

DIARIO DE SESIONES D S P A

DIARIO DE SESIONES



PARLAMENTO DE ANDALUCÍA

COMISIONES

Núm. 505

X LEGISLATURA

5 de abril de 2018

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

Sesión celebrada el jueves, 5 de abril de 2018

ORDEN DEL DÍA

DEFENSOR DEL PUEBLO ANDALUZ

10-17/OIDC-000002. Informe Especial del Defensor del Pueblo Andaluz, relativo a morir en Andalucía. Dignidad y derechos.

COMPARECENCIAS

10-17/APC-000861. Comparecencia de la Excm. Sra. Consejera de Salud, a fin de informar sobre los medios para la atención de urgencias vitales y transporte de enfermos en la provincia de Almería, presentada por el G.P. Popular Andaluz.

10-18/APC-000401. Comparecencia de la Excm. Sra. Consejera de Salud, a fin de informar sobre nuevos equipos diagnósticos en atención primaria para centros de salud en Andalucía, presentada por los Ilmos. Sres. D. Mario Jesús Jiménez Díaz, D. José Muñoz Sánchez, D. Juan María Cornejo López, D. Francisco José Vargas Ramos, Dña. Caridad López Martínez y D. Diego Ferrera Limón, del G.P. Socialista.

Debate agrupado de las siguientes iniciativas:

- 10-18/APC-000266. Comparecencia de la Excm. Sra. Consejera de Salud, a fin de informar sobre las conclusiones del grupo de expertos sobre la construcción del tercer hospital en Málaga y su recomendación de aumentar los conciertos privados, presentada por el G.P. Podemos Andalucía.
- 10-18/APC-000368. Comparecencia de la Excm. Sra. Consejera de Salud, a fin de informar sobre la construcción del tercer hospital en Málaga y las conclusiones del grupo de expertos, presentada por el G.P. Popular Andaluz.

PREGUNTAS ORALES

10-18/POC-000149. Pregunta oral relativa a proyecto del nuevo centro de salud de Nerja (Málaga), formulada por los Ilmos. Sres. D. Carlos Hernández White y Dña. María Isabel Albás Vives, del G.P. Ciudadanos.

10-18/POC-000332. Pregunta oral relativa a convenio de la Consejería de Salud con el Ayuntamiento de Peñaflores (Sevilla), formulada por la Ilma. Sra. Dña. Inmaculada Nieto Castro, del G.P. Izquierda Unida Los Verdes-Convocatoria por Andalucía.

10-18/POC-000379. Pregunta oral relativa a Hospital Marítimo de Torremolinos (Málaga), formulada por los Ilmos. Sres. D. Carlos Hernández White y Dña. María Isabel Albás Vives, del G.P. Ciudadanos.

10-18/POC-000387. Pregunta oral relativa al helicóptero de emergencias sanitarias de la provincia de Cádiz, formulada por la Ilma. Sra. Dña. Inmaculada Nieto Castro, del G.P. Izquierda Unida Los Verdes-Convocatoria por Andalucía.

10-18/POC-000468. Pregunta oral relativa a las agresiones a profesionales en centros sanitarios, formulada por la Ilma. Sra. Dña. María Isabel Albás Vives, del G.P. Ciudadanos.

10-18/POC-000477. Pregunta oral relativa a situación de la partida presupuestaria para hemofilia, formulada por la Ilma. Sra. Dña. María Isabel Albás Vives, del G.P. Ciudadanos.

10-18/POC-000511. Pregunta oral relativa a transporte sanitario, formulada por la Ilma. Sra. Dña. Catalina Montserrat García Carrasco, del G.P. Popular Andaluz.

10-18/POC-000555. Pregunta oral relativa a avances en la atención a mujeres con endometriosis en el sistema sanitario público en Andalucía, formulada por los Ilmos. Sres. D. Francisco José Vargas Ramos y Dña. Caridad López Martínez, del G.P. Socialista.

PROPOSICIONES NO DE LEY

10-18/PNLC-000016. Proposición no de ley relativa a la implantación de un protocolo de prevención y actuación en materia de alergias alimentarias, presentada por el G.P. Popular Andaluz.

10-18/PNLC-000119. Proposición no de ley relativa a reducir el precio de los medicamentos que en 2012 se dejaron de financiar por el Sistema Nacional de Salud, presentada por el G.P. Socialista.

SUMARIO

Se abre la sesión a las diez horas, tres minutos del día cinco de abril de dos mil dieciocho.

DEFENSOR DEL PUEBLO ANDALUZ

10-17/OIDC-000002. Informe Especial del Defensor del Pueblo Andaluz, relativo a morir en Andalucía. Dignidad y derechos (pág. 8).

Intervienen:

D. Jesús Maeztu Gregorio de Tejada, defensor del pueblo andaluz.

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

D. Sergio Romero Jiménez, del G.P. Ciudadanos.

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

Dña. María Eva Martín Pérez, del G.P. Popular Andaluz.

Dña. Olga Manzano Pérez, del G.P. Socialista.

COMPARECENCIAS

10-17/APC-000861. Comparecencia de la consejera de Salud, a fin de informar sobre los medios para la atención de urgencias vitales y transporte de enfermos en la provincia de Almería (pág. 27).

Intervienen:

Dña. Marina Álvarez Benito, consejera de Salud.

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

10-18/APC-000401. Comparecencia de la consejera de Salud, a fin de informar sobre nuevos equipos diagnósticos en atención primaria para centros de salud en Andalucía (pág. 38).

Intervienen:

Dña. Marina Álvarez Benito, consejera de Salud.

Dña. Caridad López Martínez, del G.P. Socialista.

10-18/APC-000266 y 10-18/APC-000368. Comparecencia de la consejera de Salud, a fin de informar sobre las conclusiones del grupo de expertos sobre la construcción del tercer hospital en Málaga y su recomendación de aumentar los conciertos privados (pág. 46).

Intervienen:

Dña. Marina Álvarez Benito, consejera de Salud.

D. Juan Antonio Gil de los Santos, del G.P. Podemos Andalucía.
Dña. María Esperanza Oña Sevilla, del G.P. Popular Andaluz.
Dña. Inmaculada Nieto Castro, del G.P. Izquierda Unida Los Verdes-Convocatoria por Andalucía.
D. Carlos Hernández White, del G.P. Ciudadanos.
D. Francisco José Vargas Ramos, del G.P. Socialista.

PREGUNTAS ORALES

10-18/POC-000149. Pregunta oral relativa a proyecto del nuevo centro de salud de Nerja (Málaga) (pág. 64).

Intervienen:

D. Carlos Hernández White, del G.P. Ciudadanos.
Dña. Marina Álvarez Benito, consejera de Salud.

10-18/POC-000332. Pregunta oral relativa a convenio de la Consejería de Salud con el Ayuntamiento de Peñaflor (Sevilla) (pág. 67).

Intervienen:

Dña. Inmaculada Nieto Castro, del G.P. Izquierda Unida Los Verdes-Convocatoria por Andalucía.
Dña. Marina Álvarez Benito, consejera de Salud.

10-18/POC-000379. Pregunta oral relativa a Hospital Marítimo de Torremolinos (Málaga) (pág. 70).

Intervienen:

D. Carlos Hernández White, del G.P. Ciudadanos.
Dña. Marina Álvarez Benito, consejera de Salud.

10-18/POC-000387. Pregunta oral relativa al helicóptero de emergencias sanitarias de la provincia de Cádiz (pág. 73).

Intervienen:

Dña. Inmaculada Nieto Castro, del G.P. Izquierda Unida Los Verdes-Convocatoria por Andalucía.
Dña. Marina Álvarez Benito, consejera de Salud.

10-18/POC-000468. Pregunta oral relativa a las agresiones a profesionales en centros sanitarios (pág. 77).

Intervienen:

Dña. Marta Escrivá Torralva, del G.P. Ciudadanos.
Dña. Marina Álvarez Benito, consejera de Salud.

10-18/POC-000477. Pregunta oral relativa a situación de la partida presupuestaria para hemofilia (pág. 80).

Intervienen:

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

Dña. Marina Álvarez Benito, consejera de Salud.

10-18/POC-000511. Pregunta oral relativa a transporte sanitario (pág. 83).

Intervienen:

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

Dña. Marina Álvarez Benito, consejera de Salud.

10-18/POC-000555. Pregunta oral relativa a avances en la atención a mujeres con endometriosis en el sistema sanitario público en Andalucía (pág. 87).

Intervienen:

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

Dña. Marina Álvarez Benito, consejera de Salud.

PROPOSICIONES NO DE LEY

10-18/PNLC-000119. Proposición no de ley relativa a reducir el precio de los medicamentos que en 2012 se dejaron de financiar por el Sistema Nacional de Salud (pág. 90).

Intervienen:

Dña. Araceli Maese Villacampa, del G.P. Socialista.

D. Julio Jesús Díaz Robledo, del G.P. Ciudadanos.

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

Dña. María de la O Redondo Calvillo, del G.P. Popular Andaluz.

Votación: aprobada por 11 votos a favor, 5 votos en contra, ninguna abstención.

10-18/PNLC-000016. Proposición no de ley relativa a la implantación de un protocolo de prevención y actuación en materia de alergias alimentarias (pág. 99).

Intervienen:

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

D. Julio Jesús Díaz Robledo, del G.P. Ciudadanos.

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

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

DIARIO DE SESIONES DEL PARLAMENTO DE ANDALUCÍA

Núm. 505

X LEGISLATURA

5 de abril de 2018

Votación del punto 1: aprobado por 9 votos a favor, ningún voto en contra y 7 abstenciones.

Votación del punto 2: aprobado por 9 votos a favor, ningún voto en contra y 7 abstenciones.

Votación del punto 3: aprobado por unanimidad.

Votación del punto 4: aprobado por 9 votos a favor, 7 votos en contra, ninguna abstención.

Votación del punto 5: aprobado por 9 votos a favor, 7 votos en contra, ninguna abstención.

Votación del punto 6: aprobado por unanimidad.

Se levanta la sesión a las quince horas, diecinueve minutos del día cinco de abril de dos mil dieciocho.

10-17/OIDC-000002. Informe Especial del Defensor del Pueblo Andaluz, relativo a morir en Andalucía. Dignidad y derechos

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Bien. Buenos días.

Damos comienzo a la comisión ordinaria de la Comisión de Salud del mes de abril. Y en esta ocasión la iniciamos con la intervención del defensor del pueblo, al que como siempre le agradecemos su presencia y, sobre todo, su trabajo por Andalucía.

Y le explico que la Mesa acordó para esta comparecencia una primera intervención del señor defensor del pueblo de 20 minutos; una intervención de cada portavoz de los grupos, de cinco minutos, y un cierre o segunda intervención del defensor de 10 minutos.

Cuando quiera. Tiene 20 minutos, señor defensor del pueblo.

El señor MAEZTU GREGORIO DE TEJADA, DEFENSOR DEL PUEBLO ANDALUZ

—Muchas gracias, señor presidente.

Le agradezco muchísimo a la comisión vuestra presencia, vuestro trabajo y vuestra preocupación por el tema.

Y hoy quiero presentar, entre los muchos temas que puede haber de salud, uno que parecía que podía no tener una cierta relevancia. La experiencia mía vivida anteriormente y las quejas que tenemos y la situación de lo que está por venir me parece que justifica muchísimo, como verán, en el texto que hemos..., el informe especial que hemos realizado para comentarlo aquí en el Parlamento y llevarlo a vuestra preocupación la justificación del mismo.

Porque esto es..., empezando por una exposición de motivos de la Ley andaluza de 2010, de 8 de abril, de Derechos y Garantías de la Dignidad de la Persona en el proceso de la muerte, señala, entre otras cosas, lo siguiente: «Todos los seres humanos aspiran a vivir dignamente. El ordenamiento jurídico trata de concretar y simultáneamente proteger esta aspiración. Pero la muerte también forma parte de la vida, morir constituye el acto final de la biografía personal de cada ser humano y no puede ser separada de aquella como algo distinto. El imperativo de la vida digna alcanza también a la muerte, una vida digna requiere también una muerte digna».

Por lo tanto, el punto principal para nosotros es el principio del respeto de la dignidad del ser humano y tiene amplia acogida en el ordenamiento jurídico nacional e internacional. Y eso es lo que dice la Ley andaluza 2010, de 8 de abril, que ofrece un marco jurídico imprescindible para consagrar los derechos de los ciudadanos y establecer como contrapartida los deberes que asuman los profesionales sanitarios.

La norma posibilita el ejercicio por los pacientes de su derecho a decidir en relación con las actuaciones clínicas que les afectan, incluso de forma anticipada, mediante la declaración de la voluntad vital, partiendo siempre de una previa y adecuada información. También, la norma permite que la decisión del paciente se imponga incluso en aquellos casos en que la misma comporta el rechazo de la intervención propuesta y prevé la atención paliativa del sufrimiento de toda índole, incluyendo la sedación cuando esté indicada.

Nosotros pensamos que la ley que hemos analizado, de 2010, andaluza, es un texto de gran calidad técnica. Se ha convertido en un referente de toda la legislación posterior y se ha ido aprobando por otras comunidades autónomas, así como el proyecto de ley nacional, que se debate en el Congreso de los Diputados. No obstante, han transcurrido ya más de siete años de su entrada en vigor, y en esta institución hemos considerado que pudiera ser el momento oportuno para revisarla, para ver su evolución e intentar mejorarla.

Es cierto que dentro del ámbito de salud había muchos asuntos que despiertan el interés de esta institución y justificarían su abordaje desde un formato más amplio, como es lo que representa un informe especial al Parlamento de Andalucía.

Pero hay un tema que nos preocupa especialmente, y está relacionado con las consecuencias que para la sostenibilidad del sistema sanitario pueden derivarse del progresivo envejecimiento de la población y del aumento del número de personas afectadas por enfermedades crónicas y pluripatológicas. Y entre estas consecuencias destaca el reto de afrontar la atención a las personas durante el proceso de muerte, que no solo presenta un constante incremento cuantitativo sino que además demanda nuevas prestaciones asistenciales.

Nuestro país ya ha entrado de lleno en lo que los demógrafos han venido a denominar el «invierno poblacional», una realidad demográfica marcada por el hecho de que el número de personas fallecidas supera al de personas nacidas en un mismo año. Esta nueva realidad se dio por primera vez en 2015, pasando de 420.290 nacimientos a 422.568 defunciones. Se ratificó en 2016, un poco menos, al producirse 410.611 defunciones y 410.583 nacimientos. Y los datos provisionales de 2017 apuntan a que se trata de una realidad demográfica consolidada y creciente.

Por otro lado, las innovaciones científicas y los avances en el campo de la salud han posibilitado que la esperanza de vida se alargue hasta situarse cerca de los 90 años, y que muchas enfermedades que antes eran necesariamente letales puedan ahora ser objeto de tratamiento, y si no curadas completamente, al menos convertidas en enfermedades crónicas o de larga duración. Actualmente, la mayoría de las personas que fallecen en nuestro país lo hacen a una edad avanzada y después de un proceso prolongado de enfermedad. La muerte sigue siendo inevitable, pero ya no llega ni pronto ni rápido.

El informe que os presento hoy tiene como objetivo analizar en qué medida se garantiza en Andalucía el derecho de las personas a morir dignamente, y para ello hemos centrado nuestra investigación en comprobar el cumplimiento del conjunto de derechos y garantías que establece en la ley el ámbito del sistema sanitario público de Andalucía.

Me parece importante aclarar que es un informe elaborado desde una perspectiva eminentemente jurídica y desde el prisma de la tutela de derechos. Por lo tanto, no pretende evaluar desde un punto de vista la técnica sanitaria, los planes, las políticas públicas, la organización del sistema, porque nosotros no somos técnicos en salud, sino cómo se ha aplicado esta ley y qué podemos mejorar de ella, desde el punto de vista de los derechos de los ciudadanos. Su objetivo es valorar en qué medida dichos derechos son respetados en el sistema sanitario andaluz.

¿Cómo se ha hecho? Nosotros nos hemos planteado siempre, primero, una serie de visitas en torno a los médicos tanto de atención primaria o especializada, con especial relación a los pacientes en situación de terminalidad. Pero al mismo tiempo nos interesaba a nosotros ver cómo funcionan..., sobre todo *in situ* pla-

nificar nuestra intervención y nuestras visitas a los dispositivos hospitalarios destinados sobre todo a las unidades de cuidados paliativos.

Y en este trabajo, que ha sido dirigido por el adjunto Luis Pizarro, y al mismo tiempo con el jefe del tema de salud, Ignacio Aicart, partimos, con la presencia mía en los momentos en que era necesario o conveniente, hicimos tres jornadas grandes, todo el día, dedicadas a tres tipos de jornadas. Una, hacerlo con familiares de pacientes, asociaciones en defensa de los derechos de los pacientes y personas cuidadoras de este tipo de pacientes. Y estuvimos viendo todo lo que ellos..., porque eran los afectados.

La segunda jornada fue dirigida a los profesionales que desarrollan su labor en estos puestos y atienden a personas en situación de terminalidad, con particular atención a los que están en los recursos asistenciales en el Plan Andaluz de Cuidados Paliativos.

Y en tercer lugar, para poder hacer un informe completo, la tercera jornada la hicimos con los que ostentan responsabilidades de gestión, para ver qué medios y qué recursos podían poner en este tema.

Bien, las conclusiones de este informe. Para ir rápido, nosotros consideramos, en general, que los derechos y garantías que se establecen en la Ley 2/2010, de 8 de abril, se respetan y cumplen en Andalucía. Eso es una valoración general. No obstante, advertimos la existencia de determinadas carencias e insuficiencias y situaciones de inequidad que nos impiden poder afirmar que dichos derechos estén plenamente garantizados y se respeten por igual en todo el territorio andaluz, y en relación a todas las personas en proceso de muerte. Es cierto que la administración sanitaria andaluza ha realizado un esfuerzo considerable para desplegar un sistema de medios y recursos destinado a la prestación de asistencias y cuidados a las personas que afrontan una enfermedad terminal, y satisfacer estas necesidades a sus familias y a los cuidadores. Pero, no obstante, este esfuerzo no es suficiente para satisfacer lo que hoy necesitamos en esta población andaluza, ni las que pueden preverse a corto y medio plazo, teniendo en cuenta el progresivo envejecimiento de la población y los avances médicos que propician un aumento de las personas afectadas por enfermedades crónicas y pluripatológicas. Actualmente el sistema no llega a todos aquellos que lo necesitan, lo que provoca que muchos pacientes, que serían tributarios de cuidados paliativos, fallezcan sin llegar a recibirlos.

En este sentido, debemos mostrar nuestra preocupación por la evidente falta de equidad que existe en relación al despliegue de medios y de recursos que conforman el sistema de cuidados paliativos en Andalucía, en particular por lo que se refiere a la distribución territorial de los mismos, entre unos territorios y otros, resultando especialmente perjudicadas las personas que residen en zonas rurales, cuya posibilidad de acceso a los recursos avanzados de cuidados paliativos es mucho más limitada que las que residen en núcleos urbanos, llegando incluso a ver cuestionado su derecho a optar por el domicilio como lugar donde recibir la asistencia y vivir la etapa final.

También debemos decir que la atención paliativa de las personas menores de edad constituye uno de los aspectos más deficitarios del sistema. Porque no hay respuesta específica a las connotaciones especiales que presenta este colectivo. En particular nos preocupa que no esté resuelta la atención del paciente pediátrico. Es necesario que los pediatras tengan una formación en cuidados paliativos en el domicilio, lo que determina que un porcentaje muy elevado de niños y niñas y adolescentes estén falleciendo en los hospitales en contra de su deseo y el de sus familias.

Pensamos que es imprescindible actualizar el Plan Andaluz de Cuidados Paliativos, partiendo de una previa evaluación del mismo que ponga de manifiesto las carencias e insuficiencias que presenta el modelo di-

señado, y determinar con precisión cuáles son sus puntos fuertes y sus áreas de mejora. A tal fin, estimamos necesario que se realice un nuevo estudio sobre cómo mueren los andaluces, similar al que ya fue realizado en 2012. Y este nuevo Plan de Cuidados Paliativos debe incluir un diseño definitivo del modelo organizativo y funcional a implantar en Andalucía, poniendo límite a la diversidad de modelos que existen actualmente.

Queremos destacar nuestra preocupación por la situación de los pacientes que no son oncológicos, que siguen siendo la asignatura pendiente en cuanto al pleno disfrute de los derechos que reconoce la ley andaluza. Es indispensable mejorar sustancialmente su situación, garantizándoles el acceso equivalente al de los enfermos de cáncer en la atención de cuidados paliativos. Así mismo, debemos destacar las carencias que padecen los recursos avanzados de cuidados paliativos y reclamar la necesidad de dotar a los mismos con los medios personales y materiales que el propio plan establece y que resultan imprescindibles para un cumplimiento adecuado de las funciones que tiene encomendadas. En particular, demandamos la incorporación de los psicólogos, trabajadores sociales y fisioterapeutas previstos en aquel, y el incremento de la dotación de personal de los equipos de soporte mixtos.

Me van a permitir que aproveche esta ocasión para resaltar que hemos detectado públicamente la alta valoración que nos merece el trabajo de los profesionales integrados en los recursos avanzados de cuidados paliativos. Ahí hay mucha calidad, humana incluso, cuya dedicación, cualificación y capacitación constituyen la piedra angular sobre la que se asienta el sistema sanitario público dedicado a atender a las personas en proceso de muerte en Andalucía.

Por lo que se refiere al cumplimiento de los deberes de información y a la garantía del consentimiento informado, consideramos que se ha mejorado bastante, pero hay que trabajar mucho más en incrementar las habilidades de los profesionales para que puedan establecer con los pacientes y sus familiares un auténtico proceso comunicativo, que conduzca a la adopción compartida de las decisiones. También estimamos necesario pedir un esfuerzo para erradicar prácticas negativas que aún persisten, como la denominada «conspiración del silencio», que no se hable nada, que a la familia no se le informe, que todo pase pronto y rápido, el abuso del privilegio terapéutico o la desatención a los pacientes de edad avanzada.

En relación con el derecho de las personas a formular anticipadamente sus voluntades vitales, lo que llamamos el testamento vital, valoramos positivamente que se hayan mejorado y ampliado los puntos de registro, se hayan facilitado herramientas tecnológicas para su más cómoda cumplimentación. Pero observamos el escaso número de declaraciones registradas y creemos que se impone la tarea de profundizar en la difusión del documento, destacando su funcionalidad y relevancia, y consideramos que se debe facilitar su cumplimentación ofreciendo asesoramiento a las personas interesadas y reduciendo la complejidad que actualmente presenta rellenarlo.

En cuanto al derecho de los pacientes en situación terminal al acompañamiento de sus familiares y a la confidencialidad, debemos decir que su cumplimiento está muy condicionado por el lugar en que los mismos permanezcan, resultando con frecuencia incumplidos cuando los pacientes se encuentran en la UCI o en Urgencias. Estimamos que en esos sitios es imposible la intimidad. Los pacientes tienen derecho a ser alojados en habitaciones individuales. No siempre se puede respetar, o se respeta, especialmente en momentos de especial demanda asistencial. Es un derecho pleno que no puede quedar condicionado por las circunstancias, sino que debe desplegar su efectividad, aceptando su suspensión temporal en situaciones realmente excepcionales.

Y nos preocupa especialmente el excesivo peso que se hace recaer sobre las personas, en su mayoría mujeres, que deciden cuidar de sus familiares en situación de terminalidad en su propio domicilio. A estas personas hay que ayudarlas, creemos que se les pide demasiado y se les ayuda poco. A estas personas hay que formarlas y facilitarles el acceso a las prestaciones y servicios de la Ley de Dependencia de una manera ágil, en consecuencia con el pronóstico vital de los pacientes. Reclamamos una modificación normativa que les permita beneficiarse de las medidas de conciliación que legalmente están establecidas para el cuidado de los hijos.

Y ya finalmente, y ya concluyo, señor presidente, que el informe incluye un capítulo..., y me gustaría precisar esta parte. Fuera del informe, en un anexo, hay un capítulo destinado a analizar el debate social existente en torno a la posible legalización de la eutanasia y el suicidio asistido. Nos planteamos si hacerlo en el informe. No estaba en la ley. Esto..., digamos, actualmente no es un derecho que está en vigor, pero nosotros creíamos que un informe de esto podía quedar totalmente obsoleto dentro de cuatro o cinco años. Porque en este debate digamos que priman aspectos éticos y morales, y, sobre otras consideraciones de carácter estrictamente político o jurídico, esta institución no ha considerado posicionarse. Por lo tanto, yo sobre este aspecto no digo absolutamente nada, avalando una u otra las posturas en litigio. Ahora bien, esta opción por la neutralidad no debe confundirse con la indiferencia acerca de un debate cuya trascendencia social, jurídica y política valoramos especialmente, hasta el punto de considerar que se trata de uno de los más importantes que debe afrontar nuestra sociedad próximamente, si no ya. Porque, aunque somos conocedores de que por razones competenciales la materia debe ser regulada mediante normativa estatal, aprobada por las Cortes Generales, consideramos que podía resultar conveniente que la ciudadanía andaluza pudiera pronunciarse al respecto. A tal fin, hemos propuesto la adopción por este parlamento de una resolución adoptada por los grupos políticos con representación parlamentaria, tras un proceso de debate participativo, en el que se fomente y promueva la intervención activa de la ciudadanía mediante una campaña informativa y la puesta en funcionamiento de herramientas que posibiliten la presentación de propuestas y la formulación de iniciativas por parte de personas o colectivos.

A tal fin, la semana que viene, el día 11, el día 10 o... 12, presentamos este informe en Córdoba, a toda la ciudadanía. Y allí, a este respecto, hay una mesa redonda, donde va a participar la Iglesia católica —sobre todo, especialistas en bioética, digamos de una manera muy seria—, y la Plataforma por la Muerte Digna, y todas las posiciones digamos que estén en uno y otro, para que haya un debate muy fuerte para la ciudadanía, serio y que vaya la gente preparándose sobre este tema, que pronto formará parte de...

Señoras y señores, hemos vivido durante siglos tratando de ignorar a la muerte, y ahora nos vemos en la necesidad de tener que convivir con ella, sentir su presencia como una parte más de nuestra cotidiana social y familiar. Hemos puesto muchos recursos en el nacimiento, pero pocos en la muerte. Quizás ha llegado el momento de dedicar un poco más la atención a este periodo ineludible en nuestro proceso vital y de reflexionar sobre las condiciones en que el mismo se desarrolla. Este informe no pretende otra cosa que impulsar esa reflexión, propiciar un debate social, favorecer la adopción de medidas que garanticen realmente el derecho de las personas a la dignidad en el proceso de la muerte. Y yo he comprobado personalmente, en muchas situaciones y en la propia familia mía, que el respeto a la dignidad en el proceso de muerte es, digamos, el único acto digno de tener un recuerdo para ellos y un sentido en la vida propia que hacemos.

Y para ello, permítame que un video de dos minutos o tres resuma, para que pueda quedar bien, un poco lo que he tratado de exponerles.

Muchas gracias.

[*Visionado de vídeo.*]

El señor GARCÍA ANGUIA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muy bien.

Muchas gracias, señor defensor del pueblo.

Iniciamos la intervención de los grupos de menor a mayor.

Señora Nieto, tiene cinco minutos.

La señora NIETO CASTRO

—Gracias, presidente.

Buenos días.

Gracias, defensor, por la explicación que nos ha trasladado, a modo de resumen, sobre el informe especial que ha trabajado con su equipo. Y, desde nuestro grupo parlamentario, hacerle una felicitación a usted y, en su persona, también al resto del equipo que ha trabajado en el mismo.

Algunas consideraciones al respecto de su intervención y de las conclusiones del análisis, un poco, también, por seguir la estructura que usted nos trasladaba, en cuanto a la evaluación objetiva de la ley, con las perspectivas que da el tiempo, también en cuanto a la pertinencia y oportunidad de ampliar ese debate social, e incorporar algunos elementos que no son objeto de la ley, pero que la transformación de la sociedad parece que reclama. Porque, si bien usted ha hecho referencia, en varios momentos de su intervención, a los componentes éticos, morales, o no exclusivamente legislativos de estas cuestiones, no se nos puede escapar —y menos, en un parlamento— que mal hacemos nuestro trabajo, o la responsabilidad que nos tiene encomendada la sociedad, si aceptamos que esta cuestiones son tan complicadas como que no debemos meternos en ellas.

Probablemente, por lo especialmente complejas que son, requieren de una posición jurídica clara, que garantice, efectivamente, el pleno ejercicio de derechos de muy alambicada construcción ética o moral.

Y, desde esa perspectiva, desde el Grupo Parlamentario de Izquierda Unida no nos duelen prendas en reconocer que Andalucía dio un paso muy valiente con la aprobación de esta ley; además, colocándose en la vanguardia del territorio estatal, y nos parece importante haber dado ese salto y haber tratado de equiparar el proceder de la Administración autonómica en materia sanitaria a unos objetivos que, efectivamente, eran ambiciosos y, en cierta medida, pioneros en el contexto legislativo estatal.

Con la perspectiva que da el tiempo, como le decía antes, nos preocupan algunos de los problemas que aún mantienen una distancia entre el desarrollo efectivo de esa norma y la realidad cotidiana a la que se enfrentan las personas que llegan al final de su proceso vital y, lamentablemente, no tienen a su disposición los recursos o los medios que la ley les garantizaba como derechos. Y en ese ámbito, el tema de los cuidados paliativos, la

inequidad que se padece en función de la zona geográfica en la que se vive, el enorme desequilibrio que hay entre las zonas rurales y las urbanas, nos parece algo a lo que habrá que prestar especial atención. Aunque también es cierto que, después de una década de recortes impíos, en este último momento de la vida, al que se dedica esta ley, no viven las personas ante situaciones de potencial inequidad mayores que las que viven, también, en los momentos de la etapa de su vida anterior. Es decir, los recortes en materia de salud se vienen notando, y vienen dejándose sentir o traducéndose en esa poca equidad también en otros momentos de la vida, porque, efectivamente, el sistema no puede funcionar bien y a pleno rendimiento, y con la calidad y con la garantía de los derechos que deben proveer a toda la población con miles de millones de euros menos. Ese debate también habrá que afrontarlo en algún momento para que todas las etapas de la vida y todas las atenciones en materia de salud que requieren las personas puedan ser provistas desde el servicio público adecuadamente.

Pero coincidimos con usted en la preocupación de la necesidad de reforzar los recursos de los cuidados paliativos. Estamos muy disgustados, desde el Grupo Parlamentario de Izquierda Unida, con el tema de los cuidados paliativos pediátricos. Ha habido posiciones unánimes de esta comisión al respecto de ello. Ha habido enmiendas a los presupuestos, pero no hemos conseguido aún que el Gobierno sea sensible al, no digo al problema, que seguro lo es, pero sí a la parte de responsabilidad que tiene para intervenir en él y solucionarlo, incrementando los recursos que requiere.

Y nos sumamos a la felicitación expresa que hacía usted sobre el personal que trabaja en estas materias. Nos parece de una dificultad extraordinaria trabajar con el dolor de las personas, con el dolor de sus seres queridos. Y, efectivamente, eso nos lleva a otro elemento de los que usted trasladaba en cuanto a la información y la formación. La información para que toda la ciudadanía haga uso de lo que potencialmente pone a su disposición la ley y la formación de quienes tienen que proveerlo para hacerlo en unas condiciones adecuadas. Habida cuenta de que más que probablemente y aun recibiendo esa formación, no todas las personas pueden ser capaces de trabajar durante mucho tiempo en una situación de esas características.

Y, para terminar, defensor, con relación al debate que usted nos plantea que debe abrirse a la sociedad, y ese de los límites competenciales autonómicos, porque tenemos una traba en el Código Penal que evita que aborremos sin esas limitaciones tanto la eutanasia como el suicidio asistido, aunque alguna tramitación sobre estos temas se está haciendo en el Congreso de los Diputados, pero sin esos dos elementos, sí que entendemos que el compromiso de los poderes públicos con el derecho a la vida incluye la dignidad en el momento final de la misma.

Y para que sea efectivamente pleno ese derecho, necesitamos tener regulado legalmente la capacidad del sistema de proveer a las personas de las distintas opciones que tiene para que finalice en las mejores condiciones posibles. Por tanto, entendemos que la Administración autonómica dio un paso de gigante. Ahora tiene el reto de equiparar los recursos que pone a disposición de esta ley a su desarrollo pleno en un contexto de transformación social en el que la gente ni quiere vivir con sufrimiento ni quiere morir con él.

Muchas gracias.

El señor GARCÍA ANGUIA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señoría.

Señor Romero, tiene cinco minutos.

El señor ROMERO JIMÉNEZ

—Gracias, señor presidente.

Señor defensor del pueblo andaluz, bienvenido al Parlamento de Andalucía. Le agradezco su presencia, su presentación, tanto oral como visual, en el vídeo que nos ha planteado y, por parte nuestra, evidentemente, pues poco que añadir.

Tengo que felicitarle también por el trabajo hecho por sí mismo y por su equipo para traer una materia muy importante para nuestras vidas, como usted bien ha dicho, una vida digna requiere también de una muerte digna. Y, desde luego, nosotros —como digo— poco que añadir a sus aseveraciones porque estamos absolutamente de acuerdo con ellas. Por lo tanto, felicitarle en nombre del grupo parlamentario y también quería disculpar a mi compañera, la portavoz en la Comisión de Salud, Isabel Albás, que no ha podido estar aquí. Y hoy, pues, la estoy sustituyendo yo, ¿no?

Bueno, sí me gustaría hacer alusión al motivo que le ha motivado a su institución, el hecho de elaborar este informe, ¿no?, porque nosotros también coincidimos con esa preocupación que usted transmitía por las consecuencias que puede tener para no solamente el sostenimiento del sistema sanitario andaluz, sino yo diría que todo el estado del bienestar, ¿no?, que tiene que ver con ese envejecimiento de la población, con el aumento también de las enfermedades crónicas, el aumento de las pluripatologías y el aumento —como también había usted manifestado— la esperanza de vida, ¿no?

Efectivamente, hay avances muy importantes, afortunadamente, en el ámbito científico y médico con tratamientos que, bueno, que nos ayudan a seguir alargando nuestra vida pero, evidentemente, la pirámide invertida es una realidad que no solamente afecta, efectivamente —como digo—, al ámbito sanitario sino a toda la sociedad.

Si nosotros no somos capaces de fomentar la natalidad y de repoblar determinadas también territorios no solamente de Andalucía sino de todo el país, pues, evidentemente, poco futuro podemos tener como sociedad, ¿no? Yo creo que eso es una aseveración de sentido común y lógica, ¿no? Por lo tanto, añadir, si no tienen inconveniente, también el debate, ¿no?, abrir el debate que ya se está produciendo a nivel nacional sobre el fomento de la natalidad, importante para mantener por ejemplo las pensiones, que son temas de pura actualidad en estos días y para mantener, en definitiva —como decía—, nuestro estado de bienestar.

Por lo tanto, yo apelo también a que por parte de todos los grupos parlamentarios no solamente aquí en el Parlamento de Andalucía, que, por cierto, ya nosotros hemos presentado una iniciativa, una proposición no de ley en ese sentido, sino también en el ámbito nacional porque, desde nuestro punto de vista, por supuesto, es fundamental que seamos conscientes de esta materia, ¿no?

Yo no voy a repetir la valoración que ha hecho, como le decía al principio, porque ha explicado usted que, efectivamente, el informe tiene un carácter muy riguroso. Ha hecho un buen estudio, un buen análisis a través de visitas, a través de encuestas. Y, bueno, lo que nosotros también extraemos de su informe, evidentemente, es que se está cumpliendo efectivamente, en términos generales, *grosso modo* se está..., se puede aseverar que se está cumpliendo por parte de la Administración autonómica con la ley autonómica. También ha puesto usted en valor que Andalucía es pionera y es una de las comunidades autónomas que tienen legislada esta materia, ¿no? Por lo tanto, yo también tengo que reconocerlo, hay otras que lamentablemente no, ¿no?

Pero haciendo alusión a las carencias que también ha hecho usted referencia, pues, evidentemente lo que nosotros observamos es que hay ciertas carencias de empatía, de sensibilidad para que la propia Administración oiga, escuche y tome nota de esas posibles mejoras y necesidades que puedan tener las personas y los agentes que están implicados en este proceso de muerte digna —como decía— y de cuidados paliativos.

Por lo tanto, nosotros apelamos y solicitamos a la Administración autonómica para que se ponga las pilas en cuanto a ser un poquito más empáticos no solamente en esta materia, sino yo creo que en todas, ¿no?

Ha hecho usted alusión también a la falta de equidad, a la falta de desigualdad, también territorios urbanos y rurales, totalmente de acuerdo. Eso también está muy ligado con lo que decía anteriormente de esa despoblación que se está produciendo en muchos territorios del ámbito autonómico. Y, evidentemente, como decía también la portavoz de Partido Popular, a nosotros nos duele, permítame la expresión, especialmente que, bueno, en el ámbito infantil, pediátrico, haya carencias, ¿no?

Ha hecho también referencia a falta de profesionales, a que hay que actualizar ese Plan Andaluz de Cuidados Paliativos. Tomamos nota, evidentemente estamos de acuerdo, la ley es de 2010. Hay que actualizarla, hay que mejorarla, hay que renovarla, de acuerdo también, también tomamos nota. Y, en definitiva, tampoco me quiero alargar mucho, pero sí que me gustaría hacer una pequeña aportación en este sentido.

Ciudadanos ha sido el partido que ha ido un paso por delante y ha presentado —como usted bien ha reconocido— una proposición de ley sobre muerte digna pionera, pionera, y que le da..., y que ha pretendido darle un marco estatal, como bien se ha manifestado aquí, quizás su necesidad, para que efectivamente todos, en todo el territorio nacional, tengamos los mismos derechos y los mismos también deberes las administraciones para que se pueda tener una muerte digna.

Por lo tanto, ese proyecto de ley, que ya está en tramitación desde abril de 2017, es una proposición de ley de Ciudadanos, que presentó, que estaba en el acuerdo de investidura con el Partido Popular, y que creo que viene también a darle ese marco legal y, bueno, humano —digámoslo así— a todos los agentes y a todas las personas que tienen —como decía— que tener esa muerte digna.

Por lo tanto, mi enhorabuena, mi felicitación. Y vamos a hacer lo que nos ha dicho, vamos a actualizar ese plan. Vamos a intentar abordar las reformas, la actualización de la ley. Y, en el ámbito estatal, pues está en tramitación. Así que enhorabuena y muchísimas gracias.

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señoría.

Señor Gil, tiene cinco minutos.

El señor GIL DE LOS SANTOS

—Gracias, señor presidente.

Muchas gracias, señor defensor.

Como ha dicho, existe una enorme inequidad geográfica en el acceso a los cuidados paliativos domiciliarios, aunque, según la Ley 2/2010, todos tenemos ese derecho, lo cierto es que quien no viva en una gran

ciudad no recibe esos cuidados. Dependerá de la capacitación y tiempo de su médica y de su enfermera de atención primaria, para recibir esos cuidados el paciente tendría que desplazarse a un centro hospitalario, lo cual es con frecuencia, con la situación del paciente, imposible o disparatado.

Esto se mejora con más medios humanos, materiales y organizativos, es así de claro. No nos engañemos ni engañemos a la sociedad. Tampoco nos engañemos diciendo que con solo formación lo podrían hacer los médicos y enfermeros de atención primaria, sabemos que en la mayoría de los casos no tienen tiempo porque están dedicados a atender la consulta a demanda y la actividad diaria en el centro. Para hacer asistencia domiciliaria hace falta, primero y antes que nada, tiempo. Está claro que estos recursos nuevos deberían organizarse de manera que, primero, mejore la equidad y luego después pues que sean eficientes.

Nos sumamos también al disgusto en la falta de puesta en marcha de los acuerdos de esta Cámara respecto a los cuidados paliativos pediátricos, que esperemos, después de esta comisión, se pongan en marcha de verdad por parte del Gobierno de Andalucía.

También aclarar al portavoz de Ciudadanos que su proyecto de ley sobre la muerte digna no es nada pionero, ya Unidos Podemos en el Congreso de los Diputados presentó una ley sobre la eutanasia, que fue rechazada, entonces pues me gustaría aclararlo.

Por otro lado, tan importante es el déficit de injusta distribución de recursos cuantitativamente como lo que se manifiesta a nivel cualitativo, pues en esta área de especialización asistencial, donde más que en otras, se nos muestra la asimetría entre lo cualitativo y cuantitativo. Podemos constatar que un equipo asistencial de gran cualificación técnica y con una alta motivación personal puede satisfacer la demanda real de los pacientes con una ratio de eficiencia elevado. Es por ello de vital importancia la selección de personal.

Y tal como parece desprenderse de las recomendaciones de los documentos, estrategias y estándares de calidad emitidos a lo largo de los últimos años no parece haberse realizado con la libertad y la seriedad que esta especial tarea asistencia requiera.

El documento lo reconoce explícitamente a través de esta frase literal: «Los recursos nuevamente se han configurado mediante un proceso de adaptación a una realidad histórica anterior». Esto es tan cierto como lo que es la ausencia de una voluntad política rigurosa y conceptualmente poco lúcida a la hora de corregir las deficiencias heredadas. De hecho, que a estas alturas no se garantice la formación avanzada para todos los profesionales implicados en la asistencia paliativa, así como que no se realice una selección de personal por parte de responsables clínicos de las unidades de cuidados paliativos nos hace pensar en una premeditación más allá de las carencias acaecidas por la crisis.

Por último, la Administración pública debería proponerse alcanzar como objetivo en la esfera de los cuidados paliativos la calidad total, esto es, la satisfacción del usuario interno y externo o, lo que es lo mismo, la satisfacción de los pacientes y de su entorno afectivo. Eso es lo que debería primar en el trato de los profesionales sanitarios. Da la sensación de que el modelo solo funciona sobre el papel y los únicos que se lo creen son los gestores. Existen enormes desigualdades en el acceso a una muerte digna, según se viva en el medio urbano o rural, como hemos mencionado, o según la enfermedad terminal sea oncológica o no sea oncológica, como también ha mencionado, por la escasez, principalmente, de dotación de unidades de cuidados paliativos domiciliarios para las enfermedades terminales no oncológicas.

Este ejemplo creo que va a resultar también muy visual: actualmente hay personas que mueren en la observación de urgencias porque no hay camas en planta y no se permite que haya un familiar, ni siquiera uno a su lado mientras agonizan. La Consejería de Salud debe garantizar que nunca más va a morir uno de estos pacientes solo sin la compañía siquiera de un familiar en una observación de urgencias o en una UCI, para esto no hace falta más presupuesto, está dentro de las medidas que no requieren recursos, solo voluntad de hacer las cosas como es debido, no hay excusa. Podríamos aceptar que en un momento determinado no haya cama de hospitalización para que un enfermo muera dignamente acompañado de los suyos, obviamente en casos excepcionales, pero lo que no tiene excusa es que no se deje estar siquiera a un familiar junto a él. Y esto ocurre, y lo dice usted en su informe, señor Defensor, la Consejería de Salud podría evitarlo a partir de mañana mismo, y espero que así lo anunciara.

Otra propuesta de mejora inmediata que trasladamos también es muy concreta y también muy modesta: que no se cierren camas de cuidados paliativos en verano. La Consejería de Salud dirá que no es así, que el SAS no ha dado esa orden nunca, que eso es cuestión de la organización interna de los servicios de medicina interna, de la autonomía de las unidades de gestión clínica, lo que quieran, pero eso pasa todos los veranos, si ya hay pocas camas de cuidados paliativos en las red de hospitales de nuestra sistema sanitario público, en verano hay menos, y creo que usted en su réplica lo puede corroborar.

Esto también puede tener efectos inmediatos desde el próximo verano si este Gobierno quiere recoger el testigo que le tendemos. Pedimos cosas tangibles, cuyos efectos se aprecian de inmediato por los pacientes que necesitan estos cuidados paliativos que los ampara la ley, que es una buena ley, que hay que ponerla en marcha y que se cumpla en su máxima extensión.

Muchas gracias.

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señoría.

Señora Martín, tiene cinco minutos.

La señora MARTÍN PÉREZ

—Gracias, señor presidente.

Buenos días, señorías de los distintos grupos parlamentarios.

Gracias, desde el Grupo Parlamentario Popular, al defensor del pueblo andaluz por el informe que hoy presenta en esta comisión parlamentaria, relativo a *Morir en Andalucía, dignidad y derechos*. Gracias, defensor, y enhorabuena a usted y a todas las personas que componen su equipo por el trabajo que han desarrollado y que ha quedado plasmado en un documento con el que se pretende, como usted decía, impulsar una reflexión, abrir un debate en la sociedad andaluza y, sobre todo, favorecer la implementación de todas aquellas medidas que sean necesarias para garantizar el derecho de las personas a la dignidad en el proceso de muerte. Un informe extenso, 465 páginas repartidas en diez capítulos, que lo que pretende, como usted dice, es analizar desde una perspectiva jurídica cómo se garantizan por parte del sistema sanitario

público en Andalucía los derechos que reconoce la Ley 2/2010, de las Personas en el Proceso de Muerte. Compartimos con usted, defensor, que en Andalucía no está a día de hoy plenamente garantizado el derecho de todas las personas a la dignidad en su proceso de muerte. Siguen, como usted apuntaba, existiendo insuficiencias, carencias en los dispositivos sanitarios, lo que da como resultado que haya personas en nuestra tierra que, a pesar de merecérselo y reconocérselo la ley, pues no disponen de estas atenciones en el momento de su fallecimiento. Está claro, defensor, que el sistema no llega a todos aquellos que lo necesitan, y no entienda usted estas palabras como una crítica, entiéndalas como un reto de una Administración, en este caso la autonómica, de unos poderes públicos que deben ser útiles a una sociedad que también se enfrenta al reto del envejecimiento de la población y a un aumento considerable de las personas que puedan padecer una enfermedad crónica o polipatológica, como decían ustedes. No es una crítica, sino un reto a seguir dando pasos para que esta sociedad pueda ofrecer esos derechos y garantías que reconoce la Ley 2/2010.

Usted señala en su informe que las quejas más significativas están relacionadas con la atención de cuidados paliativos o del funcionamiento del Registro de voluntades anticipadas, o con el respeto de la intimidad de los pacientes y familiares en el trance de la muerte.

Sí me gustaría destacar algunos aspectos de su informe. Tengo solamente cinco minutos y, como decía, es un informe bastante extenso, pero es cierto, y así lo reconoce usted en este informe, que el número de declaraciones de voluntad vital anticipada registradas en nuestra comunidad es significativamente bajo, y eso, defensor, es porque es un derecho todavía poco difundido y poco reconocido. Por lo tanto, desde mi grupo compartimos la sugerencia que usted aporta al final de este informe, donde pide una campaña de difusión de esta ley, la Ley 2/2010, para que se reconozcan esos derechos, esas garantías de la dignidad de la persona en el proceso de su muerte.

Cuestiona usted, y es cierto, y también lo han apuntado los portavoces que me han precedido en el uso de la palabra, la falta de equidad en el acceso a la dotación y distribución de los recursos avanzados entre el ámbito urbano y el ámbito rural, lo que siempre hemos hablado, las dos Andalucías, y es cierto que no todos los servicios y todos los dispositivos sanitarios llegan por igual dependiendo estos servicios o estos dispositivos del lugar donde una persona pueda vivir en Andalucía.

Sigue siendo un problema, y usted también lo apunta así en su informe, y permítame que lo destaque, que muchos pacientes que podrían ser calificados como paliativos para acceder a un hospital pues tengan todavía que transitar por el circuito de las urgencias. Eso lo que hace, señor Defensor, es agravar más la situación precaria y de sobresaturación que prácticamente tienen todos los servicios de urgencias de todas las localidades de Andalucía. Y usted también aquí apunta algunas sugerencias, da algunas recomendaciones donde se podría, en cierta medida, paliar y corregir esa situación difícil que tienen la mayoría de los servicios de urgencias en nuestra comunidad.

Siguen sin estar resueltos, y también lo apuntaban los portavoces que me han precedido en el uso de la palabra, la atención de cuidados paliativos del paciente pediátrico, y aquí permítame que traiga a la memoria una iniciativa, una proposición no de ley que trajo el Partido Popular, mi grupo parlamentario, al Pleno de este Parlamento, que fue aprobada también por el resto de grupos parlamentarios, donde se pedía ese impulso a esos cuidados paliativos, a esas unidades pediátricas para los menores de edad.

Esto lo que provoca es —usted ya lo decía— que, en contra del deseo de muchas familias, pues estos menores tengan que fallecer en centros hospitalarios y no en sus domicilios, como a sus familiares también les gustaría.

También usted destaca en su informe las dificultades en urgencias y en la UCI, pues también hablar de esos familiares en lo que respecta al acompañamiento del enfermo, por la falta de lugares o espacios debidamente habilitados para que el paciente y sus familiares puedan estar juntos y en unas condiciones, también, de intimidad. Es cierto lo que usted decía: se les exige mucho y se les ofrece poca ayuda a aquellas personas que deciden cuidar de sus familiares en una situación de terminalidad.

En definitiva —y concluyo, defensor—, hay que seguir dando pasos. Lo que está claro es que este informe, lo que pone sobre la mesa es la necesidad de seguir avanzando, como usted apuntaba, con la necesidad de actualizar el Plan Andaluz de Cuidados Paliativos. También, a lo mejor, necesita un repaso esta ley, que es del año 2010, porque hay una continua transformación de la sociedad, y las leyes deben adaptarse a esas transformaciones. Tenemos que dotarnos, en definitiva, de un sistema sanitario público acorde a lo que merecen los andaluces, porque, defensor, aquí hay circunstancias que usted describe en su informe terriblemente duras, por las que nadie deberíamos pasar, pero que, lamentablemente, nadie estamos exentos de sufrir.

Por lo tanto, reitero, en nombre de mi grupo, el agradecimiento por este informe; le traslado de nuevo la felicitación por el trabajo que han desarrollado y, por supuesto, me sumo a la felicitación a todos aquellos profesionales sanitarios que, con su calidad profesional, y también humana, equilibran en muchos casos esa falta de recursos materiales que tiene, hoy por hoy, el sistema sanitario público en Andalucía.

Muchas gracias.

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señoría.

Señora Manzano, tiene cinco minutos.

La señora MANZANO PÉREZ

—Gracias, señor presidente.

Buenos días, señorías. Y buenos días, señor Maeztu, y a todas las personas que forman parte de su equipo.

Hoy centramos nuestra intervención en un tema de especial delicadeza, y que agradezco que haya sido tratado con la seriedad y con el rigor que merece.

Yo quería empezar mi intervención suscribiendo dos de las afirmaciones que no solamente refleja su informe, sino que también hoy ha mencionado aquí, y es el hecho de que la ley andaluza 2/2010 es una norma —ha dicho usted, y lo dice así el informe—, de gran calidad técnica; es un referente, ha sido un referente para otras comunidades autónomas; y también dice usted, y yo suscribo, o me gustaría reflejar, ¿no?, que ha sido la primera legislación autonómica que, específicamente, ha estado dedicada a la salvaguarda del valor de la dignidad humana ante el proceso de la muerte.

Pero hay otro aspecto en el que me gustaría, también, hacer hincapié, ¿no?, y tiene que ver con la cita, que usted menciona en el informe, de Pablo Simón, y que su informe hace suya, y que viene a advertirnos, de alguna manera, de que las leyes no cambian automáticamente la realidad, aunque es verdad que también dice que estas son instrumentos auxiliares imprescindibles para conseguirlo. Y usted dice que es necesario un cambio cultural en este aspecto, un cambio cultural que se hace necesario con el esfuerzo conjunto de todos y cada uno de los actores sociales. Así que todos tenemos que ver en este sentido, todos, incluso a nivel individual.

Yo quería agradecerle, señor Maeztu, este informe, que es muy bien recibido por mi grupo, por el Grupo Parlamentario Socialista, y estoy segura, también, de que es un informe que el Gobierno, el Gobierno de la Junta de Andalucía, va a tener en cuenta, y que va a analizar de manera minuciosa todas las recomendaciones y sugerencias que en él hay.

Y es verdad, somos conscientes desde el Grupo Parlamentario Socialista, que todo siempre es susceptible de mejorar, y es verdad que el análisis de este informe se hace desde el punto de vista jurídico, pero a nosotros nos gustaría mencionar ese plan de cuidados paliativos, que tiene una misión clara, y es intentar asegurar una adecuada planificación, coordinación y gestión de los recursos sanitarios destinados a la atención de las personas que se encuentran en una situación terminal, sea causa oncológica o no, de cualquier edad, y así también —es importante, importantísimo— de su familia.

El modelo que tiene la Junta de Andalucía es un modelo que se basa en los cuidados del paciente y de su familia, como he dicho, pero principalmente en su domicilio, atendidos por el equipo de atención primaria, y el resto de los recursos, incluso la hospitalización, están a disposición, por si fuesen necesarios. En ese sentido, usted habla de unos paliativos, de unos cuidados paliativos, que tienen una serie de características, que deberían ser transversales, integrales, equitativos, no estigmatizantes —que aquí nadie ha hecho mención a ese tema, que a mí me parece..., a mi grupo nos parece fundamental—; abarcativos, no solamente de las necesidades del paciente, sino también, como hemos dicho, de los familiares, que nos parece fundamental también, incluso en el duelo posterior; poco instrumentales, sin medios extraordinarios, sin intervenir más allá de lo necesario para no causar daños y saber para a tiempo, y también en áreas fáciles de recorrer. Yo creo que estas son las características que, efectivamente, defiende el modelo de la Junta de Andalucía.

Pero sí que me gustaría, señor Maeztu, preguntarle —y si me equivoco, usted me corrige— que es verdad que quizás el análisis esté hecho desde un punto de vista demasiado de los dispositivos hospitalarios. Nosotros creemos, desde mi grupo parlamentario, y es verdad que ha hecho mención también el portavoz de Podemos, que los recursos, el aumento de los recursos, sobre todo, también, de los recursos humanos, debería estar centrado más, no digo que en el resto no, pero de manera prioritaria, en el ámbito de la atención primaria. Y en eso es en este momento en lo que está trabajando la Consejería de Salud, con un refuerzo de la atención primaria, porque creemos que para mejorar, para garantizar esa accesibilidad de la que todos los grupos han hablado y que mejore el equilibrio entre las zonas rurales y las zonas urbanas, la clave está en que gran parte de ese esfuerzo que se haga en cuidados paliativos esté en la atención primaria. E insisto en que me agrada poder decir que hoy en eso se está trabajando.

Lo que necesitan también los cuidados paliativos en este sentido pues son más y mejor dotación de los recursos de atención primaria —digo, fundamentalmente, prioritariamente—, que estén bien formados, la

formación es importantísima, con cupos más pequeños y mejor equilibrados, porque creemos que esa es, insisto, la garantía para que los cuidados paliativos lleguen de manera equitativa al territorio.

También me gustaría resaltar que es verdad que en el último tiempo, desde que el plan se puso en marcha, los recursos avanzados han mejorado también, a pesar de esto que estoy diciendo, ¿no?, creo que también aparece en el informe, y han avanzado de manera significativa. Es verdad que todo..., la mejora siempre es progresiva, ¿no?, y eso, bueno, nos gustaría que fuese de otra manera, pero los compromisos en determinadas cuestiones son ir avanzando de manera progresiva.

Me gustaría también hablar de esa plataforma de telecontinuidad, que es importante para muchos de los pacientes; de esa red de recursos de media y larga distancia, que existe prácticamente en todas las provincias; me gustaría hablar de la formación porque, desde que se puso en marcha el plan, han sido nueve mil profesionales los que han recibido formación específica en cuidados paliativos, y que entre ellos, efectivamente, están también..., gran parte de ellos son pediatras.

Me gustaría hablar también, en ese sentido que ha comentado usted, y que también hace referencia el informe, de que hay una diversidad en el modelo, pues que, precisamente, en cuidados paliativos hay un PAI, hay un Proceso Asistencial Integrado, que dice exactamente a qué darle respuesta, a quién, a cómo y cómo debe hacerse cada una de las acciones y qué coordinación se debe llevar a cabo. Por lo tanto, existe ese PAI, que dice exactamente que el modelo es único y que tiene que ser igual para todos y cada uno de los pacientes, y me consta que este es uno de los procesos asistenciales integrados en los que más interés se le está poniendo para que así sea.

Me gustaría, bueno, pues es verdad, hablar de que en el ámbito de la investigación también están presentes los cuidados paliativos por parte de la consejería; que es verdad que las voluntades anticipadas pues nos gustaría que fuesen más, también parece que cada año son más las que se inscriben.

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Señoría, debe terminar.

La señora MANZANO PÉREZ

—Y vuelvo a decir que en esto todos tenemos un papel, todos podemos hacer una labor también de divulgación, a pesar de que la Junta de Andalucía tenga que hacer sus campañas, pero nosotros también podemos hacerlo.

Y, para acabar, solamente decir que, efectivamente, el tema de la eutanasia es un tema que hay que abordarlo. Ciudadanos hacía mención a su proyecto de ley; también el Partido Socialista está a punto de llevar al Congreso un proyecto de ley, que esperemos que sea tenido en cuenta y que se pueda mejorar a lo largo del proceso.

Y hacer especial hincapié en las mujeres cuidadoras, porque fundamentalmente siempre son cuidadoras, en un porcentaje muy alto. Y que es verdad que la Ley de la Dependencia puede hacer un papel muy importante, y en eso, señorías del Partido Popular, pues me gustaría que ustedes lo tuviesen en cuenta y que...

la Junta de Andalucía el esfuerzo que está haciendo es importantísimo, que ustedes también lo tuvieran en cuenta a la hora de financiar la Ley de la Dependencia en el 50% que les corresponde.

Muchas gracias, señor Maeztu. Informes como este de verdad que son necesarios y siempre serán tenidos en cuenta. Gracias.

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señoría.

Señor defensor, tiene diez minutos para cerrar el debate.

El señor MAEZTU GREGORIO DE TEJADA, DEFENSOR DEL PUEBLO ANDALUZ

—Muchas gracias, señor presidente.

Creo que hay una valoración global que responde a todos los grupos: yo creo que hay una buena base de consenso entre cómo lo han recibido ustedes y cómo lo hemos hecho nosotros. Creo que hay una sintonía que me agrada, y que yo les devuelvo los agradecimientos que nos habéis hecho al equipo, porque creo que ha habido ahí una sintonía que otras veces, quizás, no se dé, porque estemos más alejados, porque somos más críticos, porque somos menos observadores, o al revés. Pero yo agradezco el tono general.

Yo tengo cada vez más claro..., nosotros hacemos dos informes especiales cada año, y lo hacemos con nuestra gente, es decir, no los encargamos. Hay, digamos, otras instituciones que sí lo encargan, pero nosotros, ahí, porque nosotros aprendemos en ese proceso. Yo, por mi pasado, tengo mucha relación con la muerte y la he sufrido bastante en mi familia. Y, entonces, los jóvenes, mi madre, dos hermanos, etcétera, alzhéimer, cáncer, etcétera, y yo estoy... Y lo he relacionado siempre con la vida, una vida digna se aprende a vivir, y debemos aprender a morir.

Y en el informe nos hemos implicado, el adjunto, Luis e Ignacio, hemos debatido mucho este tema, hemos vivido una jornada muy intensa y muy bonita en Cádiz, en la inauguración. Con la Sociedad de Cuidados Paliativos hubo una sintonía perfecta, porque además obedece, primero, porque en este aprendizaje es cuando te das cuenta de lo que falta, de lo que no falta..., es decir, aprendes.

Segundo, nosotros, en mi mandato, siempre lo que hemos procurado es visualizar los problemas. Yo no les tengo miedo a los problemas. Tampoco le tengo miedo... Estoy buscando, por ejemplo, en la Iglesia Católica, una gente muy preparada en bioética, para que debata sobre la eutanasia. Y lo vamos a hacer en Córdoba la semana que viene. Y he escogido siempre lo mejor, no una..., para pasar. Porque yo creo en el debate, creo en los procesos participativos de debate social. Si esto está en la agenda..., la muerte debe estar en la agenda. La muerte ha pasado mucho tiempo en silencio, y el silencio era un silencio, digamos, conspirativo, es decir, no me digas nada, que se vaya pronto y que tal..., y es más sufrimiento del que está que el que se va.

Y yo creo que... Y por eso estoy convencido. Y, además, yo soy un amante de la despedida. Creo que la gente tiene que despedirse, y yo tengo experiencia de que, cuando no se han despedido, han continuado los problemas. La gente tiene que despedirse y la gente tiene que saber ese territorio de intimidad. Y ahí me uno a lo que ustedes decían de la necesidad de preservar la intimidad en situaciones especiales, evi-

dentemente. Y tomo nota de lo del verano, porque quizás ahí no estaría tampoco justificado, no solamente es la gravedad, que ahí no se podría recortar, pero necesita el espacio de intimidad, porque la despedida es fundamental en el proceso último, en que ya no necesitamos que con 85 o 90 años la Medicina parece que se acompleje porque no llega a solucionar la vida. Es que la vida ya no le pertenece a la Medicina en ese sentido. Y, por lo tanto, hay que saber acompañarla y saber dejar una ilusión y un proyecto para los que se quedan. Vamos a quitar el dolor, el sufrimiento y el silencio, y vamos a compartir, digamos, los momentos vitales donde la persona... Yo, por mi experiencia, todo el mundo se ha arrepentido de lo que ha hecho anteriormente si llegara a poder repetirla. Es decir, cuánto me he equivocado. No os equivoquéis vosotros. Hay testimonios perfectos.

Bien, fuera de esta consideración, perdonen la consideración de tipo quizás..., pero, bueno, aprovecho para decir un poco que esa reflexión para nosotros este tema ha sido muy importante. Creo que va a aportar algo. Espero debatirlo, ya creo que me siento, y yo creo que mi equipo se siente agradecido, un poco compartido, por cómo lo habéis recibido ustedes.

Debate social, hay componentes morales y éticos también. Yo, evidentemente, como defensor, no podía respecto de los temas que se van a tratar de meter un posicionamiento de la institución, pero los debates serios, con argumentos, y seleccionando un poco creo que ayuda muchísimo, porque si no, la ciudadanía está muy mal, digamos, orientada.

Es verdad que de esta ley andaluza, que nos sentimos orgullosos de ella. Y habéis detectado los mismos temas, el desequilibrio territorial, añadía la portavoz de Izquierda Unida que es verdad, el periodo 2010, dos mil y..., tal, es un periodo de recorte, ahí ha habido también, es decir, la ley ha estado en tiempos de crisis. Por eso, ahora, si estamos saliendo de toda esta situación, debemos hacer un esfuerzo de medios y de recursos.

Todos estáis de acuerdo con lo pediátrico. A mí me parece que esa formación del pediatra es muy importante con los menores, que tenga una formación de cuidados paliativos.

Otra cosa que estamos convencidos de ella es que, y me parece que era el señor Gil, que era no solamente la formación teórica, sino a mí me parece que hay que... Nosotros hemos comprobado que hay muchos profesionales que tienen una vocación especial, si me permiten, además de la profesional. Es decir, hablar del dolor y hacer con gente y familias que están divididas y que tienen un análisis muy distinto... Hay que tener una sensibilidad y una preparación, el facultativo, que ayuda muchísimo, más que la medicina. Yo..., el último mío, un amigo mío con 10 hermanos de un tema familiar, que estaban divididos, el facultativo los unió, es decir, ahí hay una cualidad, es decir si tenemos... Yo creo que en todo el capital humano y el capital social es fundamental, no es lo mismo una persona que dirige una cosa que otra. No, no, no. Eso cambia radicalmente, si se lo cree y trabaja muy bien, y es, digamos, y es muy sensible, crean que gana muchísimo la medicina y la medicina más. Por lo tanto, yo creo que vamos a hacer un esfuerzo en lo pediátrico. Y en eso estamos ya interesados en hacer algunas propuestas con los facultativos, los psicólogos y los trabajadores sociales, el personal ahí, que tenga una sensibilidad que favorezca la intimidad, que ayude. Después, en lo pediátrico con los menores es muy importante que la familia cuidadora en su casa, si tiene un pediatra que le llama por teléfono, le dice: «haz esto, haz lo otro», no siente miedo de tenerlo en su domicilio. «Es que no sé qué hacer, mejor lo llevo al hospital». Si estuviera bien asesorado, lo mantenía en su domicilio, lo mantenía con su fami-

lia, pero porque ya en cualquier momento tendría el auxilio del profesional. Entonces, eso ayudaría mucho a evitar que mueran los niños en los hospitales. Por lo tanto, yo creo que..., en ese sentido.

Estoy haciendo reflexiones, es decir, formación pero al mismo tiempo calidad en la selección. Yo estoy de acuerdo. Debemos tener regulado la eutanasia, etcétera, y ese debate a mí no me asusta. Hagámoslo bien y seriamente. Pero la institución no va a tomar posición hasta que no haya una regulación, porque no podría ser de otra manera, sería la interpretación de un defensor concreto.

Bien, y después, al mismo tiempo, yo creo que el ciudadano... Estábamos apoyando un poco el..., bueno, yo no me opondría en el fomento de la natalidad, en el sentido de apoyo y ayuda a la natalidad. Eso, y a la conciliación de la vida familiar. Evidentemente, es suyo, y, por lo tanto, sería la otra cara del problema. Yo creo que, bueno, aunque agradezco un poco lo que es positivo del análisis que hemos hecho.

Y para ir ya tocando nada más que los últimos puntos, así en plan telegrama, la dotación de los cuidados paliativos, que decía el señor Gil, lo de la intimidad, yo creo que, ya le decía algo de esto, la selección de personas, corregir deficiencias, etcétera.

Para la portavoz de..., bueno yo acepto a la portavoz del PP, del Partido Popular, que reconoce la insuficiencia y que no llega a todo, que es un reto. Yo creo que es un reto. A mí me da igual en ese sentido. Yo analizo porque hay que mejorar, todo esto se hace para mejorarlo.

Y el registro de voluntad anticipada, yo creo que hay que mejorarlo, hacer una buena campaña, no acomplejarlo tanto, que sea de relleno fácil, pero arregla muchos problemas. Después, entran en un problema de salud mental, etcétera, y hay unos problemas familiares que si hacemos o no hacemos, porque no hay voluntad anticipada.

La anticipada tiene que ser bien informada, bien informada, con un consenso y tal, incluso oponiéndose a que no quiera tenerlo. En ese sentido, tiene que ser totalmente libre, pero todo el mundo que vea esto de los cuidados paliativos se va entrando en esa dinámica. Aquí hay mucho miedo y mucho dolor, digamos, pero que necesitan alguien que les ayude y que abra un camino nuevo, que es muy positivo.

Por lo tanto, yo en ese sentido le agradezco de actualizar el Plan Andaluz de Cuidados Paliativos, que usted decía, lo estamos pidiendo nosotros.

Y para terminar también, la portavoz del Partido Socialista, que era..., es decir lo familiar, usted insiste mucho. Yo insisto mucho en los familiares, y lo he dicho, son las personas que descargan... Debería aplicárseles el tema también de la Ley de Dependencia, la conciliación de la vida familiar... Son gente que ha dado su vida. Yo tengo en mi familia gente que ha dejado de estudiar, etcétera, y se han vinculado a un alzhéimer mucho tiempo y han pagado un alto precio. Por, eso hay que compensar a esa gente, a esas...

Y, después, yo estoy de acuerdo con lo de la atención primaria. Yo creo que eso, aparte de que en general todas las urgencias se ordenarían mejor si todo el mundo no fuera por ahí para tener rápido las pruebas, etcétera, la atención primaria incluso solucionaría mucho la insuficiencia territorial. Yo creo que hay un equilibrio que beneficiaría a lo territorial, y, por lo tanto, en cuanto al modelo también, la unificación, las características yo creo que del modelo estamos de acuerdo en que son esas, de ahí se puede destacar bastante.

Y, por último, termino diciendo que, en el fondo, yo estoy de acuerdo con usted en que aquí se necesita un cambio cultural; es decir, estamos hablando de los derechos que tienen los ciudadanos y una ley, y esto no quita nada, pero el cambio cultural, y llegará si esto va al debate, si esto se visualiza, si empiezan los cui-

dados paliativos a funcionar y si la gente está teniendo tal grado de experiencia que al final cambia; es decir, incluso el entierro y la [...] posterior hay celebraciones gozosas, nada frívolas, que es que la gente se ha quedado como que lo ha despedido de una manera, digamos, saludable para su vida, para la vida de los que continúan.

Yo, por lo tanto, creo que este informe... Y perdona si me he pasado un minuto, pero creo que me he pasado algo, pero en la anterior me parece que no. Que simplemente que, bueno, que lo acojan mucho, que haya un debate serio. Los debates no molestan, son necesarios y la visualización, en los temas de salud, trastornos de conducta, el cáncer, el acoso escolar, todo eso, si se debate seriamente, se arregla y se mejora, y el que trata estos temas también sale digamos aliviado y transformados, y yo creo que a la Defensoría, y no quiero hablar exactamente por Luis y por Ignacio, creo que este..., a todos nos ha hecho mejores y mucho más sensibles para este tema fundamental.

Muchísimas gracias.

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señor defensor.

Le agradecemos, como siempre, su presencia. No seré yo quien le corte en temas tan importantes, como es lógico.

Y hasta la próxima. Le esperamos. Muchas gracias.

Dos minutos para despedir al defensor.

[Receso.]

10-17/APC-000861. Comparecencia de la consejera de Salud, a fin de informar sobre los medios para la atención de urgencias vitales y transporte de enfermos en la provincia de Almería

El señor GARCÍA ANGUIA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Señorías, reiniciamos la Comisión de Salud, con el siguiente punto del orden del día; en esta ocasión, una comparecencia solicitada por el Grupo Parlamentario Popular Andaluz, a fin de informar sobre los medios para la atención de urgencia vital y transporte de enfermos en la provincia de Almería.

Para ello, cuando esté dispuesta, tiene la consejera quince minutos.

La señora ÁLVAREZ BENITO, CONSEJERA DE SALUD

—Gracias, presidente.

Señorías, la atención sanitaria urgente ocupa un lugar destacado en nuestro sistema sanitario, tanto por el volumen que supone esta demanda como para la trascendencia social que tiene esta actividad. Y por ello, en Andalucía, hemos desarrollado, y se han puesto en marcha estrategias importantes, e iniciativas, que están relacionadas con la atención de urgencias y emergencias con el objetivo, por una parte, de poder responder de forma adecuada a las necesidades y a las expectativas, tanto de los ciudadanos como también de los profesionales que trabajan en esta área.

En la actualidad, nuestro sistema sanitario público cuenta con una importante red de recursos, que están destinados para la atención sanitaria urgente y emergente, con una capacidad de resolución elevada, que es superior al 90% de los casos, gracias, entre otras cosas, a la cualificación de los profesionales.

En concreto, en la provincia de Almería cuenta para la atención de las urgencias extrahospitalarias con un total de 37 unidades de cuidados críticos y urgencias. En concreto, en el área de gestión sanitaria norte de Almería, existen diecinueve unidades de cuidados críticos y urgencias, que están compuestas por veinticinco equipos de profesionales; en el Distrito de Atención Primaria de Almería existen once unidades de cuidados críticos de urgencias, compuesta por diecisiete equipos, y en el Distrito de Atención Primaria de Poniente, de Almería, existen siete unidades, y están compuestas por trece equipos de profesionales. La gran mayoría de ellos son equipos que son susceptibles de ser movilizados.

Y también en el Centro Periférico de Especialidades Bola Azul, en Almería —en la capital—, existe también, además, un equipo móvil, con disponibilidad 24 horas, para las urgencias fuera del centro.

A ello se suman también los medios con los que cuenta la Empresa Pública de Emergencias Sanitarias en la provincia, que, en concreto, son dos UVI móvil, una que tiene base en Almería, y la otra tiene base en El Ejido. También existe un equipo aéreo del 061, que presta atención en esta provincia, y está ubicado en Baza, y el Servicio de Transporte de Críticos de Almería.

Además, señorías, con la activación del Plan Costa, en el verano de 2017, se incluyeron como servicios nuevos en la provincia de Almería un total de ocho equipos movilizables de cuidados avanzados, que es una nueva fórmula para la atención de la demanda urgente y también para el transporte, en caso necesario.

Componen estos equipos un enfermero, o enfermera; un técnico sanitario en urgencias y emergencias; un médico coordinador, y/o un consultor, que está situado en el centro coordinador de urgencias, o bien en el servicio de urgencias de atención primaria, para los casos en los que son necesarios, y también constan estos equipos de una ambulancia tipo C.

Actualmente, son ocho los equipos de estas características que se encuentran funcionando en la provincia de Almería. En concreto, cuatro en el distrito de Almería; en concreto, en Almería capital, en Sorbas-Tabernas, en Cabo de Gata y en San José. Y dos en el distrito de Poniente: en Roquetas y El Ejido. Y otros dos en el distrito de Levante: en Garrucha y en Vera.

Y con estos nuevos equipos movilizables se persigue, por una parte, el mejorar la accesibilidad a la población, el poder dar una mejor y mayor cobertura; por otra parte, potenciar los roles y las competencias de enfermería, y también prestar asistencia con la mejor calidad asistencial.

Para activar estos equipos se elaboró un plan de formación, que es coordinado entre los centros de la provincia, con empresas de EPE, 061, y que se materializó, se llevó a cabo, en mayo de 2017. Y el objetivo, el propósito principal, era contemplar la figura del profesional de enfermería en un dispositivo móvil, o bien fijo, en los servicios de urgencia de atención primaria, que estuviese integrado en el plan funcional del centro, y con las responsabilidades que se les encomendaran, de acuerdo a su perfil y su capacitación profesional.

Y para ello, en el Plan de Formación que se llevó a cabo, se contemplaban aspectos como la protocolización de las actuaciones por los equipos, algo que parecía sumamente importante; la cobertura legal en cuanto a las competencias de enfermería, la coordinación y la activación de los equipos, y también, las claves en la gestión compartida de la demanda, un aspecto en el que se está trabajando, se está avanzando, no solamente en las urgencias, sino también en otros ámbitos, tanto de atención primaria como de atención especializada.

Señorías, estos equipos movilizables de cuidados avanzados están integrados en el plan operativo de los dispositivos de urgencias y emergencias, y se activan, fundamentalmente, ante prioridades 3 y 4, sistemáticamente, y también, en ocasiones, ante prioridades de tipo 2, a criterio del médico supervisor, siempre que no haya afectación del paciente.

Como siempre, cualquier equipo se moviliza a demanda del centro coordinador de urgencias y emergencias.

También se puede activar para dar respuesta más inmediata, ante una saturación de equipos móviles de emergencia, en zonas donde existen equipos del 061. Y, con estos equipos, la forma de trabajo se puede..., pueden actuar, actúan *in situ*, de forma autónoma, en aquellos casos en los que, realmente, el enfermero o la enfermera puede solventar, puede solucionar este episodio, con lo cual puede cerrarlo, y realizará una comunicación al facultativo médico consultor de referencia que, como hemos comentado, estará ubicado bien en el servicio de urgencias de atención primaria, o en el centro coordinador.

Por otra parte, si las condiciones del paciente requieren que intervenga de forma no presencial un médico, se lleva a cabo un trabajo de forma colaborativa y coordinado por el médico de familia o con el médico que se encuentre ubicado en el centro coordinador de urgencias. Y en caso de que realmente lo que se requiera sea una intervención esencial y presencial de un médico, se realiza una solicitud de apoyo bien al centro coordinador o al servicio de urgencias o atención primaria.

En estos casos, es importante porque el apoyo que pueda requerir el enfermero o enfermera, tanto de forma a distancia no presencial como de forma presencial a su médico, ubicado en el servicio de urgencias y atención primaria, este médico habitualmente es el que conoce tanto al profesional que está *in situ*, en el domicilio, atendiendo al paciente, como también al propio paciente, y tiene acceso a su historia. Con lo cual, puede realizar un asesoramiento adecuado.

Comentar que en los nueve meses de actividad de estos equipos se ha atendido a un total de 1.742 asistencias, habiendo resuelto *in situ* el 60% de ellas. En un 25,5% de los casos el paciente fue trasladado a las urgencias de atención primaria. En un 12,7% se trasladaron a un hospital, y en un 1,8% de las asistencias se tuvo que avisar al equipo completo o al 061.

Por otro lado, en la provincia de Almería cuenta también con una serie de ambulancias, tanto para el traslado no asistido de pacientes como para el soporte vital tanto básico como avanzado. Y estas ambulancias están repartidas de la siguiente manera. En el área de gestión sanitaria norte de Almería existen 20 ambulancias de la red de transporte urgente, tres son de soporte vital avanzado, y dos, para los equipos movilizables de cuidados avanzados que hemos comentado anteriormente. En el distrito de atención primaria de Almería se dispone de 21 ambulancias para la red de transporte urgente, tres son para el soporte vital avanzado, y cuatro son para los equipos movilizables de cuidados avanzados. Y finalmente, en el distrito de atención primaria del Poniente de Almería existen 10 ambulancias para la red de transporte urgente, cinco en soporte vital avanzado y dos para los equipos movilizables de cuidados avanzados.

Como saben, todos estos recursos se enmarcan dentro del plan andaluz de urgencias y emergencias, y siempre con el fin de garantizar la accesibilidad a la ciudadanía, a la atención urgente mediante la optimización de los recursos operativos disponibles, intentando siempre ofrecer la mejor calidad posible adecuada a la situación de cada uno de los pacientes que, como saben, son priorizados por una serie de categorías.

Señorías, antes de finalizar esta primera parte de esta comparecencia, me gustaría dar algunos datos de actividad de estas urgencias extrahospitalarias de 2017 en la provincia de Almería, en concreto, la actividad dentro del centro por equipo y horas fue de una media de 1,52 asistencias, y los equipos movilizables, las diferentes unidades de cuidados críticos y urgencias fuera de los centros de lunes a viernes, tuvieron una media de salidas diarias por equipo de 1,3, y los fines de semana, de 1,6, con un promedio total de 1,5 asistencias. En todos los casos, dentro del intervalo de confianza que marca la estadística. Por tanto, señoría, los recursos tanto materiales como humanos de los que disponemos en la provincia de Almería nos permiten ofrecer una asistencia sanitaria urgente de calidad y con capacidad de resolución en la gran mayoría de los casos.

Muchas gracias.

El señor GARCÍA ANGUIA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señora consejera.

Señoría, señora García, tiene siete minutos.

La señora GARCÍA CARRASCO

—Gracias, señor presidente.

Y buenos días, señora consejera.

Le agradezco la explicación pero yo le digo que tengo la esperanza de irme hoy de esta comisión con que me aclare todas las dudas que yo tengo sobre el transporte sanitario terrestre programado y urgente, en Almería y en toda la comunidad autónoma. Pero nos va a servir de ejemplo Almería para que usted nos pueda aclarar todas las dudas.

Hace pocos días en los medios de comunicación oíamos que a partir de ahora, del año 2018, todos los vehículos que se venden en la Comunidad Europea van a tener que llevar un dispositivo que alertará al 112 cuando exista un accidente para agilizar todos los medios de emergencias y urgencias sanitarias para salvar vidas.

Todos tenemos conciencia, y se ve que también a nivel europeo existe esa conciencia importante de que la asistencia sanitaria urgente y de emergencia es muy importante y que debe cumplir unos parámetros.

Usted..., en el año 2016, en julio del año 2016, nosotros ya le hacíamos una pregunta en esta comisión diciéndole si el transporte de urgencias y emergencias en Andalucía iba a cumplir con el Real Decreto 836/2012, sobre todo en los tiempos de ambulancias que se utilizan y en los profesionales sanitarios que deben tener estos tipos de ambulancia.

Usted nos ha relacionado las ambulancias que hay en los diferentes puntos en Almería, pero yo le voy a decir que tengo aquí una contestación que ustedes han dado a una denuncia sobre un pliego de condiciones de adjudicación de ambulancias, y yo necesito que ustedes me aclaren, cuando dicen que en la red de transporte urgente las ambulancias que deben existir son las ambulancias B y C, que son las ambulancias asistenciales, pero luego, por otro lado, ustedes dicen que en el Real Decreto 836/2012 no les dice de qué manera tienen ustedes que organizar el transporte sanitario. Hasta ahí estamos de acuerdo. Pero quiero que me aclare si las ambulancias que hay en Almería, en estos momentos, asistenciales, que se están utilizando como asistenciales son las ambulancias B y C, o son las ambulancias A1 o A2.

En el distrito de Levante, actualmente en Almería, en María existe un servicio urgente localizado, que también hablábamos en el año 2016 que dentro del transporte urgente no puedan existir dispositivos localizados. Me gustaría que nos aclarara si siguen existiendo dispositivos localizados en María. Eso supone que tienen..., el conductor de ese transporte tiene 30 minutos para llegar a esa ambulancia y ponerla en activo, y estamos hablando de un transporte urgente, no programado, urgente.

Me gustaría que me aclarara qué tipo de ambulancia está en María B, C, A1 o A2; si es localizada o no lo es, y qué personal está en esa ambulancia. ¿Un técnico de emergencias sanitarias, un conductor, un conductor y un técnico de emergencias sanitarias?

Vélez-Málaga, la misma situación. Es urgente, según ustedes, y es localizada. La misma pregunta para Chirivel, para Albanchez, para Oria... Todos dicen lo mismo: unidad localizada, es urgente, y dice que hay dos TES en la unidad, en turno de 24 horas. La unidad de cuidados avanzados de enfermería, que la ha nombrado usted y ha hablado que ha habido un periodo de formación en el año 2017. A mí me gustaría saber desde cuando están funcionando esas unidades en Almería, y si esa formación se ha dado con anterioridad a 2017

o solo ha sido en el 2017. ¿Y qué conocimiento tiene usted de la temporalidad y del tiempo que esas enfermeras trabajan en esas unidades?

En el distrito de Almería seguimos teniendo las mismas referencias. Dice Tabernas, urgente, localizado. La misma pregunta: ¿qué tipo de ambulancia, si tiene un técnico en emergencias sanitarias y un conductor, o solo un técnico en emergencias sanitarias?

Sorbas, Abla, en Cabo de Gata nos dicen que es urgente pero localizada. Con lo cual, la pregunta que yo le sigo haciendo es la misma. Y a Gérgal, unidad de siete horas presencial. Aquí sí es presencial, aquí sí es presencial, pero también me gustaría que nos dijera qué tipo de ambulancia hay y qué profesionales la constituyen.

Nos gustaría también saber las unidades de cuidados avanzados de enfermería, que, como lo ha dicho tan rápido, no he podido cogerle cuántas existen en Almería. Usted dice que fueron creadas, por lo menos creo que en un principio la atención, que era para emergencias 3 y 4. Usted ha dicho que algunas veces atienden en emergencias 2, y nosotros sabemos que también atienden a emergencias 1, cuando el resto de equipos están saturados.

Pero la pregunta es si una unidad de cuidados avanzados en enfermería puede atender a una emergencia tipo 1.

Señora consejera, todo lo que le estoy poniendo encima de la mesa tiene relación porque existe una denuncia del defensor del paciente, ante la Fiscalía de Andalucía, precisamente por estos temas, por la utilización de ambulancias no asistenciales para realizar asistencia donde se necesita un soporte vital básico o un soporte vital avanzado, que son las ambulancias B o C.

El defensor del pueblo también hablaba en el año 2014 —también está investigando ahora este tema— hablaba de que en los nuevos pliegos de adjudicaciones tendrían que estar ya reconocidas esas ambulancias asistenciales y con los profesionales que les corresponden: un técnico en emergencias sanitarias y un conductor o camillero.

El Real Decreto 836/2012 daba un plazo para esta adecuación. El plazo era dos años o cinco años si existía adjudicado el servicio, pero es que estamos hablando del 25 de mayo del 2012 y, pues, los cinco años que daban de plazo se han pasado. Eso era para la adecuación de las ambulancias, pero para la introducción del personal no daba un plazo, era desde que el decreto empezaba a funcionar, estamos hablando de casi seis años.

Nosotros lo que queremos que nos aclare hoy en esta comisión, como ya se lo pedíamos en el año 2016, es qué tipo de asistencia sanitaria se está dando en el transporte urgente y de emergencia en la provincia de Almería. ¿Nos puede también decir qué contratos en prácticas existen ahora mismo en el sistema de transporte sanitario en Almería? ¿Y nos puede decir si se están cumpliendo los plazos que ustedes mismos dan para el transporte programado, los tiempos de espera máxima para la recogida de un paciente, los traslados en ambulancias colectivas, el tiempo que tienen que cumplir cuando se ha acabado el tratamiento?

Yo creo que le he puesto encima de la mesa la contestación de muchas preguntas que, si usted hoy me las responde todas, pues, quizás no tengan que volver a decirnos que el Partido Popular pone encima de la mesa y alarma a la población. Creemos que la importancia del transporte sanitario es una parte clave dentro del sistema sanitario público de Andalucía.

Gracias.

El señor GARCÍA ANGUIA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señoría.

Señora consejera, tiene siete minutos.

La señora ÁLVAREZ BENITO, CONSEJERA DE SALUD

—Gracias, presidente.

Señoría, efectivamente, señoría del Partido Popular, como yo le he comentado en mi primera intervención, el transporte sanitario tanto urgente como emergente en nuestra comunidad es algo muy importante y realmente tenemos un montón de estrategias, realmente, y protocolos para llevar a cabo esta actividad en las mejores condiciones de calidad y seguridad.

Como le he comentado, en Andalucía contamos con un plan, el Plan Andaluz de Urgencias y Emergencias; contamos también con una empresa, EPES de emergencias, para el 061, con un centro coordinador de urgencias y emergencias, y todas las actuaciones que se llevan a cabo, todo el transporte sanitario urgente está incluido dentro de las recomendaciones que realiza este Plan Andaluz de Urgencias y Emergencias.

Hoy, en esta misma comisión, tenemos también una pregunta que es de forma global sobre el transporte sanitario en nuestra comunidad y que, bueno, que también comentaremos algunos aspectos no solo..., que son globales, efectivamente, a la comunidad, no solamente están relacionados con Almería, sino que son globales para toda nuestra comunidad.

Efectivamente, actualmente se están licitando algunos concursos nuevos en algunas provincias y prácticamente durante este año se renovarán los concursos para todas las provincias en nuestra comunidad.

Como no puede ser de otra manera, por supuesto, estos concursos cumplen con la normativa vigente y, efectivamente, cumplen con el decreto que usted ha comentado, el 836/2012, como no puede ser de otra manera, con lo cual, sí que repito que, efectivamente, es un tema muy importante, muy sensible y que tenemos que ser cuidadosos con las afirmaciones que se realizan porque creo que no se debe crear de forma innecesaria alerta en la población.

En cuanto a..., como le comentaba, el Plan Andaluz de Urgencias y Emergencias establece los criterios que se deben cumplir para el transporte urgente y emergente en nuestra comunidad, con los tiempos, establece las cronas, establece los radios de acción y los recursos que son necesarios para plantear los objetivos que nos planteamos.

En cuanto al concurso concreto que se realiza en una provincia para el transporte urgente y emergente, realmente cada provincia, previamente a sacar ese concurso, realiza un plan funcional que está basado en las necesidades de esa provincia para responder con los objetivos que se marcan en el Plan Andaluz de Urgencias y Emergencias, pero, además, cada uno de los planes funcionales realmente tiene una comisión de seguimiento de forma que se pueda valorar si realmente se están cumpliendo los objetivos que se plantean, si está respondiendo de forma adecuada o si, en un momento determinado, es necesaria una modificación del contrato para adecuar los recursos a las necesidades, y eso le aseguro que realmente se cumple, ¿no?

Yo creo que existe, realmente existe una confusión y, en este sentido, el Real Decreto —como hemos comentado— establece, efectivamente, una clasificación de los tipos de ambulancia que se utilizan, con las características de estas ambulancias, en cuanto a características técnicas, dotación de equipamiento, dotación de personal, que, efectivamente, son utilizadas a la hora de realizar concursos, para que todos utilicen la misma nomenclatura. Pero, efectivamente, como bien ha comentado usted, lo que no establece ese decreto es cómo una comunidad en concreto organiza el transporte sanitario, tanto programado como el transporte sanitario urgente. Y en ese sentido, como le comentaba, eso es un aspecto funcional que en nuestra comunidad está controlado a través del Plan Andaluz de Urgencias y Emergencias. Efectivamente, ese decreto establece las características de la ambulancia, y, nosotros, efectivamente, sacamos la ambulancia y las características de esa ambulancia que creemos que necesitamos para nuestro transporte, pero es siempre el centro coordinador de urgencias y emergencias o el médico que se encuentre en un dispositivo de cuidados críticos y urgencias los que dicen, en función de las características de cada paciente, cuál es el tipo de recurso que necesita ese paciente para su transporte, y para eso dispondrá de la ambulancia que necesita, con los medios materiales y con los medios personales, en cuanto a profesionales que necesita ese equipamiento. Con lo cual, esa es una decisión clínica, y ahí sí que la población puede estar tranquila porque, efectivamente, eso se cumple de forma rigurosa. Cuando un paciente necesita un soporte, tanto sea básico como avanzado, va a tener el profesional que necesite, y esa es una realidad y es un aspecto técnico y que lo decide el médico que está en el centro coordinador de urgencias, emergencias o bien el médico que se encuentre en un dispositivo y que necesita activar un medio de transporte para un paciente determinado.

En cuanto a los contratos en prácticas, decirle..., y hemos visto en algunas denuncias que si en nuestro sistema contábamos a los profesionales que se encuentran en prácticas como un profesional más. No, eso es totalmente falso. Los profesionales que se encuentren en prácticas no son contabilizados como un profesional más que se encuentre trabajando y dotando a nuestro sistema de transporte, ¿no?

En cuanto a las denuncias del Defensor del Paciente, como siempre hacemos y no puede ser de otra manera, por supuesto que estamos recabando la información que sea necesaria y le contestaremos, y siempre, por supuesto, comentaremos los resultados de esos estudios.

Estaba hablando también de los equipos movilizables de cuidados avanzados, efectivamente, que ahora mismo están funcionando en Almería y que, bueno, que puedo recordar exactamente cuántos son. Estos equipos empezaron a funcionar en verano de 2017, es la primera vez que empezaban a funcionar en Almería en ese momento. Ahora mismo le puedo repetir cuántos son realmente: son cuatro en el distrito de Almería, dos en el distrito de Poniente y otros dos en el distrito de Levante.

Estos equipos, efectivamente, previamente a su funcionamiento, como le comentaba, recibieron una formación, una formación muy específica, y en todo momento se tiene en cuenta, como en otras ocasiones, estos equipos son movilizados a través del centro coordinador de urgencias y emergencias o el médico que se encuentra en un dispositivo de cuidados críticos y urgencias, y lo hace para prioridades 4, 5, en ocasiones prioridades 3, pero lo hace cuando piensa realmente que ese paciente fundamentalmente lo que necesita son cuidados de enfermería, y, como le he comentado, en un porcentaje muy importante, realmente se resuelve, se resuelve el problema in situ, pero, cuando necesita apoyo, bien a distancia o presencial, realmente este profesional lo solicita y se resuelve el caso de esa manera. De hecho, creo que le he comentado el número

tan importante de actividad que han tenido estos equipos movilizables de cuidados avanzados como personal de enfermería. Realmente no ha habido ningún problema y el grado de satisfacción, que se ha hecho una encuesta específica para estos equipos, es muy alto, es muy, muy elevado y no ha habido ningún problema. Está totalmente protocolizado cuáles son las actuaciones en las que pueden actuar estos equipos y se movilizan cuando cumplen esos criterios.

Saben qué protocolos tienen que cumplir y qué comportamiento y, realmente, como le comento, el grado de satisfacción tanto de los profesionales como de las personas que han sido atendidas ha sido muy, muy elevado.

Comentarle también que, efectivamente... Usted hablaba también del grado de estabilidad de estos profesionales. Pues, efectivamente, se tiene en cuenta que, aunque dado que son profesionales que se han formado de forma específica para llevar a cabo esta actividad, que realmente, aunque haya que contratar a más profesionales, no cambian nunca los profesionales de enfermería que se encuentran trabajando en estos dispositivos.

Gracias.

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señora consejera.

Señoría, tiene tres minutos.

La señora GARCÍA CARRASCO

—Gracias, señor presidente.

Señora consejera, se lo vuelvo a repetir, espero irme de aquí con la... Vine con la esperanza, pero parece que me voy a ir con su no contestación a todo lo que yo le he planteado. Le he planteado y le he dicho que me dijera específicamente qué tipo de ambulancias había en todos los sitios que yo le he redactado y si podían ser unidades localizadas o no podían ser unidades localizadas.

Ustedes dicen que cumplen el Real Decreto 836/2012, y yo digo que no, yo digo que ustedes no lo cumplen porque, claro, le pregunto directamente: ¿ambulancias A1 y A2 pueden prestar servicio asistencial, sí o no?

Claro, porque usted me dirá: «es que nosotros tenemos las ambulancias A1 EE, que tienen equipamiento como si fuera una B, y que son las que nosotros vamos a licitar y tenemos en estos centros». Una ambulancia A1 EE, como una B, que es la foto esta que yo tengo aquí, no sé para qué la quiere un técnico o un conductor para llevar o trasladar a un enfermo, pero que no se ha programado, señora consejera, ¿para qué la quiere?, ¿una ambulancia A1 EE con el equipamiento de una B?, ¿para qué quiere ese técnico?

Dice usted que los contratos en prácticas que no cubren necesidades. Sentencia, señora consejera, del 12 de marzo del 2018, donde dice que un técnico en emergencias en prácticas ha estado cubriendo vacaciones, donde ha estado cubriendo puestos estructurales, y sin la formación y sin el acompañamiento adecuado; sentencia, señora consejera.

En Almería, de 330 empleados, 50 eran contratos en prácticas, sin el acompañamiento debido, casi el 25% de ese plantilla, señora consejera.

Usted me dice que hay estabilidad en esas unidades de cuidados de enfermería avanzados, y yo le digo que no, que han estado haciendo contratos de un mes, de una semana, y que cuando había enfermeras que estaban casi estabilizadas en el puesto, se les ha despedido o se les ha cambiado de puesto.

Usted dice que el centro coordinador es el que manda la ambulancia, el medio que tiene que ir. Pero, claro, si ustedes contratan —y le voy a poner un ejemplo— en Jaén, en el distrito sanitario Norte, dos ambulancias tipo C, tres ambulancias tipo B, y 19 ambulancias A1 EE, el centro coordinador no va a poder mandar en cada momento lo que necesite, está claro, porque solo hay cinco ambulancias asistenciales, señora consejera, cinco, cinco ambulancias asistenciales, y 19 A1 EE, que no recoge el real decreto, que dicen ustedes que tienen el equipamiento de una ambulancia tipo B, pero la pregunta es: ¿tiene el equipamiento de profesionales? Esa es la pregunta clave, señora consejera. ¿Cumple con lo que dice el real decreto en profesionales?

Creo que me voy igual. Ustedes hablan de cronas y de tiempos, pero establecen servicios de urgencias localizados de quince minutos, y luego establecen otros tiempos de llegar antes de diez minutos a una emergencia, cuando hay un problema cardiovascular. Ustedes se contradicen, entre unas cosas y otras. Yo lo que les pido es: aclaración, señora consejera. Me voy de aquí igual que he llegado.

Gracias.

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señoría.

Señora consejera, para cerrar el debate tiene cinco minutos.

La señora ÁLVAREZ BENITO, CONSEJERA DE SALUD

—Gracias, presidente.

Señoría, yo creo que se lo he explicado, se lo he intentado explicar muy claro, y es así.

Efectivamente, el real decreto establece cuántos tipos de ambulancias existen, qué características tienen esas ambulancias, en cuanto, efectivamente, el tipo de vehículo, la dotación de equipamientos, la dotación de personal. Pero el real decreto no establece cómo una comunidad organiza su transporte, ni urgente ni programado. Eso es algo que establece la propia comunidad, y nosotros lo tenemos establecido a través de nuestro Plan de Urgencias y Emergencias Sanitarias. Y nosotros podemos tener diferentes tipos de vehículos, podemos tener equipos, como bien dice usted, algunos localizados, otros de presencia física, pero será siempre nuestro centro coordinador de urgencias y emergencias el que sabe, en cada momento y en función de las necesidades, cuál es el equipo, porque además tiene conocimiento de cuáles están activos y cuáles están disponibles, de cuál es el recurso, realmente, que tiene que activar, y así, de esa manera, respondemos a las necesidades en tiempo y forma. Yo creo que se lo he dicho muy claro.

Efectivamente, el real decreto establece, como le digo, el tipo de ambulancia, pero somos nosotros quienes establecemos cómo se lleva a cabo el transporte de forma funcional. Creo que más claro no se lo puedo decir.

¿Que nosotros hemos establecido, en nuestros contratos, que puede haber una ambulancia A1 EE? Pues sí, nos da la posibilidad de que las diferentes comunidades puedan añadir, sobre esa normativa, alguna dotación excepcional, es mejorar ambulancias.

Es más, señoría, le digo, la ambulancia A1 EE es superior a la A1 y a la B. ¿Por qué? Porque tiene otra configuración del vehículo, que permite mucho mejor, en caso necesario, realizar asistencia, además del equipamiento técnico.

Ahora, usted me dice: «¿Y va a utilizar esa ambulancia para prestar asistencia básica o avanzada?». Pues cuando vaya a utilizarla, para utilizar asistencia básica y avanzada, siempre tendrá el personal necesario, eso se lo puedo asegurar, y puede estar la población totalmente tranquila, eso sí que lo vamos a cumplir, es una responsabilidad nuestra. Usted dice: «¿Y cuando el Centro coordinador de urgencias y emergencias tiene esa disponibilidad...?». Pero puede añadir profesionales, que los tenemos en los servicios de urgencias y tenemos equipos movilizables, claro que sí. O sea, nosotros podemos añadir profesionales a esa ambulancia. Y le puedo asegurar que siempre va a llevar cada paciente el tipo de ambulancia, el tipo de equipamiento y el tipo de personal que necesita, y que, por supuesto, los contratos nuevos que se están haciendo, creo que tienen grandes ventajas sobre los contratos ya existentes, aumentan de forma importante los recursos disponibles. Efectivamente, se lleva a cabo un seguimiento, una trazabilidad ahora mismo muy importante, tanto de lo que duran los desplazamientos como el tiempo de recogida en los programados. Y supone un paso muy importante en la uniformidad en toda la comunidad, así como el aumento de recursos, con un aumento muy importante también del importe económico que tienen todos estos contratos en nuestra comunidad.

Así que yo creo que todos estos contratos que se están realizando, que, efectivamente, se adaptan a la normativa; por supuesto, el transporte sanitario urgente y emergente cumple con los requisitos que tiene que cumplir, no puede ser de otra manera. Es que yo creo que, como le digo, se confunde lo que es la clasificación de las ambulancias que establece el real decreto con la organización funcional de transporte urgente y emergente, que, ahí, realmente está establecido en nuestra comunidad y cumplimos, efectivamente, y cumplimos los criterios, como no puede ser de otra manera.

Me habla también de, efectivamente, este tipo de equipos movilizables, que son con cuidados avanzados. Yo le he transmitido que se ha valorado mucho, y se ha sido supercuidadoso en el establecimiento de este tipo de equipos, que son profesionales que tienen una formación y un entrenamiento que es específico, y que siempre se ha intentado, cuando hay movilidad de profesionales, realmente, que la movilidad afecte a otros puntos, a otros puestos, y que, realmente, estos profesionales puedan permanecer. De hecho, le he comentado que los resultados son excepcionales, los de este tipo de equipos movilizables, tanto en resultados asistenciales como en satisfacción por los profesionales, y satisfacción por los propios usuarios que han recibido este servicio.

Con lo cual yo creo que le he dejado claro, realmente, cómo se responde a las urgencias, al transporte urgente y emergente, en nuestra comunidad, cumpliendo la normativa, como no puede ser de otra manera.

Tenemos otra pregunta relacionada con el tema y podemos seguir viendo más aspectos relacionados con él. Muchas gracias.

DIARIO DE SESIONES DEL PARLAMENTO DE ANDALUCÍA

Núm. 505

X LEGISLATURA

5 de abril de 2018

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señora consejera.

10-18/APC-000401. Comparecencia de la consejera de Salud, a fin de informar sobre nuevos equipos diagnósticos en atención primaria para centros de salud en Andalucía

El señor GARCÍA ANGUIA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Pasamos a la siguiente comparecencia, en esta ocasión a propuesta del Grupo Parlamentario Socialista, a fin de informar sobre nuevos equipos diagnósticos en atención primaria en los centros de salud andaluces.

Tiene quince minutos, señora consejera.

La señora ÁLVAREZ BENITO, CONSEJERA DE SALUD

—Señorías, como saben, en Andalucía hemos priorizado y puesto en marcha, en los últimos años, un proceso de renovación de la atención primaria de salud, con el convencimiento de que, realmente, la fortaleza de este nivel produce unos mejores resultados en salud y, al mismo tiempo, contribuye a la sostenibilidad del sistema sanitario en su conjunto.

La población primaria en nuestra comunidad resuelve el 90% de los casos que llegan, sin necesidad de ser derivados a otros hospitales. Y de ahí que nuestro objetivo sea el invertir y potenciar esta atención primaria, de esta manera, para alimentar y fortalecer lo que consideramos que es el corazón de nuestro sistema sanitario, y de esta forma poder mejorar de forma global la calidad y los mejores resultados en salud para nuestra población.

La puesta en marcha de la atención primaria supuso un cambio y un avance en la forma de prestar la atención sanitaria como derecho, a partir de equipos multidisciplinares, desde el abordaje biopsicosocial, atención familiar, el abordaje contextualizado en la consulta, o la orientación comunitaria de este trabajo. Nuestro objetivo, ahora mismo, es poder renovar, poder reorientar algunos aspectos del sistema, para que la atención primaria pueda ampliar su capacidad conforme a los avances que se han producido en conocimiento, y también en cuanto a las competencias de nuevos perfiles profesionales que existen en este nivel asistencial.

Este proceso de renovación ha partido del diagnóstico que han realizado los propios equipos de profesionales y sus organizaciones, así como también las sociedades científicas más representativas en atención primaria. Y realmente supone un punto de inflexión importante para el sistema porque ha involucrado a toda la organización sanitaria.

Exige un trabajo conjunto de toda la organización, tanto atención primaria como atención hospitalaria; exige un cambio cultural, un trabajo en equipo entre los profesionales de primaria y hospitalaria, porque realmente necesita que se reevalúe la asistencia que se está prestando en los diferentes procesos asistenciales para que realmente se puedan abordar de la forma más cómoda y más accesible para el paciente.

El objetivo que nos planteamos es que la atención primaria pueda realizar la coordinación y la integración de toda la atención que se presta en el sistema sanitario público andaluz, y con una especial orientación hacia la promoción de la salud, la prevención, el cuidado de las personas con mayores necesidades, y también en la atención comunitaria.

Algunos aspectos funcionales importantes que estamos trabajando son el modelo integrado de atención a pacientes con problemas crónicos complejos; también, como hemos comentado en ocasiones, mejorar la personalización a través de recuperar el equipo básico de atención primaria como una unidad de referencia, compuesta por médicos y enfermeros, en el que realmente se pretende que realicen una gestión compartida de la demanda, y esto supone un aumento en la capacidad de resolución que tiene enfermería dentro del equipo sanitario en la línea con la evolución de sus competencias profesionales, que, como saben, en Andalucía son más amplias que en el resto del país, gracias a la incorporación de los perfiles de prácticas avanzadas y la especialidad enfermera. Además, se está asignando a cada equipo una población determinada, en función de su complejidad, en función de su morbilidad y también en función del contexto sociosanitario que, como saben ustedes, es el determinante principal de la necesidad de salud.

A finales del año pasado se comenzó con la reasignación de los cupos más sobrecargados, y se crearon 105 equipos nuevos. Se ha llevado a cabo una planificación exhaustiva de los recursos necesarios para que los siguientes cuatro años realmente se puedan dotar de forma adecuada, y de este modo los equipos de atención primaria puedan prestar una atención más efectiva y gestionar mejor los recursos, lo que sin duda va a repercutir en una mejor calidad, eficiencia y mejor desempeño profesional.

Por otro lado, también se han producido importantes avances en la implantación de nuevas tecnologías de la información y comunicación, vinculadas a la historia clínica digital. Ya todos los centros disponen de los mismos sistemas de información y se han invertido más de siete millones de euros en la renovación de los equipos informáticos para la atención primaria, que se va a realizar en los siguientes meses.

Por otra parte, estos sistemas de información permiten mecanismos de aviso en atención primaria cuando su paciente ha sido dado de alta en el hospital o ha acudido a urgencias. Otra de las innovaciones incluidas en estos sistemas de información es, por ejemplo, un nuevo módulo de vacunas, que permite un control individual del calendario vacunal. Y también, como saben, los pacientes, y a través de un certificado digital, pueden acceder a su propia historia clínica, a su propia información.

Por otra parte, y dentro también del marco de la estrategia de renovación de atención primaria, se están incorporando equipos diagnósticos a los propios centros de salud, ya que una de las líneas más importantes en esta estrategia es el fortalecimiento de la capacidad diagnóstica y terapéutica de los equipos de atención primaria, con el que podrán ganar en efectividad y en satisfacción profesional. Recientemente, el Servicio Andaluz de Salud ha licitado mediante fondos Feder la adquisición de 98 nuevos ecógrafos, 49 salas de radiología digital y 48 retinógrafos para los centros de atención primaria de ocho provincias andaluzas. Se han priorizado aquellos que están ubicados en zonas de transformación social. Y este nuevo equipamiento cuenta con un presupuesto de licitación de unos 8,5 millones de euros. Actualmente, señorías, en los centros de atención primaria hay más de doscientos equipos de ecografías instalados, 143 retinógrafos y 247 salas de radiología. Y con esta nueva adquisición se incorporará un total de 195 equipamientos en atención primaria, que tendrán, sin duda, un impacto muy positivo para poder ampliar esta capacidad diagnóstica que se persigue en este nivel asistencial.

Y de forma paralela a la incorporación de todo este equipamiento diagnóstico, se han llevado a cabo actuaciones y acciones formativas, especialmente en ecografía abdominal, para poder mejorar la capacitación de los profesionales en los centros de atención primaria. De hecho, un total de 96 profesionales de medici-

na de familia en las provincias de Almería, Málaga y Sevilla realizaron a finales de año cursos de formación, con el objeto de ampliar los conocimientos y mejorar sus habilidades en el uso de la ecografía abdominal. Esta actividad formativa ha sido organizada por el Servicio Andaluz de Salud en colaboración con IAVANTE, y también con las sociedades científicas más relevantes en atención primaria, como SAMFyC y SEMERGEN. Y realmente esto va a permitir que se puedan diagnosticar o que se puedan descartar en los propios centros de salud algunas patologías, que en la actualidad son estudiadas en los hospitales, y por este motivo evitarán desplazamientos de los ciudadanos hacia los centros hospitalarios.

La incorporación de este nuevo equipamiento, como comentábamos, aumenta la capacidad de resolución de los médicos de familia en atención primaria para poder solventar en el menor tiempo posible problemas de salud, sobre todo problemas que son muy habituales, pues son muy frecuentes, o por otra parte también patologías que son graves y que, de esta manera, se pueden detectar en estadios más iniciales. Y para ello los médicos de familia también van a disponer de acceso prácticamente a la mayoría de pruebas diagnósticas que se realizan en los hospitales. El grupo de trabajo que estaba realizando este catálogo de pruebas ya lo ha finalizado. Incluye un número muy importante de pruebas, no solamente del área de imagen sino también del área de laboratorio y también de pruebas funcionales. Y de hecho ya se está pilotando en algunos centros. En breve se va a difundir, se va a dar a conocer este nuevo catálogo, que va a permitir, como comentaba, que los médicos que trabajan en los centros de salud de atención primaria puedan tener acceso a la solicitud de más pruebas diagnósticas.

Y siguiendo las recomendaciones de las sociedades científicas, el uso de los ecógrafos, la modernización y ampliación de los equipos de radiología y, también, la utilización generalizada de los retinógrafos o las pruebas de laboratorio, así como otros procedimientos que se están llevando a cabo en los centros, como pueden ser, por ejemplo, el tema de la cirugía menor ambulatoria, el tema de infiltraciones, realmente está permitiendo mejorar la capacidad de resolución no solamente diagnóstica sino terapéutica también en nuestros centros de atención primaria. Este equipamiento que se está incorporando en los centros de salud de atención primaria se podrá utilizar no solamente en consultas sino que también podrá ser utilizado en urgencias o incluso en domicilio cuando realmente puedan ser transportables.

Y, por otra parte, destacar también el avance que se está dando en el terreno de la innovación con la generación de instrumentos inteligentes, muy precisos y accesibles a un mayor número de profesionales, pues por ejemplo en el programa de detección precoz de retinopatía diabética que se ha desarrollado en Andalucía, gracias a las posibilidades que existen de conexión en red telemática de todos los retinógrafos que se encuentran en nuestro sistema sanitario. Y esto ha permitido la conexión progresiva de 166 retinógrafos digitales para la realización de este cribado, de los cuales 154 se encuentran en atención primaria y 12 en consultas de endocrinología.

Y, del mismo modo, se está llevando a cabo otra innovación para el procesado de estas imágenes y para facilitar su lectura, para facilitar la interpretación de los resultados de las pruebas obtenidas con estos retinógrafos, que consiste en un diagnóstico automatizado de la retinopatía diabética a partir de imágenes digitales.

Otro ejemplo de tecnología incluida en nuestros centros de atención primaria para mejorar su resolución es la tele dermatología, que se ha incorporado ya en 17 distritos de atención primaria, que permite una comunicación telemática entre la consulta de medicina de familia y el dermatólogo que se encuentra habitualmente

ubicado en el hospital, y que permite un diagnóstico precoz de lesiones en la piel, y no solamente permite un diagnóstico precoz sino que también permite, por otra parte, una atención más ágil, ya que el mismo sistema permite la generación de citas en las consultas hospitalarias o también permite incluso la gestión de citas para cirugía. En el año 2017 se han realizado más de 20.000 teleconsultas a través de este sistema, y actualmente se está ampliando a otras especialidades para poder facilitar así y dar soporte a otros procesos asistenciales.

De este mismo modo, el grupo de trabajo de atención primaria que está trabajando en salud bucodental ha elaborado un análisis de situación de esta prestación en atención primaria en Andalucía y han puesto una serie de medidas a desarrollar, las cuales ya se están valorando para su implantación.

Señorías, estos son solo algunos ejemplos de la innovación que se está aplicando en las estrategias priorizadas en el sistema sanitario público de nuestra comunidad, gracias a los cuales es posible aumentar la precisión diagnóstica y facilitar su aplicación en los entornos más próximos del ciudadano, como comentábamos, evitando desplazamientos innecesarios a centros hospitalarios y optimizando el uso de recursos y facilitando también, por otra parte, la coordinación y la permeabilidad entre equipos tanto de hospital como de atención primaria. Este es el modelo que ha demostrado mejores resultados en salud, a través de determinados procesos asistenciales que ya están implantados en nuestra comunidad, y que realmente se están revisando para ir incorporando de forma progresiva la evidencia científica disponible.

Otro aspecto que considero que también es una innovación en nuestro sistema sanitario es el desarrollo de todas las actividades preventivas y de promoción de la salud en atención primaria, que, como saben, es uno de los aspectos claros y que destaca dentro de nuestra atención primaria. Y de esta forma se han impulsado varios programas en nuestra comunidad para promocionar la salud, como Forma Joven o Creciendo en Salud. Y realmente se han llevado a cabo otros proyectos más novedosos, como la Escuela de Pacientes, el proyecto Al lado, o la estrategia de salud perinatal, o del buen trato en la infancia, o los grupos GRUSE, que, como saben, son grupos de atención socioeducativa en zonas de transformación social. Realmente, consideramos que son una gran innovación porque permiten gestionar la salud a partir de las propias capacidades de las personas y de su comunidad.

Señorías, como les decía al principio, se trata de un importante proceso de renovación en la atención primaria en nuestro sistema de salud, que nos va a permitir mejores resultados en salud, así como una mejora de la calidad sanitaria, de la calidad de la asistencia sanitaria que está prestando nuestro sistema en su conjunto.

Muchas gracias.

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señora consejera.

Señora vicepresidenta, ¿quiere una intervención o dos?

La señora LÓPEZ MARTÍNEZ

—Una.

El señor GARCÍA ANGUIA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Gracias. Tiene la palabra.

La señora LÓPEZ MARTÍNEZ

—Gracias, señor presidente.

Y muchas gracias, señora consejera, por esta comparecencia. Desde luego, es una gran noticia todo lo que sea mejorar nuestro sistema sanitario. Y con estos avances sobre todo en atención primaria pues desde este grupo parlamentario la verdad es que lo celebramos, y es bueno que la ciudadanía lo conozca. Hoy desde luego sabemos que esa atención primaria fuerte mejora los resultados del sistema en su conjunto con esa mayor calidad de equidad y de eficiencia, y también de satisfacción, por supuesto, para la población.

En nuestro sistema sanitario público ya se comprobó ese aumento de la asistencia en las visitas a Urgencias, por lo que ya se planteó la necesidad de una nueva gestión para dar, precisamente, respuesta tanto a la ciudadanía como a los profesionales que lo estaban demandando. Y aquí en Andalucía, y a pesar de la crisis, de la dura tarea por conservar la cartera de servicios, quizás ya también desde el pasado año, y en este momento de recuperación económica, cuando también se está dando una mayor respuesta a los profesionales, se está reactivando también esa inversión en infraestructuras y en tecnología, como usted nos ha ido detallando. En este sentido es bueno también recordar que los presupuestos ya de este 2018 contemplan 500 millones de euros más que en 2017, precisamente en Salud, que es una oportunidad precisamente para dar impulso a los profesionales, a la tecnología y a las infraestructuras.

Celebramos, desde luego, esa capacidad de respuesta que ha tenido su consejería hacia los profesionales y hacia la sociedad, que..., bueno, que tanto a través de la futura Ley de Sostenibilidad y Garantía de nuestro sistema sanitario público, como dentro de esa estrategia de renovación de la atención primaria, que impuso esta consejería, y como bien ha comentado que contará con un presupuesto de 8,5 millones de euros en esa licitación, ¿no? Una estrategia que, con los datos que usted nos ha dado, demuestra ser esa buena herramienta para garantizar la perdurabilidad de nuestro sistema frente a tentaciones de poder privatizar el mismo. Nada mejor que tener un sector público fuerte, que sea eficaz y con respaldo además de los profesionales, con buenos equipos, y con respaldo también, por supuesto, de la población, cuando se siente bien atendida. Todo lo que suponga innovar, incorporar nuevas tecnologías es un gran avance, y por supuesto de gran impacto en la calidad de vida de los pacientes. El que se pueda detectar una enfermedad grave ya en su etapa inicial consideramos que es un adelanto de gran calado. Con el fortalecimiento, desde luego, de esa capacidad diagnóstica y terapéutica ya en los equipos de atención primaria está claro que se gana bastante en efectividad y en satisfacción también para los profesionales. Una atención primaria fuerte desde luego es..., gana, desde luego, en esos resultados en salud. Y sabemos que pueden resolver en atención primaria ese 90% de los casos sin necesidad de poder..., de derivarlos ya a los hospitales.

En estos últimos años, los equipos de atención primaria han sido decisivos, desde luego, en el cuidado de familias más vulnerables, y se han configurado como pilares en defensa de sus derechos y de protección a la salud. La instalación de esos nuevos equipos diagnósticos en los centros de atención primaria, para nosotros,

para este grupo parlamentario, desde luego que tiene un gran valor, dada esa confortabilidad, la agilidad en tiempos, como ya he comentado, y de repuesta que supone para los pacientes. Y a pesar de las duras críticas y de las continuas críticas de la oposición, esos ataques de desprestigio a nuestro sistema sanitario, este Gobierno lo ha demostrado, y lo demuestra, que la atención sanitaria está en la línea de sus prioridades. Y es que la ciudadanía además lo expresa, y lo ha expresado, y ha dado esa preferencia a la sanidad pública y de la apuesta de sus profesionales por mantener la calidad en la atención de los pacientes.

Ya en 2017 se incrementó el número de profesionales, 386; 105 nuevos equipos básicos de atención primaria; esas 105 nuevas plazas de enfermería de familia, 33 de matrona, la integración de los trabajadores sociales en atención primaria, contratando esas 30 nuevas plazas. Y en torno a 1.500 nuevos profesionales que se incorporarán a la atención primaria hasta el año 2019.

Usted ha detallado muchos de los avances tecnológicos. La retinografía, en atención primaria; la teledermatología, implantada ya en 17 distritos de atención primaria, que permite esa comunicación telemática entre la consulta de Medicina de Familia y la de Dermatología, para el diagnóstico precoz de lesiones de piel a partir de imágenes tomadas en atención primaria. Han sido unas 20.000 teleconsultas que se realizaron en 2017 a través de este sistema. Y ahora lo que ya nos ha comentado, esos 195 equipos diagnósticos, enmarcados en esa estrategia de renovación de atención primaria que impulsa la consejería, pues demuestra una vez más desde luego que en Andalucía se trabaja y que el proceso de renovación sigue adelante y que garantiza ese modelo que va a proporcionar y que proporciona la atención segura y efectiva al lugar también más cercano al paciente, como son los centros de atención primaria.

Pero ese impulso, con la renovación tecnológica, también abrirá más tiempo para dedicarlo a esas tareas de investigación, que también, y vuelvo a nombrar la futura Ley de Sostenibilidad, porque precisamente es una apuesta que se enmarca dentro de esta ley. Y gracias también a las transferencias de las competencias sanitarias que tienen las comunidades autónomas, y que ha permitido a Andalucía precisamente el avanzar según las necesidades y expectativas de nuestra población en priorizar las inversiones, en mejorar las infraestructuras sanitarias, el avanzar en investigación e innovación, y desde luego ganar en derechos. Con esta norma, Andalucía precisamente amplía y fortalece ese marco normativo que nos va a permitir impulsar la sanidad pública, marcando cuáles van a ser los valores de nuestro modelo de sanidad.

Algo, además, que no hubiera sido posible en un sistema de salud centralizado. Y además, ahora, con los nuevos presupuestos que el Gobierno del Partido Popular ha presentado para este 2018, creo que continúa ese proceso de control, precisamente, a las autonomías, ¿no? La implantación de algunas de estas nuevas tecnologías, por su impacto y también el alto coste que tienen, creo que también debería responder a una estrategia del conjunto del Sistema Nacional de Sanidad, para garantizar también que tengamos una equidad territorial, que, como vemos en estos presupuestos del Gobierno, creo que sigue perdiendo peso el gasto en sanidad con respecto al PIB.

Y al hilo de esta comparecencia, bueno, y en paralelo a la adquisición de los nuevos equipos, como bien ha comentado usted, señora consejera, especialmente también en ecografía abdominal, para ampliar la capacitación de los profesionales de los centros de atención primaria, es que precisamente se refuerce también el papel de ese nivel asistencial en los planes de formación, al igual que los de formación sanitaria especializada, formación de grado y postgrado, formación profesional, dentro de esa estrategia de la formación de la sanidad en Andalucía.

Pero para todo ello, para garantizar la sostenibilidad de nuestro sistema, necesitamos esa suficiencia financiera, como bien comentaba anteriormente, a partir de los recursos, de los Presupuestos Generales del Estado, planteando un suelo de gasto sanitario en función de ese PIB, que debería de ser ya similar a los países de nuestro entorno. Y considerar a la sanidad pública como una inversión y no como un gasto, algo que, desde luego, desde aquí exigimos al Gobierno del Partido Popular.

Y para terminar, señora consejera, fortalecer la sanidad pública a través de la investigación, de la innovación y con medidas de calidad y eficiencia, que sabemos que es la apuesta de su Gobierno, del Gobierno de la Junta de Andalucía.

Muchas gracias.

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señoría.

Señora consejera, para cerrar el debate.

La señora ÁLVAREZ BENITO, CONSEJERA DE SALUD

—Gracias, presidente.

Señorías, no voy a entretenerme, porque creo que hemos comentado ampliamente las diferentes líneas estratégicas que componen esta nueva renovación de atención primaria en nuestra comunidad. Nuestra comunidad siempre, realmente se ha destacado por una atención primaria fuerte, gracias al desarrollo profesional con el que cuenta. Y donde realmente las medidas preventivas y promoción de la salud han tenido siempre un papel muy importante. También somos conscientes de la importancia que tiene una atención primaria fuerte, con la sostenibilidad, la equidad y la cohesión social de la población, por eso es tan importante fortalecer la atención primaria.

Por otra parte, los profesionales de atención primaria, y la atención primaria en su conjunto, tienen un gran reconocimiento por parte de la población. Pero como comentábamos, bueno, cuando se decidió tomar esta nueva estrategia de renovación de la atención primaria, somos conscientes de que es necesario un nuevo impulso, volver a potenciar esta atención primaria para dar respuesta a las necesidades y a las expectativas que tienen los profesionales, que son ellos mismos quienes han propuesto esta estrategia. Y, por otra parte, también por adaptarnos a nuevos perfiles profesionales que se están incorporando en el equipo multidisciplinar de atención primaria, equipos con muchas competencias, como son matronas, como son enfermeras, como son fisioterapeutas, que queremos también potenciarlos.

Y, por otra parte, esa adaptación a la sociedad actual, donde realmente aumenta el envejecimiento, aumenta la cronicidad y, realmente, van a necesitar un nivel de cuidados muy elevado.

No voy a entrar en todas las líneas que ya se han estado realmente comentando, pero considero que sí que es muy importante también efectivamente el adecuar la plantilla a las necesidades, para que todas estas acciones se puedan llevar a cabo desde primaria. Y, como comentaba, aquí nos parece clave el ir adaptando estos equipos asistenciales realmente e ir adecuando las plantillas a la carga que realmente tienen

los diferentes cupos para que puedan llevar a cabo todas las actividades realmente que se plantean en atención primaria.

Y, por otra parte, también el que estos profesionales puedan tener estabilidad, porque es importante para todos los profesionales, pero especialmente en primaria, que sabemos que existe un vínculo muy especial entre la relación médico-paciente, el conocimiento del equipo de referencia, tanto el médico y enfermera de referencia de su paciente, de su población. Sabemos que es algo muy importante en el cuidado.

Yo solamente, para finalizar, destacar en toda esta estrategia la importancia que tiene la historia clínica digital de Andalucía que, como saben, es un referente a nivel europeo, y que es una historia que está compartida por todo nuestro sistema, tanto para atención primaria como por hospitales, incluso los servicios móviles tienen la historia clínica digital en movilidad, que le permite la conexión con los centros coordinadores de urgencias y emergencias, con los centros de atención primaria y con los equipos de urgencias hospitalarios.

Una historia clínica digital que incorpora no solamente todos los datos de paciente en cuanto..., sino también toda la información relativa a imágenes o relativa, también, a laboratorios, y todos los demás sistemas que se van incorporando en esta historia clínica digital. Así que estamos seguros que, realmente, con este nuevo impulso pues mejorará realmente la capacitación y la satisfacción profesional de nuestros profesionales en atención primaria y, como comentamos, por supuesto, la calidad de forma global de la asistencia que presta.

Muchas gracias.

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señora consejera.

10-18/APC-000266 y 10-18/APC-000368. Comparecencia de la consejera de Salud, a fin de informar sobre las conclusiones del grupo de expertos sobre la construcción del tercer hospital en Málaga y su recomendación de aumentar los conciertos privados.

El señor GARCÍA ANGUIA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Pasamos a la siguiente comparecencia, en esta ocasión, agrupada; propuesta por los grupos parlamentarios Podemos Andalucía y Partido Popular, el Grupo Parlamentario Popular, relativa a la construcción del tercer hospital de Málaga y las conclusiones de expertos.

Tiene la señora consejera quince minutos para la exposición.

La señora ÁLVAREZ BENITO, CONSEJERA DE SALUD

—Señorías, como bien saben, creo que en los últimos plenos hemos comentado en más de una ocasión el proyecto del hospital de Málaga. Y como saben, como hemos transmitido en estas intervenciones, el compromiso de la Junta de Andalucía y de la Consejería de Salud con Málaga es fuerte y es firme, y realmente se está dando la máxima prioridad y la máxima celeridad a este proyecto. Y sabemos que, también, que el grupo de expertos se encuentra actualmente trabajando en ese plan funcional, definiendo el plan funcional para este nuevo modelo hospitalario de la ciudad de Málaga.

A finales de febrero, estuve en Málaga para poder conocer, de primera mano, el trabajo que había llevado a cabo este grupo de expertos durante el último año, para definir este modelo de atención hospitalaria para la ciudad para los siguientes años. En esta reunión, realmente, ellos pudieron entregarme una aproximación a ese plan funcional, y esta aproximación del plan funcional, una vez aceptado, es lo que realmente permite lo que ahora mismo están trabajando estos grupos de profesionales, que es el plan funcional específico, las diferentes áreas que compondrán este hospital.

Se trata de un proyecto que responde, por tanto, a las necesidades y a las expectativas, pues, no solamente de profesionales, sino también de la ciudadanía. Y es un proyecto, como hemos comentado en otras ocasiones, en el que, realmente, han participado y se han implicado un número muy importante de personas, profesionales sanitarios y no sanitarios; en concreto, pues trescientas, como comentábamos; entre ellos, profesionales sanitarios de diferentes disciplinas.

Y ha sido clave también la participación y la implicación de colegios profesionales, de asociaciones de pacientes, de colectivos vecinales, también de las organizaciones sindicales, la propia Universidad de Málaga o el ayuntamiento, también, de la ciudad, a través del Consejo Social Ciudadano. Por tanto, el proyecto, señorías, pues cuenta con un alto grado de consenso, un alto grado de diálogo. Y esto ha hecho que, realmente, pues tenga su dificultad, pero, por otra parte, es un proyecto muchísimo más completo, que se asegura de recoger todas esas necesidades y expectativas, tanto de profesionales como de la población. Y como ya he comentado en ocasiones, en otras ocasiones, los grupos de profesionales y expertos que trabajan en este proyecto han estado analizando, al detalle y durante todo este último año, pues varios aspectos; entre ellos,

cuál es la situación de la sanidad en Málaga y cuál es la situación de sus infraestructuras. También han analizado y han tenido en cuenta cuáles son las tendencias sociodemográficas para la ciudad en los siguientes años y, por otra parte, también cuáles son las tendencias, tanto organizativas como tecnológicas, en el ámbito de la salud.

En total, se han constituido dieciocho grupos de profesionales de diferentes disciplinas y niveles asistenciales, porque ha habido profesionales, tanto de atención primaria como de atención hospitalaria, y como comentaba, profesionales que son sanitarios y no sanitarios, y que han estado en grupos muy específicos, como puede ser la hospitalización, como puede ser la pediatría, como puede ser la ginecología, pero que también se han formado grupos de áreas transversales, como son los sistemas de información, la central de compras, la investigación, la docencia... Y, realmente, el trabajo en equipo ha sido la tónica que ha dominado durante estos meses y, realmente, por eso estoy convencida de que el modelo diseñado será la mejor de las opciones para que los hospitales malagueños puedan dar una respuesta a los retos que se plantean ahora y que se van a plantear en un futuro en la sanidad de esta ciudad.

Y este trabajo en equipo que han realizado todos los profesionales que han estado en este grupo, y ese consenso y ese diálogo, es realmente lo que yo quiero poner en valor. Y bueno, nuevamente, dar y mostrar nuestro agradecimiento, de la Consejería de Salud a todos estos profesionales que han estado trabajando y aportando su conocimiento en este gran proyecto.

Cuando hace un año, aproximadamente, la Consejería de Salud pidió y encargó al grupo motor de expertos y profesionales que iniciaran este trabajo, ya sabíamos que era un proyecto y un proceso que iba a ser complejo, pero también teníamos el convencimiento de que se llegaría a un modelo que sería realista, en el que aseguraba la participación, y que iba a estar adaptado a las necesidades de Málaga.

Y sin duda, como comentaba, no era sencillo, pero le tengo que decir que, una vez conocido la aproximación al plan funcional que han presentado este grupo, que es un excelente trabajo y, realmente, el resultado es muy satisfactorio. El modelo de organización hospitalaria propuesto por este grupo de profesionales es un proyecto que es vanguardista, realmente, que es muy innovador y que, fundamentalmente, podemos decir que está orientado a la ciudadanía, que quiere garantizar la accesibilidad y la equidad en la ciudadanía, donde prima, realmente, pues la seguridad y la calidad, no solamente para los pacientes que se atienden, sino también para los profesionales.

Por otra parte, además, es un proyecto que es respetuoso con el entorno, eficiente, que es sostenible y que pone mucho énfasis en la humanización de la asistencia, y donde se valoran aspectos como es la intimidad, como es la confortabilidad, como es la personalización de la asistencia sanitaria. Y el propio proyecto, realmente, tiene en cuenta diferentes circuitos de atención para diferentes grupos de pacientes. Y se trata de un proyecto en el que no solamente se tienen en cuenta las necesidades asistenciales, puramente, sino que también se han tenido en cuenta las necesidades de docencia, de docencia pregrado y docencia postgrado, también de formación y las necesidades de investigación.

Y el modelo propone el trabajo, propone un trabajo en red, realmente, en el que participen los diferentes hospitales de Málaga, y también participa la atención primaria; un trabajo en red y coordinado de los hospitales y de atención primaria. Y el proyecto que propone ese grupo de trabajo realmente está alineado con las líneas estratégicas que tiene marcada actualmente la Consejería de Salud, como es la renovación de aten-

ción primaria, la estrategia de renovación de atención primaria, de la que acabamos de hablar, o también el plan integral de atención al paciente crónico, que sabemos que, bueno, y sobre todo, en los siguientes años y en esta ciudad, realmente va a tener un peso, un peso muy importante, por el envejecimiento progresivo de la población, y cada vez más necesidad de cuidados, y la necesidad, por tanto, de circuitos diferentes para atención a este grupo de pacientes.

Este proyecto presentado por estos profesionales mantiene la diferenciación de dos áreas hospitalarias para Málaga, la del Hospital Regional y la del Hospital Virgen de la Victoria. Y, realmente, propone la construcción de un nuevo edificio, que sustituye actualmente al Hospital General, con una capacidad para ochocientas camas —serían habitaciones individuales—, y realmente que concentre..., este edificio concentraría toda la patología aguda; sería un edificio muy tecnológico y también de gran complejidad, ¿no?, y bueno, como corresponde a un hospital que es de tercer nivel, y que sea realmente competitivo no solamente en nuestra comunidad, sino a nivel nacional e internacional.

Los expertos, con independencia de ese plan funcional, también recomiendan que la ubicación sea próxima al actual edificio materno-infantil, al centro actualmente construido, porque de esta manera se puede aprovechar toda la infraestructura hospitalaria existente y, por otra parte, se puede concentrar en un mismo área geográfica toda la atención y asegurar la coordinación y la relación necesaria entre los diferentes profesionales y los diferentes equipos que trabajan en un centro de estas características.

Y por otra parte, en esta ubicación pues prima la accesibilidad de la población, con buenas conexiones. Este proyecto tiene un presupuesto estimado para su construcción de más de doscientos millones de euros y, como saben, en todo momento he manifestado mi satisfacción por el resultado del trabajo que se ha realizado, y también he manifestado, pues, desde el primer momento, el compromiso de esta consejería de aceptar el modelo de atención propuesto por este grupo.

Señorías, lo he dicho al inicio: la previsión es que el plan funcional que está realizando actualmente este grupo de profesionales sea terminado antes de verano. Y, a partir de ese momento, el SAS tendrá que estudiarlo y valorando, aplicando la mayor evidencia científica disponible sobre los aspectos técnicos y los requisitos y, por otra parte, con la máxima celeridad.

Muchas gracias.

La señora LÓPEZ MARTÍNEZ, VICEPRESIDENTA DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señora consejera.

Pasamos a la intervención de los grupos proponentes.

En primer lugar, por el Grupo Parlamentario Podemos, señor Gil, tiene siete minutos.

El señor GIL DE LOS SANTOS

—Gracias, señora presidenta.

Y muchas gracias, señora consejera, por su exposición.

Desde que se presentó en sociedad las conclusiones del grupo de expertos sobre la construcción del tercer hospital de Málaga, se ha hablado y escrito mucho al respecto. Pero me temo, señora consejera, que se ha hablado desde una esfera estrictamente opinatoria, sin tener ninguna base que respaldara cualquier argumento que se esgrimía. Y eso es debido básicamente a que a sesión del grupo de expertos y la propia Consejería de Salud nadie, que yo sepa, ha tenido acceso a ese informe del grupo de expertos o primera fase de plan funcional. Nosotros lo hemos pedido a través del portal de transparencia con respuestas denegadas, y por el artículo 7 del Reglamento de la Cámara, el cual estoy esperando. No sé si ha tenido la deferencia de traerme hoy una copia, me temo que no. Porque, obviamente, me hubiera gustado haber tenido acceso al informe, habérmelo leído y poder hablar con mayor fundamento hoy aquí con usted, señora consejera. No obstante, a la espera del informe que seguimos esperando, existen cuestiones y comentarios que poner de relieve y tenerlo muy presente a cualquier decisión futura que se vaya a tomar.

En primer lugar, señora Álvarez, hay algo que no sé si se ha tenido presente, valorado, cuantificado y medido el impacto, y es saber qué nivel de capacidad se encuentran las infraestructuras hospitalarias de la provincia de Málaga actualmente; qué número de recursos harían falta para que estuvieran al 100%, incluido contratación de nuevo personal, y con ese incremento de capacidad qué actividad nueva es capaz de generar para dar salida a la necesidad que, actualmente, no se están cumpliendo en tiempo y forma, es decir, actualmente con la infraestructura de la provincia; qué nivel de capacidad resolutive tenemos ahora; qué nivel de capacidad resolutive y qué actividad generada sería capaz de generar, incrementando los recursos actuales, sobre de todo de personal, sin plantearse qué tipo de hospital habría que construir, porque eso creo que sería una primera fase. No sé si esa parte, que sería, en mi opinión, la primera fase de cualquier estudio se ha elaborado en ese informe que debería estar, en introducción.

Porque la segunda cuestión es saber si más que el nuevo hospital de tercer nivel con la espera de años que eso supone y la incertidumbre que se genera sería más efectivo incrementar ya la capacidad resolutive del parque hospitalario público actual y, de paso, quitarnos alguna que otra sanguijuela en forma de clínica privada, por mucho que en principio parece que al señor Albolella le fastidie, según las declaraciones que ha hecho. Porque, señora consejera, si los planes se cumplen y en 2024 inaugura el hospital a pleno funcionamiento, algo de ciencia ficción por creernos la fecha, ¿puede usted negar hoy en redondo que no va a ver un trasvase de personal desde el regional u otros hospitales al nuevo hospital? Esto es importante saberlo, sobre todo porque las expectativas que se están generando no choquen en decepción y desengaño en el pueblo malagueño, que parece que un hospital va a incrementar notablemente los recursos cuando, obviamente, lo que va a haber es una adaptación tecnológica de la infraestructura hospitalaria, pero posiblemente, muy posiblemente se recupere y se trasvase el personal que ahora mismo está y se pasa al nuevo hospital, es decir, que no se generaría un incremento de capacidad resolutive hospitalaria tal y como buenamente se pueda pensar.

Por eso, desde Podemos Andalucía nos inclinamos primero en dotar adecuadamente los recursos actuales con dos hospitales comarcales, en el Guadalhorce y el de la Serranía de Ronda, aún por funcionar al 100%, y otras varias infraestructuras con deficiencias como el hospital de alta resolución de Benalmádena, que no cuenta a día de hoy con los servicios prometidos de dermatología, urología y oftalmología. De hecho, este hospital de Benalmádena aún cuenta con zonas por terminar en un 30%, y se sigue derivando población al Clínico de Málaga por estas patologías que pudieran ser atendidas en el hospital de Benalmádena, si la

Administración hubiera hecho su trabajo y hubiera dotado de esa capacidad resolutoria en el hospital de Bernalmádena, que desde 2007, que está abierto en funcionamiento, estamos a 2018, 11 años, pues parece que esa capacidad de gestionar no se tiene, por no hablar del Marítimo de Torremolinos, etcétera. No sé si esa parte también lo recoge el informe, porque ha dicho usted que se ha valorado el impacto de la construcción del nuevo hospital, que es un hospital de referencia para toda la provincia, sobre el impacto que tendría sobre la ciudad de Málaga. Creo que eso es un error de base, porque debería valorarse en toda la provincia con el resto de infraestructuras, y no solamente con la coordinación de atención primaria sino valorar *versus* que voy a incrementar primero, si los recursos atención primaria *versus* los recursos de infraestructura hospitalaria. Y estamos hablando de construcción de nuevos edificios y de dotación de nuevos recursos de personal.

Pues, de nuevo, parece relegarse la práctica el papel de la atención primaria en el sistema sanitario público de Andalucía. Se habla de coordinar mejor, pero para coordinar mejor la atención primaria tiene que tener músculo, tiene que tener recurso. Y para eso hay que poner dinero encima de la mesa, no bajar desde 2017 a 2018 su porcentaje de gasto respecto al gasto sanitario total en 1%. Eso es disminuir el músculo de atención primaria, y para coordinar mejor dote los recursos, y así, obviamente, se va a funcionar mejor. Volvemos a pecar de la política de construir un hospital para mostrar a la ciudadanía que tendrá una mejor asistencia sanitaria, aunque este hospital de tercer nivel no sirva en la mayoría de los problemas de salud, que seguirán siendo atendidos en el resto de niveles asistenciales, que seguramente estarán infradotados, pero el caladero de Botos ya estará amortizado, pensarán ustedes, a quién le importa la verdad.

Y esto, ya para cerrar, hila con la bomba de humo de distracción que juegan ustedes con las hienas del Partido Popular con respecto al chare del Palo, que piensan permutar con los terrenos donde se ubicará el nuevo hospital pertenecientes a diputación. De ilusionistas a otros ilusionistas va la cosa. Cada uno echando cálculos electorales para ver quién da forma al ladrillo del hospital sin importar que los malagueños y malagueñas sepan realmente qué es un chare y que de nuevo se les crea falsas expectativas, creyendo que no tendrán que acudir ante una dolencia de cierta complejidad al hospital de referencia de tercer nivel.

Señora consejera, ¿ha pensado alguna vez en invertir dentro de sus publinreportajes y campañas comunicativas en sacar a las personas de conceptos erróneos y en generar ignorancia creada y alentada por ustedes y por el Partido Popular sin escrúpulos y dopado de hipocresía de cara a las nuevas elecciones?

Le espero en la réplica.

Muchas gracias.

La señora LÓPEZ MARTÍNEZ, VICEPRESIDENTA DE LA COMISIÓN

—Gracias, señor Gil.

Por parte del Grupo Popular, tiene la palabra la señora Oña.

Siete minutos.

La señora OÑA SEVILLA

—Muchas gracias.

Buenos días o buenas tardes a todas las personas presentes.

Bueno, no sé si en principio debo dedicar algún momento para defenderme de lo que ha dicho el portavoz de Podemos sobre las hienas del Partido Popular. Jamás nos habían calificado de esa manera. Y además creo que por su parte lo que está demostrando es una escasa talla política que, en un debate como este, creo que de eso hemos estado hasta ahora sobrados. Y lo que hace falta realmente es altura de miras, actuar con un proyecto común, con un proyecto de ciudad importante, que es Málaga, y de sanidad pública importante, como todos tenemos que pretender en la comunidad autónoma. Y aquí, por otra parte, no va a ser Podemos el único que no viene a hacer política. Al Parlamento venimos todos a discutir desde posicionamientos políticos que todos son válidos, y todos hay que respetar. Así que demuestre usted también su nivel de respeto democrático.

En cuanto a lo demás, señora consejera, yo sé que el compromiso con este proyecto por su parte es fuerte. Se está haciendo en esta ocasión de forma aparentemente seria, pero eso significa que reconocemos usted y yo que anteriormente los compromisos que estableció el Partido Socialista, desde el Gobierno, con la ciudad de Málaga ni eran fuertes, ni eran serios, ni por supuesto fueron rigurosos, es decir, si este lo es, es que los otros no lo fueron, y también se prometieron inversiones importantísimas.

Yo no quiero hacer historia, porque eso quizás sirva para poco, pero a lo mejor sí sirve para que aprendamos o aprendan ustedes, fundamentalmente, que están en el Gobierno, de los errores que cometieron. Realmente sabemos..., perfectamente sabemos todos que Málaga necesita camas hospitalarias. Ese ya no es un debate que tenga que establecerse, lo sabemos. Respetamos, desde mi grupo, al grupo de expertos. Es verdad que ha estado, pues, no sé si prácticamente un año trabajando. Y desde luego el mayor respeto a todos los profesionales sanitarios, o no, y a todas las personas involucradas en poder aportar una solución para la ciudad de Málaga, por tanto, no vamos a venir a cuestionar eso. Lo que a mí me causa todavía dudas, señora consejera, y permítame que se lo diga es su implicación o, mejor, la de su Gobierno, ¿vale?, porque usted puede tener las mejores intenciones pero, como le digo anteriormente, hay que suponer que entonces no se tuvo o no se tuvieron las mejores intenciones.

Cuando se prometió el hospital para Málaga en el año 2007 fue una consejera que también habló de su compromiso. Cuando después en el año 2008 se habló del macrohospital fue una consejera, y el presidente Griñán también llegó hablar del macrohospital diciendo que él no quería un hospitalillo cualquiera para Málaga sino un macrohospital que fuera referencia en toda Europa.

¿No tenía compromiso el presidente del Gobierno, señor Griñán? Entonces, señora consejera, ahora es verdad que tenemos un compromiso sobre la mesa y que yo le digo ya por adelantado que creo que es serio, pero que no la tumben a usted desde el Gobierno socialista porque hasta ahora han tumbado todos los proyectos que se han planteado para la ciudad de Málaga.

Así que creo que son necesarias las 800 camas y le planteo algunas dudas porque el hecho de que usted comparezca no lo entendamos como una discusión, sino como una oportunidad de aclarar dudas y de informar a todas las personas que estamos preocupadas sobre el asunto.

Es verdad que con el hospital del Guadalhorce se tenían muchas expectativas, pero está todavía sin funcionar y es verdad que se hizo trasvase de personal.

Entonces yo le pregunto, y que lo aclare, ¿dentro de todos los estudios que se están realizando, bien por compartimentos, que me parece razonable, más o menos, qué previsión de nuevas contrataciones tiene pre-

vista la consejería? Eso creo que sí lo puede ya decir, más o menos, ¿eh?, yo no le voy a decir exactamente, porque es imposible, pero qué previsiones de nuevas contrataciones y si tiene completamente descartado hacer trasvase de un sitio a otro. Si las camas que se prometen van a ser camas nuevas —y entiéndame— o van a suplir o van a venir a, como se suele decir, ¿no?, vestir a un santo desvistiendo a otro, es decir, nos estamos entendiendo lo que le quiero preguntar. ¿Vamos a tener de verdad 800 camas más en la ciudad de Málaga? Esa es una pregunta que creo que también es meridianamente clara.

¿Se van a terminar los contratos basura en este proyecto que ya debería ser del todo un gran proyecto novedoso, no solamente desde el punto de vista tecnológico, sino yo creo que también debe ser novedoso e innovador desde el punto de vista de respeto al personal? También le pregunto: ¿cómo se va a enfocar, hay tiempo para hacerlo, hay un tiempo de seis años, cómo se va a enfocar de manera que no pase como con el Guadalhorce, que cuando se abrió el hospital no se había hecho ni siquiera una contratación?

Entonces, verdaderamente, todo eso se está estudiando, ¿puede usted irnos ofreciendo ya lo que se va comentando en este grupo de expertos y en estos grupos de trabajo?

Por otra parte, estos terrenos que pueden ser idóneos, aunque usted en cierto momento, a lo mejor, o el grupo planteó alguna duda o supuso una interpretación de duda para los que lo oímos, si el terreno está ya decidido por la idoneidad que usted ha defendido en su intervención, ¿qué van a hacer y dónde y cómo se van a cambiar los servicios sociales que se prestan en el actual terreno que serviría para el futuro hospital?

Usted sabe, perfectamente, el Centro de Innovación Social La Noria, la antigua guardería, el centro Virgen de la Esperanza, el centro Ronald McDonald para atender a familiares de niños con cáncer. Todo eso no debe ser ni mermado ni que nos coja por sorpresa ni que se estropeen o se dejen de prestar esos servicios públicos. También hay tiempo.

¿Qué nos puede decir al respecto si ya hay algún grupo que está dedicándose a eso y tienen alguna previsión más o menos decidida?

Por tanto, creo que sería muy bueno, ya se lo dije la otra vez o en la pregunta que tuvimos en la otra ocasión en el anterior Pleno, que usted nos pueda decir si va a habilitar alguna partida presupuestaria ya para este mismo año, porque es verdad que se está con el plan funcional y tal, pero todo esto no sé si está suponiendo costes, si se habilitará una partida presupuestaria, y ha dicho ya la financiación que tiene estimada. ¿De qué manera se va a abordar, si va a ser en sucesivos presupuestos? ¿De qué forma tiene prevista su consejería asegurar la financiación? Para que después no tengamos problemas de ese tipo, que luego no se diga no hay financiación y se empiecen a echar balones fuera, que ya estamos muy acostumbrados.

Por tanto, señora consejera, creo que es un compromiso serio. Le advierto que los demás, entonces, no lo fueron, ¿vale? Que si lo fueron, fracasaron, y que he preguntado sobre los anteriores tantas veces como, probablemente, lo haremos con este, y por fin me tuvieron que contestar, en una pregunta escrita que hice, que no existía ningún estudio cuando se hicieron las promesas,...

La señora LÓPEZ MARTÍNEZ, VICEPRESIDENTA DE LA COMISIÓN

—Debe ir finalizando, señoría.

La señora OÑA SEVILLA

—Voy a terminar.

... que no existía ningún boceto, ningún proyecto, ningún informe, absolutamente nada, y consejeros del Grupo Socialista andaluz hicieron las promesas sin ningún tipo de pudor.

Así que, señora consejera, espero que esta vez usted tenga un itinerario riguroso, un cronograma que podamos conocer todos en su momento y que se trabaje con todos los grupos apoyando un gran proyecto para la provincia de Málaga y para la sanidad pública andaluza.

La señora LÓPEZ MARTÍNEZ, VICEPRESIDENTA DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señora Oña.

Pasamos a la intervención de los grupos no proponentes.

Señora Nieto, tiene tres minutos.

La señora NIETO CASTRO

—Gracias. Gracias, consejera, por la explicación.

Para no desperdiciar el tiempo, obvio lo primero, en una zona en la que habido un incremento de medio millón de personas, de habitantes, en veinticinco años.

Bueno, el momento impostergable de reforzar la red sanitaria pública que debe estar a disposición de esa ciudadanía, ese momento impostergable ya hace varios años que llegó y, ciertamente, el proyecto que saludamos y respaldaremos desde Izquierda Unida sin fisura alguna es cierto que llega tarde, habida cuenta de dos factores: de ese incremento de la población y de esa necesidad detectada desde hace años, y de ella sabe que nuestro grupo es muy predecible de cómo la oportunidad ha sido bien aprovechada por el sector privado, que en los últimos años, en los últimos cinco años, en los que la sanidad pública ha tenido un retroceso en la provincia, ha tenido un fortalecimiento nada despreciable. Estudiado en algunos... y puesto en evidencia en algunos informes, hechos por la patronal de la sanidad privada, también hechos por Comisiones Obreras, y que arrojan datos en este sentido.

Por tanto, hará falta, efectivamente, una hoja de ruta muy seria, concienzuda y con un cronograma muy claro. Y solo dos reflexiones que trasladarle: la primera, a nuestro grupo le sigue pareciendo muy interesante el reforzamiento absoluto y total de la atención primaria y la puesta en carga al cien por cien de los equipamientos públicos existentes para detectar las efectivas necesidades que quedan por cubrir.

Le digo esto porque la ratio de camas hospitalarias, lo sabe porque ya lo hemos hablado en otras ocasiones, no nos parece el paradigma absoluto para calificar la calidad de la prestación sanitaria, aunque en el caso que nos ocupa es objetivamente cierto que, con ese incremento de población, hacen falta más camas públicas hospitalarias.

Y luego, consejera, algo que ya ha sucedido, que ha sucedido en La Línea de la Concepción, que ha sucedido en Granada y que sería una pena que sucediese en Málaga, que una gran noticia, muy esperada por la ciudadanía, se acabe convirtiendo en un problema o en un objeto de enfado.

Usted decía que les queda por valorar el plan funcional cuando esté rematado; sin embargo, ya tienen un cálculo hecho de 230 millones de euros.

A mí también me preocupa lo de la financiación, no sé si por las mismas razones que a la señora Oña. Eluda la tentación de la colaboración público-privada porque, si no, vamos a estar pagando el hospital hasta que hagan falta dos más en la misma provincia. Efectivamente, utilicen esa oportunidad para poner freno a los crecientes conciertos privados y sean rigurosos y muy talentosos a la hora de hacer anuncios, y cúmplanlos, para no convertir, como le digo, oportunidades de darle satisfacción a la ciudadanía, de demandas históricas, en problemas sociales y en crispación, como ha ocurrido, ya les digo, en Granada y en La Línea por las demoras, por las promesas incumplidas y por la falta de certeza y de credibilidad que generan anuncios cuando se pedalea en el aire.

Muchas gracias.

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señoría.

Señor Hernández, tiene tres minutos.

El señor HERNÁNDEZ WHITE

—Gracias, señor presidente.

Gracias, señora consejera, por su comparecencia en el día de hoy acerca del proyecto del tercer hospital para la ciudad de Málaga.

Y, bueno, como ya se ha comentado, es un proyecto muy esperado en Málaga. Las necesidades sanitarias en la ciudad de Málaga y en su área metropolitana son importantes en la provincia, en general, bueno, ya se ha comentado, estamos por debajo de la media andaluza en Málaga y es un proyecto que, bueno, a los malagueños ya les suena, la última noticia que he encontrado fue de hace seis años, la última promesa, en la que se decía, bueno, pues que se empezaban a dar los pasos para el macro hospital, etcétera. No voy a insistir en ese asunto.

Pero el malagueño ya ha recibido promesas en este sentido. Entonces, si realmente no dudo, por supuesto, de su implicación personal, la ha demostrado, pero si realmente la Junta de Andalucía, su consejería, tiene intención de cumplir con esta promesa, pues sí se pueden ir dando pasos y sí puede ir haciendo creer a los malagueños que esto sí se va a cumplir, porque las necesidades, como decía al principio, las necesidades en Málaga y en su área metropolitana son importantes y existen ya infraestructuras, como en Benalmádena, como el Hospital Marítimo de Torremolinos, como en Cártama, el Hospital del Guadalhorce, que fue inaugurado hace poco, y ahí existe infraestructura que está sin utilizar, existen carencias de médicos.

Por tanto, quiero decir, existe la oportunidad por parte de la consejería de hacer creíble este proyecto, simplemente, dando pasos para ir mejorando, ir alineando la atención sanitaria en Málaga respecto al resto de provincias y respecto a lo que los malagueños se esperan. Ahí tiene un punto importante para mejorar esa credibilidad de la Junta de Andalucía. Dejando aparte, como digo, su implicación personal, que no la pongo

en duda. Hay necesidades de personal y hay necesidades de mejor atención sanitaria en la provincia de Málaga, y en la ciudad de Málaga y su área metropolitana. Y los malagueños ya han sufrido estas promesas. Por tanto, aun siendo una noticia positiva..., usted, además, se habrá dado cuenta de que entre la ciudadanía malagueña tampoco ha generado demasiada expectación, porque llueve sobre mojado, lamentablemente, lamentablemente. Y tiene la oportunidad de dar pasos para hacer creíble esta promesa.

Ciudadanos propició que en la Diputación se pusiera a disposición de la Junta los terrenos, que parece ser que eran idóneos, detrás del Materno-Infantil —ya voy acabando—, detrás del Materno. Y como ya ha comentado la señora Oña, si realmente ese es el sitio, se pueden ir dando pasos para ir trasladándolo, porque el tiempo pasa rápido. Y si realmente esto tiene visos de realidad, ya habría que empezar a dar muchísimos pasos, si ese no es el emplazamiento, buscar otro emplazamiento, pero hay que dar pasos en ese sentido. Y también, y también lo amplió respecto a El Palo. El Palo es un distrito, el Distrito Este, y tiene unas necesidades importantes. Se ha hablado del centro de salud de El Palo, ampliarlo. Nos parece una buena solución, pero en la misma medida, digo lo mismo, que se vayan dando pasos, que se concrete en qué va a consistir esa ampliación, aparte del plan Funcional, que ha dicho que estará antes del verano, el plan funcional del tercer hospital.

En definitiva, eso es lo que le pedimos desde Ciudadanos, que haga creíble esta promesa.

Muchas gracias.

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señoría.

Señor Vargas, tiene tres minutos.

El señor VARGAS RAMOS

—Muchas gracias, señor presidente.

Señora consejera, desde el Grupo Parlamentario Socialista, pues queremos agradecer toda la información detallada, hasta donde hay, hasta donde tiene, sobre este tema. Y también trasladarle, yo personalmente como malagueño, trasladarle nuestra satisfacción por esta importante y gran noticia para Málaga.

Y también compartimos, pues, esa decisión de crear el grupo de expertos, pues para estudiar y para definir el modelo sanitario, a nivel hospitalario, que necesita esta ciudad. Y con su intervención pues ha quedado bastante claro cuál es el compromiso, el compromiso firme de la Junta de Andalucía, con este proyecto para la ciudad de Málaga. Porque, además, se están cumpliendo pues todas esas propuestas que también, a la vez, se han aceptado, y que se ha hecho por el grupo de expertos, como bien dice, bajo el diálogo, bajo la participación y el consenso de todas las personas, y número de personas importantes, que ha participado en este grupo de expertos, desde profesionales, y desde organizaciones, colegios profesionales y, pues, de todo tipo de organizaciones.

Y la verdad, señora consejera, es que no entendemos muy bien pues la postura, contraria, opuesta, del Grupo de Podemos a las conclusiones del grupo de expertos. ¿O es que simplemente es no por el no a todo

lo que hace la Junta de Andalucía? Cuando ellos mismos planteaban, en una proposición no de ley, en esta misma comisión, sobre el nuevo hospital regional de Málaga, y planteaban la creación de un comité de trabajo, como el que se ha creado y ha trabajado en el análisis de la situación, y también las propuestas planteadas. Y ahora parece que no les gusta, o lo que no les gusta es que el grupo de expertos, pues no haya contado con ellos, con toda la gran información que nos ha trasladado y que parece están muy informados. O que le ha informado a la consejería, le ha informado a usted, y no lo haya hecho al Parlamento, ¿no? Por tanto, ese puede ser, yo creo que el principal motivo de..., o pataleta, de solicitar la comparecencia en este tema, señora consejera, además, lógicamente, de crear, pues esa inquietud, crear esa alarma entre la ciudadanía, o crear y sembrar dudas, como suele, también, habitualmente, hacer el Partido Popular. Y ante..., también todas las críticas que tenemos que escuchar del Partido Popular sobre la atención hospitalaria en Málaga, y escuchándolos, pues, de hablar de abandono y de falta de compromiso con Málaga.

Y precisamente en estos días, donde el Partido Popular no puede hablar que la Junta de Andalucía tiene abandonada y no tiene compromisos con la provincia de Málaga. Porque entonces ¿cómo, cómo valoraríamos lo que ha destinado en estos últimos años y en estos últimos presupuestos generales del Estado a Málaga, dejando a Málaga en los últimos lugares, no de Andalucía, sino de toda España? Porque, ya no solamente es lo que destina el Gobierno de España a un andaluz, que supone cuarenta y dos euros menos por habitante que la media nacional, y en el caso de un malagueño, aún las diferencias son mayores. Por tanto, no pueden hablar de falta de compromiso con Málaga, ya que en eso el Partido Popular es el número uno, en maltratar a Andalucía y, en particular, hacerlo con Málaga.

Y el compromiso, por parte del Gobierno y por parte de usted, señora consejera, con este proyecto del nuevo hospital de Málaga es firme, y fuerte, y claro, como bien ha comentado. Ahora queda que el Partido Popular, desde las administraciones públicas que gobierna —en este caso, en Málaga, Ayuntamiento y Diputación— lo faciliten y lo apoyen de verdad, y no de boquilla, como suelen hacerlo, para luego estar constantemente poniendo trabas y poniendo palos en las ruedas, como en todos los proyectos que quiere emprender la Junta de Andalucía...

El señor GARCÍA ANGUIA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Señoría, debe terminar.

El señor VARGAS RAMOS

—Voy terminando.

..., en Málaga. Y tenemos un clarísimo ejemplo en el metro de Málaga.

Y, por tanto, me gustaría recordarles, pues en este caso, al Partido Popular, que lo hemos dicho ya muchas veces y lo repito una vez más, que cuando hemos tenido que elegir entre infraestructuras y personas, sobre todo en esa asfixia económica que hace el Partido Popular, habitualmente, con Andalucía, los socialistas lo hemos tenido muy claro, y elegimos, en este caso, a las personas.

Nada más y muchas gracias.

El señor GARCÍA ANGUIA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señoría.

Señora consejera, segunda intervención. Siete minutos.

La señora ÁLVAREZ BENITO, CONSEJERA DE SALUD

—Gracias, presidente.

Muchísimas gracias, señorías, por sus intervenciones, que de verdad agradezco, porque yo estoy convencida que este proyecto es un proyecto muy importante, y no solamente para Málaga, sino creo que para toda nuestra comunidad. Y será muy importante el que trabajemos de forma coordinada y que, realmente, pueda recoger las mejores sugerencias de todos los que estén en disposición de aportar para este gran proyecto.

En ese sentido, señoría de Podemos, si me ha pedido alguna información y yo se la puedo dar, pues no voy a tener ningún problema, como siempre. Ahora mismo, no soy consciente, pero realmente, lo revisaré y ahí no hay ningún problema, ¿no?

Este proyecto, por otra parte, no solamente, como se ha dicho, es un proyecto de ciudad. Y yo comentaba que he tenido la suerte de poder valorar ya la aproximación al plan funcional que este grupo de expertos ha aportado y, realmente, tengo que decir que es algo que gusta leerlo, porque se ve que es algo que está bien trabajado, que realmente han sido muy rigurosos en valorar tanto la situación que tiene actualmente toda la provincia de Málaga, en cuanto a atención sanitaria, hospitalaria, de primaria, en cuanto cuáles son las tendencias demográficas, cuáles son las tendencias en tecnología, cuáles son las tendencias, los nuevos modelos de atención sanitaria, cuáles son los nuevos problemas de salud que van a afectar a Málaga, y cómo abordarlos. Y yo creo que, en ese sentido, pocos proyectos son tan rigurosos. Y, realmente, cuando se trabaja de esta forma, pues realmente el producto va a responder mucho mejor a esas necesidades y a esas expectativas no solamente de los ciudadanos, sino también de los profesionales. Creo que he explicado que se han implicado muchísimos profesionales, no solamente de que ahora mismo trabajan en el Hospital Regional, sino que están en el Clínico, que están en hospitales comarcales de Málaga, que están en atención primaria. Y os puedo asegurar que el proyecto es profundamente innovador, en la forma que propone y en esa relación que plantea de todos los centros hospitalarios de la provincia de Málaga, y en esa relación con atención primaria, que se traducirá realmente en un abordaje y en una accesibilidad para determinados paciente, en concreto, para pacientes crónicos complejos, que realmente considero totalmente innovador. Así que, en ese sentido, el hecho de decir que el modelo no es participativo..., yo le puedo asegurar que es de los modelos más participativos que he visto. Y no solamente por el número de profesionales; creo que hemos comentado también cómo los colegios profesionales, cómo los sindicatos, cómo las asociaciones de pacientes, federaciones de vecinos, la universidad, el ayuntamiento, pues por supuesto, siempre..., incluso más grupos focales que se han planteado posteriormente. Siempre se puede participar mucho más, pero yo creo que, realmente, se les ha dado una amplia participación, como para tener la seguridad que se van a recoger las necesidades y las expectativas.

Usted habla de tipo de modelo. Pues precisamente este grupo de trabajo, que, efectivamente, son expertos, y ha habido un grupo coordinador, un grupo técnico, grupo asesor, grupo específico, realmente, creemos que tiene la preparación y la formación adecuada para realizarlo, y ha hecho muchísimos planteamientos. Pero después de muchos planteamientos, el planteamiento que hace es que necesita este modelo. Nosotros, desde el primer momento, dijimos que apoyaríamos las decisiones del grupo porque nos ofrecían confianza. Con lo cual, yo creo que, en ese sentido, tenemos que ser consecuentes. Puede haber muchos modelos, pero es que proponen este modelo. Es verdad que somos conscientes de que es algo que es necesario, que es importante para Málaga, por muchos motivos: por el número de camas hospitalarias, pero no solamente por el número de camas hospitalarias, sino porque sabemos que el Hospital Regional es un hospital que tiene bastantes años y, en ocasiones, es muy difícil adaptar a las nuevas necesidades y a las nuevas tecnologías un edificio que es tan antiguo, eso es una realidad, ¿no?

Por otra parte, eso no quiere decir que, realmente, no se esté trabajando actualmente en mejorar la atención que prestamos, a todos los niveles, y que no intentemos, desde ahora, sacar el máximo rendimiento a todos los recursos sanitarios que existen en Málaga. Y yo creo que, además, lo podemos demostrar. Creo que es una provincia que ha tenido la suerte, prácticamente en un año, de abrir dos hospitales. Creo que eso no es algo muy usual. Y ha sido capaz de abrir el hospital de Ronda, que bueno, yo creo que, para el hospital previamente que existía en esta ciudad, es un paso muy importante, en todos los sentidos, pero también, incluso, en cuanto a número de habitaciones, habitaciones todas individuales, o en los hospitales, efectivamente, de Guadalhorce, que hoy por hoy está funcionando con consultas externas, con pruebas diagnósticas y con urgencias, pero que bueno, se está trabajando entre las diferentes administraciones que están implicadas, para que lo antes posible se pueda abrir de forma completa. Y efectivamente ahí tendrá una aportación muy importante la ciudad de Málaga en cuanto a recursos sanitarios, tanto en cuanto a camas como también en el sentido de quirófanos.

Actualmente, también ha estado a punto de acabarse el chare de Benalmádena. Con lo cual, yo creo que sí que se están dando pasos, y pasos importantes. Por otra parte, se han incorporado cinco resonancias a la provincia, en la provincia donde más resonancias se han incorporado. Yo creo que demuestra nuestra apuesta por ir avanzando en el día a día.

Los centros hospitalarios, todos los centros hospitalarios de Málaga ahora mismo, cada uno de ellos tiene un plan, un plan funcional para mejorar su rentabilidad en consultas, en pruebas diagnósticas, en cirugía. Y realmente son planes que les puedo asegurar que están dando muy buenos resultados. Han mejorado de forma muy importante el último año los resultados en accesibilidad de los hospitales de Málaga. Y son centros sanitarios que ya están funcionando en red, pero están funcionando en red no solamente en la provincia sino incluso con otros centros de la comunidad, porque el futuro es trabajar en red. Esa es la realidad, y utilizar de la mejor manera posible y más eficiente posible los recursos que dispongamos de forma global en el sistema sanitario.

He hablado de los hospitales que se han abierto nuevos. He hablado de los equipos de resonancia, pero se ha abierto recientemente las unidades de ictus, por ejemplo, del hospital regional. O recientemente se han licitado la reforma y ampliación de las urgencias del hospital regional. Con lo cual, yo creo que demostramos de forma clara nuestra apuesta por ir de forma progresiva aumentando y mejorando la asistencia sanitaria que se presta en esta provincia.

Como decía, todo esto se está haciendo de forma participativa, se está haciendo con rigor. Es verdad, señorías del Partido Popular, comentaba que hay proyectos previos. Yo creo que todos somos conscientes de los años tan complejos que hemos tenido con la crisis económica, y donde realmente se ha tenido que priorizar la propia asistencia sanitaria para no cerrar centros, para no acotar la cartera de servicios y para realmente los recursos reforzarlos en personal, tanto en número como realmente en las condiciones de estas personas.

Como comentaba, atención primaria creo que también se demuestra, y lo hemos comentado anteriormente en otras de las comparencias de esta comisión, como estamos apostando por atención primaria, tanto por la dotación tecnológica que estamos haciendo, como el equipamiento y la mejora de los sistemas de información, como todas las mejoras en infraestructuras que se están realizando para que realmente estos centros sanitarios puedan adaptarse realmente a la cartera de servicios que se propone ya para estos centros.

En este sentido, hemos comentado que, efectivamente, somos conscientes de que en el centro de El Palo, ya lo ha propuesto el propio director del distrito sanitario, que necesita ampliación para adaptarse a los nuevos retos, a la nueva cartera de servicios que se proponen para atención primaria. Y efectivamente se están valorando diferentes formas de cómo se pudiera llevar a cabo.

En cuanto al tema de los conciertos, que también se ha comentado, yo creo que siempre lo he dicho, siempre que ha surgido el tema. En nuestro sistema sanitario es de los sistemas sanitarios que menos concierto tiene, menos de un 5%, y nuestro objetivo es que cada vez sea menos. De hecho, hoy por hoy, lo he comentado, estamos abriendo tardes, estamos abriendo incluso fines de semana las unidades diagnósticas, para realmente con recursos propios, cada vez más, poder dar respuesta a todas nuestras necesidades, y, como digo, estamos mejorando de forma importante los resultados en ese sentido.

Se ha hablado también del plan funcional, de la financiación en este sentido, ¿no? Yo siempre he dicho y desde la primera vez que me reuní con el grupo de expertos y de trabajo que, con independencia que tendríamos en cuenta las propuestas del grupo, que nuestra apuesta era firme por este proyecto, y que además íbamos a dar la máxima celeridad. Y les puedo asegurar, señorías, que no estamos quietos, que seguimos, efectivamente, trabajando.

Ahora mismo el grupo lo que ha hecho es la entrega de una aproximación al Plan Funcional.

Bueno, acabo esto en unos segundos.

Y esta aproximación al plan funcional permite que los diferentes grupos específicos estén trabajando ahora en el plan funcional más específico de su área. Este plan funcional completo será entregado en verano aproximadamente. Sabemos que este plan funcional debe ser valorado por nuestros servicios centrales y nuestros servicios de dirección general, la dirección general de la asistencia sanitaria.

Efectivamente, el grupo ha hecho una propuesta global, ha propuesto una serie de terrenos. Nosotros sabemos que tenemos que trabajar con las administraciones de esta ciudad y sabemos que tenemos que valorar esos terrenos, pero estamos trabajando. Estamos trabajando en esa línea y vamos en tiempo. No estamos demorando en ningún sentido, tanto en la coordinación y en el trabajo con las administraciones como en el posible análisis de las posibles ubicaciones que se han planteado en ese sentido.

El señor GARCÍA ANGUIA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señora consejera.

Señor Gil, tiene tres minutos.

El señor GIL DE LOS SANTOS

—Gracias, señor presidente.

En primer lugar, para aclarar al señor Vargas sobre nuestra propuesta del Grupo de Trabajo de la Atención Sanitaria en la Provincia de Málaga. Nosotros lo que proponíamos era un abordaje de valoración de todas las infraestructuras, no solamente las hospitalarias de tercer nivel y también de todos los niveles asistenciales. Esa es la diferencia fundamental, que creo que era un axioma totalmente diferente al que han procedido el grupo de expertos, en mi opinión, porque todavía no he visto ese informe, y no me cuadra lo que aquí se traslada con lo que se dijo originalmente.

En ese sentido, señora consejera, me gustaría saber, si no lo han hecho ya, que lo hicieran, porque creo que arrojaría mucha luz a este debate, si han evaluado con ese dinero que van incrementar, que está por encima de los planes actuales de las infraestructuras, que tiene su ritmo de crecimiento, se han valorado, con esos 260 millones de euros que van a inyectar al presupuesto de la provincia, la no construcción del nuevo hospital del tercer nivel de Málaga. Y con ese dinero, en cambio, incrementar al ciento por ciento con mucho valor celeridad nueva contratación de personal y fortalecer de verdad a la atención primaria; si han hecho ese estudio académico con datos reales y ver cuáles son las dos vías. Y se lo digo por lo siguiente: porque eso sería un cambio radical en la política sanitaria, la gestión de la política sanitaria de la provincia de Málaga, que no solamente tiene mayores conciertos de otras provincias, sino que también se da que existen muchas clínicas privadas. Existen muchas clínicas privadas con gente que tiene doble aseguramiento, y eso es un indicativo de que la Administración pública, los recursos propios de la Administración pública no son suficientes, y las personas tienen que acudir a un seguro sanitario privado.

Creo que el cambio de políticas sanitarias debería ir encaminado a estrangular los beneficios de las clínicas privadas con planes que incidan en aumentar la capacidad resolutive desde ya, y no demorar en el tiempo, y tener eso valorado aunque sea académicamente. No sé si ese informe lo aborda, y creo que sería una cosa a valorar. Si no lo han hecho ya, me gustaría que lo hicieran.

También se acabaría con la incertidumbre de si esos 260 millones de euros se van a quedar en aguas de borrajas, en una promesa electoral, o realmente ese dinero está disponible y se podría empezar a incrementar el presupuesto desde ya o desde el año que viene, y no esperar hasta el 2024 para ver esos beneficios.

No sé si también durante ese tiempo que no está disponible esa nueva infraestructura sanitaria, qué política van a tener con respecto a ese estrangulamiento de las clínicas privadas, que espero que tengan programado también recuperar esos servicios externos. Y para eso hay que tener una estrategia totalmente diferente de la que están planteando.

Muchas gracias.

El señor GARCÍA ANGUIA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señor Gil.

Señora Oña, tiene tres minutos.

La señora OÑA SEVILLA

—Muchas gracias, hombre.

Lo primero que quiero decir es que, después de oír al portavoz del Partido Socialista, me surgen de nuevo dudas sobre si el compromiso va en serio, porque es que se ha dedicado todo el tiempo a criticar al Partido Popular en lugar de hablar de una oportunidad magnífica para Málaga, que es tercer hospital. O sea, todo el tiempo ha estado criticando al Partido Popular y, sin embargo, no se ha interesado en absoluto por cómo va a ser el tercer hospital; qué soluciones va a dar al personal sanitario; si va a cambiar en algún sentido el funcionamiento de la sanidad en la provincia de Málaga, o con qué satisfacción podemos acoger este compromiso.

Pero lo cierto es que ha preferido dedicarse a atacar el Partido Popular —iba a decir una pena— y la demostración del escaso interés que tiene por el proyecto.

Respecto a lo demás, le puedo decir que sí vamos a seguir dudando del compromiso, señor Valgas, claro que podemos seguir dudando. Hasta ahora ya le he dicho a la consejera en dos ocasiones que creo que va en serio, pero hasta ahora lo que no tenemos es ningún motivo para no dudar, tenemos muchos para dudar.

Mire usted, en Málaga hacen falta 800 camas para que estemos en la media nacional. Hacen falta 500 camas para que estemos en la media andaluza, y tenemos la peor ratio de toda Europa en número de camas. Entonces, ¿usted cómo puede decir que no tenemos ningún motivo para dudar de los compromisos de la sanidad con Málaga? Tenemos todos los motivos para dudar. No obstante, le vuelvo a decir a la señora consejera que creo que va en serio. Y esto es verdad, y por eso también le vuelvo a recordar que tenga usted cuidado con su propio grupo, porque no le hace desde luego un buen trabajo.

A mí no me ha contestado respecto al personal que le he preguntado, respecto a los servicios sociales que se están prestando, si ya están trabajando en ello, porque creo que es algo que hay que tener en cuenta. Esto luego suelen ser colaterales que se toman de última hora y no salen bien, y no salen bien, y le quiero recordar, señora consejera, siempre en sentido positivo le quiero recordar que tenemos, como ya he dicho antes, el Guadalhorce, que está sin terminar de trabajar a tope, de funcionar a tope; el de Ronda, que tampoco trabaja en todas sus posibilidades; el de Benalmádena..., todo se está haciendo pero todo va muy, muy, muy fuera de los plazos establecidos; o el hospital Fuengirola-Mijas, prometido en el año 2003, que sé que a lo mejor tendremos buenas noticias pronto, porque quiero creer que eso va a ser así, el anterior consejero se comprometió a retomar esta promesa porque creía, y así me lo dijo, que era completamente necesario ese centro.

Por tanto, la ampliación también del Costa del Sol. Le recuerdo cómo está la situación sanitaria en Málaga, en un ánimo de que simplemente no se duerma usted en los laureles. ¿Por qué? Porque ya sabemos lo que ha ocurrido, pues aprendamos todos en tono positivo a que no vuelva a ocurrirle lo mismo el Gobierno andaluz que con la sanidad concretamente en Málaga, que tiene ahora mismo muchísimas asignaturas pendientes.

No obstante, señora consejera, mucho ánimo con el tercer hospital. Sé que va a tener usted la colaboración, desde luego, tanto de la Diputación Provincial, que lo ha dicho varias veces, como del Ayuntamiento de Málaga, que también lo han anunciado con reiteración, y yo creo que hasta ahora usted no puede dudar de esa intención también por el Grupo Parlamentario Popular, pese a que otros portavoces no nos reciban con mucho afecto.

Muchas gracias.

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señoría.

Señora consejera, para cerrar el debate tiene cinco minutos.

La señora ÁLVAREZ BENITO, CONSEJERA DE SALUD

—Muchas gracias, presidente.

Señoría, intentaré en estos minutos poder intentar terminar de dar respuesta a algunos puntos que han quedado planteados.

Señoría de Podemos, yo realmente no entiendo alguno de los planteamientos que usted hace, es que sinceramente no le entiendo. Por una parte, plantea la duda de que a lo mejor es que el hospital no es necesario, pero por otra parte plantea que no tenemos recursos y que hay mucha privada. Es que no entiendo realmente dónde está el punto, ¿no?

O el tema que plantea con primaria. Yo le he planteado y le he comentado ya en las intervenciones previas que realmente se ha hecho un análisis riguroso. Yo entiendo que usted no conoce el anteproyecto que ha realizado el grupo, bueno, pero, si no lo conoce, tampoco a lo mejor puede opinar tan alegremente, realmente, porque le estoy diciendo que el grupo ha hecho un análisis riguroso, y no solamente del área hospitalaria del hospital regional, sino de toda la provincia, realmente, que ha tenido en cuenta especializada y que ha tenido en cuenta atención primaria, y realmente el proyecto que propone es el proyecto para dar respuesta a las necesidades asistenciales de Málaga, en coordinación con el resto de hospitales y en coordinación con atención primaria. Yo creo que se lo he dicho bastante claro. Me habla de planes específicos para dar respuesta a las necesidades actualmente, y le estoy diciendo que cada uno de estos hospitales tiene un plan específico con recursos específicos también para mejorar su producción y que realmente estos planes están dando resultado con una mejora muy importante en su accesibilidad en los diferentes centros.

Por otra parte, es verdad que se ha hablado también del tema del personal, que hablaba la señoría del Partido Popular. En ese sentido, yo creo que se demuestra también cómo en el último..., en los últimos años realmente la Consejería de Salud y la Junta de Andalucía han hecho una apuesta importante por los profesionales, y en concreto por los profesionales del sistema sanitario, donde hemos ido dando pasos, ¿no?, primero los profesionales que estaban al 75 pasaron al cien por cien; posteriormente, se ha producido un proceso de interinización muy importante, se ha sacado una OPE que, con la extraordinaria, van a suponer 30.000 plazas realmente; se han implantado las 35 horas; estamos recuperando derechos que se habían perdido...

Yo creo que vamos dando pasos muy... Se han reactivado los concursos de traslados. Creo que vamos dando pasos importantes en este sentido. Siempre hemos transmitido que los profesionales para nosotros es un aspecto muy importante y, realmente, el hecho de que realmente ya todas las plazas estructurales sean ocupadas por interinos, hasta que se presenten en la OPE, tenemos el compromiso de que las OPE se sacan de forma bienal en función de las diferentes especialidades. Yo creo que ahí existe ya un compromiso y una estabilidad de un futuro y un desarrollo profesional para nuestros profesionales que entiendo, por otra parte, que es necesario, pero yo creo que, bueno, esa es la forma de que vamos a seguir trabajando y vamos a seguir mejorando, con lo cual creo que en ese sentido pues efectivamente está claro, ¿no?

Con el tema de la relación con las otras administraciones y con el tema de terrenos, que yo creo que es un poco también lo que he transmitido, ¿no? Siempre dijimos que no íbamos a..., que íbamos a darle la máxima celeridad a este proyecto, que no íbamos a dejar tiempos muertos, y efectivamente estamos en ello, ¿no?

Mientras el grupo de trabajo entrega el plan definitivo, efectivamente nosotros estamos trabajando, sabemos que ellos han hecho una propuesta de un terreno pero sabemos que tenemos que trabajar con las ministraciones y sabemos que tenemos que valorar diferentes aspectos; entre ellos, los aspectos técnicos para valorar la idoneidad. Y en ese sentido estamos trabajando, y lo estamos haciendo de forma paralela a que realmente el grupo de trabajo pueda terminar de forma definitiva el plan funcional que, como le comentaba, sabemos que después tiene que ser valorado por la Dirección General de Asistencia Sanitaria y la Dirección General de Servicio, que en parte ya están viendo el anteproyecto, para que podamos agilizar y ya transmitir, la primera vez que me reuní con el grupo, que la idea sería a final de este año, principios del siguiente, poder licitar ya la redacción del proyecto y dirección de obra. Y en ese sentido esa es también nuestra previsión en cuanto a financiación. Y posteriormente, efectivamente, calendarizar con los años de construcción y contratación administrativa que tienen este proyecto.

Con lo cual, yo le reitero que nuestro compromiso es firme y yo espero que se demuestre efectivamente, por los pasos que vayamos dando, que se vaya demostrando cómo realmente es seria esta apuesta por este proyecto de Málaga, que considero que realmente es un gran proyecto, es un proyecto de ciudad y que el hecho de que se esté realizando de forma tan participativa creo que va a ser un paso muy importante para mejorar esta asistencia sanitaria que se está prestando en esta ciudad.

Muchas gracias.

El señor GARCÍA ANGUIA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señora consejera.

10-18/POC-000149. Pregunta oral relativa a proyecto del nuevo centro de salud de Nerja (Málaga)

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Terminado este punto, pasamos a la siguiente pregunta.

La primera pregunta del Grupo de Ciudadanos, relativa a proyecto de nuevo centro de salud en Nerja, Málaga. Tiene dos minutos y medio.

El señor HERNÁNDEZ WHITE

—Muchas gracias, presidente.

Señora consejera, le pregunto por el proyecto del centro de salud de Nerja, un proyecto que arrancó en el año 2003, mediante la firma de un convenio entre la Junta de Andalucía y el Ayuntamiento de Nerja, y el que, pasados estos años, los nerjeños no tienen a día de hoy nada, ninguna constatación de que eso esté avanzando o, por supuesto, al menos materializado.

¿En qué situación se encuentra el nuevo proyecto del nuevo centro de salud de Nerja, después de todos estos años, y cuál es el emplazamiento definitivo?

Muchas gracias.

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Gracias, señor Hernández.

Señora consejera.

La señora ÁLVAREZ BENITO, CONSEJERA DE SALUD

—Gracias, presidente.

Señoría, sabemos desde la Consejería de Salud que realmente dotar a Nerja de un centro, de un nuevo centro de salud, es algo prioritario, y realmente como comentaba es un objetivo prioritario para nosotros, y así lo demuestra ya el hecho de que en el año 2013 firmaran un convenio de colaboración entre el Servicio Andaluz de Salud y el ayuntamiento para la construcción de este centro, y, según este convenio, el SAS asumía el 50% de la inversión, y esto implicaba pues pagar por parte del Servicio Andaluz de Salud una cantidad de 1.375.000 euros, ¿no?

Ante los numerosos retrasos del ayuntamiento y la ejecución del convenio el Servicio Andaluz de Salud, y conscientes de lo necesario que este proyecto y que este centro son para la ciudad de Nerja, aprobó una prórroga para la ejecución del mismo y, realmente, a pesar de esta prórroga, en agosto de 2007 se puso de manifiesto la imposibilidad de desarrollar la obra, debido a las importantes dificultades técnicas que tenían los terrenos elegidos por el ayuntamiento. Y, a la vista de la inviabilidad del suelo inicialmente previsto, el

ayuntamiento propuso unos terrenos junto al río Chíllar, para la construcción del nuevo centro de salud. Sin embargo, una vez más, los terrenos no eran adecuados, pues en ese momento carecían de una calificación urbanística necesaria para ellos.

Ante la imposibilidad por parte del ayuntamiento de dar cumplimiento a las cláusulas del convenio, hubo de iniciarse el procedimiento de reintegro de la subvención que se había concedido por parte del SAS, y que ya había hecho efectivos pagos por importe 1.200.000 euros, y aplazar el proyecto hasta que el ayuntamiento contara con un nuevo suelo adecuado para el mismo.

El señor GARCÍA ANGUIA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señora consejera.
Señor Hernández, tiene dos minutos.

El señor HERNÁNDEZ WHITE

—Gracias, señora consejera.

Sí, efectivamente, además el procedimiento ha ido incluso..., bueno, ha habido un enfrentamiento en los tribunales, y lo cierto es que, casi quince años después, los nerjeños no tienen el centro de salud que se convenió entre la Junta de Andalucía y el ayuntamiento, y además han tenido que pagar de su bolsillo 110.000 euros por las costas de este procedimiento judicial.

Es demencial, para los nerjeños esta situación es demencial. Pasados catorce años, tras un enfrentamiento en los juzgados, tienen que pagar ese enfrentamiento porque así lo dictaminó el juez, que el Ayuntamiento de Nerja anteriormente gobernado por el PP pues tenía que pagar esta cantidad. Y lo cierto, pues, a día de hoy, es que ni siquiera saben dónde se va a hacer, en qué situación se encuentra el proyecto, y de ahí era la pregunta que le quería hacer: ¿cuál es, al final, el emplazamiento definitivo? Porque es cierto que se ha hablado de varios, creo que hasta de tres. ¿Cuál es el emplazamiento definitivo, qué fechas se están manejando y en qué situación se encuentra el proyecto?

Muchas gracias.

El señor GARCÍA ANGUIA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señoría.
Señora consejera, tiene dos minutos.

La señora ÁLVAREZ BENITO, CONSEJERA DE SALUD

—Gracias, presidente.

Señoría, como le he manifestado en mi primera intervención, para la Consejería de Salud ese es un objetivo, y un objetivo desde hace tiempo, como hemos demostrado, el construir este nuevo centro de salud para

Nerja, y realmente, bueno, efectivamente, es mucho más complejo todo lo que he explicado de forma resumida de lo que ha ocurrido durante este año con este centro de salud, que realmente nos vimos obligados a anular ese convenio y a pedir el reintegro. Y, bueno, como usted bien dice, con un evento judicial, además, también por medio, ¿no?

Realmente, nos vimos obligados a aplazar este proyecto, y ahora mismo hemos retomado el proyecto y hemos tenido que empezar de nuevo todos los trámites que conlleva este proyecto. Y para ello, ya desde principios de este año —en febrero, en concreto, de este año—, ya hemos mantenido una reunión con la actual alcaldesa para poder retomar este proyecto y poder llevarlo a cabo. En esta reunión se acordó que, al haber caducado el convenio que se había firmado en el año 2003, al final será el SAS quien asumirá directamente, en cuanto la disponibilidad presupuestaria así lo permita, la financiación y la construcción de este nuevo centro de salud, en una parcela que urbanísticamente tiene que ser viable y que tiene que facilitar el Ayuntamiento de Nerja.

Por otra parte, también se hace necesario revisar el plan funcional que existía en aquel momento, ya que este plan fue aprobado en el año 2002, y es necesario redactar un nuevo proyecto, adaptado a las nuevas necesidades, realmente, y al suelo que realmente nos proponga el ayuntamiento.

Como le comento, para nosotros es una prioridad: hemos retomado el tema, hemos mantenido ya reuniones con el ayuntamiento, nos hemos ido marcando objetivos, y espero que, realmente, esto permita que podamos avanzar de forma definitiva en este proyecto.

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señora consejera.

10-18/POC-000332. Pregunta oral relativa a convenio de la Consejería de Salud con el Ayuntamiento de Peñaflor (Sevilla)

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Pasamos a la segunda pregunta, en esta ocasión del Grupo de Izquierda Unida, relativa a convenio de la Consejería de Salud con el Ayuntamiento de Peñaflor, Sevilla.

Tiene dos minutos y medio, señora Nieto.

La señora NIETO CASTRO

—Gracias, presidente.

Consejera, como ha visto en la exposición de motivos, le solicitamos información con respecto al acuerdo que tiene suscrito la consejería con el Ayuntamiento de Peñaflor desde el año 2002, en aquel entonces calculado, en cuanto a los costes que asumía cada Administración, en 15.025,31 euros para, según refiere el convenio, gastos de carpintería, pequeña albañilería, pintura, instalación contra incendios, el pago del suministro eléctrico, agua potable, mantenimiento y conservación de líneas telefónicas del sistema de información de archivos, limpieza y las tasas municipales del centro.

Dieciséis años después, no se ha modificado la cuantía económica del convenio, consejera, y al ayuntamiento ya le viene costando al año del orden de sesenta mil euros poder cumplir con los compromisos a los que se sujetó por la vía del convenio de hace dieciséis años. Cuando ha tratado de que se produzca una actualización, también se lo referimos en la exposición de motivos, la respuesta que ha recibido ha sido que, de abrir de nuevo la negociación, podría encontrarse con que recibiera aún menos dinero del firmado en el 2002, y que no hay ninguna obligatoriedad de firmarlo, pero sí hay un compromiso de que la prestación se mantenga.

Por tanto, queríamos saber si tiene usted en mente actualizar los costes de ese convenio para traerlos a los precios de 2018, que, por ejemplo, en el caso del suministro eléctrico, consumen casi siete mil euros de lo que hay que abonar al año.

Muchas gracias.

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Gracias, señoría.

Señora consejera.

La señora ÁLVAREZ BENITO, CONSEJERA DE SALUD

—Gracias, presidente.

Señoría, efectivamente, el Servicio Andaluz de Salud suscribió un convenio de colaboración con el Ayuntamiento de Peñaflores en el año 2002, con el fin de posibilitar la puesta en funcionamiento de un centro de salud en esta localidad. Y en virtud del convenio, el Servicio Andaluz de Salud se comprometió a abonar al ayuntamiento una cantidad de 15.023 euros para contribuir a sufragar los gastos que estaban..., relativos tanto al mantenimiento como al funcionamiento diario del centro de salud, que ya ha explicado realmente los aspectos que se contenían en ello. El convenio no incluía ninguna cláusula relativa a personal, como usted creo que ya recoge en la exposición de motivos de su pregunta. Y hay que recordar que, bueno, estos convenios, efectivamente, son una fórmula de colaboración de los ayuntamientos y que, en su propio espíritu, no está sufragar todos los gastos, sino colaborar con una aportación equitativa y razonable. En el momento actual, el ayuntamiento está dando respuesta a una parte de los servicios acordados en aquel convenio; está dando respuesta a los suministros eléctricos, al agua potable, a limpieza y a tasas municipales, por un valor aproximado de veinte mil euros, según nuestras tasas, que tenemos en otros centros. El resto, que es pequeña albañilería, carpintería, instalación y mantenimiento de dispositivos contra incendios, mantenimiento y conservación de las líneas telefónicas y datos, y los sistemas de información y archivo están siendo sufragados por el distrito sanitario, con un coste de 5.270 euros.

Pero, a pesar de ello, el SAS ha mantenido esa aportación comprometida de 15.023 euros en el convenio, lo que supone para el SAS una aportación global de 20.293 euros, una cantidad que es bastante similar a la que aporta el ayuntamiento por los servicios que efectivamente presta, que hemos calculado en 21.000 euros.

Gracias.

El señor GARCÍA ANGUIA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señora consejera.

Señora Nieto, un minuto.

La señora NIETO CASTRO

—Gracias, presidente. Con esa brevedad.

Le pediré al alcalde de Peñaflores que le remita las facturas que se abonan durante un año en concepto de pago. Creí que no hacía falta descender a ese nivel de detalle porque me parecía razonable que los precios calculados para 2002..., ya pensarían ustedes que el encarecimiento de la vida, traído a 2018, haría insuficiente la aportación económica pactada hace 16 años.

Al ayuntamiento le supone al año el centro 60.000 euros, ya le digo que le pediré a la alcaldía que le remitan la factura. Y le pongo un solo ejemplo, consejera, que se lo decía en la primera intervención: el coste de la luz en los últimos dieciséis años, su subida, consume más de la mitad de la aportación comprometida. La actualización de este convenio, pedirla no es ningún disparate, como tampoco lo sería que revisen las que tienen con el resto de ayuntamientos.

Muchas gracias.

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señoría.

Señora consejera, tiene un minuto.

La señora ÁLVAREZ BENITO, CONSEJERA DE SALUD

—Señoría.

Como ya le he comentado, ahora mismo el SAS está asumiendo parte de los servicios que estaban en el convenio como para que fueran realizados por parte del ayuntamiento. Y, sin embargo, sí que ha mantenido de forma inalterable la aportación económica que se contemplaba en ese convenio, que era superior a 15.000 euros.

Por otra parte, la cifras aportadas, tanto por el ayuntamiento como por el Servicio Andaluz de Salud, como le he comentado, son similares y, efectivamente, en el convenio de colaboración, y en ese espíritu que debe prevalecer en este tipo de convenios, me imagino que no va a haber ningún problema en que se revise, pero realmente nosotros lo hemos valorado por los costes que tenemos, determinados centros, y es muy similar, veintiún mil euros, aproximadamente, para el ayuntamiento y 20.293 para el Servicio Andaluz de Salud.

Es verdad que, en cuanto al personal propio del ayuntamiento que colabora en el centro, no está amparado en el marco del convenio y siempre ha prestado sus servicios desde el buen entendimiento de las dos instituciones, que creemos que es lo que debe prevalecer en este tipo de convenios, para dar la mejor prestación en el centro, en el municipio.

Muchas gracias.

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señora consejera.

10-18/POC-000379. Pregunta oral relativa a Hospital Marítimo de Torremolinos (Málaga)

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Pasamos a la siguiente pregunta, del Grupo Parlamentario de Ciudadanos, relativa al Hospital Marítimo de Torremolinos.

Tiene dos minutos y medio, señor Hernández.

El señor HERNÁNDEZ WHITE

—Gracias, presidente.

Señora consejera, le quería preguntar por el Hospital Marítimo de Torremolinos, que a finales del año pasado, 2017, tuvo una serie de inversiones y de actuaciones de mejora en las instalaciones. Y quería preguntarle por si tiene planificado aumentar esas actuaciones; si tiene previsto a lo largo no solo de este año, sino de años siguientes, inversiones que potencien los servicios sanitarios que se prestan en el Hospital Marítimo de Torremolinos.

Gracias.

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señoría.

Señora consejera.

La señora ÁLVAREZ BENITO, CONSEJERA DE SALUD

—Gracias, presidente. Señoría.

Efectivamente, durante el año 2017 se han llevado a cabo obras en este hospital, tanto de conservación como de mantenimiento de cubiertas y estructuras en los diferentes pabellones que componen este centro sanitario en Torremolinos, y estas actuaciones se enmarcan dentro del plan de mejora, por el que en los últimos tres años ya se han invertido en este centro 729.000 euros.

En el momento actual, se está planificando el traslado del servicio de oftalmología del Hospital Virgen de la Victoria a este hospital, al Hospital Marítimo de Torremolinos. Y para llevar a cabo este traslado, está previsto realizar una reordenación funcional de los espacios del hospital, que conllevará, por otra parte, una serie de actuaciones y reformas también, optimizando el uso de los espacios, mejorando la circulación y los flujos asistenciales y de los pacientes, así también como de las condiciones de seguridad, cesabilidad y confortabilidad de este centro.

Esta inversión prevista para estas actuaciones es de trescientos mil euros para este mismo año.

El señor GARCÍA ANGUIA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señora consejera.
Señor Hernández White.

El señor HERNÁNDEZ WHITE

—Gracias, señora consejera.

Gracias por la información. Sin duda, este hospital, este centro hospitalario, que seguramente usted lo conozca, se encuentra en una situación lamentable; el estado de conservación del edificio es muy lamentable. Hay cerca de cien trabajadores, que son realmente los que están sosteniendo allí la atención sanitaria.

Sabemos que muchos grupos, otros grupos políticos, pues han planteado que hace falta en Torremolinos un nuevo CHARE, etcétera. Nosotros no somos de esa opinión, pero sí somos de la opinión de que hay que mejorar las infraestructuras que ya existen. Y ese hospital tiene un espacio muy grande, una parcela muy grande, donde se puede realmente ampliar y dar un mejor servicio hospitalario a los setenta mil ciudadanos que viven en Torremolinos, y que en época estival se duplica y se triplica, y se satura totalmente.

Por tanto, creemos que hace falta invertir cada vez más, ampliar ese centro hospitalario, mejorar la calidad de esa infraestructura, porque lo están demandando los ciudadanos de Torremolinos.

Muchas gracias.

El señor GARCÍA ANGUIA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señoría.
Señora consejera.

La señora ÁLVAREZ BENITO, CONSEJERA DE SALUD

—Gracias, presidente.

Señoría, efectivamente, en este centro sanitario hemos realizado actuaciones importantes en los últimos años. Y se van a acometiendo, de forma progresiva, en la medida que se van detectando necesidades, y que la disponibilidad presupuestaria lo permite, como he comentado.

Le he transmitido en mi intervención previa como tenemos otra actuación prevista ya, para llevarla a cabo en este año. Y para poder llevar a cabo esta actuación, se va a proceder a la reordenación del pabellón 3 y al área de consulta de este hospital. Y esto va a permitir crear áreas funcionales independientes, pero que estén integradas, para la unidad de oftalmología, rehabilitación, reumatología y también el aumento en el número de consultas en este hospital.

Además, esta remodelación va a permitir realizar actuaciones de adecuación, de reparación, de conservación y mantenimiento de las instalaciones y espacios afectados por estas mejoras y por esta reordenación. Y, como comentaba, va a mejorar las condiciones de confort y seguridad de forma importante. En concre-

to, estas reformas consisten en la reubicación y remodelación de las áreas de radiología, de rehabilitación, de admisión y atención a la ciudadanía; a las consultas de reumatología, a las consultas de trauma; la de cirugía, la de anestesia, esterilización; el hospital de día, los despachos y las salas de espera. Esta actuación está valorada en 100.000 euros.

Y, por otra parte, otra de las actuaciones prevista es el traslado del servicio de oftalmología, incluyendo las consultas, las pruebas funcionales y el área de apoyo a este Hospital Marítimo de Torremolinos. Y con este traslado se procede también a reforzar el equipamiento que utiliza este servicio, como microscopios quirúrgicos, oftalmológicos, láser, campímetros. Esta actuación está valorada en 200.000 euros.

Y del mismo modo, en los siguientes tres meses se va a proceder a realizar trabajos de reparación y pintura en la zona de exterior, en el vallado exterior, así como en los paramentos y carpintería que existen en el exterior del edificio. Y se va a continuar también con los trabajos de acondicionamiento de la zona exterior y de jardinería del recinto. Como le comentaba, de forma progresiva, efectivamente en el centro se van abordando actuaciones que no solamente permiten mejorar su estructura, sino que al mismo tiempo van ampliando la cartera de servicios que se ofrece en el mismo.

Muchas gracias.

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señora consejera.

10-18/POC-000387. Pregunta oral relativa al helicóptero de emergencias sanitarias de la provincia de Cádiz

El señor GARCÍA ANGUIA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Pasamos a la siguiente pregunta, de Izquierda Unida, relativa al helicóptero de emergencias sanitarias en la provincia de Cádiz.

Tiene dos minutos y medio, señora Nieto.

La señora NIETO CASTRO

—Gracias, presidente.

Consejera, este debate lo sustanciamos hace relativamente poco, por tanto no me voy a extender en las consideraciones que nos han hecho traer esta consulta, pero lo que queremos saber es si va a restablecer el helicóptero de emergencias para la provincia de Cádiz los doce meses del año.

Muchas gracias.

El señor GARCÍA ANGUIA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Gracias, señoría.

Señora consejera.

La señora ÁLVAREZ BENITO, CONSEJERA DE SALUD

—Gracias, presidente.

Señoría, efectivamente, como bien comenta usted, hemos hablado en otras ocasiones de este tema. Y transmitirle que realmente la organización del transporte sanitario aéreo que se presta en todo el territorio de nuestra comunidad está basada en un estudio, en un plan funcional. Y realmente se lleva a cabo por cuatro helicópteros en servicio durante el año completo, que tienen base respectivamente en Baza, en Córdoba, en Málaga y Sevilla, y un helicóptero en servicio desde el 1 de mayo al 15 de septiembre, con base en el helipuerto de Jerez. Todos ellos cuentan con un equipo sanitario que está dedicado de forma exclusiva a este servicio aéreo. Almería, Jaén y Huelva no disponen de base de helicóptero y reciben la cobertura aérea por los helicópteros descritos anteriormente.

Con esta configuración, el servicio de la provincia de Cádiz, al igual que el resto de las provincias, dispone de transporte sanitario aéreo durante todos los días del año, y tanto las operaciones con origen como con destino a los puntos que están situados en esta provincia son realizados habitualmente por los helicópteros cuya base se sitúa en Sevilla y en Málaga, y en Jerez durante el periodo que se ha descrito, ya que la actividad de la flota de cada uno de estos helicópteros no es por una demarcación territorial, sino que es función

de las cronas y en función de los radios de acción que se han marcado para cada uno de ellos. Y realmente se consigue, con esta ubicación en estos puntos, unos tiempos de respuesta que cumplen los criterios de calidad que están establecidos y que son equitativos en toda la comunidad.

Muchas gracias.

El señor GARCÍA ANGUIA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señora consejera.

Señoría, tiene dos minutos y diez segundos.

La señora NIETO CASTRO

—Muchas gracias, presidente.

Consejera, de la necesidad, virtud. Esa es la explicación que nos trasladó al Grupo Parlamentario de Izquierda Unida el anterior consejero de Salud cuando le preguntamos por qué había dejado de haber helicóptero los doce meses del año en la provincia de Cádiz, con la base en Jerez, como usted refería. Pero en el expediente que está siendo investigado, y del informe policial que tiene ya el juzgado, la explicación que ustedes ofrecen es que hubo una falta de presupuesto. Literalmente en el informe dice: «La demanda se adecua a la oferta, realizada a requerimiento de la empresa, en un procedimiento negociado sin publicidad tras quedar el abierto desierto», alegando restricciones presupuestarias, no que está todo controlado con los helicópteros que hay, sino que no había dinero para tener la cobertura actual, y amoldando la necesidad del servicio a la disponibilidad de la empresa interesada. Cádiz perdió la continuidad del servicio en un procedimiento que está siendo investigado por poder llegar a ser irregular. Y en cualquier caso, y de no serlo, que eso ya dirán los juzgados, lo que sí es cierto es que ustedes presumen de un incremento presupuestario extraordinario para este año, y que por tanto si las limitaciones eran económicas, como ustedes dicen y se refiere en ese informe, lo lógico es que recuperaríamos el helicóptero.

Y si la necesidad no era..., no se cubría por una carencia de recursos, no entendemos por qué antes sí se prestaba. ¿Antes, qué teníamos, una sobreoferta? No ha habido un descenso de las necesidades. Ya tuvimos ocasión de exponérselo al consejero Alonso, porque llevamos dos años dándole vueltas a este problema. Cádiz merece su helicóptero, necesita recuperarlo. Y las razones que ustedes ofrecen no son fundadas, más cuando se contrasta con lo que se está viendo en los juzgados.

Muchas gracias.

El señor GARCÍA ANGUIA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Gracias, señoría.

Señora consejera.

La señora ÁLVAREZ BENITO, CONSEJERA DE SALUD

—Señoría.

El tema que plantea ya lo comentamos de forma más detenida en una comparecencia que hubo en esta misma Cámara; ya le respondí a ese tema. Efectivamente, como... Yo ya le di mi respuesta. Efectivamente, es un tema que está investigado, y que tendremos que ser prudentes.

Yo sí le puedo asegurar, como le planteaba, que la ubicación de los diferentes helicópteros que existen en nuestra comunidad para el transporte aéreo urgente, ante urgencias y emergencias, responde realmente a las cronas y responde a los radios de acción. Eso es lo que le puedo asegurar, ¿no? Y le tengo que decir que, efectivamente, no responden a ninguna demarcación territorial. De hecho, existen provincias donde no existe un helicóptero. Y, sin embargo, nosotros garantizamos la misma calidad de atención en toda la comunidad, por una serie de radios de acción, como le comentaba.

Los helicópteros de emergencia, hay que tener en cuenta, por otra parte, que funcionan como un apoyo a los dispositivos locales terrestres de urgencias y emergencias del Servicio Andaluz de Salud y el 061, que habitualmente son los que prestan la primera atención y la atención inmediata. La máxima utilidad de estos servicios, como ya hemos comentado otras veces, son para zonas que tienen una orografía compleja, con comunicaciones terrestres limitadas, y muy distantes de centros sanitarios. Esta zona en la provincia gaditana se corresponde con la Sierra de Cádiz, que tiene un acceso adecuado desde Sevilla y desde Málaga. Realmente..., efectivamente, existe una disposición, una organización funcional, y realmente en un momento determinado..., se van estudiando, se van valorando y se van adaptando los planes funcionales a las necesidades.

Señoría, yo le puedo decir que actualmente el helicóptero de Málaga realmente permite atender en menos de 30 minutos al 22,2% de la provincia de Cádiz, y el de Sevilla, al 71,7% de la provincia de Cádiz. El resto, que supone creo que un 6,2%, está entre 30 y 40 minutos, corresponde a Barbate y Conil, donde existe un DCCU 24 horas al año.

Decirle también que los servicios de Cádiz suponen el 11% de los servicios de toda la comunidad, el 66% de los cuales ocurren en verano, y el 66% también aproximadamente se llevan a cabo también por el helicóptero que se encuentra en Jerez durante los meses de verano.

Por otra parte, comunicarle que la distribución de los helicópteros que existe actualmente y que permiten garantizar la atención a toda nuestra comunidad, porque mantiene mejores radios de acción, transmitirle en ese sentido que el que está ubicado en Jerez, el 85% de su actividad siempre la ha realizado en Cádiz. Solamente un 15% de su actividad realmente la realiza en otras provincias. A diferencia, por ejemplo, del de Córdoba, que realiza un 36% de su actividad en otras provincias; o el de Málaga o Sevilla, que más de un 40% de la actividad la realizan en otras provincias. Con lo cual, esta distribución realmente responde a las cronas y a los radios de acción que permitan responder de forma adecuada y manteniendo los índices de calidad.

Por otra parte, le puedo asegurar que los resultados en atención en la provincia de Cádiz son similares a los resultados que se obtienen en el resto de las provincias de nuestra comunidad en cuanto a este medio sanitario.

DIARIO DE SESIONES DEL PARLAMENTO DE ANDALUCÍA

Núm. 505

X LEGISLATURA

5 de abril de 2018

El señor GARCÍA ANGUIA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias.

10-18/POC-000468. Pregunta oral relativa a las agresiones a profesionales en centros sanitarios

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—*[Intervención no registrada.]*

La señora ESCRIVÁ TORRALVA

—Muchas gracias, señor presidente.

Señora consejera, las agresiones a los profesionales sanitarios van en aumento. Prueba de ello es que a nivel nacional, en febrero, se reunieron Policía, Guardia Civil, para que ver, bueno, pues qué se podía hacer. Y una de las propuestas que pusieron sobre la mesa fue que se hiciera un listado con los centros sanitarios donde se concentraran más este tipo de agresiones. En Andalucía, ya sea por su tamaño, ya sea también por su población, pues lógicamente concentra este tipo de agresiones, la comunidad autónoma que más agresiones tiene. Siendo las agresiones puntuales, lo que nos preocupa es que van en aumento. Han aumentado en casi un 40%, según SATSE, respecto del año pasado, siendo Sevilla, Málaga y Córdoba, pues, las provincias que están en peor situación, con mayor número de agresiones.

Sabemos que esta consejería tiene un plan de prevención para evitar estas situaciones, que según sabemos se ha modificado el 15 de marzo. En esa modificación, una de las cosas que recogía pues es que a los profesionales se les podía dar formación para..., bueno, que supieran manejar con la mayor habilidad posible estas situaciones delicadas y conflictivas. Entonces, bueno, queremos saber más sobre esta modificación del plan; queremos saber qué ha hecho hasta ahora la consejería, y qué va a hacer para evitar que esto suceda y, sobre todo, que vaya a más.

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señoría.

Señora consejera.

La señora ÁLVAREZ BENITO, CONSEJERA DE SALUD

—Gracias, presidente.

Señoría, en el último Pleno tuve también la oportunidad de hablar de este tema, una pregunta similar, que fue formulada por el Partido Popular. Y realmente, como ya transmití ese día, tenemos una especial sensibilidad y compromiso con este tema. También nos preocupa, realmente, este tema, el tema de las agresiones. Y, como bien ha dicho usted, así lo demuestra el que nuestra comunidad, Andalucía, fuera la primera comunidad en poner en marcha en el año 2005 un Plan de Prevención y Atención de Agresiones para los profesionales del sistema sanitario público andaluz.

Y este plan, como también ha comentado en parte, engloba asistencia sanitaria, apoyo psicológico en caso de sufrir una agresión, y también formación, con independencia de diferentes medidas y protocolos, con el objetivo de minimizar las posibles agresiones que puedan sufrir los profesionales en los centros de trabajo. También establece un protocolo de actuación, en el que se recomienda a los profesionales qué hacer ante una agresión física o verbal. Y, realmente, sin duda es un tema muy sensible, que efectivamente ha aumentado en los últimos años, pero a nivel nacional. Nuestra comunidad ha aumentado, efectivamente, de forma absoluta, porque es la mayor comunidad, pero de forma porcentual, como veremos a continuación, no es la que más ha aumentado. Eso no quiere decir que no nos preocupe, por supuesto. Y efectivamente, como bien ha dicho también, contamos con un registro que nos permite identificar cuáles son los centros, tipo de agresiones y circunstancias que, bueno, que rodean a este tipo de hechos y de eventos, y que realmente nos ha permitido reorientar este..., y reforzar este plan de actuaciones y de prevenciones con una serie de medidas; entre ellas, fomentar la formación que se facilita a los profesionales para este año.

Muchas gracias.

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señora consejera.

Señoría, tiene un minuto.

La señora ESCRIVÁ TORRALVA

—Muchas gracias, señor presidente.

Señora consejera, yo creo que compartimos todos que nuestros profesionales sanitarios se merecen trabajar con tranquilidad y centrándose en su labor, en su labor sanitaria. Por ello creo que se debe hacer un esfuerzo más, y creo que podrían, como propuesta, como se suele decir, lluvia de ideas, coger lo que se hace en Educación. En Educación hay un listado de centros, que se llaman de difícil desempeño. Entonces, los trabajadores que están en esos centros, pues tienen, digamos, unos privilegios, como, por ejemplo, pues que para el concurso de traslados se les puntúa más la antigüedad en estos centros. Entonces, creemos que se debe trabajar en todos los aspectos, en la prevención, en, como usted bien ha dicho, una vez sucede el hecho, pues la atención psicológica, y también digamos reforzando de alguna manera pues que ese centro tenga los mejores profesionales, y que estos profesionales tengan también un reconocimiento a su labor.

Muchas gracias.

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señoría.

Señora consejera.

La señora **ÁLVAREZ BENITO, CONSEJERA DE SALUD**

—Gracias, presidente.

Señoría, realmente, como le he comentado, para nosotros es una prioridad. Y, bueno, lamentamos, toda..., y rechazamos todas estas actuaciones que se producen en los centros, que por supuesto no tienen ninguna justificación. Como le comentaba, el hecho de que nuestra comunidad conste de un registro de agresiones tanto físicas como verbales, eso nos permite, bueno, el estudio de esa información poder orientar las medidas que ponemos en marcha en los diferentes centros o hacia determinados tipos de servicios sanitarios.

Desde que se puso en marcha en nuestra comunidad el Plan de Prevención y Atención en las Agresiones, el Servicio Andaluz de Salud ha logrado más de 2.500 condenas, sentencias condenatorias, por agresiones a profesionales, y de ellas, 163 han sido tipificadas como delito de atentado. Consideramos que esto es un punto también importante, porque se realizó un trabajo entre la Administración, y también con el Fiscal Jefe del Tribunal Superior de Justicia de Andalucía, para realmente poder conseguir que estas agresiones pudieran ser consideradas como un delito de atentado. Y ya en el año 2009 se consiguieron las primeras condenas en este sentido. Pensamos que es importante también porque, bueno, da una idea a la ciudad de, bueno, de la importancia de estos hechos, y obliga, yo creo que invita a reflexionar sobre estas actuaciones. En el año 2017 se han producido en nuestra comunidad 1.115 agresiones a profesionales en nuestros centros, se han realizado 164 asistencias letradas y se han logrado 154 sentencias condenatorias, 32 de ellas como delitos de atentado. La tasa de agresiones fue, por tanto, de 11,43 por 1.000 profesionales, una cifra que es relativamente estable en los tres últimos años. Si bien somos conscientes de que en los últimos años ha aumentado, como en el resto del país. Para compararnos con el Sistema Nacional de Salud, el dato de que disponemos es del año 2011, y se cifra en 12,8 agresiones por 1.000 profesionales, ¿no?

Como comentábamos también, se ha impartido formación a un total de 54.000 profesionales, aproximadamente, durante este periodo, para que realmente puedan adquirir habilidades que les permitan realmente abordar este tipo de situaciones. También los centros sanitarios cuentan con una serie de elementos de seguridad, como software antipánico, salidas alternativas, timbres de seguridad... Pero, como también le comentaba, este mismo año hemos querido dar un nuevo impulso a este Plan de Prevención y Atención a Agresiones en el Sistema Sanitario, y hemos designado la figura del interlocutor sanitario provincial, que va a ser una persona que realmente va a ser la encargada de canalizar la comunicación con los Cuerpos y Fuerzas de Seguridad del Estado, y por otra parte con nuestros centros sanitarios, que va a velar también para que estén en marcha, se pongan en marcha y se lleven todas las actuaciones que se plantean en este plan, y que se incida con esas actuaciones en los centros realmente que tienen más tasa de incidencia de este tipo de actos. Que somos, como le comentaba, pedimos y defendemos tolerancia cero frente a estos actos inaceptables. Y por supuesto seguiremos trabajando para intentar que no ocurra en ninguno de nuestros centros.

Muchas gracias.

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

—Muchas gracias, señora consejera.

10-18/POC-000477. Pregunta oral relativa a situación de la partida presupuestaria para hemofilia

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Pasamos a la siguiente pregunta, también del Grupo Ciudadanos, relativa a la situación de la partida presupuestaria para hemofilia.

Tiene dos minutos y medio, señora Escrivá.

La señora ESCRIVÁ TORRALVA

—Muchas gracias, señor presidente.

Señora consejera, enfermos de hemofilia en muchos casos han visto que, bueno, debido a los controles que se hacían en los años noventa, que eran reducidos, pues se vieron contagiados por el virus de la hepatitis C. El 21 de noviembre del 2000 fue aprobada una comisión gestora para ver ese censo definitivo de personas afectadas por la hemofilia y otras coagulopatías congénitas que habían desarrollado esa hepatitis C como consecuencia de un tratamiento. En Andalucía hay 275 afectados, 275 personas afectadas, a las cuales, pues no se les ha hecho desde esta consejería ninguna ayuda extra. En otras comunidades autónomas han atendido ya, de alguna manera, pues a estas..., a sus personas, sus enfermos. Pero en Andalucía todavía no. De hecho, en el 2017, en el acuerdo de presupuestos se metió una enmienda de 100.000 euros para atender a estas personas.

Entonces, queremos conocer, porque los enfermos nos dicen que a ellos no les ha llegado nada, qué ha pasado con estos 100.000 euros que deberían haber ido a atender a estas 275 personas residentes en Andalucía.

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señoría.

Señora consejera.

La señora ÁLVAREZ BENITO, CONSEJERA DE SALUD

—Sí. Gracias, presidente.

Señoría, antes de nada quiero destacar realmente la amplia colaboración que la Consejería de Salud tiene con este grupo de pacientes, con la Federación de Asociaciones de Hemofilia. Y realmente realizamos con ellos muchísimos proyectos y muchísimas actividades compartidas, que tienen por objetivo pues mejorar la atención que se les ofrece a ellos. Son pacientes con hemofilia y, efectivamente, otras coagulopatías congénitas. Y en este respecto pues, como comentaba, la Consejería de Salud, en colaboración con ellos, ha elaborado diferentes guías informativas que mejoran su autonomía, y entre ellas destacan, pues, por ejemplo, la

de *Autocuidados*, la de *Hemofilia en el ámbito escolar*, *Mujeres portadoras de hemofilia* y *Ejercicios para personas con hemofilia*. O sea, mantenemos una estrecha colaboración.

Respecto a las ayudas que usted comenta, y que son contempladas en la ley para personas que estén afectadas de hemofilia y otras coagulopatías congénitas y que desarrollaron hepatitis C como consecuencia de haber recibido un tratamiento de concentrado de factores de coagulación, o transfusión sanguínea, dentro de nuestro sistema sanitario público, tengo que decirle que se estudió la posibilidad, efectivamente, de poder incluir esta ayuda en el ejercicio presupuestario 2017, con 100.000 euros destinados para este fin, y de hecho, el 30 de octubre de 2017 pues se comenzó la tramitación de una orden, en concreto, promovida por la Secretaría General de Salud Pública y Consumo de nuestra consejería para la convocatoria de estas ayudas como subvención.

Pero en esa misma fecha, además, se solicitaron los informes a la Intervención General de la Junta de Andalucía, y realmente posterior también solicitamos informe al Gabinete Jurídico de Salud, y nos transmitieron que no se podía tramitar como subvención, sino que tenía que figurar en una norma de rango de ley; con lo cual, a fecha de hoy, estamos tomando las medidas oportunas para poder hacer efectivo ese requerimiento y que podamos pagar estas ayudas complementarias.

Muchas gracias.

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Gracias, señora...

Señoría, un minuto.

La señora ESCRIVÁ TORRALVA

—Señora consejera, ¿entiendo entonces que hace falta una ley para poder indemnizar a estas personas? ¿Esa ley, que me imagino que será muy breve, porque es algo muy concreto, se pretende hacer por lectura única, o vamos a tener que esperar un trámite, que suele ser de más de un año, para solucionar este problema?

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señoría.

Señora consejera.

La señora ÁLVAREZ BENITO, CONSEJERA DE SALUD

—Efectivamente, como le he comentado, señoría, intentamos, en el año 2017, empezar a poder pagar algo a estos pacientes con el importe que estaba destinado a este fin durante este año pero, bueno, efectivamente, nos transmitieron que no era posible, porque realmente no podía ir como subvención, sino que tenía que figurar en una norma con rango de ley.

Nosotros hemos revisado también cómo lo han hecho en otras comunidades y, efectivamente, es muy similar: la gran mayoría lo han hecho en una norma con rango de ley o, al menos, de decreto. Y una vez que esté incluido en esa normativa, efectivamente, la propia consejería hace ya una orden.

Algunas han hecho una ley o un decreto específico para, realmente, poder dar respuesta a estas subvenciones, y en otras ocasiones, realmente, en la propia Ley de Presupuestos se ha incluido realmente este tema.

En Andalucía tenemos 276 personas; realmente, es una cifra elevada. Como le he dicho, estamos trabajando para llevar a cabo realmente este procedimiento, y una norma que debe contener la totalidad de estas ayudas y la posible temporalidad en el pago de todo el importe que supone a estos pacientes en nuestra comunidad.

Estamos trabajando en esa línea, señoría.

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señora consejera.

10-18/POC-000511. Pregunta oral relativa a transporte sanitario

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Pasamos a la siguiente pregunta del Grupo Parlamentario Popular, relativa al transporte sanitario. Señora García, tiene dos minutos y medio.

La señora GARCÍA CARRASCO

—Gracias, señor presidente. Y buenas tardes de nuevo, señora consejera.

¿Tiene previsto la consejería dejar sin efecto los pliegos de condiciones que han sacado las diferentes provincias hasta que se aclaren las múltiples denuncias que existen contra ellos?

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señoría.

Señora consejera.

La señora ÁLVAREZ BENITO, CONSEJERA DE SALUD

—Gracias, presidente.

Señoría, actualmente hay tres provincias, Almería, Málaga y Sevilla, cuyos expedientes de adjudicación de transporte sanitario por carreteras realmente siguen vigentes y funcionan con total normalidad. Y las otras cinco provincias, bueno, pues Jaén, Córdoba, Huelva, Cádiz y Granada, que tienen que renovar la licitación de transportes en ambulancia, y lo están haciendo. Y, como hemos comentado también esta mañana en una comparecencia, cumpliendo en sus pliegos y, como no puede ser de otra manera, con la normativa actual en esta materia, que ya se comentó que es el Real Decreto 836/2012.

En estas licitaciones están incluidos los tipos de ambulancia que establece la normativa estatal y, precisamente, según recoge, en esa disposición adicional segunda, dicha normativa estatal «las comunidades autónomas podrán exigir cuantos otros requisitos y condiciones técnicas estimen convenientes en relación con los vehículos que se hayan de utilizar por estas empresas con las que se contraten los servicios de transporte sanitario, así como la dotación de personal con la que haya que contar».

Se trata, por tanto, lo que nosotros hemos incluido en nuestros contratos, de unos requisitos adicionales a la normativa, que en ningún momento suponen la merma de los servicios mínimos requeridos, según la ley, sino todo lo contrario, que lo que permiten establecer son requisitos por encima de los requerimientos mínimos. Y como comentábamos también en la comparecencia anterior, realmente, la organización para el trans-

porte depende del plan funcional que se establece en cada provincia, siguiendo las recomendaciones del Plan Andaluz de Urgencias y Emergencias.

Muchas gracias.

El señor GARCÍA ANGUIA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señora consejera.

Señoría, tiene dos minutos y...

La señora GARCÍA CARRASCO

—Gracias.

Señora consejera, pues nos gustaría conocer esos planes, esos planes técnicos, esos planes económicos, que son los que deciden esos pliegos de condiciones.

El real decreto dice muy claro cuáles son los tipos de ambulancia, y ustedes les siguen dando vueltas al tema. No asistenciales: A1 y A2; asistenciales: B y C. Su pliego de condiciones, señora consejera, dice que los vehículos que se incluyen dentro del pliego de condiciones son A1, A2, A1EE, B y C, y dice que tiene que cumplir las características del anexo 2, independientemente de la autorización administrativa como ambulancias clase A1, A2, B y C. Aquí la A1EE no existe, porque no puede tener autorización administrativa, porque es una ambulancia, una clase que se han inventado ustedes.

El defensor del pueblo: «el próximo concierto de ambulancias se exigirá la presencia de técnicos de emergencia sanitaria que acompañe al conductor».

Ustedes, señora consejera, dicen que no puede haber, dentro del transporte urgente, de los dispositivos del transporte urgente dispositivos de localización, lo dicen ustedes, ustedes, ustedes.

Pues dicen en su pliego de condiciones que la activación del servicio en transporte urgente será de quince minutos, señora consejera, ¿blanco, negro o a medio color nos quedamos?

A mí me gustaría saber, porque usted ha dicho aquí hoy que todas esas ambulancias A1EE se convertirán en asistenciales cuando haga falta. Muy bien, pues usted me lo explica.

En Jaén, 49 ambulancias A1EE sacan ustedes a licitación. Y cuando las tengan que convertir en asistenciales, ¿cómo lo hacen? ¿Me lo explica?

En Cádiz, 41. En Cádiz denuncian que, con el nuevo pliego de prescripciones, no se van a poder cumplir las cronas en alerta 1 y 2 y que, además, hay recortes en las ambulancias que ahora mismo existen, en su presencia, hay reducciones de horarios.

En Granada hay licitadas A1EE, 43.

En Huelva, 39.

¿Usted me dice a mí que, después de licitar, cuando haga falta convertir estas ambulancias en asistenciales —porque una ambulancia A1EE no lo es—, lo puede usted hacer? ¿Me explica cómo?

A lo mejor es porque en su pliego de condiciones también dice, en su artículo 19, en su punto 19, que habrá un aumento hasta del 40% para cubrir posibles aumentos de personal. ¿Será por eso, señora consejera,

o con trasvase de ambulancias entre comunidades autónomas, como también está pasando y usted lo sabe? Explíquenoslo, señora consejera, cómo lo va a hacer. Nosotros lo que le pedimos es que deje los pliegos de condiciones ahora mismo sin efecto y que nos lo aclare todo.

El señor GARCÍA ANGUIA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Gracias, señoría.

Señora consejera.

La señora ÁLVAREZ BENITO, CONSEJERA DE SALUD

—Gracias, presidente.

Señoría, yo creo que esta mañana se lo he explicado ya muy claro y creo que, como he comentado también, creo que no se debe hacer esa demagogia con un tema que es tan sensible y alarmar de esa manera a la población, con el único fin de hacer una campaña política.

Yo le he comentado que nosotros estamos licitando, de acuerdo a la normativa, como no puede ser de otra manera. Creo que se lo he transmitido muy claro esta mañana.

Creo que también le he dicho, efectivamente, que existen unos planes funcionales, que han sido elaborados en cada una de las provincias para llevar a cabo esta licitación, que están realizados, esos planes funcionales, basados en las características y la normativa que recomienda el Plan Andaluz de Urgencias y Emergencias y que han sido realizados por profesionales. Y que, efectivamente, el Decreto 836/2012, establece la categoría y el tipo de ambulancia, pero que el plan funcional, la ordenación de transportes urgentes y emergentes y programados en la comunidad lo lleva a cabo el Plan Andaluz de Urgencias y Emergencias. Que, efectivamente, existe la posibilidad de que la comunidad pueda exigir otros requisitos a las ambulancias, y eso es legal, y por eso, efectivamente, se ha hecho los pliegos de las provincias donde se ha licitado.

Por otra parte, ya le he comentado esta mañana, es el Centro Coordinador de Urgencias y Emergencias, es el profesional, el médico que esté en el dispositivo de cuidados críticos y urgencias el que dice en cada momento qué necesita un paciente para su transporte, y tendrá el vehículo que necesite. Y si necesita asistencia, tendrá a los profesionales que necesite. Yo es que más claro es que no se lo puedo decir.

Y, realmente, le digo, los pliegos están siguiendo la normativa. Yo creo que, realmente, lo que no quiere reconocer el Partido Popular es que realmente todos esos pliegos que se han sacado en estas provincias suponen un gran avance; suponen un aumento importante, realmente, del coste que supone el transporte en nuestra comunidad; supone una homogeneización en toda la comunidad. En todas las provincias donde se han licitado aumentan los recursos, el número de ambulancias, mejoran las características de estos equipamientos, mejora también el control, el control y el seguimiento de estos trayectos, con lo cual, se puede controlar mucho mejor los tiempos de espera, como la duración de estos trayectos. Y, efectivamente, los equipos disponen de GPS para realizar también ese mejor seguimiento.

Estamos seguros, realmente, que estos contratos que han sido ya licitados en esas provincias van a mejorar de forma importante la asistencia en el transporte urgente y programado en nuestra comunidad, porque son muchos más recursos los que se han destinado para ello, señorías.

El señor GARCÍA ANGUIA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señoría.

Muchas gracias, señora consejera.

10-18/POC-000555. Pregunta oral relativa a avances en la atención a mujeres con endometriosis en el sistema sanitario público en Andalucía

El señor GARCÍA ANGUIA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Pasamos a la octava y última pregunta; en esta ocasión, perteneciente al Grupo Parlamentario Socialista, relativa a avances en la atención a mujeres con endometriosis.

Señor Vargas, tiene dos minutos y medio.

El señor VARGAS RAMOS

—Gracias, señor presidente.

Señora consejera, hoy desde el Grupo Parlamentario Socialista queremos preguntarle sobre la reciente guía presentada de atención a mujeres con endometriosis en nuestro sistema sanitario público de Andalucía.

La endometriosis es una enfermedad crónica que aún se desconoce la causa que lo produce pero que se estima que afecta entre el 10 y el 15% de todas las mujeres en edad reproductiva.

Por tanto, estamos hablando de pacientes, estamos hablando de mujeres jóvenes que quieren vivir y que no solo quieren sobrevivir a los terribles síntomas que causa esta enfermedad, como son el dolor y también la infertilidad.

Ante esta enfermedad nuevamente la Consejería de Salud fue ya pionera en toda España, ya que en 2009 pues se puso en marcha un protocolo de actuaciones para el abordaje y para la atención integral de la endometriosis, así como para también su diagnóstico precoz.

Pero además un claro objetivo de todos los sistemas sanitarios y en particular del sistema sanitario público de Andalucía es la necesidad de actualizar los conocimientos y los avances. Más también aun en una enfermedad que se encuentra en un proceso continuo de investigación y de mejora, por lo que se recomienda la actualización en la atención a las mujeres con endometriosis para ofrecer la mejora asistencia sanitaria y que, en definitiva, pues ayude a todas estas mujeres con la actuales y con las más beneficiosas alternativas que hay en el diagnóstico y en el tratamiento de la endometriosis.

Y, consejera, algo que me gustaría destacar también en cuanto a la elaboración no solo de esta guía sino también de todos los procesos asistenciales que ponen en marcha su consejería es la importancia de implicar a la ciudadanía, de implicar a los pacientes y, en este caso, de implicar a las mujeres con endometriosis en la toma de decisiones.

Porque la implicación de la ciudadanía en la mejora de su salud, en la gestión de sus procesos asistenciales viene siendo un objetivo impulsado por la Consejería de Salud desde hace años. Y en este caso también se ha contado con la aportación de asociaciones como ha sido la Asociación de Afectadas de Endometriosis, que también está haciendo una gran labor en la información y en el apoyo a las mujeres con endometriosis.

Por todo ello, señora consejera, queremos preguntarle: ¿qué avances se han producido en la atención a mujeres con endometriosis en el sistema sanitario público de Andalucía?

El señor GARCÍA ANGUIA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señoría.

Señora consejera.

La señora ÁLVAREZ BENITO, CONSEJERA DE SALUD

—Gracias, presidente.

Señoría, efectivamente, como bien se ha comentado, el pasado 14 de marzo, la Consejería de Salud presentó esta nueva guía de atención para mujeres con endometriosis en el sistema sanitario público de nuestra comunidad. Y esta guía tiene como fin poder ofrecer una asistencia sanitaria de calidad a las mujeres con endometriosis a través de una serie de recomendaciones basadas en la mejor evidencia científica disponible, y estableciendo también un sistema de organización más favorable para las mismas.

Se trata realmente de una apuesta al día de la guía ya elaborada en el año 2009 sobre esta patología, y que estamos seguros de que va a suponer una herramienta para que los profesionales de la sanidad pública que se dedican a esta patología, a esta área, puedan tener un enfoque multidisciplinar en el abordaje de esta enfermedad.

Por otra parte, la atención integral y el diagnóstico precoz van a servir de ayuda para estas mujeres afectadas de esta patología y también para el beneficio de las mejores alternativas, tanto diagnósticas como terapéuticas, que son las que se incluyen en esta guía.

Como bien se ha dicho, esta patología, la endometriosis es una enfermedad crónica y de forma progresiva que afecta a un 10 o 15% aproximadamente de mujeres en edad fértil, y para la que todavía actualmente no existe ningún tratamiento que sea curativo. Tiene manifestaciones clínicas que son muy variadas, que tienen un amplio espectro. Predomina el dolor tanto agudo como crónico, así como una serie de síntomas de fatiga. Y lo que sí está claro es que realmente toda esta sintomatología tiene un gran impacto en la calidad de vida de las mujeres que lo padecen, en su vida laboral y en su aspecto personal. De los aspectos más destacados de esta guía podríamos ver, podríamos valorar cómo se incide en el adecuado tratamiento del dolor que, como comentábamos, es el síntoma más importante de esta enfermedad, en coordinación con la unidad del dolor cuando sea necesario.

Por otra parte, también se asesora a las mujeres sobre determinadas medidas sobre las que no existe evidencia, y que sabemos que en muchas ocasiones estaban llevando a cabo estas medidas. Y también hay un apoyo a la autogestión para mejorar la calidad de vida de las mujeres que tienen endometriosis. Y, como bien se ha comentado, en Andalucía la Federación Andaluza de Asociaciones de Endometriosis, FADAE, está trabajando de forma colaborativa con el sistema sanitario público y está facilitando apoyos e información a mujeres que tienen esta patología.

También se establece en nuestra comunidad dos centros de referencia para cirugía, aquellos casos que tienen endometriosis compleja y que realmente no responden a otro tipo de tratamiento y que finalmente necesitan un tratamiento quirúrgico. Disponen de dos centros de referencia que son el hospital regional de Málaga y el hospital de Virgen del Rocío en Sevilla. Y, por otra parte, también se potenciará el desarrollo de

consultas de enfermería en el seguimiento, en el tratamiento y en el asesoramiento de pacientes con esta enfermedad.

Por otra parte, también se hace necesaria una adecuada relación con las unidades de reproducción humana asistida, y se contempla este aspecto en la guía, para mujeres que realmente padecen endometriosis pero que, por otra parte, tienen pues tienen deseos reproductivos.

Y también se plantea el hecho de que para dar una mayor disfunción a esta guía y todo su contenido en la programación de la formación continuada de los profesionales de atención primaria, se va a incluir durante los siguientes años 2018-2019 una amplia difusión para que realmente se facilite la implantación de esta guía, así como también la posible detección precoz de esta patología en los centros de salud de atención primaria y, por tanto, la correcta asistencia sanitaria en todos estos casos.

En definitiva, pensamos que esta nueva guía realmente está orientada a la importancia de poder implicar, como bien se ha dicho, a las mujeres en todas las decisiones que afectan a su patología y en su propio cuidado.

Muchas gracias.

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señora consejera.

Hemos terminado este punto del día y paramos dos minutos para despedir a la consejera, a la que agradecemos su...

Dos minutos.

[Receso.]

10-18/PNLC-000119. Proposición no de ley relativa a reducir el precio de los medicamentos que en 2012 se dejaron de financiar por el Sistema Nacional de Salud

El señor GARCÍA ANGUIA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Seguimos con el orden del día, con la proposición no de ley. Solicitan por acuerdo los portavoces que se cambien el orden de las PNL, y que primero se debata la del Grupo Parlamentario Socialista, relativa a reducir el precio de los medicamentos que en 2012 se dejaron de financiar por el Sistema Nacional de Salud.

¿Estamos de acuerdo?

Pues, señora Maese, tiene siete minutos.

La señora MAESE VILLACAMPA

—Gracias, señor presidente.

La PNL que vamos a debatir a continuación trata sobre el «medicamentazo». Así se llamó al recorte del Gobierno del Partido Popular que en 2012 excluyó 417 medicamentos de la prestación farmacéutica del Sistema Nacional de Salud.

También en el 2012 y de forma prácticamente simultánea aprobó el Partido Popular un real decreto ley que incrementó el copago de los medicamentos tanto para la población de activos como para pensionistas, que antes entonces estaban exentos del copago. Pensionistas que son los que requieren una mayor atención sanitaria y que, por tanto, son los mayores consumidores de medicamentos. Los pensionistas consumen cerca del 80% del total del gasto farmacéutico ambulatorio. No se conocen cifras precisas desde 2012 que guarda celosamente el Ministerio de Sanidad, aunque las hay pero los hace públicas.

Según los cálculos de distintos expertos, los pensionistas aportan entre 500 y 550 millones de euros anuales de las facturas farmacéuticas a consecuencia del copago, es decir, 3.000 millones de euros de estos cinco años hasta julio del 2017.

Además, el ministerio ha venido incrementando los topes de aportación por tramos de edad cada año, según el IPC, siempre superior a la subida de las pensiones, que han sido de un triste 1 o 2% en 2013 al vergonzoso 0,25 a partir de 2014.

No cabe duda de que 2012 fue un año pésimo para muchos ciudadanos de este país como consecuencia directa del Gobierno del PP. El medicamentazo fue justificado por el Partido Popular con la excusa de estar indicado para los síntomas menores, medicamentos no muy caros pero frecuentemente indicados y, por tanto, de un gran consumo por la población en general y por los mayores, en particular. Este *medicamentazo* supuso algo muy claro: una buena parte del gasto farmacéutico pasaba de los presupuestos del Estado directamente a los bolsillos de los ciudadanos, sobre todo de los pensionistas, por un valor que entonces se calculó en 400 millones de euros anuales. Sabiendo la nefasta repercusión que estos recortes han tenido en la población durante estos años, el ministerio sigue sin realizar ningún tipo de evaluación sobre el efecto sanitario y económico que han tenido estas medidas, pero sí existen distintos estudios que alertan sobre sus

efectos negativos, especialmente en pacientes mayores, crónicos y muchas veces polimedificados sobre la continuidad y adherencia a los tratamientos.

Más de dos millones de españoles no tienen dinero suficiente para pagar sus medicinas, tanto activos como pensionistas, y un 20% de nuestros mayores tuvieron que abandonar sus medicamentos durante los años más duros de la crisis y, en parte, además ayudar a sus hijos y a sus nietos en unas situaciones, en ocasiones, peores que las suyas.

Pero, además, este *medicamentazo* ha tenido otra grave derivada, y ha sido el incremento desorbitado de los precios de estos medicamentos. Y es que, cuando el laboratorio fabricante pretende una modificación en el precio, debe notificarlo al Ministerio de Sanidad, y el ministerio debe aprobarlo o desestimarlos en el plazo de un mes. El propio ministerio reconoce que un número importante de estos medicamentos ha incrementado su precio con su autorización.

Ya vamos por el tercer castigo: el *medicamentazo*, el copago y, después, el incremento de los precios. Pero el Gobierno del PP pensaba más en los laboratorios, para poder compensar así el menor consumo de medicamentos, debido al abandono de tratamientos por parte de pacientes que no podían costárselo. De hecho, el propio Gobierno reconoce que, cinco años después de la aprobación de esta medida, el precio de 175 de los 320 fármacos, 320 fármacos cuyo precio ellos mismos han informado que ha aumentado, en 65 hasta duplicarse e incluso triplicar su precio. Solo un medicamento ha bajado y el resto lo ha mantenido. Un dato significativo, el precio medio por envase ha pasado de 4,2 euros a 8,61, un incremento medio del 75%, mientras que los pensionistas han —digamos, entre comillas— subido su pensión un 3% en todo el periodo. Todos estos recortes han supuesto para el Gobierno del PP una reducción total de 8.900 millones de euros en el gasto farmacéutico en los últimos seis años. Mientras tanto, los españoles hemos aportado a lo largo de estos años 4.300 millones de euros más.

Otro dato que debería hacerle reflexionar: solo en 2015, de los 1.044 millones de euros aportados de más por los españoles respecto a 2011, la mitad, 457 millones, son de jubilados de rentas inferiores a 18.000 euros.

Todos estos recortes son una merma del poder adquisitivo de las personas, especialmente pensionistas que —como decía antes— son los mayores consumidores porque, mientras que una pensión media se ha incrementado en los últimos años en 35 euros, el copago de medicamentos significa para cada pensionista una media de 120 al año, de ahí el abandono de los tratamientos.

Desde el Grupo Socialista queremos con esta iniciativa paliar, al menos parcialmente, esta situación, poniendo límites al crecimiento del precio de los fármacos financiados y que la Administración competente adopte las medidas pertinentes para bajar el precio de los medicamentos que, en 2012, se retiraron de la financiación, algo anómalo, puesto que el precio del resto de los medicamentos financiados ha tenido una tendencia a la baja.

Pedimos también que la Administración competente realice un estudio sobre el efecto de la exclusión de estos, que la exclusión de estos medicamentos tiene en el cuidado de las enfermedades crónicas, incluyendo sus indicaciones actuales, su posible sustitución por otras moléculas con mejor relación coste/eficiencia y el efecto desplazamiento indeseable que se haya podido producir hacia medicamentos de igual indicación pero..., eficacia pero de mayor precio.

Muchas gracias.

El señor GARCÍA ANGUIA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señoría.

Señor García, tiene cinco minutos.

[Rumores.]

Señor García... Díaz, perdón, Díaz, que he dicho García.

El señor DÍAZ ROBLEDO

—Gracias.

El señor GARCÍA ANGUIA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Señor Díaz, don Julio, cinco minutos.

El señor DÍAZ ROBLEDO

—Gracias, señor presidente.

Sí. Bueno, la proposición de ley hace referencia o volver a incluir en el sistema sanitario determinados medicamentos —como muy bien ha dicho la portavoz del Partido Socialista— que dejaron de ser gratuitos para pensionistas y otros colectivos, fundamentalmente para pensionistas, a partir del año 2012. Es obvio que la situación económica no es la misma y que ha mejorado. Es verdad también, de igual forma, que no ha llegado a toda la sociedad porque, además, esto siempre se produce más lentamente y también es responsabilidad de todos nosotros que eso suceda lo antes posible.

Entendemos, por tanto, que es necesario volver a concederles de nuevo esta gratuidad y que, bueno, no debe ser posible que haya personas, ninguna persona que tenga que abandonar un tratamiento porque no pueda pagárselo. Esto no puede ser una barrera para que una persona pueda acceder a protegerse de cualquier mal y que empeore su salud porque su poder adquisitivo no se lo permita. Pero esto tenemos que hacerlo con criterios, con datos y con evidencias. Siempre tenemos que funcionar basados en datos, teniendo en cuenta que estamos hablando también de personas, como no puede ser de otra manera.

Por lo tanto, tenemos que pensar en eso, en devolverles a los pensionistas este poder adquisitivo, y eso hacerlo teniendo en cuenta algo muy importante, y es que nos han dado mucho durante muchos años y, lógicamente, nuestros pensionistas tienen que tener todas las protecciones y también esta. Bueno, en Ciudadanos, aunque seguramente y obviamente nada va a ser suficiente hasta que en el Pacto de Toledo no lleguemos todos a un acuerdo, sí ha tratado en estos Presupuestos Generales del Estado de poner lo que nosotros entendemos un grano de arena bastante..., bastante importante, ¿no?, en este sentido. No voy a entrar en eso pero..., porque hay que seguir trabajando, y es el marco del Pacto de Toledo donde nos tenemos que poner de acuerdo todos.

Como digo, esto hay que hacerlo con responsabilidad. Nosotros, por ejemplo, cuando hablamos de optimizar precios, no hablamos de subasta y hablamos de licitación, eso está bien conocido y lo estamos di-

ciendo aquí en Andalucía, con la Ley de Sostenibilidad, ¿no? Son cuestiones que están todas, queramos o no, entrelazadas y que son fundamentales. Nosotros vamos a apoyar esta iniciativa porque entendemos que es buena, que es pertinente y que, lógicamente, suma en ese objetivo de proteger a pensionistas que cada vez, como está nuestra pirámide poblacional, nuestro crecimiento vegetativo, cada vez la pirámide se ensancha más. Y, por otra parte, vamos a formar parte todos, y también nuestros hijos, y vamos a ser todos pensionistas y debemos hacerlo, hacia donde se hace, debemos crear las condiciones idóneas, como se hace en otros países que tienen el estado del bienestar muy fuerte en este aspecto, como pueden ser los países nórdicos y demás, ¿no?

Por lo tanto, creo que esos son los modelos a seguir y que debemos avanzar. Nosotros vamos a apoyar esta proposición no de ley.

Gracias.

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señoría.

Señor Gil, tiene cinco minutos.

El señor GIL DE LOS SANTOS

—Gracias, señor presidente.

Señorías del PSOE, parece ser que ahora se muestran ustedes preocupados por los efectos de la desfinanciación de medicamentos que realizó el Gobierno del Partido Popular en 2012, sobre su efecto pernicioso, en especial en los pensionistas, que tienen que asumir el precio íntegro de sus medicamentos. Y, como recoge la exposición de motivos, estos precios que en muchos casos los laboratorios han incrementado con autorización del Gobierno central, del Partido Popular. Y piden que el Gobierno central baje el precio de sus medicamentos, primera propuesta de su proposición no de ley, y, diciéndolo con palabras más sencillas, que evalúen la reincorporación de algunos de ellos a la financiación del Sistema Nacional de Salud, segunda propuesta.

Parece que ahora todos se acuerdan de los pensionistas, nos alegramos, pero la verdad es que son ustedes un poco hipócritas. Esto no les preocupó en absoluto en 2012, cuando el Gobierno de la Junta hizo lo mismo con 661 medicamentos. Vamos a recordar un poco.

En 1998, el Gobierno del Partido Popular retiró de la financiación pública 661 medicamentos, lo que dio en llamarse el *medicamentazo*, el primero. El Gobierno del PSOE de Andalucía decidió mantener la financiación pública con cargo a su presupuesto de esos medicamentos, mediante el Decreto 159/1998, de 28 de julio, una buena medida. Así lo recogían en el preámbulo del decreto: «La Junta ha adoptado las medidas necesarias para que los ciudadanos andaluces no se vean afectados por el recorte de la prestación farmacéutica llevada a cabo, financiando con fondos propios los medicamentos excluidos». ¿Qué han hecho ustedes con esos 661 medicamentos, que han dejado de financiar? Pues, desfinanciarlos a escondidas en septiembre de del 2012. Aprovecharon la entrada en vigor del Real Decreto Ley 16/2012, para sumar a la desfinanciación de los 417 medicamentos del segundo *medicamentazo*, los 661 del primero, que hasta ahora sufragaba, con su

presupuesto, la Junta de Andalucía, que parece ser que han abordado una proposición no de ley, olvidándose de qué ocurrió, previamente, en 1998; quizás porque no les interese.

Y ya, en estos seis años desde entonces, no les ha preocupado que los pensionistas hayan tenido que pagar, no el diez por ciento, sino el cien por cien del precio de esos medicamentos, hasta ahora, claro, después de las movilizaciones de los pensionistas.

Y no digan ahora que eran medicamentos de escaso valor terapéutico, porque, entonces, estarían diciendo que han estado financiando durante catorce años un medicamento de dudosa utilidad, desde 1998 hasta 2012. Además, lo eliminaron de la financiación a escondidas, sin publicar ningún decreto, orden, o ni siquiera una simple circular interna del SAS. Por supuesto, sin ningún comunicado o nota de prensa, a los que son tan aficionados. Simplemente, lo hicieron modificando el programa informático de receta electrónica. De modo que un lunes, los médicos de atención primaria se encontraron que esos medicamentos ya no estaban entre los financiados de la aplicación de receta electrónica. Tan a escondidas lo han hecho, que siguen sin actualizar la página web de la Consejería de Salud, y estos medicamentos siguen apareciendo como financiados por la Junta de Andalucía. Así que, desde Podemos Andalucía, les vamos a poner hoy en una disyuntiva, para comprobar si son coherentes con un discurso, o los verdaderos hipócritas son ustedes, porque piden algo al Gobierno central, que ustedes dejaron de hacer en 2012. Les presento la siguiente enmienda *in voce* para que demuestren, o me demuestren, qué imagen quieren mostrar hoy al mundo.

La enmienda *in voce* es la siguiente: «El Parlamento de Andalucía insta al Consejo de Gobierno a que vuelva a cumplir el Decreto 159/1998, de 28 de julio, por el que se regula la prestación de determinados medicamentos con cargo a fondos propios de la Comunidad Autónoma de Andalucía, que entendemos sigue vigente, al no haberse publicado ninguna proposición en contra hasta la fecha, para sufragar 661 medicamentos que dejaron de financiarse por el Sistema Nacional de Salud».

Muchas gracias.

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señoría.

Señora Redondo, tiene cinco minutos.

La señora REDONDO CALVILLO

—Gracias, señor presidente.

Desde el punto de vista social y demográfico, la sociedad española todos sabemos que se caracteriza por ser una sociedad cada vez más longeva, y cada vez más afectada por enfermedades crónicas y fenómenos como la pluripatología, la polimedicación, fragilidad, etcétera, por lo que incorporación de innovaciones terapéuticas a la cartera pública de servicios es fundamental para mejorar el tratamiento.

La prestación farmacéutica, desde su inicio, siempre ha tenido un carácter selectivo. O sea, ni todos los medicamentos, ni tampoco todos los productos sanitarios disponibles, se han podido prescribir con receta oficial.

El marco normativo de los medicamentos ha ido evolucionando y se ha ampliado, y ha sido mucho más complejo. De este modo, llegamos al Real Decreto Legislativo 1/2015, donde se establece que la financiación de los medicamentos, dentro del Sistema Nacional de Salud, será selectiva y no indiscriminada. Los criterios no son arbitrarios, sino que atienden a la gravedad de la patología, el valor terapéutico que ofrece el medicamento, el grado de innovación que presenta la molécula, los estudios económicos realizados sobre el medicamento y el impacto presupuestario que genera sobre el Sistema Nacional de Salud.

Se elabora un informe, una propuesta de financiación y precio, que se eleva a la comisión interministerial, que es quien tiene la competencia en la toma de decisiones sobre la fijación del precio del medicamento y de los criterios de dispensación, y que tiene, entre sus miembros, representantes de las comunidades autónomas.

Me gustaría recordar que fue en 2012 cuando el Gobierno decidió incluir a las comunidades autónomas en esta comisión, que antes no estaban, no formaban parte de la misma. Y después de cinco años de trabajo, en 2017, decidió ampliar esta representación hasta tres miembros, y otros tres miembros de oyentes, con el objetivo fundamental de dotar de mayor transparencia a la información sobre la financiación.

Señorías, 20.377 medicamentos financiados forman parte de la cartera pública de prestaciones del Sistema Nacional de Salud: 12.122 genéricos, 113 biosimilares, el resto medicamentos de marca. Incluyen 1.485 principios activos. Hablan ustedes de 417 medicamentos que se eliminaron, pero es que, solo en los tres últimos años, se han incluido más de cuatro mil, de los que 3.001 son genéricos.

Con respecto al gasto por recetas, al que hacen ustedes referencia en la exposición de motivos... Pues, bueno, nos viene estupendamente, porque el gasto en recetas, del año 2015 a 2017, ha sido un 3% en el número de recetas, y de un 3,3% en el gasto medio por receta, que es, exactamente, el mismo porcentaje en el que se ha incrementado el número de personas mayores de 65 años, y que todos somos concedores de que son los que concentran el mayor porcentaje de consumo de medicamentos. Y si hablamos de la factura farmacéutica del hospital, este dato es todavía más claro, porque el gasto real en el ámbito hospitalario, comunicado por las comunidades autónomas en 2017, ha tenido un crecimiento del 0,1% con respecto al año anterior.

Recordar también que la financiación de la sanidad no es finalista; o sea, que son las comunidades autónomas las administraciones que deciden cada año qué cantidades invierten en la protección de la salud de sus ciudadanos a partir, evidentemente, de la financiación que reciben en términos globales. Y que aquí, en España, existen diferencias muy importantes de unas comunidades con otras. Por ejemplo, apenas mil euros la Comunidad Autónoma de Andalucía, mientras que otras superan los 1.600 euros, como el País Vasco.

Es un modelo equilibrado y compensado que sigue mejorando con medidas como, por ejemplo, la orden de precios de referencia, que ya, en el año pasado, supuso un ahorro de setenta y ocho millones en las comunidades autónomas, y diez millones a los ciudadanos. O la compra centralizada, que ha supuesto un ahorro de doscientos millones, pero eso sí, sin causar las carencias del producto y los desabastecimientos causados por la subasta andaluza, que, según el Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos, cinco de los veintiún medicamentos con problemas de abastecimiento están incluidos en la subasta.

Si hay un Gobierno que ha tomado medidas para llegar a un modelo más proporcional y equitativo en el pago de los medicamentos, desde luego, ese ha sido el Partido Popular. Hasta 2012, el pago de los medica-

mentos se basaba en la edad; a partir de 2012, se hizo por la renta, lo que creo que estaremos de acuerdo en que es más justo y solidario.

Con el Partido Popular, determinadas personas más vulnerables, que con el PSOE tenían que pagar, con el PP dejaron de hacerlo. Por ejemplo, las personas sin trabajo que han perdido el derecho a percibir el subsidio por desempleo, que antes pagaban el 40%; las personas perceptoras de rentas de integración social; las personas que están siguiendo tratamientos derivados de accidentes de trabajo y de enfermedades profesionales, y las personas perceptoras de pensiones no contributivas. Y estamos hablando de más de quinientas mil personas.

Es más, no existen informes fiables que digan que la adherencia a los tratamientos de los pensionistas haya disminuido con la reforma del sistema de copago farmacéutico. De hecho, en España, los motivos económicos no son una causa habitual de falta de adherencia al tratamiento. Según los últimos datos de la OCDE, España es uno de los tres países donde menos personas alegan problemas económicos para acceder a los tratamientos farmacéuticos, solo después de Suecia y Reino Unido.

Recordarles también que las personas con pensiones mínimas tienen un máximo de ocho euros al mes. Una vez pagados estos ocho euros al mes, pueden sacar los medicamentos que necesiten con coste cero. Así que díganme ustedes qué pensionistas son los que no pueden pagar los ocho euros máximo al mes, y, aquellos que no lo pueden pagar, qué servicios sociales no están pagando esos medicamentos para que puedan seguir con sus tratamientos.

Desde luego, no vamos a apoyar esta proposición no de ley, porque nos parece poco menos que absurda. Lo primero que se pide es que se intervengan precios de medicamentos que, precisamente, si no están incluidos en el Sistema Nacional de Salud, es que no se pueden intervenir; para eso está el libre mercado.

Y, segundo, que se haga un estudio, que ya se hizo en 2012, y que, precisamente, por las conclusiones de ese estudio, el resultado fue que se excluyeron estos medicamentos porque no dejaban ningún efecto con una mínima importancia.

Ustedes hacen referencia a antidiarreicos, mucolíticos, antitusígenos... Hay cientos de mucolíticos, y no hay que ir al más caro, a no ser que sea el usuario el que quiera una marca determinada. Así que tenemos muchísimas opciones, más económicas.

Por estos motivos, evidentemente, no vamos a aprobar esta proposición no de ley.

Muchas gracias.

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señoría.

Antes de darle paso al proponente para el cierre, decir que hay una enmienda *in voce*, presentada por el Grupo Parlamentario de Podemos. ¿Algún grupo se opone a su tramitación?

[Intervención no registrada.]

No, si no es aceptar, es para la tramitación. La tramitación. Una vez que se tramite, es cuando ya tiene usted... Bueno, entonces, si todos están de acuerdo, en su intervención tiene una presentada por Ciudadada-

nos, por escrito en tiempo y forma, y la *in voce*. Haga referencia a las dos para que sepamos, antes de votar, su toma de postura.

Tiene cinco minutos.

La señora MAESE VILLACAMPA

—Muchas gracias, señor presidente.

Señora Redondo, la felicito porque esta PNL era bastante complicada para el Partido Popular... Ha tenido usted que hacer un buen papel, defendiendo todos estos recortes difíciles. Y la felicito.

Pero, mire usted, todos estos recortes que se mencionan en la PNL no son más que una consecuencia de la contrarreforma atroz del Sistema Nacional de Salud que ustedes comenzaron en 2012. Por eso, le digo que lo ha hecho usted muy bien, aunque no nos la creemos.

La gestión de la política farmacéutica de su Gobierno es nefasta. Y le pongo algunos ejemplos: reforma de copagos anunciada por la ministra, y rectificada un día después; anuncio de revolución en el modelo de fijación de precios de medicamentos; medidas para promover el mercado de genéricos, que luego, ustedes mismos, rechazan en el Senado; nuevo sistema de financiación para los medicamentos huérfanos, y después nada: muchos incumplimientos y mucha inacción.

El pacto que ustedes aprobaron por la sanidad no avanza, no hay voluntad de diálogo ni de rectificación, una iniciativa que ustedes aprobaron en el Senado por mayoría. Impusieron un copago y, ahora, no saben ni se atreven a rectificar, ni siquiera contemplan mejora en los actuales Presupuestos Generales del Estado que acaban de presentar.

De los 2.905 millones de euros que salieron de los bolsillos de los españoles en 2011, con un gobierno socialista y ya con una crisis, se ha pasado a 4.508 millones en 2016, un incremento de 1.603 millones de euros. Esta cifra es la suma de su medicamentazo y de su copago. Por eso, señora Redondo, la gente es más pobre hoy, porque hoy la población española tiene que pagar de su bolsillo más de lo que ustedes han ahorrado. El resultado: más ingresos para la industria, más gasto para las familias.

En Andalucía, le recuerdo, señor Gil, gracias a la receta electrónica hemos evitado que más de 1,5 millones de pensionistas hayan tenido que adelantar el dinero del copago en farmacia impuesto por el Partido Popular. Saben ustedes que las pensiones en los últimos presupuestos han subido un poco para callar a los cientos de miles de pensionistas que tienen ustedes en su contra en las calles. Y lo han subido no porque les importe, sino porque tienen cerca unas elecciones. Porque si les importaran, ustedes vincularían esa subida al IPC, pero lo que han hecho es garantizarse un cheque en blanco para privatizar las pensiones en este país, como ya el presidente Mariano Rajoy ha pedido a los españoles: ahorrar para complementar las pensiones. Lo dijo claramente. Pero mientras el Partido Popular en el Gobierno garantiza a la industria farmacéutica un crecimiento equivalente al IPC con sus acuerdos con Farmaindustria, no lo hace con los pensionistas.

Porque, señores del Partido Popular, ustedes imponen a las comunidades autónomas la adhesión a estos protocolos con Farmaindustria como condición para acceder a la FLA, un mecanismo que no es sino un sistema de crédito de las comunidades autónomas que deben pagar. Anteponen el negocio a las personas, porque sus acuerdos con las farmacéuticas están bloqueando el crecimiento de los genéricos en España. Us-

tedes declararon una guerra contra la selección pública de medicamentos. Y además de los recortes en la financiación y la asfixia a las comunidades autónomas a través del objetivo de déficit, ustedes boicotean con numerosos recursos ante los tribunales una y otra vez la selección pública de medicamentos, sabiendo que es una medida de ahorro y de eficiencia, cuyo objetivo es que el gasto farmacéutico no salga de los bolsillos de ciudadanos, como está haciendo su gobierno con el copago, sino del margen del beneficio de las empresas farmacéuticas. Parece ser que saben ustedes llegar a acuerdos con las farmacéuticas para boicotear a las comunidades autónomas, pero no para que bajen los precios de los medicamentos.

Señor Gil, me encanta cómo defiende usted las políticas del Partido Popular en temas de sanidad, me encanta. Y le voy a decir una cosa. No nos pone usted en ningún tipo de diatriba, y por supuesto nada de hipocresía. Porque le voy a decir una cosa para que se acuerde de aquí en adelante. Nosotros ya defendíamos las pensiones en este país cuando Podemos no era ni un partido político, y estaban todavía ustedes haciendo reuniones en las calles.

Y por supuesto le vamos a decir que no a su enmienda *in voce*, por dos motivos. Primero, porque ustedes con esa enmienda están defendiendo la política sanitaria del Partido Popular, que cuando llegan al Congreso parece ser que no lo ven del mismo modo. Ustedes quieren que la Junta de Andalucía pague lo que le corresponde pagar al Gobierno de España. Su enmienda debería ser para que el Gobierno de España no solamente pagara los 417 medicamentos, sino también los 661 que sacó con anterioridad. Pero como jamás le he escuchado, en la vida, hacer una propuesta que beneficie a la comunidad autónoma, si eso pasa por hacer alguna crítica al PP. Debería usted hacérselo mirar.

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Señoría.

La señora MAESE VILLACAMPA

—Y por cierto, le recuerdo que el Gobierno debe a esta comunidad autónoma 5.522 millones de euros, a ver si usted alguna vez alza la voz contra el Partido Popular y contra la injusticia que está cometiendo este gobierno.

Y termino, señor presidente. Con los recortes del Partido Popular en los medicamentos han hecho —y lo saben— negocio a costa de los más débiles. Han roto la universalidad de la sanidad discriminando la ciudadanía por su renta, incluso por su propia enfermedad, para abrir de par en par la puerta a las privatizaciones.

Con esto termino, y simplemente posicionarme favorablemente, aceptar la enmienda que hace el Grupo Parlamentario de Ciudadanos.

Gracias.

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias.

10-18/PNLC-000016. Proposición no de ley relativa a la implantación de un protocolo de prevención y actuación en materia de alergias alimentarias

El señor GARCÍA ANGUIA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Siguiente proposición no de ley, del Grupo Parlamentario Popular, relativa a la implantación de un protocolo de prevención y actuación en materia de alergias alimentarias.

Señora Mestre, tiene siete minutos.

La señora MESTRE GARCÍA

—Bien. Muchísimas gracias, presidente.

Buenas tardes, señorías.

Bien, esto es una proposición no de ley que, de manera constructiva, el Partido Popular, y siendo altavoz de las asociaciones de alergias, intolerantes alimentarios, principalmente una que se llama Avanzax, queremos traer en el día de hoy, porque llevan años esperando una serie de acciones por parte del Gobierno andaluz. Y para nosotros es una prioridad. Yo creo que para todos los grupos políticos, todos, como cargos públicos, pero además con la responsabilidad tanto pública como particular que tenemos al formar parte de esta sociedad.

Creo que es importante poner de relieve y ponerse un poco en la cabeza, si alguno a lo mejor no lo vive, porque quizás en las familias de cada uno de nosotros ya vivamos algunas situaciones similares, es importante ponerse en la piel del otro y ponerse en la piel de esas familias que, bien sean adultos, o bien sean jóvenes, o bien sean menores, padecen una alergia alimentaria o algún tipo de intolerancia.

Hago mayor incidencia si cabe, y si me permiten, en las alergias, porque suelen tener consecuencias más graves, el efecto inmediato, a la hora de bien tener un contacto bien físico o bien a través de vía oral, de un alimento que sea impropio para su salud, que no sea admitido por su propio organismo. De ahí la alergia. Y creo que se pone en mucha tesitura a la familia desde el minuto y hora que no se establece un protocolo de prevención, un protocolo que venga a incidir en la seguridad de estas familias cuando tienen que escolarizar a sus hijos de manera segura, lógicamente, de manera inclusiva si cabe, porque un niño o una niña que tenga algún tipo de alergia alimentaria, de intolerancia severa, grave, puede tener síntomas de exclusión, puede tener síntomas de marginación, por qué no decirlo, y eso lo tenemos que evitar fomentando la escolarización segura.

Y creo que para esto no debe haber colores políticos, para esto debe haber la acción de un gobierno a través de este protocolo de actuación y prevención que exigimos en esta proposición no de ley, en materia de alergias alimentarias, lógicamente que sea de obligado cumplimiento. Incluso también se tengan en cuenta todos esas medidas que hoy en día existen a la hora de conciliar la vida familiar y laboral, como los campamentos; diferentes edades, incluso los de cero a tres años, actividades de tres a seis años, los niños más pequeños también sea de obligado cumplimiento este protocolo de actuación y prevención. Es muy importante para dotar, como digo, de seguridad a las familias, saber que donde dejas a tus hijos para comer van a estar

bien atendidos y, sobre todo, no van a poner en riesgo su vida. Porque algunos ponen en riesgo su vida, ponen en riesgo su vida desde el minuto y hora desde el minuto y hora que muchos de ellos tienen que llevan en su maleta, o muchos adultos tienen que llevar en su bolso, o en el coche, una medicación, que es la adrenalina autoinyectable, que eso es lo que le haría, en caso de una reacción alérgica severa, pues el salvar su vida.

Por eso, creo que es importante que tengamos muy presente que además, en los últimos tiempos, ha habido un gran incremento de alergias y de intolerancias, al menos hay mayor conocimiento, también se ponga en marcha medidas para fomentar y prevenir en la propia sociedad este tipo de casos. ¿Cómo? Pues también haciendo incidencia en el sector de la hostelería. Es fácil, se puede estar haciendo por parte de algunos sectores, por parte de algunas administraciones, como la local con las asociaciones de hostelería, por ejemplo.

Y nosotros queremos que el Gobierno andaluz fomente ese tipo de convenios con el sector hostelero para prevenir estos casos, pero además para dotar de igualdad a todos los ciudadanos, que independientemente que tengan una alergia, intolerancia o no, puedan comer con seguridad en los establecimientos públicos de nuestra tierra.

También creemos importante que se desarrollen actividades que abunden en la prevención a través de las asociaciones que trabajan con personas alérgicas o intolerantes.

Igualmente, también, que vemos que en el plazo de tres meses, como dice la iniciativa, aunque estamos abiertos a flexibilizar por tal de que sea una realidad lo antes posible, se desarrolle un portal web donde se pueda informar a toda la sociedad, donde los propios centros educativos puedan tener conocimiento y acceso a todo tipo de información que competa en esta materia y donde, en definitiva, dotemos de seguridad y protección a todos los menores de nuestra tierra.

Miren, hoy en día, cuando los padres quieren escolarizar a sus hijos de manera segura, recurren a las delegaciones territoriales de Educación, recurren a la consejería, pero nadie les da información al respecto, nadie les da respuestas a las dudas que les plantean los padres porque quieren que sus hijos estén seguros y estar tranquilos de que sus hijos no van a entrar en contacto con un alimento que les genere este tipo de reacciones que ponen en riesgo su vida.

Por eso creo que es muy importante también la formación, lógicamente, pero que por parte del Gobierno andaluz algo que no es costoso, pero sí pasa por la sensibilidad suficiente como para desarrollar una serie de acciones coordinadas entre consejerías, como puede ser la de la Salud y como puede ser la de Educación, se desarrollen estos protocolos, este portal web, se busque toda la información necesaria por tal de dotar de esa seguridad de la que les hablo, y de la que incido porque son los padres así como me lo manifiestan, la seguridad es lo que más temen y, por tanto, es lo que más añoran y a lo que aspiran, para eso hace falta todo lo que les he explicado.

Y, desde luego, creo importante también pues que la sensibilidad de todos los grupos venga a poner o a hacer posible que en el menor plazo se desarrollen estas acciones. Es verdad que no es la primera vez, creo, que el Gobierno andaluz tiene conocimiento de estas necesidades y de estas carencias porque hace ya mucho tiempo esta asociación ha trabajado con la consejería, pero a día de hoy ni existe el portal web ni existe el protocolo de actuación y prevención en materia de alergias alimentarias. Nosotros queremos que sea una realidad para que en el próximo curso pudieran todos los niños beneficiarse, pero ya no es solo por el bien de los niños y las niñas en los centros escolares, sino ya es incluso por la propia seguridad del profesorado, la

propia tranquilidad del personal docente de los centros educativos de que van a tener capacidad de atender algún episodio de este tipo porque tienen un protocolo de obligado cumplimiento que les respalda y que les ha dotado de información suficiente para actuar, y así también evitar tanto en los comedores escolares, que es donde la familia más hincapié hace, como en otro tipo de actividades que se fomentan desde los propios centros educativos o desde otro tipo de entidades, se pueda tener esa tranquilidad y se pueda seguir trabajando en una sociedad inclusiva. Porque no solo hablamos de una sociedad inclusiva cuando desde el punto de vista de las diferentes capacidades pueda tener la sociedad y diferentes personas, sino que también este tipo de alergias e intolerancias, como digo, vienen a crear situaciones de marginación y además de exclusión, y eso es lo que tenemos que evitar entre todos cuando es algo que fácilmente es evitable, simplemente con no tener acceso a esos elementos, pero también es importante tener conocimiento de cómo actuar.

Muchas gracias.

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señoría.

Señor Díaz, tiene cinco minutos.

El señor DÍAZ ROBLEDO

—Muchas gracias, señor presidente.

Bueno, pues están hablando ustedes con un intolerante alimenticio, yo mismo la tengo y uno de mis hijos también, y para más inri mi mujer es profesora de un centro educativo. Por lo tanto, qué les voy a decir de esta iniciativa, me parece bien traída, simplemente.

No la hemos traído nosotros, la ha traído el Partido Popular, hemos traído nuestra aportación a través de las enmiendas, creemos que mejoran el texto pero viene a incidir en lo mismo: nosotros también nos hemos reunido con Avanzax, como no puede ser de otra manera, a través de mi compañera Isabel y los compañeros de Salud.

Cierto es que va aumentando la población intolerante, yo mismo lo he vivido. Yo hace unos años no tenía ninguna intolerancia y ahora la tengo, y mis hijos tampoco y ahora la tienen. Eso es una cuestión que yo personalmente pienso que habrá que ir estudiando ya porque además los costes a nivel sanitario van avanzando, por lo tanto también en la prevención. Habrá que legislar un poco mejor en cuanto a cómo se complementan nuestros productos y qué efectos tienen en la salud de la población. A mí personalmente me parece un elemento, un elemento muy importante. Y también por cómo está nuestra pirámide poblacional y cómo está nuestro envejecimiento de la población, con que afecta transversalmente a todo el mundo.

Nosotros hemos hecho una serie de enmiendas que, como digo, creo que mejoran el texto. Concretamente hemos hecho una al punto 3, que añade la concienciación y también dice: «así como con las asociaciones, hacer participar a las asociaciones de personas consumidoras y usuarias y asociaciones empresariales, con el fin de establecer campañas informativas al conjunto de la población en cuanto a esta materia». Nos parece que es pertinente.

Y también es una enmienda de adición, son dos en realidad. Una primera, que dice «potenciar este tipo de campañas a través de la Radiotelevisión andaluza, con el fin de lograr un mayor impacto en la sociedad». Es evidente, tenemos instrumentos públicos, pues vamos a utilizarlos.

Y la siguiente es: «realizar actuaciones de formación a profesorado y empleados de centros educativos». La portavoz del Partido Popular se ha referido al protocolo, también nosotros nos referimos a este tipo de actuaciones, destinado a comedores escolares, con el fin de recibir información básica sobre cómo atender a los niños que padecen alergias o intolerancias alimentarias, debiendo contar para esta formación con la experiencia de las asociaciones que representan a los alérgicos o intolerantes alimenticios y de profesionales sanitarios. Tenemos que aprovechar ese bagaje que hay ahí y ese trabajo que ya han hecho desde la sociedad civil. Es verdad que ya en los colegios, yo estoy visitando muchos centros educativos, creo que van ya por 30, en la provincia de Huelva, porque precisamente hubo un problema con los comedores, y es verdad que hay cáterin que están funcionando, hablo de los cáterin como podía hablar de la gestión directa. Es verdad que también en los centros y los cáterin que trabajan para los centros están teniendo muchísimo cuidado con las intolerancias y con las alergias alimentarias, me parece que también los distintos sanitarios están haciendo también bien su trabajo y que en cualquier momento que detectan cualquier cosa hacen su trabajo.

Por lo tanto, creo que es un camino en el que debemos avanzar para mejorar en esta política pública que también es una política del estado del bienestar.

Muchas gracias.

El señor GARCÍA ANGUIA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señoría.

Señor Gil, tiene cinco minutos.

El señor GIL DE LOS SANTOS

—Gracias, señor presidente.

La propuesta que hoy debatimos nos parece acertada, ya que contiene un enfoque preventivo y de salud pública que es el adecuado en esta materia. Todo protocolo de actuación y prevención en materia de alergia alimentaria se muestra de sentido común y del todo necesario para saber cómo actuar en caso necesario y que existan personas con formación adecuada para esta eventualidad, así como proceder de tal forma que se pongan los medios necesarios para evitar que tenga lugar esta eventualidad. En este sentido, el que la información hacia los consumidores y usuarios de los productos alimentarios que consumen sea completa y transparente es fundamental.

Por último, queremos mandar desde Podemos Andalucía un saludo y mostrar nuestro reconocimiento a las distintas asociaciones y colectivos, que son los que mejor conocen el problema de primera mano y que, sin duda, la Administración debe contar con su conocimiento y colaborar en todo plan, proyecto y actividad que pretenda tener éxito.

Es por ello que los portales de información, como la página web que se menciona en el punto 4, ha de contar en su diseño y opciones con el saber de estas asociaciones y colectivos.

Proponemos una modificación al punto 4 en forma de enmienda *in voce* que recoja este matiz, quedando el texto propuesto de la siguiente forma: «Punto 4. Poner en marcha en el plazo de tres meses el portal web destinado a informar a la sociedad en materia de alergia alimentaria y sobre los instrumentos que para la prevención a favor de la seguridad y protección de los menores existan en nuestra comunidad autónoma». Y añadido el añadido: «Para el diseño de su contenido y opciones se contará con la colaboración de las asociaciones y colectivos de personas afectadas por alergias alimentarias».

Muchas gracias.

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señoría.

Señora Pachón, tiene cinco minutos.

La señora PACHÓN MARTÍN

—Muchas gracias, señor presidente.

Buenas tardes, señorías.

Y, desde luego, también nuestro grupo saluda esta proposición no de ley del Partido Popular. Entendemos que todo lo que hagamos en torno a esa prevención y a esas actuaciones en torno a las intolerancias alimenticias es muy importante. De hecho, las conozco de primera mano y sé perfectamente de lo que estamos hablando en la mañana de hoy también.

Como ya se ha destacado, es verdad que cada vez se están dando más situaciones de intolerancias alimenticias a cualquier tipo de edad, antes era destacado que se detectasen justo en niños cuando empezaban a incorporarse esos nuevos alimentos, y ahora pues incluso en una edad ya bastante madura hay muchísimos hombres y mujeres que se están encontrando con estas situaciones en sus vidas, que es verdad que hay que reconocer que cuando te llegan a la misma de repente en el diagnóstico se te cae, como yo suelo decir a veces, el centro de salud encima, porque complican bastante lo que es nuestra vida diaria, y por tanto todo lo que avancemos y todo lo que vayamos de la mano en este sentido yo creo que es importante que lo destaquemos y que apoyemos en la medida de lo posible.

Darle la enhorabuena también, en nombre de nuestro grupo, a la asociación Avanzax, porque nosotros también nos hemos reunido con ellos, como grupo parlamentario, y queremos destacar que así la asociación está cubriendo un papel importante en la sensibilización de las instituciones y, de la misma forma, también está haciendo ese acompañamiento y apoyo a esas familias que lo solicitan cuando las Administraciones ahí no podemos llegar. Así que reconocer esa labor que está haciendo también el movimiento asociativo en este sentido, de sensibilización, difusión, acompañamiento y apoyo.

Y, dicho esto, entrando directamente ya en la proposición no de ley que presenta el Partido Popular, queremos ir desgranándole un poquito, punto a punto, las distintas enmiendas que se han presentado por parte de los distintos grupos, y queremos dejar claro, también, el posicionamiento de nuestro grupo parlamentario.

En el punto número 1, con respecto a ese plan, a ese protocolo de actuación, nosotros hemos detectado que sería importante y necesario no solamente contar con la Consejería de Salud. Probablemente, la Consejería de Salud aquí sea vehículo de asesoramiento y de información, pero entendemos que donde tiene que recaer principalmente la responsabilidad, en este sentido, sería desde la Consejería de Educación. Y, como les decía, sé perfectamente de lo que hablo porque me consta —y aquí sí me gustaría hacer un llamamiento importante y destacarlo, de manera subrayada— que nuestros niños y niñas que tienen intolerancias alimenticias están en nuestros centros escolares perfectamente atendidos, porque el profesorado es sensible a esas situaciones, y así también, todo el personal de comedores escolares, y todo el personal de apoyo en nuestros centros educativos. Tengo que decirlo así porque, realmente, desde el primer momento en el que a un niño o a una niña se le detecta esta intolerancia, y está recibiendo su enseñanza, ya sea desde Infantil, Primaria o cualquier otro nivel, a nosotros, a los padres, se nos pide que presentemos nuestro diagnóstico. Y, a partir de ahí, esos niños y niñas están perfectamente vigilados, a lo largo de todo el día, en nuestros centros escolares. Y también, y por supuesto, reciben una atención adecuada en nuestros comedores escolares. Y ahí sí quiero destacar que es importante la labor que está haciendo la Consejería de Educación, de la mano también de la Consejería de Salud.

Por tanto, ese protocolo de actuación sí, pero en tiempo y forma, de manera coordinada entre la Consejería de Salud y las consejerías competentes —en este caso, la Consejería de Educación—, sin quitar que nuestros niños y niñas están perfectamente atendidos, en una correcta vigilancia, y centros escolares que cuentan ya con ese protocolo de actuación. Como les digo, lo conozco de primera mano.

El punto número 2, el fomentar convenios con el sector de la hostelería. Por suerte, también, la Consejería de Salud ha ido más allá; como saben, tiene también la responsabilidad en consumo. Y, dentro de nuestros planes de seguridad alimentaria, que ya están publicados, de 2018, se cuenta con ese paso más allá, como les digo, porque la Consejería de Salud supervisa de manera importante todos los controles de etiquetado para que no se dé ningún tipo de incumplimiento y, además, se reconocen ahí también las medidas que son necesarias adoptar, en el caso de que esos incumplimientos no se den por parte de un etiquetado que no esté acorde a lo que verdaderamente debe recoger. Por tanto, esas inspecciones por parte de la Consejería de Salud están ahí, se supervisan los etiquetados y hay seguridad en ese sentido.

Y, por otra parte, como saben también, hay una normativa europea, que es de obligado cumplimiento y de la que tienen que hacerse eco todos nuestros empresarios hosteleros. De hecho, vemos que cada vez con más asiduidad asistimos a los bares, a los restaurantes, y están estas cartas donde vienen detalladas las distintas intolerancias alimentarias. Con lo cual, aquí se ha dado un paso más allá por parte de la Consejería de Salud y Consumo con respecto al punto número 2 que hoy nos presenta el Partido Popular.

El desarrollar actividades destinadas a la prevención, por parte de las asociaciones y que las fomentemos desde las distintas consejerías, por supuesto que sí, apoyaremos de manera importante y decidida.

Y el poner en marcha un portal web, nosotros también queremos ir un poquito más allá; le hemos presentado a la portavoz del Partido Popular una enmienda *in voce* —se la digo ahora mismo—; una enmienda de modificación al punto 4, que es: «Recopilar, en un plazo de seis meses, un nuevo enlace incorporado en la web de la Consejería de Salud, con toda la información ya publicada sobre alergias e intolerancias alimentarias, donde, además, se dé a conocer dicho enlace a los centros educativos».

Y, por otra parte, a la enmienda que presentaba Ciudadanos de la campaña de la RTVA, también queremos dar un paso más allá. Quería trasladarle al portavoz que no solamente que se haga una campaña de manera puntual, sino que, además, nosotros queremos solicitar a la RTVA una enmienda, como digo, de modificación, porque al ir más allá, no solamente es esa campaña, sino además solicitar a la RTVA que, en los programas de carácter informativo, se introduzcan, entre otros contenidos, los relacionados con la sensibilización e información sobre prevención y actuación en materia de alergias alimentarias. No es una campaña; queremos ir, como digo, más allá en esos espacios informativos de la RTVA, y que aparezcan casi de manera permanente y de manera asidua en aquellos...

El señor GARCÍA ANGUIA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Señoría...

La señora PACHÓN MARTÍN

—... contenidos donde se les dé cabida.

Por tanto —termino, señor presidente, gracias por este tiempo que me ha dado de más—, decirles que sí, que estamos de acuerdo con todas aquellas iniciativas que se pongan en marcha para mejorar la calidad de vida de las personas intolerantes en nuestra comunidad autónoma, y que la Consejería de Salud, así también el Gobierno andaluz, ya ha dado muestras de ello en continuas ocasiones, de que estamos apoyándoles en todo lo necesario. Encontrarán nuestra mano tendida también al movimiento asociativo, no puede ser de otra forma.

Muchísimas gracias. Y gracias, señor presidente.

El señor GARCÍA ANGUIA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Señoría, hay algo que no entiende esta presidencia.

Había, presentada por su grupo, una enmienda escrita al párrafo número 4. ¿Y ahora la ha modificado *in voce*?

La señora PACHÓN MARTÍN

—No. Se lo aclaro, señor presidente.

Ya, dada la premura que usted me daba en la intervención... Disculpe.

El señor GARCÍA ANGUIA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—No lo entendemos en la Mesa.

DIARIO DE SESIONES DEL PARLAMENTO DE ANDALUCÍA

Núm. 505

X LEGISLATURA

5 de abril de 2018

La señora PACHÓN MARTÍN

—Se mantendría nuestra enmienda también, se añadiría...

El señor GARCÍA ANGUIA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—La escrita se mantiene.

La señora PACHÓN MARTÍN

—Se añadiría esa enmienda, porque además nosotros somos la única comunidad autónoma que tenemos ese teléfono de consulta directa...

El señor GARCÍA ANGUIA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—¿Y qué sería, *in voce*?

La señora PACHÓN MARTÍN

—Sí, sí, pero esa enmienda...

El señor GARCÍA ANGUIA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—¿Esta se mantiene?

La señora PACHÓN MARTÍN

—La nuestra, la que está registrada, se mantiene...

El señor GARCÍA ANGUIA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Se mantiene.

La señora PACHÓN MARTÍN

—... y se añadiría a la que le hemos presentado *in voce* a la portavoz del Partido Popular.

DIARIO DE SESIONES DEL PARLAMENTO DE ANDALUCÍA

Núm. 505

X LEGISLATURA

5 de abril de 2018

El señor GARCÍA ANGUIA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Y la Mesa no tiene la enmienda *in voce*.

La señora PACHÓN MARTÍN

—No la tiene, se la hago llegar...

El señor GARCÍA ANGUIA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—La tiene que dar urgente, tiene cinco segundos, porque tengo que someter a votación...

La señora PACHÓN MARTÍN

—Pues se la doy ahora mismo.

El señor GARCÍA ANGUIA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—... si se tramita o no se tramita la *in voce*, junto con la de Podemos.

La señora PACHÓN MARTÍN

—Mantenemos..., porque somos además la única comunidad autónoma que mantenemos ese hilo directo de consulta de las personas integrantes...

El señor GARCÍA ANGUIA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—¿La tiene hecha?

La señora PACHÓN MARTÍN

—... en nuestra comunidad autónoma, entonces la mantenemos y le paso la de modificación ahora mismo. Muchas gracias.

El señor GARCÍA ANGUIA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Pues tráigala a la Mesa, porque tengo que someter a votación, junto con la *in voce* de Podemos, si hay algún grupo que se oponga a la tramitación de las dos.

La señora PACHÓN MARTÍN

—Ahora mismo se la paso, señor presidente. Gracias.

El señor GARCÍA ANGUIA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Entonces, antes de dar la palabra a la proponente, señora Mestre, decirle: hay dos enmiendas *in voce*, una del Grupo Parlamentario de Podemos y otra del Grupo Parlamentario Socialista. ¿Algún grupo se opone a su tramitación?

Se tramita. Entonces, señora Mestre, decirle que hay tres enmiendas de Ciudadanos presentadas por escrito; se mantiene la presentada por escrito por el PSOE; una de Podemos *in voce*, y esta última del Partido Socialista *in voce*. Pero tengo que decirle que la *in voce* de Podemos y la escrita de PSOE coinciden, son el número cuatro las dos.

[Intervención no registrada.]

Es que aquí o la transaccionan o...

El señor DÍAZ ROBLEDO

—La de Ciudadanos, queda entendido que es una transaccional aportando...

El señor GARCÍA ANGUIA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—La transaccionan...

El señor DÍAZ ROBLEDO

—¿Es una modificación?

El señor GARCÍA ANGUIA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—¿La tiene escrita? ¿El grupo proponente puede aclararlo?

[Intervención no registrada.]

Venga, tiene la palabra, señora Mestre, pero para aclarar, y después ya le doy...

La señora MESTRE GARCÍA

—Muy bien. Muchas gracias.

Bueno, ciñéndome a las enmiendas, quería poner un poco de orden, si podemos, también para la Mesa y para los propios grupos...

El señor GARCÍA ANGUIA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—A ver si es posible.

La señora MESTRE GARCÍA

—... el hecho de que en el punto 1...

Bueno, la portavoz del Partido Socialista hacía unas aclaraciones, pero no las ha presentado como enmienda, ¿de acuerdo? Por tanto, eso no lo tenemos en cuenta.

El punto 3, que es una enmienda de adición de Ciudadanos, o de modificación, mejor dicho, esa la aceptamos. ¿Es de modificación o de adición, la de Ciudadanos, al punto 3? Digo, por hablar con... Aquí. Es una enmienda de modificación, bueno, porque... Bueno, sería una enmienda de adición, porque realmente conserváis prácticamente todo el párrafo, pero añadís...; pero bueno, se admite la enmienda al punto 3.

Y ahora, el punto 4. Nosotros aceptamos la de Podemos, porque viene a decir que se cuente con las entidades, o sea, que es una adenda, es una adición... Claro, nosotros aceptamos la de Podemos, y aceptamos la transacción, o la nueva, del Partido Socialista, pero no la registrada, porque claro, la registrada y la que acabas de anunciar..., es que esa era la síntesis de todo, es que no añade nada nuevo. O sea, la que está registrada del PSOE, desde mi punto de vista, se sustituía por la que acabas de definir aquí, que está perfectamente enlazada.

[Intervención no registrada.]

Ah, vale.

[Intervención no registrada.]

Ah, vale, de acuerdo. Entonces aceptamos las dos, exactamente: la que hemos negociado nosotros, que es la que ella acaba de exponer, más la que está registrada, ¿vale? Y se añadiría...

[Intervención no registrada.]

Exacto. Y se añadiría, si el PSOE así me lo permite, que creo que no hay ningún tipo de inconveniente, el hecho de para el...

[Intervención no registrada.]

¿Cómo?

[Intervención no registrada.]

Claro, acepto la registrada y acepto la que acabamos de..., ella la acaba de presentar *in voce* pero la hemos negociado.

[Intervención no registrada.]

Sí. Sí, sí, sí.

El señor GARCÍA ANGUIA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Señora Mestre, la enmienda presentada *in voce* por Podemos...

La señora MESTRE GARCÍA

—Claro, le...

El señor GARCÍA ANGUIA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—... se contradice...

La señora MESTRE GARCÍA

—No, se le suma...

No, no se contradice. Para el diseño de su contenido y opciones se contará con la colaboración de asociaciones y colectivos de personas afectadas.

[*Rumores.*]

El señor GARCÍA ANGUIA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Se transacciona entonces, ¿no? Se transacciona.

[*Intervención no registrada.*]

La señora MESTRE GARCÍA

—Sí, sí, exacto. Exacto, se transacciona.

El señor GARCÍA ANGUIA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Se tiene que transaccionar y se la tienen que dar a la letrada, porque levantamos la sesión y nos vamos.

Levantamos la sesión y nos vamos, pero se queda la letrada con el acta y con..., tiene que tener ella la transacción.

La señora MESTRE GARCÍA

—Ahora la hacemos llegar, porque no modifica el sentido...

El señor GARCÍA ANGUIA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Pues, hay que traerla antes de la votación, porque la letrada lo pide. Es la técnica jurídica.

La pueden traer la transaccional ya.

La señora MESTRE GARCÍA

—Ah, ¿ya?

Bueno...

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—La letrada exige que, antes de votar, sepamos lo que votamos, ¿no?

El señor DÍAZ ROBLEDO

—Sí, yo por aclarar un poco más también con respecto a la... He hablado con la portavoz del Partido Socialista. Y yo pensé que era una transacción a una nuestra de adición, a la de la RTVA, pero me dice que es de sustitución. No me importa aceptarla como sustitución, pero para mí son cosas distintas. Una cosa es una campaña que eso..., no pone campaña, son campañas, por lo tanto sostenidas en el tiempo, y otra cosa es programa de carácter informativo, que yo lo veo perfecto. Yo es que lo veía como algo complementario. A ver, yo preferiría que fuera de adición, o sea, que fuera una transacción, y no de sustitución.

¿No entendéis que puede haber campañas aparte...? Que con el ámbito informativo lo cubre... Bueno, es que realmente creo que son complementarias.

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—La palabra es de la proponente, digo yo, que será la proponente la que tiene el uso de la palabra.

La señora MESTRE GARCÍA

—Yo creo que ya que no existe el punto, y sería crear un punto nuevo, yo creo que es entendible perfectamente, y que la tengo por escrito ya y está registrada, la enmienda de Ciudadanos, añadiendo así el punto número cinco a la proposición no de ley.

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—¿Cómo quedaría el número cinco?

La señora MESTRE GARCÍA

—Pues, igual que está registrada, es la misma.

El señor GARCÍA ANGUIA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—¿Igual que la de Ciudadanos?

La señora MESTRE GARCÍA

—Ya está.

El señor GARCÍA ANGUIA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—¿Qué enmienda de Ciudadanos?

Hay tres. La Presidencia no sabe ahora mismo lo que vamos a votar. Pero vamos a ver una cosa, antes de votar una transaccional la tiene que tener la letrada delante. Yo no puedo someter a votación nada que no esté encima de la mesa.

Es decir, ¿van a trasladar la transaccional o no se puede votar? Todo lo que se vote tiene que estar en la mesa.

La señora MESTRE GARCÍA

—En esta enmienda de Ciudadanos no hay lugar a duda. No hay ningún tipo de transacción. Se admite la de Ciudadanos, y punto al punto cinco que está registrada.

El señor GARCÍA ANGUIA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Estoy viendo PSOE y Ciudadanos transaccionando, han contado con la proponente...

La señora MESTRE GARCÍA

—No, no, no, yo ya me he posicionado y he dicho que admito esta y punto.

El señor GARCÍA ANGUIA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Entonces, señora Mestre, ¿cómo quedaría la votación?

De los cuatro puntos.

El número uno como está.

¿Y el número dos?

DIARIO DE SESIONES DEL PARLAMENTO DE ANDALUCÍA

Núm. 505

X LEGISLATURA

5 de abril de 2018

La señora MESTRE GARCÍA

—El número dos se queda como está.

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—¿Número tres?

La señora MESTRE GARCÍA

—El número tres se acepta la enmienda de Ciudadanos.

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—¿Número cuatro?

La señora MESTRE GARCÍA

—Y el número cuatro es la transacción que vamos a pasarle a la Mesa.

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Perfecto.

Como tiene cinco minutos...

La señora MESTRE GARCÍA

—El texto lo tiene el Partido Socialista.

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Vamos a ver.

Mientras interviene en su intervención de cierre, ¿no pueden pasar a la Mesa la transacción, mientras usted interviene?

La señora MESTRE GARCÍA

—Sí.

El señor GARCÍA ANGUIA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Pues tiene la palabra.

La señora MESTRE GARCÍA

—Bueno, muchas gracias y para empezar agradecer a todos los grupos la sensibilidad que han...

El señor GARCÍA ANGUIA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Perdone, señora Mestre, ¿al final quedaría un punto cinco y un punto seis?

La señora MESTRE GARCÍA

—El punto cinco sería un nuevo punto a la proposición no de ley, y vamos a aceptar la propuesta que hace Ciudadanos sobre la RTVA.

El señor GARCÍA ANGUIA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—¿Y el punto número seis?

La señora MESTRE GARCÍA

—Y el punto número seis, que es la formación a los profesionales, que es un nuevo punto también, lo aceptaríamos.

El señor GARCÍA ANGUIA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—También lo aceptarían.

Bien, pues entonces tiene, mientras interviene de cierre, que haga la transaccional.

Tiene la palabra.

La señora MESTRE GARCÍA

—Bueno.

Muchas gracias, como decía, a todos los grupos por el apoyo a esta iniciativa y el enriquecimiento si cabe a la misma y poner de relieve que, hombre, la explicación que ha dado, por ejemplo, el Partido Socialista al punto uno, y que entiendo que debido a esa explicación quizás no lo vayan a votar a favor, con respecto a in-

troducir a la Consejería de Educación, yo es que creo que los matices a veces sirven para algo, pero otras veces sirven más que para justificar lo injustificable.

Digo esto, porque la proposición no de ley se establece de esta manera: «El Parlamento Andalucía y al Consejo de Gobierno a...», ojo, al Consejo de Gobierno, aquí no decimos a la Consejería de Salud, a: «...al Consejo de Gobierno a establecer, en el plazo de tres meses, en el marco de sus competencias un protocolo de actuación y prevención en materia de alergia alimentaria de obligado cumplimiento para todos los centros escolares que garantice la seguridad y la protección de los menores escolarizados...», etcétera.

Quiero decir con esto que, si creemos en esto, el Gobierno andaluz, cuando se ponga en marcha, lo hará desde la Consejería de Salud. Y si es necesario, y entiendo que la coordinación es el *leitmotiv* del Gobierno andaluz se pondrá en contacto con la Consejería de Educación, pero no creo que dejen de hacerlo si es que esta comisión no lo especifica en la proposición no de ley. Como ustedes comprenderán, tenemos ya mucha experiencia, todos, como para saber que eso no es así. Por eso, creo que no hay justificación a no apoyar el punto primero, puesto que instamos al Consejo de Gobierno, no instamos a una consejería, que por tanto podría llevar a pensar que excluiríamos la participación de otra consejería, ¿de acuerdo?

Por eso, igual que hemos tenido altura y hemos sabido enriquecer el texto, creo que sería necesario un poquito de más generosidad, al menos yo se lo pido con total humildad al Partido Socialista, que se lo replantee en esos términos. Porque es más, hemos considerado incluso flexibilizar los plazos y ampliarlos a seis meses, también el Partido Popular ha estado de acuerdo, pero resulta que después, por otros motivos, al no haberse presentado por enmienda, lógicamente nosotros tenemos que apoyar hoy lo que dice esta iniciativa más allá de las enmiendas y las negociaciones que ha habido.

Creo que es importante en definitiva que los ciudadanos, que las familias se sientan con el respaldo de una Administración competente, de una Administración sensible y de una Administración que, lejos de poner trabas a los problemas de los ciudadanos, ponga soluciones.

Y la solución es la que hoy trae el Partido Popular a través de esta proposición no de ley, y que además también ha enriquecido otros grupos políticos, de lo cual yo me enorgullezco, pero le pediría al Partido Socialista que, en esa coordinación que ejerce con el Gobierno andaluz, le exija también celeridad al equipo al Gobierno de Andalucía, celeridad porque, como decía, esta asociación viene trabajando con el Gobierno andaluz desde hace ya muchos años. Y aún no ha visto ni el portal, aún no he visto ni la línea, aún no ha visto ni el protocolo de actuación y prevención. Y por tanto, igual que las familias no quieren que se demore más, nosotros como Partido Popular también exigimos que, de cara al próximo curso escolar, ya todo el alumnado y la comunidad educativa en sí puedan disfrutar de ese protocolo de obligado cumplimiento y dotar de mayor seguridad a las familias andaluzas.

Miren, cuando se habla de la hostelería, ¿qué problema habrá en apoyar que se sigan fomentando convenios en el sector de la hostelería por mucho que se haya avanzado? Y es verdad, todos vamos ya a muchos establecimientos públicos donde las cartas ya especifican el contenido de los alimentos. Muy bien, pero yo le garantizo, señoría del Partido Socialista, que no sucede eso en todos los negocios, no sucede eso en todos los bares y restaurantes de Andalucía. Como no sucede, y como esto ya se está poniendo en marcha, ¿qué problema es el que hay en apoyar que se fomenten estos convenios? O sea, si a estas alturas de autogobierno y de experiencia al frente del Gobierno andaluz, 40 años el mismo partido político, no somos capaces de

apoyar un punto que diga: «fomentar los convenios con el sector de la hostelería de Andalucía para facilitar información a los consumidores», hombre, ¿cuál es el margen de maniobra que tienen ustedes?, ¿y cuál es el nivel de exigencia?, que es lo que más me preocupa.

Entonces, creo que tenemos que poner un poquito más las luces largas, y donde no hay inconveniente, donde no hay un compromiso presupuestario, solo voluntad, porque no hay compromiso presupuestario con este punto, se vote favorablemente porque le estaremos diciendo sí a un problema que nos manifiestan las familias, los adultos, los menores, que tienen en su día a día. Y, como hemos dicho, esto fomenta la igualdad y la inclusión social. Por eso, bueno, creo que ha quedado bastante claro cuáles son las necesidades de las personas con algún tipo de alergia alimentaria, o bien de intolerancia. Y creo que, como bien decía además la portavoz del Partido Socialista, que lo vive y que esto, cuando llega al seno familiar, conlleva una alteración muy drástica en ocasiones y una alteración notable en el desarrollo diario de cada una de las personas de las familias.

Así que nosotros creemos importante el que se siga contando con las asociaciones de personas que padecen algún tipo de alergia o intolerancia, que se siga trabajando con estas entidades desde el Gobierno andaluz para dar celeridad y, desde luego, para dar cumplimiento a todos y cada uno de los puntos de esta iniciativa que hoy acordamos.

Muchas gracias.

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señoría.

Señorías, suspendemos cinco minutos la comisión y que los cinco portavoces vengan a la mesa porque no hay acuerdo.

[Receso.]

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Señorías, vamos a ver si puedo explicarles lo que vamos a votar en la primera PNL. Se convierte, en vez de cuatro, en seis puntos, y la parte proponente acepta las tres enmiendas, presentadas por escrito en tiempo y forma por Ciudadanos, y admite la enmienda *in voce* de Ciudadanos, que son seis puntos.

¿Correcto?

Acepta la tres escritas de Ciudadanos y la *in voce* de Podemos.

[Intervención no registrada.]

Acepta, la proponente acepta las tres enmiendas presentadas por escrito por el Grupo de Ciudadanos y la presentada *in voce* hoy en la comisión por Podemos, que es lo que se acepta y rechaza lo demás, ¿no?, obviamente.

¿Votos favorables? ¿Votos a favor?

¿No está claro?

[Intervención no registrada.]

Es que es la primera, que hemos cambiado el orden, pero se vota por orden del orden del día, que es la primera.

Vamos a ver, que se ha cambiado porque lo ha pedido una parte..., la Presidencia ha cambiado la intervención, pero la PNL primera es la del PP y la segunda es la del PSOE.

Votamos primero la primera.

¿Por puntos? ¿Acepta? Pues bien.

Entonces, se vota, en primer lugar, la PNL que es del PP, que es la primera que había que debatir o que no se ha debatido, se ha debatido en segundo lugar, pero se vota en primer lugar. ¿Vale?

Venga, votos favorables al punto 1.

¿Votos en contra?

¿Abstenciones?

Votos favorables al punto número 2.

¿Votos en contra?

¿Abstenciones? Siete.

Votos favorables al punto número 3.

El resultado de la votación es el siguiente: ha sido aprobado por unanimidad.

Votos favorables al punto número 4.

¿Votos en contra?

¿Abstenciones? Cero.

Votos favorables al punto número 5 de la moción.

¿Votos en contra? Siete.

Votos favorables al punto número 6 de la PNL.

El resultado de la votación es el siguiente: ha sido aprobado por unanimidad.

Muchas gracias.

Queda aprobada, como es lógico, porque los seis puntos se han votado a favor.

Votamos ahora la que se ha debatido en primer lugar, pero que es la segunda PNL presentada por el Grupo Parlamentario Socialista, en el que la proponente ha rechazado la enmienda *in voce* de Podemos y sí ha aceptado la enmienda presentada por escrito en tiempo y forma por el Grupo Parlamentario Ciudadanos.

¿Se vota completa o quieren que se vote...? ¿Dos puntos? ¿Se puede votar completa? Bien.

¿Votos favorables?

¿Votos en contra?

¿Abstenciones?

Pues se aprueba y se levanta la sesión.

[Se levanta la sesión.]

