señor ALONSO MIRANDA, CONSEJERO DE SALUD

—Muchas gracias, señoría.

Estamos seguros de lo que planteaban de estar trabajando con un sistema sanitario público que, contra lo que se plantea, tiene uno de los resultados mejores de todas las comunidades autónomas. Y estamos ha-

blando con concreto también de la indicación enfermera que, como bien sabe, ha sido uno de los primeros sitios donde se ha implantado, ahora que se ha intentado implantar a nivel nacional está generando muchos problemas con el colectivo médico y nosotros llevamos cinco años con la prescripción enfermera sin tener ningún problema con las organizaciones médicas colegiales. Es más, estamos colaborando enfermera y médico, y hasta ahora, cuando se plantea por parte de la organización médica colegial, se plantea que por qué no se copia un sistema parecido al andaluz, que, por un lado, reconoce el papel tan importante que juega la enfermería a la hora de la prescripción y, por otro lado, respeta también el que el resto de los profesionales deben jugar.

Muchas gracias, señoría.

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, consejero.

---

## 10-15/POC-000045 y 10-15/POC-000046. Preguntas orales relativas a las condiciones del acuerdo marco y los costes no cubiertos por la Administración del Servicio de Atención Temprana

El señor GARCÍA ANGUIA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Pasamos a la siguiente pregunta con ruego de respuesta oral, en este caso a propuesta del Grupo Parlamentario Podemos Andalucía, relativa a las condiciones del Acuerdo Marco del Servicio de Atención Temprana. Tiene la palabra la señora Gómez Corona.

La señora GÓMEZ CORONA

—Muchas gracias, diputados y diputadas.

Señor consejero, la atención temprana supone una intervención integral dirigida a potenciar capacidades para evitar o minimizar el agravamiento de una posible deficiencia para alcanzar la máxima autonomía personal, posibilitando la integración familiar, social y escolar de niños y niñas.

La plasticidad cerebral durante los primeros años de vida es tal que las intervenciones en estos momentos tienen unos efectos que luego no se pueden recuperar. Por ello, los avances que no se logran en este tiempo ya son inalcanzables, es imposible dar la vuel..., dar la vista atrás y recuperar lo que no se ha hecho en esos primeros años de vida.

Como usted bien sabe, la atención temprana se presta a niños de entre cero y seis años en los CAIT, en los centros de atención infantil temprana, que hasta la fecha venían prestando un servicio muy cualificado, muy especializado por unos profesionales, realmente..., que hacían una labor realmente encomiable bajo el régimen de subvención.

En 2014, la Junta decide modificar ese régimen de subvención con el argumento de que era mejor eliminar ese carácter graciable que tenía y pasar a un sistema de concierto que acabaría con la precariedad financiera de muchos de estos centros. Sin embargo, cuando se aprueba el acuerdo marco el 15 de diciembre de 2014, por la Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales, las condiciones que se establecen ponen en peligro todo el sistema, estableciendo unas condiciones que son inasumibles para la mayoría de los CAIT, que, no olvidemos, la mayoría están sostenidos por asociaciones de padres y madres de niños y niñas con discapacidad.

Como consecuencia de estas condiciones, seguro que usted lo sabe, muchas asociaciones están decidiendo..., muchos CAIT están decidiendo no firmar el contrato derivado, algunos incluso ni siquiera pasaron a la primera fase porque veían que esas condiciones eran inasumibles.

Mi pregunta, señor consejero, es: ¿ha tenido en cuenta la Consejería de Salud el valor añadido que supone que los CAIT estén sostenidos por las propias asociaciones de padres y madres de niños con discapacidad? ¿No se ha tenido en cuenta la alta especialización que se consigue en estos centros y la experiencia a la hora de resolver el concurso?

Muchas gracias.

El señor GARCÍA ANGUIA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Señor consejero.

El señor ALONSO MIRANDA, CONSEJERO DE SALUD

—Gracias, presidente.

Gracias, señoría.

Señoría, dado que la exposición de motivos de las dos iniciativas, no sé si es posible, es muy parecida, si no les..., si les parece bien...

El señor GARCÍA ANGUIA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Si está de acuerdo la...

La señora GÓMEZ CORONA

—*[Intervención no registrada.]*

El señor GARCÍA ANGUIA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—¿Juntamos las dos preguntas?

La señora GÓMEZ CORONA

—Sí, perfecto.

La segunda pregunta sería si cree el Gobierno que estas condiciones que se establecen son propias de un sistema que se dice universal. Ahora hemos hablado de la posición del grupo parlamentario que lo sustenta y también le he oído hablar a usted de la necesidad de un sistema universal. No podemos estar más de acuerdo en ese punto.

¿Por qué entonces la atención temprana no lo es? ¿Quién debe asumir los costes no cubiertos? Porque la realidad es que los costes no se cubren y si no se cubren alguien los paga. Y si alguien los paga y es el usuario final, lo que estamos hablando es de copago y ahora creo que hemos dicho que nada de copago en esta comunidad.

Entonces, esas serían mis dos preguntas, señor consejero.

El señor GARCÍA ANGUIA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Si tenemos en cuenta esas dos preguntas tienen cada uno cinco minutos, serían diez minutos, cinco cada uno.

El señor ALONSO MIRANDA, CONSEJERO DE SALUD

—Muchas gracias, señor presidente.

En la Comunidad Autónoma de Andalucía la financiación de las intervenciones en atención primaria se ha realizado tradicionalmente a través de convenios realizados con las corporaciones locales, conciertos con empresas privadas o subvenciones con asociaciones sin ánimo de lucro, como bien saben.

En el año 2014 se realizó la convocatoria anual por resolución del 24 de junio de 2014, de la Secretaría General de Calidad, Innovación y Salud Pública, por la que se convocan subvenciones para la realización de programas de intervención temprana a menores con trastornos en el desarrollo o con riesgo de padecerlos.

En Andalucía se concedieron en ese año 63 subvenciones a asociaciones o entidades sin ánimo de lucro para desarrollar el Programa de Atención Infantil Temprana en las que se atendieron un total de 4.374 menores por parte de las asociaciones, con una inversión de 4.046.036 euros. La distribución en el territorio viene marcada por el histórico desarrollo del movimiento asociativo y por estar concentrada en los grandes o medianos núcleos urbanos.

En las capitales de provincia, sumando Jerez, atendieron el 63,5% de los menores. Ante la demanda de las entidades del sector y las necesidades de cambiar, establecidas por un informe de la Intervención General de la Junta de Andalucía, se toma la necesidad de convocar un acuerdo marco que establezca las condiciones a que habrán de ajustarse los contratos de gestión de servicios públicos, modalidad concierto, del servicio de atención temprana para los ámbitos territoriales, zonas geográficas, donde los menores estaban siendo atendidos bajo el sistema de financiación de subvenciones.

Dicho acuerdo especifica que el objeto del acuerdo marco y sus contratos derivados..., que el total de los menores a atender será de 4.709, que eran los que estaban atendidos por las asociaciones, y el presupuesto establecido, de 4.264.804 euros. Como final de la tramitación del acuerdo marco, el pasado 1 de julio se fiscalizaron los contratos derivados del mismo para las entidades licitadoras que resultaron adjudicatarias de los diferentes lotes del mismo resultado: 60 contratos derivados de los que 59 eran de entidades. En la actualidad se ha producido ya la firma de..., por decir el último dato, de 56 de las 60 que estaban, y tenemos hasta finales de mes, con lo cual, estamos en el 93% de la gente que se había presentado.

La mayor parte de las entidades que recibieron subvenciones el año anterior ha suscrito un contrato derivado del acuerdo marco, tal y como les estábamos comentando, lo que beneficia a los menores que no cambian ni a los terapeutas, al ser las mismas, ni la terapia que se lleva a cabo, ni el lugar donde se imparte la intervención, gracias a priorizar en el acuerdo marco la continuidad asistencial. Como ustedes conocen, priorizábamos que siguiesen los que llevaban atendiendo ya a los niños. Por lo tanto, la Junta garantiza en 2015 la asistencia a más de 17.500 menores andaluces a través de Programa de Atención Temprana.

En el presupuesto de 2015, la Junta plantea 10,9 millones para esta materia frente a los 1,36 millones que se plantearon en 2003, cuando la Consejería de Salud se hizo cargo de estas prestaciones, lo cual significa que se ha multiplicado por ocho. Se ofrecen en 169 centros de la Comunidad Autónoma Andaluza, lo que demuestra la apuesta del Gobierno andaluz por este programa y por intentar mejorarlo año tras año.

Además, se ha redactado un protocolo de coordinación entre Salud y Educación que tiene por objeto establecer los cauces de coordinación entre profesionales de la Consejería de Salud y la Consejería de Edu-

cación. Durante este tiempo se han mantenido numerosas reuniones con las entidades que representan a la población afectada por trastornos del desarrollo. Fundamentalmente, estas reuniones se han mantenido con el Comité de Entidades Representantes de Personas con Discapacidad, el CERMI Andalucía, y la Confederación Andaluza de Organizaciones a favor de las Personas con Discapacidad Intelectual.

Desde el primer momento, se comunicó a estas entidades que la situación de partida era una modificación del modelo de financiación —no existiendo para ello en la actualidad una modificación presupuestaria, se mantiene exactamente el mismo presupuesto que el año anterior— y que los niños a atender eran los mismos que lo estaban siendo en el modelo subvencionado. Este modelo asegura un cambio en la forma de facturación, pasa a ser una facturación mensual en lugar de anual, y evita la inseguridad que plantea el modelo de subvención, ya que este se basa en un modelo graciable, directamente relacionado con la existencia o no de partida presupuestaria. Con estas condiciones, se plantea para el año 2015 el paso a dicho modelo.

Por lo tanto, puedo concluir, señorías, manifestando que Andalucía apuesta por la atención temprana, como demuestra el hecho del aumento constante de la partida presupuestaria. El presupuesto destinado a la atención temprana ha pasado de 1,36 a 10,9. La atención... Al mes de mayo de 2015, estaban incluidos en el sistema de atención temprana 14.317 menores y pensamos pasar de los 17.500, como comentaba, a finales de año. Esta cifra supone el 2,54% de los menores de seis años en Andalucía.

Gracias.

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

—Muy bien, señor consejero.

Señora Gómez.

### La señora GÓMEZ CORONA

—Gracias, señor consejero.

Tengo tantas cosas ahora mismo que volver a preguntarle que, la verdad, no sé por dónde empezar. Le preguntaba, por ejemplo, por la especialización. Fíjese, yo puedo entender perfectamente que todos los centros que prestan la atención temprana no pueden ser especializados. Hay localidades en las que tiene sentido que haya un centro generalista que atienda a niños con distintas necesidades. Eso lo puede entender cualquiera. El problema y lo que yo no entiendo es que, en una localidad como Sevilla, por ejemplo, donde existen centros especializados, muy, muy especializados, donde se tratan niños con Asperger, niños con autismo, niños con síndrome de Down, niños sordos, por profesionales que llevan haciendo eso durante mucho tiempo, cambiemos el criterio y sea generalista. De manera que, a día de hoy, si se detecta un niño con Asperger, por ejemplo, o nace un niño con síndrome de Down, el primer centro al que se le llevaría no es ese centro especializado. Es verdad que allí van a seguir los niños que están, ¿pero qué pasa con el que se incorpora después?

Y se utiliza un criterio de proximidad geográfica que yo no entiendo. ¿Cómo van a poder atender, en una asociación de síndrome de Down, a un niño sordo, por ejemplo? ¿O por qué va a ir un niño con autismo a un centro donde se tratan niños con una deficiencia visual?

Usted está diciendo que es que en Andalucía se está apostando por la atención temprana. Me va a permitir, pero no lo entiendo así. Es decir, ¿que pasamos del sistema de subvención a concierto? Vale, puede tener sentido. El problema es cómo podemos modificar las cosas para empeorarlas.

A lo que se paga la unidad de atención temprana que reciben estos niños, el precio que se paga es..., no llega ni al 50%. ¿Quién paga el resto, quién lo está pagando? Lo están pagando asociaciones de padres y madres. ¿Qué pasa? ¿Quién determina las horas que necesita un niño de atención temprana? Pues, se están determinando en base a unos baremos que no siempre son los que se necesitan. Un niño con autismo necesita cuatro horas semanales y, sin embargo, no se están dando esas cuatro horas semanales. ¿Qué sucede? Pues sucede lo de siempre, que el que tiene dinero puede acudir a ese refuerzo, y el que no se tiene que quedar con esas horas. En los últimos tiempos créame que he conocido situaciones alarmantes y desesperantes.

¿Qué podemos esperar de una sociedad que no cuida a sus menores, que no cuida a menores, además, con deficiencias, con discapacidad? Y, además, que no les prestamos una atención que es irrecuperable, irrecuperable.

El motivo de estas preguntas, créame, no era ponerle en evidencia, no era tratar de buscar contradicciones. Era simplemente pedirle, si todavía estamos a tiempo, que se recapacite. Yo sé que esto viene de la consejería anterior, pero creo que estamos a tiempo.

Este sistema tiene que cambiar. Para los que conocemos bien cómo funciona la atención temprana, es fundamental. Y el sistema es inasumible, este sistema es inasumible.

Muchas gracias.

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

—Gracias, señora Gómez.

El consejero, para terminar.

### El señor ALONSO MIRANDA, CONSEJERO DE SALUD

—Gracias, señoría.

Puede estar convencida de la apuesta por la atención temprana. Le agradezco las consideraciones que nos ha planteado y quería hacerle algunos matices.

Nosotros no hemos cambiado el modelo, solo hemos cambiado el modelo de contrato, no hemos cambiado las especificaciones, con lo cual la atención, tal y como se recoge en el nuevo modelo, es para la prestación del servicio. Lo iremos analizando, iremos viéndolo. Como bien sabe, lo que le planteo es que cualquier nuevo modelo siempre hay que estudiarlo y analizarlo y ver cuál es el resultado, pero no hemos modificado para nada el modelo.

Sí se ha producido una situación, que algunas —pocas— entidades no se han presentado. Hemos hablado con ellos y estamos viendo a ver si existe alguna posibilidad de retomar el tema a corto o medio plazo. Seguiremos manteniendo reuniones, y van por buen camino, por lo menos en las que yo he participado.

¿Quién determina las horas de atención temprana? Lógicamente, las determinan los profesionales que atienden al niño. Yo, desde luego, le aseguro que no soy el que las determina.

Y, por otro lado, nosotros estamos en continua revisión de todos los programas. Es igual que los demás, el objetivo es mejorar, revisar... Teníamos que cambiar, había una petición por parte de las asociaciones en el sentido de que, bueno, eso garantizaba el cobro mes a mes, que era importante para muchas de ellas; pero, por otro lado, había una dificultad planteada por la Intervención General de la Junta, que no parecía el modelo más adecuado para gestionar una prestación como esta, que se mantiene a lo largo del tiempo y tal. Con lo cual, nosotros seguiremos analizando la situación, seguiremos viendo cómo se pueden resolver los problemas que surjan y, evidentemente, seguimos con la apuesta de la atención temprana para todos los niños que en Andalucía lo necesiten y seguiremos avanzando en el camino. Lo podrán comprobar.

Gracias, señoría.

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señor consejero.

## 10-15/POC-000052. Pregunta oral relativa a la publicidad en cortes estadísticos

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Pasamos ahora a la pregunta hecha por el Grupo de Ciudadanos. La primera, relativa a publicidad...  
¿Es cortes o costes?

La señora ESCRIVÁ TORRALVA

—Cortes, cortes.

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Cortes estadísticos.

Tiene la palabra, señora Escrivá.

La señora ESCRIVÁ TORRALVA

—Muchas gracias, señor presidente, y buenas, señor consejero.

La pregunta es por qué, si de forma interna tienen los cortes estadísticos de consultas internas, pruebas diagnósticas y demandas quirúrgicas cada mes, los publican cada seis meses.

El señor ALONSO MIRANDA, CONSEJERO DE SALUD

—Señoría, la disponibilidad de los datos a los que se refiere no es mensual para nosotros sino diaria. Si no, sería muy difícil hacer el seguimiento de los tiempos de espera quirúrgicos y de consulta.

El sistema sanitario público, a fin de facilitar el seguimiento y la gestión de la demanda, dispone diariamente de los datos estadísticos de demanda quirúrgica, consultas y pruebas diagnósticas.

De esta forma, podemos garantizar el cumplimiento de la norma sobre el plazo de respuesta asistencial, que, como sabe, en nuestra comunidad constituye un derecho de los ciudadanos. Este seguimiento diario de la información necesaria se lleva a cabo tanto en los centros concretos como en los servicios centrales del Servicio Andaluz de Salud.

El hecho de que ningún sistema sanitario público publique los datos de forma mensual tiene sentido, ya que las variaciones no son significativas para periodos cortos y no aportan, por tanto, ninguna información relevante de un mes a otro. Además, como creo que sabe, y si no se lo comunico, por parte del Sistema Nacional de Salud, en el Consejo Interterritorial, se acordó realizar dos cortes anuales. Y nosotros seguimos el criterio que, por parte del Consejo Interterritorial, se ha tomado. Y, si se determina otro, pues seguiremos el que se determine.

De hecho, señoría, a nivel internacional la OCDE publica los datos de listas de espera, una vez al año, del conjunto de los países europeos. A lo largo de los últimos años, se ha observado una estabilidad en las tendencias que no justifica una publicación a corto plazo, como representa un mes para estos indicadores.

Pero, señoría, hay que dejar claro que, aunque de forma colectiva estos datos no se publican mensualmente, los usuarios del sistema sanitario público andaluz pueden conocer de forma personalizada esta información a través de InterSAS, pueden conocer cuál es su situación en la lista de espera. Cada paciente pendiente de una intervención afectada por el decreto de garantías puede obtener información de su situación en la lista de espera.

También, por otra parte, aquellos usuarios que conectan con Salud Responde, a fin de ejercer el derecho de libre elección de hospital para intervención quirúrgica reciben información actualizada de las demoras de los distintos centros, de forma que puedan realizar con más datos y conocimiento su libre elección.

Por tanto, señoría, el hecho de no publicar los datos en periodos mensuales no merma en absoluto la capacidad de los usuarios para conocer su situación personal en el registro de demanda quirúrgica, así como la situación de cada uno de los centros hospitalarios, para que los ciudadanos ejerzan la libre elección que nuestro sistema sanitario les garantiza.

Gracias, señoría.

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

—Señora Escrivá.

### La señora ESCRIVÁ TORRALVA

—Gracias.

En las publicaciones semestrales, que se pueden consultar en la página web de cada hospital, hacen referencia a una demora media. Y, por supuesto, cumplen con los decretos 209/2001, que establece la garantía de plazo para la respuesta quirúrgica, y el 96/2004, que establece la garantía de plazos de respuesta en procesos asistenciales, primeras consultas de asistencia especializada y procedimientos diagnósticos.

Pero, claro, usted me dice que los..., bueno, pues, que los usuarios pueden consultar sus tiempos de espera. Yo no sé si es que eso lo desconocen, pero, desgraciadamente, muchos pacientes nos llegan, que no se están cumpliendo sus tiempos de espera, que no se cumple el decreto o el proceso asistencial definido por la consejería. Sobre todo, como antes comenté, en las enfermedades graves, como, por ejemplo, el cáncer.

También, según el Sindicato Médico de Sevilla, las colonoscopias en el hospital de Bormujos tienen una lista de espera de unos dos meses; es decir, el doble de lo que recoge el decreto. Y lo importante no es solo cuánto se tarda en hacerse, por ejemplo, la prueba, sino también cuánto tiempo se tarda en obtener los resultados. En Sevilla, por ejemplo, como ha comentado mi compañero, los servicios de anatomía patológica están acumulando retrasos en los diagnósticos.

Entonces, por eso le pedimos que, con el fin de aumentar la transparencia y comprobar que estos hechos son casos aislados, o son casos mediáticos, le solicitamos que cada mes se publiquen estos cortes. Y, si no

es posible, que los grupos parlamentarios puedan acceder a la información necesaria suficiente que contenga el sistema de información Diraya para llevar a cabo un muestreo, cumpliendo con la Ley de Protección de Datos. Porque usted comprenderá que una cosa es la media, pero puede ser que uno se opere, a lo mejor, en cinco días, y el otro espere 220. Entonces, con un muestreo podemos demostrar a la sociedad que estos casos que se oyen tanto, pues, son casos aislados o ni siquiera existen.

También proponemos que a los pacientes se les informe de cuál es el tiempo máximo de espera, a partir de qué fecha comienza el cómputo del plazo establecido y, por tanto, que conozcan la fecha límite de su asistencia. Puede que la Junta tenga muchos servicios, pero puede ser que estos no sean conocidos. Entonces, para nosotros es importante que se les informe correctamente, bien, a los pacientes en cada caso.

Y, por último, también sería interesante conocer la duración del proceso asistencial en su globalidad; es decir, desde que el facultativo hace una primera sospecha diagnóstica hasta la finalización del proceso asistencial relacionado.

Muchas gracias.

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

—Señor consejero.

### El señor ALONSO MIRANDA, CONSEJERO DE SALUD

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

Por empezar por el final, el proceso asistencial ese sería un dato muy difícil de localizar, porque es tan variable y depende, como ya comentamos muchas veces, de cada persona, de las circunstancias y de múltiples factores que son muy difíciles de controlar. Evidentemente, cuando un proceso asistencial finaliza con una indicación quirúrgica tal, eso sí es fácil. Cuando finaliza de otra manera, resulta un poco más complejo y tampoco nos aporta una información importante.

Por plantear otra cosa, en el tema de la obtención de resultados, sí es verdad que es un tema que nos preocupa. Y ya lo comentaba el otro día en la intervención, estamos trabajando para que la obtención de resultados sea más rápida. Sobre todo, somos muy rápidos cuando los resultados son malos y somos muy lentos cuando el resultado es favorable y no afecta a la salud del ciudadano. Y eso crea algunas veces incertidumbres, y lo que queremos es hacerlo de forma telemática para evitar que eso se produzca. Estamos avanzando y lo resolveremos en corto espacio de tiempo.

Cuando antes nos planteaba, nosotros también... Se publica si hay algún paciente que pasa de los 180 días. También se publican los cortes que hacemos semestralmente. Si la gente no está informada, nos comprometemos a hacer una campaña de difusión, porque precisamente se crea para que la gente pueda hacer la libre elección y para que, además, conozcan en cada momento cuál es su situación asistencial.

Cuando plantea que no se cumple el decreto... El decreto recoge un derecho, un derecho que está claro, ya sea de 30, 60, 120 o 180 días, y recoge también cuál es la solución cuando no está claro. Puede ser... Va-

mos, cuando se pasa el tiempo, que puede ser atendido en otro centro, que incluso puede acudir a otro centro, y se le pagaría por parte del sistema sanitario si nosotros... Como tenemos el mecanismo, lo haremos.

Sobre la publicación de las listas de espera, tenemos que estar a lo que se acuerde en el Consejo Interterritorial, porque, si no, acabaríamos siempre generando situaciones que su grupo, a nivel nacional, plantea en muchas ocasiones, diciendo que dispersamos o tenemos 17 sistemas diferentes de salud. Por lo tanto, establezcamos los criterios que se acuerden en el Consejo Interterritorial, los aplicaremos. Y, por supuesto, estamos dispuestos a dar información y a los ciudadanos a informarles de las posibilidades que tienen de acceder a la información y recordársela, porque para eso lo hacemos, para que estén informados.

Muchas gracias, señoría.

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Gracias, señor consejero.

---

## 10-15/POC-000054. Pregunta oral relativa a la mejora de posibilidades en la atención primaria

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Pasamos a la segunda pregunta del Grupo Ciudadanos, en este caso, relativa a la mejora en la atención primaria. Tiene la palabra la señora Escrivá.

La señora ESCRIVÁ TORRALVA

—¿Cuándo el futuro del sistema de tecnología de la información va a unificarse para todas las provincias y va a ser visible todo el historial médico por el personal médico de atención primaria? ¿Y considera parte de la atención primaria las farmacias comunitarias?

El señor ALONSO MIRANDA, CONSEJERO DE SALUD

—Gracias, presidente.

Gracias, señoría.

En primer lugar, y en relación con la unificación de los sistemas de tecnologías para todas las provincias, puedo informarle que en la actualidad el ciento por ciento de los centros de salud cuenta con historia digital, un sistema centralizado que permite acceder a toda la información clínica de atención primaria desde cualquier punto de Andalucía.

Esta historia clínica cuenta con todos los módulos necesarios para el correcto desarrollo de la labor asistencial de los profesionales: paso de consultas, procesos y programas, partes de incapacidad temporal, vacunas, prescripción... Bueno, todo lo necesario para un profesional sanitario.

Para todas estas prestaciones, no hay ninguna diferencia entre las provincias, porque el sistema está totalmente centralizado. Tanto desde los centros hospitalarios como desde los dispositivos móviles, 061 o ambulancias, esta información es accesible desde la historia de salud digital del usuario, por lo que la información de atención primaria está, a día de hoy, totalmente accesible desde cualquier nivel asistencial.

En atención hospitalaria, que me imagino que es a lo que se refiere, la implantación de la historia clínica es también completa en los centros del sistema sanitario público. En mayo de 2015 se implantó en el último que quedaba. Este sistema, a diferencia del de atención primaria, no es centralizado, pero es el mismo en todos los hospitales del Servicio Andaluz de Salud, no habiendo ninguna diferencia entre ellos ni tampoco entre las distintas provincias.

La información del ámbito hospitalario, que creo que debe ser la preocupación, ya se está compartiendo con atención primaria; en concreto, toda aquella que se consolida en la historia de salud digital, la que se pasa. Por tanto, a día de hoy, contamos en nuestra comunidad con una historia única del usuario, donde se refleja tanto la atención que recibe en el ámbito de primaria como la atención especializada, fundamentalmente en la parte de urgencias, que es accesible, rápido, al médico de atención primaria.

En el último trimestre de este año, la historia de salud digital se va a completar con los informes de anamnesis y de evolución de un episodio tanto de consulta externa como de hospitalización, que imagino que esa era la parte final de la pregunta, la parte que todavía falta por hacer.

Señoría, y en cuanto se refiere a las farmacias comunitarias, son establecimientos sanitarios que dispensan medicamentos para garantizar que la accesibilidad de los mismos sea posible en todo el territorio de la comunidad. Las farmacias no forman parte del sistema sanitario público pero sí son establecimientos sanitarios. No están dentro, lógicamente, de la atención primaria, pero sí contamos con su colaboración y su participación en muchas de las actividades sanitarias que se realizan. Y, de hecho, así se manifiesta tanto por el Consejo General del Colegio de Farmacéuticos como por nosotros, que seguiremos aumentando la colaboración.

Muchas gracias.

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

—Señora Escrivá.

### La señora ESCRIVÁ TORRALVA

—Muchas gracias, señor presidente.

Como acaba de comentar, me refería a eso, que muchos médicos de atención primaria no tienen acceso al historial hospitalario y nos lo han pedido. Y me alegra saber que se está poniendo en marcha ese sistema.

También nos gustaría que no solamente se pudiera ver por médicos, sino también por enfermeros y, en algunos casos, por farmacéuticos, porque pensamos que, uniendo esfuerzos y sumando voluntades, se puede conseguir mejorar la calidad asistencial con un coste ínfimo.

Para Ciudadanos, las farmacias comunitarias sí que son una parte fundamental de la atención primaria, pues son las que tienen un contacto más directo con el paciente, sobre todo en entornos rurales, donde hay veces que no hay ambulatorios cercanos. Y, por ello, consideramos que sus profesionales se encuentran infrutilizados. Y pensamos que se pueden promover diversas acciones: que los farmacéuticos resuelvan dudas con respecto a la medicación, que realicen el seguimiento farmacoterapéutico de los pacientes, sobre todo de los enfermos crónicos —como usted ha dicho ya en otras comparecencias, pues, es un reto que cada vez hay más crónicos, cada vez hay más personas mayores y cada vez hay más gente dependiente—, que se comunique de forma efectiva con los pacientes, que se reduzcan las visitas innecesarias a los médicos de atención primaria mediante un buen asesoramiento, que se faciliten sistemas personalizados de dosificación a los pacientes que lo soliciten y que participen en campañas sanitarias, como pueden ser las nutricionales o las relacionadas con el tabaquismo y el alcoholismo. Todo ello, mediante un acuerdo con la Administración, fomentando en todo momento la comunicación con el resto de sanitarios de atención primaria. Se nos quejan muchos farmacéuticos de que les gustaría tener un contacto con el médico, pues para eso, para no tener que hacer ir al paciente al ambulatorio, en casos de entornos rurales sobre todo, y así poder hacer una atención más especializada.

Si utilizamos el potencial de estos dos profesionales, conseguiremos mejorar la congestión que sufren los médicos de atención primaria. Este es un ejemplo típico de que, con pocos recursos económicos, puede lograrse una gran rentabilidad social.

No sé si sabe que ya en otras comunidades hemos conseguido que haya un gran pacto para las farmacias comunitarias, y nos gustaría que Andalucía no se quedara atrás.

Muchas gracias.

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

—Señor consejero.

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

—Gracias, presidente.

Yo todavía no conozco ninguna farmacia rural que esté ubicada en algún sitio donde no tengamos consultorio médico. No hay ninguna, se lo garantizo, señorita.

Sobre el planteamiento que decía, llevamos mucho tiempo trabajando con farmacéuticos y los médicos están siempre a disposición cuando se les quiere consultar algo. Y, de hecho, hay médicos y farmacéuticos, sobre todo en el mundo rural y en la parte rural, que trabajan de forma coordinada para evitar interacciones medicamentosas, y donde se colabora y se tiene una actividad colaborativa importante, y nosotros estamos abiertos a esa situación de colaboración.

El acceso a la historia clínica por parte del personal que no forma parte de la Administración sanitaria está totalmente restringido por la Ley de Protección de Datos. Ellos pueden ver lo que ellos conocen fundamentalmente y sobre lo que ellos..., que son todas las indicaciones de medicamentos que tiene el paciente, para evitar interacciones medicamentosas, pero el acceso a la historia clínica, me temo muy mucho que con la Ley de Protección de Datos no se podría hacer en ningún caso.

A partir de ahí, nosotros llevamos mucho tiempo, como comentaba, con reuniones con el Consejo General de Colegios Farmacéuticos para incrementar nuestra colaboración y nuestra participación, pero con las limitaciones legales que establece la Ley de Protección de Datos, que en ningún caso nos la vamos a saltar, con lo que lo de la historia es, hoy por hoy, imposible. Y lo que le comentaba, seguiremos trabajando en ese ámbito e iremos avanzando día a día, pero ya están participando en muchas actividades a lo largo del tiempo.

Muchas gracias.

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

—Muchas gracias, señor consejero.

Pasamos a la siguiente pregunta...

La señora ESCRIVÁ TORRALVA

—Un segundo.

Bueno, somos conscientes de que ya se están haciendo muchas cosas y pedimos eso, que se potencien más.

Ya en la segunda pregunta, gracias al...

---

## 10-15/POC-000056. Pregunta oral relativa a los medicamentos genéricos

El señor GARCÍA ANGUIA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Dos intervenciones por...

[Intervención no registrada.]

La señora ESCRIVÁ TORRALVA

—¿Han hecho algún tipo de estudio o estadística de cómo afecta a los pacientes, especialmente a personas mayores, crónicas y enfermas, el cambio de marca comercial en los genéricos, hasta tres veces en seis meses?

[Intervenciones no registradas.]

El señor ALONSO MIRANDA, CONSEJERO DE SALUD

—Los desabastecimientos puntuales de medicamentos seleccionados por el sistema sanitario público andaluz para la dispensación de prescripciones por principio activo no son mayores que los que afectan al resto de los medicamentos del mercado, que, como sabe, se producen y además están recogidos estadísticamente por la Agencia Española del Medicamento, que es la responsable de hacerlo.

En el listado de medicamentos con problemas de abastecimiento de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios rara vez aparecen dichos medicamentos. En los últimos listados publicados por la agencia, aparecían 192 medicamentos y ninguno era de los seleccionados por Andalucía.

Señoría, los desabastecimientos de marcas concretas no tienen por qué tener consecuencias en la asistencia sanitaria. Se trata de medicamentos genéricos con muy fácil sustitución por otros disponibles en el mercado, por lo que está garantizada siempre la atención sanitaria a los pacientes. Y, en ese ámbito de colaboración que usted pedía anteriormente, creo que, por parte de los farmacéuticos —y se está haciendo así— se colaborará claramente para explicarle al ciudadano cuál es el cambio que se ha producido. Los mismos cambios que se producían —y se lo digo por experiencia— desde hace mucho tiempo. Cuando el farmacéutico no tiene un determinado medicamento, le da otro para que continúe, puesto que lo importante es el principio activo y no la marca comercial.

Y prueba de que se trata de un desabastecimiento puntual: en el año 2014, el porcentaje de dispensaciones de medicamentos seleccionados fue del 89% respecto del total de dispensaciones.

En relación con las referencias que hace su señoría sobre lo... Perdón. En relación a todo el tema que planteábamos sobre si tenemos estudios o no tenemos estudios, no existen estudios ni a nuestro nivel ni a nivel internacional, por una sencilla razón: porque el cambio..., como el principio activo no se modifica y lo que verdaderamente tiene repercusión en la asistencia sanitaria es el principio activo, que es lo que verdaderamente cura y lo que verdaderamente conoce el médico, en ningún caso tenemos..., no existen estudios al res-

pecto. Y, ya le digo, no se producen ni más ni menos que los que se producían hace tiempo. Y, además, con el proceso de selección de medicamentos, se adjudican los fármacos para dos años, con lo cual, durante dos años, salvo situaciones excepcionales, se garantizaría que siempre recibe la misma presentación.

Gracias.

El señor GARCÍA ANGUIA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Señora Escrivá.

La señora ESCRIVÁ TORRALVA

—*[Intervención no registrada.]* ... en simples cuestiones, pues, para ellos suponen un mundo, que incluso pues hace que, hasta a veces, dejen de tomarlas, porque yo lo he escuchado. Como usted va a hospitales, pues, yo me he dedicado, no he ido a hospitales, he ido a farmacias y a farmacias de barrio, y he preguntado: «Bueno, ¿qué opina sobre esto?». Y entonces dicen: «A mí, a mí me da igual qué marca sea, lo que yo quiero es una continuidad, porque es que me vuelven loco».

Entonces, ya hay farmacias que hacen con un montón de pacientes pues lo que hemos dicho, un pastillero. Ese pastillero no es gratis, les está costando a esas personas mayores un dinero. Estos pastilleros... ¿Por qué muchas veces se necesita este pastillero? Por la tontería de la marca comercial. Entonces, nosotros, no nos metemos en si la marca comercial, una u otra, es de mayor calidad, porque, como usted ya nos..., ya hizo referencia, todas han pasado el filtro de la Agencia del Medicamento. A nosotros lo que nos preocupa principalmente es el cambio, o sea, es que estas personas se trastoquen. Y también nos preocupa que ese cambio..., bueno, como hemos dicho, pues a lo mejor durante dos años es la misma pero resulta que cuando hay un desabastecimiento, cuando el resto de marcas comerciales, como no tienen contratos con Andalucía, no tienen un *stock* especialmente grande, pues se lo cambian varias veces. O sea, estamos viendo que ese periodo puntual, que puede ser un mes, pueden ser varios meses, como es el caso del tratamiento de la hipertensión que está por laboratorios Ranbaxy, que lleva desde el 4 de mayo sin suministro, el problema ya no es que se lo cambien una vez, es que se lo pueden cambiar tres y cuatro veces, porque el resto de marcas comerciales, como no tienen el acuerdo con la Junta de Andalucía, pues no tienen un *stock* suficiente. Y me extraña lo que usted me ha comentado, que el desabastecimiento de estas empresas sea tan ínfimo o sea tan puntual, porque resulta que en el 2014 tuvieron que suministrar más de cuatro millones de unidades, medicamentos adjudicados en concurso, otras empresas farmacéuticas.

Entonces, nosotros lo que queremos es que se ha de intentar, por todos los medios, el abastecimiento continuo por las empresas adjudicatarias. Por ello le pedimos que no permita participar en el concurso a empresas que en su recorrido han incumplido sus compromisos de entrega con Andalucía y que se asegure el cobro de una sanción para las que incumplan con ese compromiso.

Muchas gracias.

El señor GARCÍA ANGUIA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Señor consejero, para terminar.

El señor ALONSO MIRANDA, CONSEJERO DE SALUD

—Muchas gracias.

Como le planteaba, el dato de los desabastecimientos está a disposición de todos en la Agencia Española del Medicamento, y las farmacias sabrán si en algún momento se ha declarado el desabastecimiento o no, independientemente de que lo haya declarado la casa o no.

Por otro lado, quien regula cuál es el *stock* de otros medicamentos no es la casa sino es la farmacia. Quiero decir que la farmacia tiene la obligación de tener *stock* del mismo principio activo de diferentes marcas comerciales, no son las grandes empresas las que deciden lo que hay en cada farmacia sino son los farmacéuticos los que lo hacen.

Por otro lado, yo le planteaba lo mismo, que desde que tenemos la subasta los cambios son menores. Y digo subasta para que me entiendan, porque me canso de explicar «selección pública de medicamentos», que es como se llama.

El planteamiento es que es cada dos años. Evidentemente, no podemos sacarla inicialmente cada más tiempo. Y lo que nosotros queremos también sería garantizar —y ya lo comenté en varias ocasiones— que todos los principios activos tuviesen una visión similar y no sea la visión de marca la que prevalezca, pero hoy la realidad es la contraria. Por eso es necesario que entre todos colaboremos para garantizar que las personas mayores los reciben.

Nosotros estamos haciendo el seguimiento e intensificándolo para garantizar que el periodo..., que los desabastecimientos sean los menores posibles y garantizar que al ciudadano se le dé siempre el envase que él reconozca como tal, que ese creo que es el objetivo de todos y en ese es en el que avanzaremos de acuerdo con el propio ciudadano y los farmacéuticos.

El señor GARCÍA ANGUIA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muy bien.

Muchas gracias, señor consejero.

## 10-15/POC-000057. Pregunta oral relativa al concurso de productos farmacéuticos

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Pasamos a la última pregunta del orden del día, también de Ciudadanos, relativa al concurso de productos farmacéuticos, y tiene la palabra la señora Escrivá.

La señora ESCRIVÁ TORRALVA

—Bueno, pues va al hilo de..., muchas gracias, va al hilo de la anterior pregunta. Y es: ¿cómo es posible que empresas o compañías que incumplen sistemáticamente las condiciones o cláusulas contractuales no pasen a una lista negra en la que sean descartadas para sucesivas subastas? ¿Cómo explica que esas empresas, como, por ejemplo, Aurobindo y Aristo-Pharma, que reiteradamente incumplen sus compromisos, sean precisamente las mayores adjudicatarias?

El señor ALONSO MIRANDA, CONSEJERO DE SALUD

—Gracias, presidente.

Gracias, señoría.

Es evidente que esta pregunta y la anterior están muy relacionadas, casi podríamos haber hecho lo mismo con la de Ciudadanos, porque al final acabamos hablando de lo mismo: el proceso de selección de medicamentos. Yo sé que es un planteamiento que reiteradamente surge. Sé que, pese a la manifestación de la asociación..., vamos, el Colegio de Médicos o sociedades científicas, es un planteamiento que se repite en muchas ocasiones. Pero, de verdad, el proceso de desabastecimiento, que era del que estamos hablando, ha sido del 11%. El que teníamos anteriormente era mayor. ¿Por qué? Porque, como saben, se producía otro tipo de selección, de la cual no voy a hablar, porque era perfectamente legal y quien seleccionaba los fármacos no era la Administración sanitaria. Entonces, no voy a hablar de ese tema en esta pregunta. Pero sí quería dejarles claro una cosa: nosotros seguimos los concursos de adjudicación pública de medicamentos, e igual que cualquier otro tipo de concursos si en algún momento se producen no cumplimientos que sean significativos, como consecuencia o como causa del propio laboratorio, igual que en cualquier otro concurso, evidentemente, están en los pliegos establecidas sanciones.

Y en relación a las referencias que hace su señoría sobre los laboratorios citados, hay que tener en cuenta que tienen un elevado número de medicamentos, es verdad, seleccionados en las distintas convocatorias y que por ese motivo se hacen más evidentes algunos de los desabastecimientos puntuales. Pero, en conjunto, de todo el proceso de selección no, de todos los fármacos, solo se llega al 11% de desabastecimiento, con lo cual es inferior al que se planteaba con antelación.

En cualquier caso, señoría, puede tener la absoluta seguridad de que si se comprobara que una situación de desabastecimiento pudiera estar provocando algún tipo de trastorno a los usuarios del sistema sanitario

público andaluz, desde la consejería no se dudaría en aplicar lo previsto en la normativa andaluza, en el artículo..., en concreto en el artículo 60 bis de la Ley de Farmacia de Andalucía, sobre resolución parcial de los convenios firmados. Viene perfectamente recogido.

Gracias.

## El señor GARCÍA ANGUIA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Señora Escrivá.

## La señora ESCRIVÁ TORRALVA

—Muchas gracias, señor presidente.

Gracias.

Bueno, pues entonces a nosotros, respecto al concurso de medicamentos utilizado en Andalucía, nos sorprenden también otras dos cosas. Primero, que, claro, el que ahora mismo está funcionando en el resto de España fue incorporado por un real decreto en el 2011 de un gobierno socialista. Y, por otro lado, que nosotros seamos la única comunidad que utilice el sistema, puesto que hay otras comunidades donde gobierna su mismo..., su mismo grupo parlamentario, que no se han adaptado a este. Si tan bueno es, no entendemos cómo es que somos la única.

Y la segunda cuestión atañe al supuesto ahorro. Según los datos obtenidos por el ministerio, en nuestra comunidad se produjo un ahorro farmacéutico del 2011 al 2014 del 10,65%, mientras que la media nacional fue de un 24,24%. O sea, la mayor parte de España en ese periodo ahorró más del doble. Está hecho per cápita, o sea, por persona.

Y ahora después, en lo referido al ahorro, según lo que ustedes previeron en el quinto y sexto concurso, es decir, en el 2014, la previsión era de 400 millones de ahorro y el ahorro real fue de 96 millones. O sea, no sé si tan bueno es que no lo tiene ninguna comunidad autónoma, no se cumplen las previsiones de ahorro que ustedes mismos hacen... Y, entonces, claro, ahí lo del ahorro lo vemos un poquito en el aire.

También, al principio, el ahorro medio ofrecido por las compañías ascendía aproximadamente a un 50%. Y según los últimos datos de este último concurso, del séptimo concurso, solamente es del 20%; es decir, de algunos céntimos por unidad.

Suponiendo que se consigue un ahorro farmacéutico considerable, el problema que vemos es que esto, este ahorro, es ínfimo y nos está alejando cada vez más de tener un tejido industrial y productivo en el sector. Compañías españolas, con laboratorios en otras comunidades, ven la inversión en Andalucía como un riesgo, a pesar de que Andalucía supone el 20% del gasto farmacéutico en España. Es decir, puede ser que nos estemos ahorrando algo por algún lado en el capítulo este, pero ¿cuántos puestos de trabajo dejamos de tener? Porque, si queremos cambiar el modelo productivo y queremos que haya una diversificación, tenemos que atraer a estos laboratorios, que no se lo piensan en invertir en otras comunidades y sí se lo piensan en invertir en la nuestra, cuando la nuestra es una de las que más población tiene y más gasto por tanto.

Laboratorios consolidados, como Pérez Giménez, que recibieron incluso ayudas de la Junta...

El señor GARCÍA ANGUIA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Señora Escrivá.

La señora ESCRIVÁ TORRALVA

—Ya voy acabando.

Debido a su mala gestión y a no ser un laboratorio prioritario, pues tuvieron que cerrar.

Por tanto, el concurso no solo debería tener en cuenta el factor económico sino también el cumplimiento de los anteriores contratos, los años de experiencia en el sector y su número de empleados en Andalucía, en España y en Europa.

No se puede parcelar la rentabilidad social y mucho menos menospreciar las repercusiones sociales ya que solo el mayor productor de genéricos en España emplea a más de 25.000 personas entre empleos directos e indirectos.

En algunos casos los laboratorios que contratamos, o sea, que han sido adjudicatarios, se constituyen meses previos a la subasta, como es Viso Farma. Y muchos de ellos son simples intermediarios. Por eso le pedimos que, aunque no cambien las subastas, meta..., digamos, tenga en consideración otros factores, otros factores que generen empleo en Andalucía.

Muchas gracias.

El señor GARCÍA ANGUIA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Señor consejero, para terminar la pregunta.

El señor ALONSO MIRANDA, CONSEJERO DE SALUD

—Muchas gracias, presidente.

Gracias, señoría.

El primer requisito para adjudicar un contrato es que se presente. Por qué no se presentan habrá que preguntárselo a ellos porque son perfectamente competitivos. Y, bueno, yo sé algunas razones, pero no es el ámbito para comentarlas.

A partir de ahí, cuando habla de la ubicación de los laboratorios en Andalucía: la subasta empezó en el año 2012 y yo no vi a ningún laboratorio muerto por instalarse antes de 2012. La realidad es que los laboratorios se concentran en otras comunidades, que no es precisamente la nuestra, históricamente, siendo una comunidad que tenemos el 20% del consumo farmacéutico. Y esa es una realidad que no tiene nada que ver con el proceso de selección de medicamentos. Igual que no se instalan en Castilla-La Mancha, o no se instalan en Castilla y León, o no se instalan ni siquiera en Valencia. Se instalan donde se instalan. Y simplemente hay que coger el mapa y ver dónde están ubicados.

Por otro lado, el proceso de selección de medicamentos, cuando habla del ahorro en ese periodo, yo le puedo hablar del ahorro desde el 2009. Evidentemente, cuando uno tiene un gasto farmacéutico de los más bajos de España, el porcentaje de ahorro —pasa como en las familias— es mucho menor. Pero estamos hablando del ahorro con el proceso de selección de medicamentos y estamos hablando de un ahorro concreto.

A igualdad de principio activo que prescribe el médico —y repito lo del principio activo porque es lo que los médicos estudiamos en la facultad—, a igualdad de principio activo, de utilizar el proceso de selección de medicamentos o no utilizar el proceso de selección de medicamentos, es verdad que en el año 2014 hubo unos 94 millones de ahorro. A mí 94 millones, francamente, me parece una cifra considerable y que es mucho mejor utilizarlos en otros tipos de actividad sanitaria que gastarlos en algo que podemos comprar más barato.

Nunca estaba previsto un ahorro de 400 millones en un año, no somos tan ambiciosos, ojalá. Y este año las previsiones estarán en torno a los 130 millones, 150 millones, depende del consumo, y esa es para nosotros una cantidad importante.

Pero, por otro lado, era lo que comentaba, nosotros estamos abiertos a la participación de cualquier compañía que quiera hacerlo, y cualquier compañía puede acceder y estamos..., ya le digo, abiertos no, encantados. Pero vienen los que vienen y, como cumplen los criterios de calidad, nosotros seleccionamos de los que se presentan a los que cumplen los mejores criterios.

Muchas gracias, señoría.

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

—Gracias, señor consejero.

Una vez terminado el segundo punto del orden del día, señorías, agradecemos al consejero su larga presencia en esta comisión, suspendemos cinco minutos para despedir al consejero e iniciamos el tercer punto del orden del día.

[Receso.]

## 10-15/PNLC-000014. Proposición no de ley relativa a apertura de las urgencias del chare de Alcalá la Real (Jaén)

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Damos comienzo... Vamos, seguimos la comisión con el tercer punto del día, proposición no de ley presentada por el Grupo Parlamentario del Partido Popular, y decir que serán siete minutos, la portavoz del proponente, cinco minutos cada portavoz del resto de grupos para posicionar a su grupo, y cinco minutos de cierre de la portavoz del PP.

Repito, tiene Ciudadanos siete minutos, la proponente, cinco cada portavoz del resto de grupos, y cinco minutos para terminar la proponente.

*[Intervenciones no registradas.]*

¿Los grupos, siete también? Bueno, que sepan sus señorías que se ha aprobado, se ha aprobado por los cinco grupos parlamentarios, se han aprobado por los cinco grupos parlamentarios los tiempos y ya está aprobado y firmado y...

*[Intervenciones no registradas.]*

Pero, bueno, estoy diciendo..., estoy diciendo que se ha aprobado, que se ha aprobado por los grupos parlamentarios un acuerdo que viene firmado, me lo da el letrado, que son siete, cinco y cinco. Pero, bueno, eso será en la próxima comisión. Así que, hoy, entonces, tendremos lo que hayamos..., lo que la Mesa decidió.

Eso lo haremos..., que sepan que en la próxima comisión serán: las PNL, siete; cinco el resto de grupos, y cinco de cierre. Hoy haremos siete, siete y siete.

Sí, tiene la palabra la portavoz del PP, señora García.

La señora GARCÍA CARRASCO

—Gracias, señor presidente y buenos días, señorías.

La Junta de Andalucía y la Consejería de Salud, en este caso, establecen sus propuestas, prioridades, proyectos y metas. Y, a partir de ahí, organizan, proyectan y ejecutan. Lo malo, y lo que nos demuestra la Junta de Andalucía con el paso del tiempo, es que no valoran y no tienen en cuenta que, como dice el refrán, lo prometido es deuda. Prometen y dicen, pero no cumplen.

Hablamos, señorías, de hace 14 años, 14 años, cuando la Junta de Andalucía, el Partido Socialista que la sustenta, prometió en el Libro Blanco de la sanidad andaluza, mejorar la accesibilidad de los andaluces y andaluzas a la sanidad pública para que ningún andaluz estuviera a más de 30 minutos de un hospital.

Para conseguir este objetivo, la Consejería de Salud se comprometió a la construcción de 26 chares, centros de alta resolución. Hoy, 30 de julio de 2015, 14 años después, esas promesas, esos compromisos con los andaluces y las andaluzas, la realidad, la verdad es que han llevado a cabo la construcción de 13 de los 26 chares comprometidos, la mitad. Y además no completos pues, como ustedes saben, señorías, no todos funcionan al 100%, como por ejemplo el que hoy nos ocupa, el chare de Alcalá la Real o el chare de Loja.

El chare que nos ocupa, el de Alcalá la Real, fue abierto en febrero de 2011, de forma rápida y precipitada, para que estuviera operativo en la campaña de las elecciones municipales de 2011. Y se dejó cerrado el servicio de urgencias y de hospitalización, que según la planificación inicial del centro estaría abierto para otoño de ese mismo año, del año 2011.

Pasó la campaña electoral, pasaron las elecciones municipales y las urgencias, y el servicio de hospitalización permaneció cerrado. Nada se supo hasta la nueva campaña electoral de las elecciones autonómicas del año 2012. Digo nada se supo por parte de la Administración, porque sí que hubo grupos, colectivos, que de forma reiterada y continua seguían reclamando su apertura. Como el Grupo Municipal del Partido Popular de Alcalá la Real o los trabajadores tanto del chare de Alcalá la Real como el de Loja, puesto que se unieron en sus reivindicaciones.

Pasó la campaña y pasaron las elecciones autonómicas del año 2012, y las promesas realizadas se volvieron a incumplir. Parecía imposible que esto pudiera volver a ocurrir, pero llegó la campaña de las elecciones autonómicas de 2015 y el Partido Socialista, la delegada de Salud y el director del centro vuelven a anunciar la inminente apertura de las urgencias del chare de Alcalá la Real. Pero, como ustedes ven, el chare de Alcalá la Real, desgraciadamente se ha convertido en un hospital de campaña pero de campaña electoral, donde campaña tras campaña electoral se comprometen a la apertura de las urgencias, pero a día de hoy, 30 de julio, sigue sin ser una realidad.

Es un centro de alta resolución sorprendente porque cierra por las tardes, los fines de semana y fiestas de guardar. Perdón, por las tardes no, por las noches, fines de semana y fiestas de guardar.

Hoy en Alcalá la Real, sus 23 pedanías, Castillo de Locubín y Frailes, una población de 30.000 habitantes, son atendidos por dos equipos de guardia. Señorías, 30.000 habitantes son atendidos por dos equipos de urgencias.

La distancia que existe media entre un municipio y otro ronda entre los 14 y los 16 o 18 kilómetros. La distancia entre los dos municipios más lejanos, 40 kilómetros. Y la distancia con el hospital de referencia, que se encuentra en la provincia de Granada, por ser el más cercano, es de 50 kilómetros. Y tardan en llegar con un paciente de prioridad 1 entre 50 y 60 minutos.

Además, debemos de tener todos en cuenta que existe una inversión de 22 millones de euros, que es lo que nos ha costado a todos los andaluces el chare de Alcalá la Real, y que, sin embargo, no está siendo rentabilizado ni aprovechado por los alcalaínos ni su comarca puesto que no funciona al ciento por ciento.

En la legislatura anterior, el 5 de junio de 2013, se presentó y se aprobó, con el apoyo de Izquierda Unida, una PNL que lo que solicitaba a la Junta de Andalucía y a la consejería era la apertura de las urgencias. Con anterioridad a la aprobación de esta PNL, se aprobó otra iniciativa en el Parlamento de Andalucía con el apoyo de todos los grupos por unanimidad. Pero, aun así, aun así, a pesar de aprobar estas iniciativas, las urgencias del centro del chare de Alcalá la Real siguen cerradas.

El Partido Popular de Alcalá la Real recogió firmas de los alcalaínos y elevó una queja al Defensor del Pueblo. El 24 de febrero de 2015, el Defensor del Pueblo comunica que solicitará un informe a la consejería sobre el estado de la atención de urgencias en el resto de chares de toda Andalucía y además un pronunciamiento expreso por parte de la consejería.

No podemos olvidar, señorías, la situación y el problema que viven los trabajadores desde el año 2010, año en que aprobaron las pruebas y que, a fecha de hoy, no han podido incorporarse a su plaza. Señorías, son cinco años esperando para incorporarse a una plaza que aprobaron en el 2010.

Han escuchado a lo largo de estos años de todo y a todos. Por no ir más lejos, el 25 de septiembre de 2014 la delegada de Salud, Ángeles Jiménez, dijo que se estaba estudiando para dar una solución. Más recientemente, el 1 de marzo de 2015, la consejera de Igualdad, Salud y Políticas Sociales, María José Sánchez Rubio, hablaba de que la Junta de Andalucía estaba trabajando para abrir las urgencias y que en pocas semanas se podía producir esta apertura, rondando cerca de la fecha de las elecciones. «Pocas semanas», han pasado 20, no sé lo que serán pocas.

UGT anuncia en su página web la inminente apertura de las urgencias del chare de Alcalá y, como consecuencia, de la zona de hospitalización, tal como ha anunciado el director del centro a los trabajadores, aunque sin especificar cuándo va a ser esa fecha.

Más reciente todavía, en este mismo mes de julio de 2015, el alcalde de Alcalá la Real, del Partido Socialista, anuncia que la apertura de las urgencias del chare de Alcalá se producirá antes de que acabe 2015.

Creo que el relato de los hechos nos obliga a todos a instar al Gobierno de Susana Díaz a cumplir el compromiso adquirido hace cinco años con los alcalaínos, su comarca y con los trabajadores, que todavía no han podido ocupar su plaza.

Los presupuestos de la Junta de Andalucía están cercanos a elaborarse, por lo cual, el Partido Popular no va a tener ningún problema en aceptar la enmienda que presenta Ciudadanos.

Gracias, presidente.

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

—*[Intervención no registrada.]*

### La señora ESCRIVÁ TORRALVA

—Muchas gracias, señor presidente.

Respecto a la proposición no de ley de la apertura de urgencias del chare de Alcalá, lo primero que nos llama la atención es que solo se refieran precisamente al chare de Alcalá y dejen de lado una situación similar del hospital de Loja, personal que junto a los trabajadores de Alcalá la Real forman la asociación Apahla. El problema de desamparo que sufren estas 31 personas lo llevan sufriendo desde hace casi cuatro años. Pero es desde que se han asociado y movilizado cuando los diferentes partidos políticos y medios de comunicación les han escuchado. Ello nos hace ser conscientes de una triste vivencia, que solo con protestas y movilizaciones en nuestra comunidad se logran avances en el reconocimiento de derechos.

En Andalucía los chares son de gestión privada, gestionados por las empresas Bajo Guadalquivir, Alto Guadalquivir y Poniente. Para el caso del chare de Alcalá la Real, la empresa encargada de su gestión es el Alto Guadalquivir. Los empleados afectados por la no apertura, al igual que otros que están trabajando desde que les correspondía, es decir, desde febrero de 2011, aprobaron un examen y el resto de pruebas de selección quedando en la bolsa de ese chare. Al principio esperaban con ilusión que se les llamara para trabajar,

pero poco a poco esa ilusión fue desapareciendo para convertirse en frustración, indignación y desesperación, ya que la situación económica de la mayoría de estas familias es límite.

Este chare no abre servicio de urgencias y solo funciona —como ha dicho mi compañera— de lunes a viernes de ocho a diez. Al tener este horario de apertura los perjudicados no solo son los trabajadores, que siguen esperando desempeñar su puesto de trabajo, sino también la población, que se ve privada de este servicio, provocando situaciones como, por ejemplo, que si una pequeña intervención sufre complicaciones los pacientes tengan que ser trasladados a Granada a más de una hora de camino.

Para Ciudadanos es importante que las personas que viven en un entorno rural no padezcan una merma en su calidad asistencial; es decir, que haya equidad y que esta equidad se refleje en el día a día de los andaluces que viven en entornos alejados de las capitales.

Evidentemente, para que la población afectada pudiera gozar de una atención sanitaria de calidad se necesitaría que hubiese servicio de hospitalización y de urgencias 24 horas, aunque solo con el servicio de urgencias sería suficiente para que estos 31 trabajadores pudieran incorporarse.

Pero si abren unas urgencias de atención primaria cubiertas por personal del SAS —como ya ha pasado en otros lugares—, no conseguimos cambiar esta situación. Las urgencias deben ser cubiertas por este personal y deben tener pruebas diagnósticas.

Desde 2011 llevan esperando estas familias que se les dé una solución. Primero pidieron trabajar en el SAS, lo cual incumplía normativa. Luego pidieron trabajar en otros centros de la empresa, pero ello perjudicaba a los compañeros de otras bolsas. Su única opción pasa por trabajar en el chare de Alcalá.

Desde su movilización, han conseguido citas con la consejería o con la consejera, pero sin resultado, siendo la última de estas reuniones en octubre de 2014. En esta reunión se les justificó la no apertura o el cierre por falta de presupuesto. La ausencia de presupuesto para esta partida continúa en 2014. Por ello, todas las promesas verbales de pronta solución que se les han dado a lo largo de este año han quedado en vanas promesas.

De ahí nuestra enmienda, para que quede reflejado en los presupuestos de 2016 la provisión necesaria para esta apertura.

También consideramos que es importante definir un mes de apertura, ya que de enero a diciembre hay muchos meses, que, sumados a los ya sufridos, alargarían la espera a más de cinco años.

Deseamos que entre todos podamos terminar con esta situación límite que lleva a estas familias a vivir situaciones desesperadas. Esperamos que, a la par de que se solucione de una vez la situación de Alcalá la Real, suceda exactamente lo mismo con el resto de personas que sufren la situación..., la misma problemática en Loja. Y, si no es así, este colectivo podrá encontrar al Grupo Parlamentario de Ciudadanos para apoyar sus reivindicaciones y conseguir recuperar sus derechos como trabajadores.

Muchas gracias.

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

—Muchas gracias, señora Escrivá.

Tiene la palabra Izquierda Unida, la señora Nieto, siete minutos.

## La señora NIETO CASTRO

—Muchas gracias, presidente.

En primer lugar, discúlpenme de haberme incorporado tarde y gracias por la deferencia de dejarme intervenir, y le pido especialmente disculpas a la proponente del Grupo Parlamentario Popular porque no he oído su exposición.

En cualquier caso, les anticipo el voto favorable de Izquierda Unida a esta iniciativa y lo resumo con brevedad en dos motivos.

El primero, porque este equipamiento sanitario responde a una necesidad objetiva, detectada y compartida por la población, por la población organizada, por los trabajadores y trabajadoras, por los profesionales del sector, por la ciudadanía en su conjunto. Por tanto, la necesidad de que esta apertura se produzca de manera inmediata es completamente constatable y, en esa medida, es compartida por nuestro grupo parlamentario.

Pero, sobre todo y fundamentalmente, nuestro voto favorable se manifiesta, se plasma hoy en esta comisión porque quienes somos representantes públicos de la ciudadanía y decimos andar preocupados por el desapego que nuestro trabajo le provoca a mucha gente debemos recuperar el valor de la palabra dada para restaurar la credibilidad que se está perdiendo en las instituciones. Y este tema ha sido una promesa recurrente por parte del Partido Socialista, que ha generado unas expectativas que ahora es justo que reclamemos que se concreten y que, efectivamente, se cumpla con un compromiso adquirido por el partido que, en este caso, gobierna la institución que tiene la competencia de, efectivamente, dar cumplimiento a esa propuesta, a esa promesa.

Hay que recuperar ese valor de la palabra dada y hay que asumir la consecuencia de traicionarla. Por eso, especialmente por eso, el Grupo Parlamentario de Izquierda Unida considera que esta iniciativa es oportuna, que debe ser aprobada, que debe ser un mandato de este Parlamento, pero que, en realidad, solo es un recuerdo al partido que tantas veces ha prometido esa reapertura de las urgencias en Alcalá, el que asuma la consecuencia de faltar a la palabra y, con ello también y, en este caso, cuando ya tengamos el acuerdo adoptado, incumplir un mandato de este Parlamento.

Muchas gracias.

## El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señora Nieto.

Siguiendo el orden le corresponde a Podemos. Señor Gil de los Santos, tiene siete minutos para posicionarse a su grupo.

## El señor GIL DE LOS SANTOS

—Gracias, señor presidente.

Señorías.

Los primeros pasos de esta legislatura parece que se dirigen a tratar entuertos dejados por el Gobierno anterior. Entuertos que son consecuencias de las formas de hacer política y, especialmente, de las formas de llevar a cabo la planificación de las infraestructuras sanitarias en nuestra comunidad en los últimos años.

Es necesario echar la vista atrás y contextualizar el caso de las urgencias del hospital de alta resolución de Alcalá la Real dentro de la dinámica de planificación sanitaria de los últimos años del Gobierno del PSOE de Andalucía.

La sanidad se ha convertido en uno de los pilares de la propaganda gubernamental en muchas comunidades autónomas, pero especialmente en la nuestra, en la que, además, se ha llegado a una especie de identificación entre el desarrollo del sistema sanitario y el logro de un partido, en el que parece que se obvia la labor de la ciudadanía, corporaciones locales y tejido asociativo, fundamentalmente, para el desarrollo y priorización de las políticas públicas.

En el caso particular de los hospitales de alta resolución, suponen no solo una importante apuesta de inversión sino también un cambio organizativo, priorizando la implantación de empresas públicas que se rigen bajo derecho privado, a pesar de tener titularidad pública en su gestión.

Esta innovación organizativa, como tantas otras, no se ha evaluado convenientemente, de modo que da la sensación de que tanto su planificación como su ejecución se realizan condicionadas por motivos más relacionados con los ciclos de interés político o electoral que con los criterios técnicos que deberían regir la planificación sanitaria.

En el caso de Alcalá la Real, se cumplen ahora cuatro años y medio desde que el expresidente Griñán inaugurara las instalaciones, y más de tres desde que abriera las puertas a la ciudadanía. En este tiempo, ha habido recogida de firmas, movilizaciones por parte de la población y los profesionales asignados al centro y propuestas parlamentarias, obteniendo como respuesta una huida hacia delante en forma de declaraciones, de forma que se pueden leer varias noticias en las que se tilda de inminente la apertura de las urgencias del hospital de alta resolución de Alcalá la Real.

Pero el Gobierno... Perdón. Pero el problema de las urgencias de Alcalá la Real es el síntoma de un problema mayor: la insuficiencia presupuestaria de la sanidad andaluza, la incapacidad comunicativa de una serie de gobiernos que no sienten la necesidad de informar o dialogar sino de publicitar, y la falta de una planificación acorde a la realidad material de las necesidades de la población.

En fase de máximo crecimiento y burbuja inmobiliaria se proyectaron hospitales de alta resolución en multitud de localidades, alguna de ellas con centros hospitalarios muy cercanos y abriendo a la población una oferta de servicios de bajísima frecuentación. Al llegar la crisis económica y la disminución del gasto sanitario en nuestra región se evidenció la incapacidad para cumplir con proyectos que no eran una prioridad para el Gobierno, por mucho que así se hubiera vendido a la ciudadanía.

La planificación llevada a cabo en tiempos de bonanza, sin transparencia ni unos claros criterios que sirvieran para justificar la existencia de unas inversiones en infraestructuras y no de otras, hizo que, al llegar la crisis económica, no se pudiera justificar ante la población el porqué de la detención de unos proyectos o la priorización de otros.

Venimos insistiendo desde nuestra constitución como grupo parlamentario en la necesidad de que la planificación y la evaluación sean parte de un proceso conjunto de apertura, transparencia y participación. Aper-

tura de las instituciones hacia fuera, transparencia participada, de modo que las decisiones se impregnen de la voluntad de los andaluces y las andaluzas, y participación en la verificación de los criterios utilizados para la implantación de infraestructuras, para la toma de decisiones sobre abrir o no abrir un servicio de urgencias o un centro de salud y sobre la toma de decisiones final.

El otro aspecto que comentaba como fundamental y perteneciente a un problema mayor es el del uso propagandístico de los servicios públicos. No podemos criticar la apertura alocada de hospitales en la Comunidad de Madrid en tiempos de Esperanza Aguirre, modelo de la falta de planificación y la gestión clientelar, a la vez que aquí desarrollamos un proyecto similar a pequeña escala, en el cual, tras montar las infraestructuras, no tenemos recursos o no priorizamos los recursos para dotar de medios técnicos y profesionales dichas infraestructuras y permanecen durante años funcionando a medio gas e inaugurándose varias veces, rentabilizando fotográficamente la inversión.

La postura de nuestro grupo parlamentario es que las urgencias del hospital de alta resolución de Alcalá la Real se deben abrir ya, porque la apertura a medias de centros sanitarios con infraestructuras ya construidas y prácticamente dotadas de material, y con el personal ya asignado, es un imperativo para todo gobierno que quiera llevar a cabo una gestión eficiente de los recursos públicos. Mantener cerrado este servicio de urgencias supone una merma para el funcionamiento correcto del hospital de alta resolución de Alcalá la Real, para las vidas de los profesionales que superaron el proceso selectivo para la obtención de una plaza en dicho servicio de urgencias, al igual que ocurre en el hospital de alta resolución de Loja, y para una población que no ve cumplidas unas expectativas que ustedes han ido generando y posponiendo con el paso de los años.

Además de todo esto, el Gobierno, la Consejería de Salud y el Servicio Andaluz de Salud deberían plantearse si todas las infraestructuras que han construido en los últimos años han aportado verdaderamente un valor añadido a la salud de los andaluces y las andaluzas a quienes iban dirigidas.

Nuestro sistema sanitario está atravesando un momento en el que la atención primaria y la atención hospitalaria cada vez están más distanciadas presupuestariamente, aunque se intenta que estén más justos..., más juntos funcionalmente, cosa paradójica y que supone un riesgo de absorción de la atención primaria por parte de la hospitalaria.

Continuar con la construcción poco o mal planificada de estructuras intermedias, como los hospitales de alta resolución, sin que medie un planteamiento de futuro en torno a su condición jurídica o a indicadores algo más complejos que tener un hospital a menos de 30 minutos de casa, es una necesidad en el compromiso de las instituciones públicas con...

## El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Señor Gil, vaya terminando.

## El señor GIL DE LOS SANTOS

—Voy terminando, señoría.

... de las instituciones públicas con asegurar el mejor uso posible del dinero público y la extensión de los mejores cuidados de asistencia para la población de Andalucía.

De ahora en adelante creemos que el modelo de sistema sanitario, en especial en lo relacionado con la distribución de infraestructuras según niveles asistenciales, la inclusión de estas entidades dentro de la estructura del Servicio Andaluz de Salud y la planificación a largo plazo de centros sanitarios debe realizarse de forma transparente y, sobre todo, evitando cortoplacismos que nos hagan más vulnerables ante los vaivenes de aquello que no podemos controlar desde la política institucional.

Esperamos que la apertura de las urgencias del hospital de Alcalá la Real se solucione cuanto antes, tanto por el sistema en su conjunto como por la población local y los trabajadores y trabajadoras que llevan tanto tiempo esperando a incorporarse a su puesto de trabajo.

Esperamos asimismo que dejen de existir debates encallados en torno a cosas que deberían transcurrir según planificaciones previas y cuyas noticias deberían llegarnos de forma proactiva, como una manera más de demostrar la rendición de cuentas de los poderes públicos ante la ciudadanía y representantes parlamentarios.

Muchas gracias, señorías.

## El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muy bien, muchas gracias.

Por el Partido Socialista, señora Férriz, tiene siete minutos.

## La señora FÉRRIZ GÓMEZ

—Ahora. Buenas tardes, señor presidente.

Buenas tardes, señorías.

Partamos de la base de que el Partido Socialista, el de Alcalá, el de Jaén y el de Andalucía, es el primer interesado en que se abran las urgencias del chare de Alcalá, por una sencilla razón, y es que todos los avances de la sanidad en el municipio han venido de la mano de los socialistas.

Obvia decir que estos años han sido de dificultad económica y que, a pesar de existir un firme compromiso por parte de la Junta de Andalucía, no han podido ponerse en marcha todos los servicios del chare. Y en esa dificultad económica tiene mucho que ver el Gobierno de España y el partido que lo sustenta. Por eso no deja de extrañar que el Partido Popular exija a la Junta de Andalucía la apertura de las urgencias del chare de Alcalá pero no mueva un dedo, que no lo ha hecho en todo este tiempo, para pedirle al Gobierno de Rajoy esos 4.000 millones de euros que le debe a Andalucía y que sin duda hubieran agilizado la apertura de dichas urgencias, las de Loja y otras muchas.

Teniendo en cuenta esto y el historial que tiene el Partido Popular en la sanidad pública en estos cuatro años nefastos de gobierno y en las comunidades autónomas donde ha ejercido competencias en materia de sanidad, esta PNL no deja de tener un cierto cinismo por parte de una derecha que desmantela y privatiza la sanidad pública allá donde gobierna y, sin embargo, hace una defensa de la misma allá donde no gobierna, como es el caso de Andalucía. Es un auténtico disparate que el Gobierno recorte y asfixie a Andalucía y al mismo tiempo que el Partido Popular en Andalucía se rasgue las vestiduras porque se haya retrasado la apertura de estas urgencias.

Tendrán ustedes que reconocer, el Partido Popular y el resto de partidos políticos, el enorme esfuerzo que está realizando el Gobierno andaluz para mantener en pie todos los servicios públicos. Y algunos le llaman propaganda. Yo quiero llamarle hechos, porque ha aumentado el presupuesto en sanidad a pesar de la crisis y de los recortes del Partido Popular, porque no hemos dado ni un paso atrás en derechos sanitarios, se mantiene e incluso se amplía la cartera de servicios sanitarios, la gratuidad de medicamentos a menores de un año, la atención bucodental, el consejo genético-oncológico para el cáncer de mama, la reproducción asistida en igualdad de condiciones.

Creemos en la sanidad universal y no le hemos quitado la tarjeta ni a los inmigrantes, ni a los parados, ni a los que se han ido fuera a pesar de estar fuera tres meses y no encontrar trabajo.

Aquí no hay copagos sanitarios porque la sanidad es un derecho, no es un negocio. No se han cerrado centros de salud ni se han privatizado hospitales, como ha ocurrido en otros sitios. Se sacan a concurso plazas para trabajar en la salud pública y con mucho esfuerzo los trabajadores van recuperando la totalidad de su jornada y su retribución.

Por más que quieran ustedes pintar un panorama negro de la sanidad andaluza, lo cierto es que tenemos uno de los mejores sistemas sanitarios del mundo. Y es propaganda, y de la mala, decir que aquí ocurre lo mismo que en Madrid con Esperanza Aguirre.

Y tendrán ustedes también que reconocer que allá donde gobierna el Partido Popular arrasa con la sanidad pública. Después de haber prometido a toda España que no iban a tocar la sanidad, lo cierto es que Rajoy ha recortado 7.200 millones de euros, que España cuenta con cerca de 30.000 sanitarios menos desde que gobierna Rajoy, que ha eliminado la cobertura sanitaria a más de 873.000 personas, que prefiere los conciertos y las privatizaciones, que son..., que tiene grandes colaboradores en las comunidades autónomas que han recortado gran parte de la cartera de servicios, por no hablar de otras cosas como la reproducción asistida. Las caras y los ojos a los que se refería el señor Bueno también imagino que existen en el resto de comunidades autónomas y en el resto de España.

Y lo cierto es que las infraestructuras y los servicios que hay, que hoy tiene Alcalá, incluido ese magnífico hospital que evita a sus vecinos desplazamientos a Granada o a Jaén, llevan el sello total y absoluto del Partido Socialista. Y me imagino que eso es lo que le molesta al Partido Popular.

Yo no tengo ninguna duda de que si el Partido Popular hubiera gobernado en Andalucía ni Alcalá tendría el chare ni su núcleo de población tendría la asistencia sanitaria que hoy tiene. Lecciones de sanidad puede dar el Partido Popular bastantes pocas. El único servicio que el Partido Popular puede hacerle a Alcalá la Real es exigirle al Gobierno de España que deje de asfixiar a Andalucía, si lo hubieran hecho quizá nos creeríamos que de verdad le importan las urgencias de Alcalá y no tener un arma arrojadiza más contra la Junta de Andalucía.

El Gobierno andaluz se ha enfrentado a un doble problema, por una parte, la crisis económica, y el acoso continuo del Gobierno de España, que —insisto— nos debe 4.000 millones de euros. Sin ese dinero se han tenido que fijar prioridades, y esas prioridades pasan por no perder ningún servicio público.

Y, hombre, no quiero que pinten ustedes tampoco un panorama negro de la atención sanitaria en Alcalá la Real. Alcalá cuenta con una buena dotación sanitaria y, aunque sin duda todo es mejorable, no es menos cierto que los vecinos y vecinas pueden tener la tranquilidad de que están siendo atendidos con excelentes

equipamientos y por los mejores profesionales. Estamos hablando de un municipio de 23.000 habitantes que tiene un hospital, dos centros de salud y nueve consultorios médicos.

La apertura de las urgencias por supuesto que es un objetivo irrenunciable para el PSOE y un compromiso firme y claro de la presidenta de la Junta de Andalucía. El alcalde, la Consejería de Salud y los profesionales de la Agencia Sanitaria Alto Guadalquivir no han parado para trabajar en la apertura de estas urgencias.

Y, por otra parte, tengo que decirles, señorías, que con respecto a los trabajadores a los que ustedes hacen referencia, hemos preguntado en la Consejería de Salud y nos dicen que casi la totalidad, casi la mayoría de estos trabajadores están incorporados al sistema público. Es cierto que tienen la condición de laborales, pero están incorporados; es decir, no llevan cinco años parados en sus casas, sino que están incorporados al sistema público. Y, por supuesto, este partido está de acuerdo que en cuanto se abran las urgencias se incorporen a las urgencias.

Por todo esto, nosotros vamos a votar..., porque estamos totalmente de acuerdo en que se abran las urgencias, lo que no estamos de acuerdo es con ejercicios de cinismo e hipocresía, porque aquí nos conocemos todos y cada cual ha hecho gestión donde ha gobernado, y no puede uno venir aquí a defender una cosa que luego hace justamente la contraria cuando tiene la oportunidad de gobernar.

Vamos a votar a favor porque —como digo— estamos rotundamente a favor de que se abran las urgencias, pero queremos hacer matices en esas propuestas. En la primera propuesta del Partido Popular, la apertura de las urgencias del chare de Alcalá la Real, estamos totalmente de acuerdo. De forma inmediata..., bueno, en la medida en que nos lo permita el ejercicio presupuestario. La contratación inmediata de los 31 trabajadores, con ese matiz que le acabo de hacer: será la contratación inmediata de los 31 trabajadores que aprobaron su plaza hace tres años en la medida en que se abran las urgencias, porque esos trabajadores, según nos ha trasladado la consejería, están trabajando actualmente.

Y en la propuesta que hace Ciudadanos por supuesto que estamos de acuerdo en que se incluya en los presupuestos, lo que sí es cierto es que parece poco realizable el que se puedan abrir en enero, porque, como todos sabemos, los presupuestos no están disponibles en enero. Entonces, yo sí que..., para no ponerle una fecha, en la medida en la que se puedan ejecutar esos presupuestos, es decir, en febrero o en marzo. Pero en enero es cierto que, con la aprobación de los presupuestos a final de año, no están disponibles.

Por tanto —y termino ya, señor presidente—, van a contar con nosotros a la hora de apoyar absolutamente la apertura de las urgencias en Alcalá la Real, pero, como le he dicho, huimos de ese ejercicio de hipocresía de un partido, el Partido Popular, que exige infraestructuras y servicios en Andalucía mientras que en el resto de España desmantela la sanidad, cierra centros de salud y privatiza hospitales.

Nosotros creemos que a la gente no se le puede tomar el pelo de esa manera. Así que, yo le pido al Partido Popular que arrimen ustedes el hombro, como hacemos nosotros cuando ustedes traen algo positivo para Andalucía, en vez de perder el tiempo muchas veces en intentar desgastar a la Junta, porque no se puede defender —como he dicho— una cosa en Andalucía y hacer justamente lo contrario en el resto de España.

Muchas gracias.

El señor GARCÍA ANGUIA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Gracias, señoría.

Dice el letrado que tendría que presentar por escrito las propuestas que ha hecho nuevas para que las tengan los grupos y para que se pueda posicionar la proponente.

Entonces, tiene siete minutos para terminar y referirse a las enmiendas la proponente del PP.

La señora GARCÍA CARRASCO

—Gracias, señor presidente.

Pues, la verdad es que yo no pensaba intervenir en este segundo grupo de intervenciones, pero la señora Ferriz me ha invitado a hacerlo, así que qué le voy a hacer.

Dicen ustedes que no es posible..., que no ha sido posible, hasta ahora, la apertura de las urgencias del Chare de Alcalá la Real porque económicamente no era viable. Pues, muy bien, señora Ferriz, no lo hubiesen ustedes prometido continuamente. Porque, si no era posible, se dice, pero no se promete un mes, y al siguiente, y a la siguiente campaña, y a la siguiente campaña, que es lo que ustedes han estado haciendo: un hospital de campaña electoral y de campaña electoral y de campaña electoral. Se dice la verdad.

Ustedes son los que priorizan en Andalucía. Ustedes deciden, en los presupuestos de la comunidad autónoma de Andalucía, a qué dedican el dinero de los andaluces. Es más, en los últimos años, sin siquiera provincializar; o sea, la transparencia consistía en una total oscuridad, donde nadie sabíamos adónde iba a ir ese dinero. Ustedes deciden mantener una administración paralela, ustedes deciden construir dos chares en 30 kilómetros: uno en Alcaudete, que atiende a 11.000 personas, y otro, el de Alcalá la Real, que atiende a 30.000. Y ustedes deciden que el de Alcaudete funcione al ciento por ciento y que el de Alcalá la Real no funcione al ciento por ciento. Ustedes deciden eso.

Ustedes deciden que, campaña tras campaña electoral, como he dicho, se prometan y se comprometan a que se van a abrir las urgencias del chare de Alcalá. Son ustedes, el Partido Socialista, los que deciden que existan 4.100 cargos intermedios. Son ustedes los que deciden que en el presupuesto para inversiones último se haya ejecutado el 29%, 23 millones de euros, mientras que para pagar la deuda solo sanitaria hayamos pagado, en los intereses de la deuda, 60 millones de euros. Lo deciden ustedes.

Son ustedes los que han decidido que nuestra comunidad sea la única que haya contratado al personal sanitario al 75%, al 50% y hasta al 33%, y hoy todavía quedan en nuestra comunidad sanitarios contratados al 75%, cuando el compromiso era que ya no hubiera sanitarios contratados al 75%.

Son ustedes los que han decidido que, en nuestra comunidad autónoma, no cobraran los sanitarios, los profesionales sanitarios, la paga extraordinaria de 2013 y de 2014, y son ustedes los que decidieron bajar el 10% de su sueldo variable. Son ustedes, señores del Partido Socialista.

Son ustedes los que deciden que en Andalucía seamos los últimos en médicos por habitante, los que deciden que seamos los últimos en enfermeros por habitante, los que deciden que no alcancemos la media de inversión del producto interior bruto en sanidad. Lo deciden ustedes, no nosotros. Lo decide el Partido Socialista en Andalucía.

Y todo esto, señoría, influye en la calidad asistencial, influye en la calidad asistencial, porque, si hay menos dinero y menos profesionales, la calidad asistencial, por mucho que ustedes digan, no puede ser la misma.

El Partido Popular cree firmemente en la sanidad pública de calidad, gratuita y sostenible. Porque díganme ustedes qué hubiera sido de la sanidad andaluza, que hubiese sido de los servicios públicos de Andalucía hace tres años si el Gobierno de Mariano Rajoy no hubiese establecido el Plan de Apoyo a Proveedores o el FLA, el Fondo de Liquidez Autonómica. Estos dos recursos han hecho que en Andalucía se pudieran pagar 497.000 facturas solo sanitarias.

Esto es creer firmemente en lo público. Creer es salvarlo en momentos en los que las comunidades autónomas no se podían financiar y el realizar las reformas necesarias para hacerlo sostenible en el tiempo.

Usted dice que los habitantes de Alcalá la Real pueden estar tranquilos porque sus urgencias son suficientes. Bueno, pues ustedes deben de conocer un documento que los sanitarios de las urgencias de Alcalá la Real dirigieron al gerente del distrito sanitario de Jaén Sur, donde médicos, enfermeras, celadores, celadores conductores y auxiliares de enfermería y auxiliares administrativos manifestaban «su profundo desacuerdo y preocupación por la última reestructuración del servicio de atención a nuestros usuarios en horario de atención continuado». Hablan de que para ser escuchados parece ser que tienen que ir a los medios de comunicación. «Los profesionales que atienden las urgencias en las diferentes categorías profesionales cuentan con años de experiencia y conocimientos amplios sobre las fortalezas y debilidades de esta atención. Parece poco razonable que no se cuente con estos conocimientos y se tomen las medidas sobre el papel sin tener en cuenta al equipo directivo. Sabemos por experiencia, y ya nos ha pasado, que, a veces, algo cambia cuando salimos en el periódico, y todo el mundo se lleva las manos a la cabeza y pensamos: ¿cómo no nos hemos dado cuenta antes?». Estoy leyendo lo que dicen los sanitarios de las urgencias de Alcalá la Real. «Pero, para entonces, ha habido gente que ha sido perjudicada y profesionales que han quedado muy desacreditados, sin tener ninguna responsabilidad en esta situación. Esperamos que esta vez no tengamos que esperar a usuarios muy damnificados y a profesionales muy desacreditados».

Esta es la realidad de lo que pasa en Alcalá la Real y la realidad de lo que ha pasado en España. Nosotros no podemos aceptar, como dice el Partido Socialista, que en enero no, en febrero no, en marzo, en abril... Nosotros podemos decir que el primer día que sea hábil del presupuesto de la Junta de Andalucía, ese primer día que sea hábil, es el primer día que se tienen que abrir las urgencias del chare de Alcalá, porque tienen tiempo suficiente para organizarse y para prepararlo. Entonces, podemos admitir que no sea enero o podemos admitir que no sea febrero, pero tiene que ser el primer día que el presupuesto de la Junta de Andalucía sea hábil. Si el presupuesto de la Junta de Andalucía no se aprueba o se alarga en el tiempo, tendrá que haber una modificación presupuestaria porque, entonces, si no, estamos hablando de nada. En esas condiciones, sí que lo aceptaríamos.

Gracias, señor presidente.

## El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muy bien, gracias, señora.

En cuanto a las enmiendas presentadas por Ciudadanos y por el PSOE...

La de Ciudadanos, ha dicho antes que la acepta, ¿no?

La señora GARCÍA CARRASCO

—Sí, pero tendríamos que llegar a decir todos lo mismo. Porque, por ejemplo, ellos hablan de enero, nosotros hablamos inmediatamente...

*[Intervenciones no registradas.]*

La señora ESCRIVÁ TORRALVA

—Pero es que yo eso lo veo muy abierto y, entonces, si dejamos las cosas abiertas...

La señora GARCÍA CARRASCO

—No, porque es que sea efectivo. Vamos a ver, el primer día que sea efectivo el presupuesto de la Junta.

La señora ESCRIVÁ TORRALVA

—Tú has dicho febrero o marzo. Poner el primer trimestre del año. Si no puede ser en enero, que es demasiado concretar..., porque es que, si no, yo me veo en diciembre.

La señora GARCÍA CARRASCO

—Yo creo que el primer día que sea efectivo el presupuesto.

*[Intervenciones no registradas.]*

El día que esté disponible el presupuesto. Eso es.

*[Intervenciones no registradas.]*

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—¿Me permiten, un minuto?

Dice el letrado que lo que hay que hacer es leer las enmiendas para que la proponente diga si las acepta o no acepta.

La señora ESCRIVÁ TORRALVA

—¿No se pueden modificar si estamos todos de acuerdo?

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

—Si hay acuerdo y lo acepta la proponente, sí. Si se ponen de acuerdo las tres y entre las tres la modifican, estamos encantados en la Mesa de que se pongan de acuerdo.

*[Intervenciones no registradas.]*

Vamos a ver, en primer lugar, en primer lugar... La enmienda de Ciudadanos está tramitada, porque está calificada por la Mesa. La enmienda *in voce* que ha presentado por escrito el PSOE, ¿todos los grupos aceptan que se tramite? ¿Todos los grupos aceptan que se tramite? Porque si un grupo no quiere, decae. ¿El resto de grupos aceptan que se tramite, se discuta, se debata la enmienda que ha hecho *in voce* el PSOE? Si hay un grupo que dice que no, decae la enmienda. ¿Todos dicen que sí?

Bueno, pues, entonces, tenemos que poner de acuerdo tanto a la portavoz de PSOE, como a la proponente, como a Ciudadanos, porque, al final, es como decía la señora Escrivá, es una enmienda a su enmienda. Ella dice que sea en enero y el PSOE dice que sea más...

*[Intervenciones no registradas.]*

Tan pronto como esté disponible el presupuesto. Con tal de que se abran las urgencias del chare.

*[Intervenciones no registradas.]*

Sí, se realice sin remisión, tan pronto como esté disponible el presupuesto.

*[Intervenciones no registradas.]*

Que se realice sin remisión, tan pronto como esté disponible el presupuesto. El presupuesto de 2016.

### El señor FERNÁNDEZ-VIAGAS BARTOLOMÉ, LETRADO DE LA COMISIÓN

—Y, ahora, yo te aconsejo que se lea —porque después empiezan los problemas— íntegramente.

El Parlamento de Andalucía insta al Consejo de Gobierno a, uno, y lo lees.

*[Intervenciones no registradas.]*

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

—Buenos, vamos a ver, hay un compromiso del PSOE de que, cuando se elaboren los presupuestos, habrá una partida presupuestaria para la apertura del chare.

### La señora GARCÍA CARRASCO

—Pero el Partido Popular pide que, si ese presupuesto se alarga en el tiempo su aprobación, haya una modificación presupuestaria para que se abran las urgencias.

*[Intervenciones no registradas.]*

El señor GARCÍA ANGUIA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Pero hay un compromiso de que, en los presupuestos, haya partida para la apertura del chare.

[*Intervenciones no registradas.*]

La señora FÉRRIZ GÓMEZ

—Yo creo que el compromiso del Partido Socialista es claro: que, en ausencia de dotación presupuestaria para la apertura de las urgencias del Chare de Alcalá, en los presupuestos de la Consejería de Salud se haga incluir la partida necesaria para proceder a la apertura de dicho servicio, así como el compromiso por parte de la consejería a que se realice sin remisión en cuanto esté disponible el presupuesto.

El señor GARCÍA ANGUIA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—De 2016.

[*Intervenciones no registradas.*]

¿Eso lo acepta el PSOE? Entonces, el PSOE no acepta eso, por tanto, la proponente no acepta la enmienda del PSOE.

[*Intervenciones no registradas.*]

Con la enmienda de Ciudadanos.

El señor FERNÁNDEZ-VIAGAS BARTOLOMÉ, LETRADO DE LA COMISIÓN

—Miguel, Miguel, está muy claro: ahora mismo no hay acuerdo con respecto a la enmienda del PSOE, por tanto, lo único que hay es...

El señor GARCÍA ANGUIA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Es que la proponente solamente aprueba la enmienda del Grupo Parlamentario Ciudadanos y no acepta la enmienda del PSOE. Señora García, la proponente acepta la enmienda presentada por escrito, con tiempo suficiente, del Grupo Ciudadanos, y no acepta la enmienda *in voce* —y ahora por escrito— del PSOE.

Luego se votará, se votará la proposición no de ley con la enmienda, con un tercer punto, que es la enmienda del Grupo Ciudadanos, y no irán incluidos...

[*Intervenciones no registradas.*]

Lo que se va a votar...

[*Intervenciones no registradas.*]

Señora proponente, voy a someter a votación la PNL presentada por su grupo, que serían dos puntos más un tercer punto, que es la enmienda íntegra del Grupo Parlamentario Ciudadanos, y no incluimos la propuesta del PSOE.

La señora FÉRRIZ GÓMEZ

—O sea, ¿se queda con lo de enero, aun sabiendo que no es posible en enero, como sabemos todos los que estamos aquí?

La señora ESCRIVÁ TORRALVA

—Bueno, pues, si queréis, cambiamos al primer trimestre.

*[Intervenciones no registradas.]*

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Por favor, que tengamos claro lo que se va a votar, que vamos a votar en unos segundos.

Señora Escrivá, vamos a votar en unos segundos. Que se tenga claro lo que se va a votar.

La PNL presentada por el Partido Popular, dos puntos más un tercer punto, que es la enmienda íntegra del Grupo Ciudadanos. ¿Es correcto así? Pues, votación.

*[Intervenciones no registradas.]*

Como está, más Ciudadanos.

La señora FÉRRIZ GÓMEZ

—Sabemos que en enero no va a poder ser.

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—¿Votan a favor, o no?

La señora FÉRRIZ GÓMEZ

—Es que nosotros estamos a favor de que se abra y que se incluya la partida presupuestaria, lo que sabemos es que en enero..., seamos todos conscientes...

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

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

Se levanta la sesión hasta el próximo mes de septiembre.

