

# DIARIO DE SESIONES D S P A

## DIARIO DE SESIONES



## PARLAMENTO DE ANDALUCÍA

### COMISIONES

Núm. 528

X LEGISLATURA

17 de mayo de 2018

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

Sesión celebrada el jueves, 17 de mayo de 2017

### ORDEN DEL DÍA

#### COMPARECENCIAS

10-17/APC-001152. Comparecencia de la Excm. Sra. Consejera de Salud, a fin de informar sobre las medidas que toma la Consejería de Salud basándose en los indicadores del sistema nacional, presentada por el G.P. Ciudadanos.

10-18/APC-000442. Comparecencia de la Excm. Sra. Consejera de Salud, a fin de informar sobre el grado de ejecución en Huelva del Pacto por la Ordenación Asistencial firmado con los sindicatos el 10 de marzo de 2017, presentada por el G.P. Ciudadanos.

10-18/APC-000571. Comparecencia de la Excm. Sra. Consejera de Salud, a fin de informar sobre conclusiones y valoración del Consejo de Gobierno sobre el último Consejo Interterritorial de Salud, presentada por los Ilmos. Sres. D. Mario Jesús Jiménez Díaz, D. José Muñoz Sánchez, Excmo. Sr. D. Juan María Cornejo López, D. Francisco José Vargas Ramos, Dña. Araceli Maese Villacampa y Dña. Olga Manzano Pérez, del G.P. Socialista.

## PREGUNTAS ESCRITAS CON TRATAMIENTO DE PREGUNTA ORAL EN COMISIÓN

10-18/PEC-000006. Pregunta escrita con tratamiento de Pregunta oral en Comisión relativa a tratamiento urgente a pacientes con ictus agudo en Andalucía, presentada por el Ilmo. Sr. D. José Antonio Castro Román, del G.P. Izquierda Unida Los Verdes-Convocatoria por Andalucía.

10-18/PEC-000008. Pregunta escrita con tratamiento de Pregunta oral en Comisión relativa a la asistencia sanitaria en el centro de salud de Alhaurín el Grande, Málaga, presentada por el Ilmo. Sr. D. José Antonio Castro Román, del G.P. Izquierda Unida Los Verdes-Convocatoria por Andalucía.

10-18/PEC-000010. Pregunta escrita con tratamiento de Pregunta oral en Comisión relativa a reversión de la fusión hospitalaria en Granada, presentada por las Ilmas. Sras. Dña. Inmaculada Nieto Castro y Dña. María del Carmen Pérez Rodríguez, del G.P. Izquierda Unida Los Verdes-Convocatoria por Andalucía.

10-18/PEC-000011. Pregunta escrita con tratamiento de Pregunta oral en Comisión relativa a la externalización del servicio de mantenimiento de los centros sanitarios de la provincia de Cádiz, presentada por la Ilma. Sra. Dña. Inmaculada Nieto Castro, del G.P. Izquierda Unida Los Verdes-Convocatoria por Andalucía.

10-18/PEC-000012. Pregunta escrita con tratamiento de Pregunta oral en Comisión relativa a cierre de camas en Hospital Punta Europa de Algeciras, Cádiz, presentada por la Ilma. Sra. Dña. Inmaculada Nieto Castro, del G.P. Izquierda Unida Los Verdes-Convocatoria por Andalucía.

10-18/PEC-000013. Pregunta escrita con tratamiento de Pregunta oral en Comisión relativa a situación de los CHARES en la provincia de Huelva, presentada por la Ilma. Sra. Dña. Inmaculada Nieto Castro, del G.P. Izquierda Unida Los Verdes-Convocatoria por Andalucía.

10-18/PEC-000014. Pregunta escrita con tratamiento de Pregunta oral en Comisión relativa a Jornada «Estudio de exposición a metales en Andalucía» en Huelva, presentada por la Ilma. Sra. Dña. Inmaculada Nieto Castro, del G.P. Izquierda Unida Los Verdes-Convocatoria por Andalucía.

10-18/PEC-000015. Pregunta escrita con tratamiento de Pregunta oral en Comisión relativa a proyecto de remodelación y modernización del centro de salud Algeciras Centro, presentada por la Ilma. Sra. Dña. Inmaculada Nieto Castro, del G.P. Izquierda Unida Los Verdes-Convocatoria por Andalucía.

10-18/PEC-000017. Pregunta escrita con tratamiento de Pregunta oral en Comisión relativa a privatización del servicio de mantenimiento de varios hospitales y centros sanitarios de la provincia de Cádiz, presentada por la Ilma. Sra. Dña. Inmaculada Nieto Castro, del G.P. Izquierda Unida Los Verdes-Convocatoria por Andalucía.

## PREGUNTAS ORALES

10-18/POC-000077. Pregunta oral relativa a Complejo Hospitalario de Jaén, formulada por la Ilma. Sra. Dña. Catalina Montserrat García Carrasco, del G.P. Popular Andaluz.

10-18/POC-000324. Pregunta oral relativa a mejora sanitaria en Torremolinos, Málaga, formulada por la Ilma. Sra. Dña. Patricia Navarro Pérez, del G.P. Popular Andaluz.

10-18/POC-000746. Pregunta oral relativa a costes de la prestación de los servicios de emergencias 061 y Salud Responde, formulada por los Ilmos. Sres. Dña. Inmaculada Nieto Castro y D. José Antonio Castro Román, del G.P. Izquierda Unida Los Verdes-Convocatoria por Andalucía.

10-18/POC-000747. Pregunta oral relativa a cambios en la gestión del Área Sanitaria del Campo de Gibraltar, formulada por la Ilma. Sra. Dña. Inmaculada Nieto Castro, del G.P. Izquierda Unida Los Verdes-Convocatoria por Andalucía.

10-18/POC-000795. Pregunta oral relativa a carrera profesional sanitaria, formulada por la Ilma. Sra. Dña. Catalina Montserrat García Carrasco, del G.P. Popular Andaluz.

10-18/POC-000797. Pregunta oral relativa a Unidad de Radiología en el municipio de 'Los Barrios', Cádiz, formulada por el Ilmo. Sr. D. Jacinto Muñoz Madrid, del G.P. Popular Andaluz.

10-18/POC-000803. Pregunta oral relativa a Plan de Verano 2018, formulada por la Ilma. Sra. Dña. Catalina Montserrat García Carrasco, del G.P. Popular Andaluz.

10-18/POC-000804. Pregunta oral relativa a oferta empleo público, formulada por la Ilma. Sra. Dña. Catalina Montserrat García Carrasco, del G.P. Popular Andaluz.

10-18/POC-000807. Pregunta oral relativa a inyecciones intravítreas, formulada por la Ilma. Sra. Dña. Catalina Montserrat García Carrasco, del G.P. Popular Andaluz.

10-18/POC-000827. Pregunta oral relativa a nuevo hospital de día de oncología de Córdoba, formulada por los Ilmos. Sres. D. Juan Antonio Gil de los Santos y D. David Jesús Moscoso Sánchez, del G.P. Podemos Andalucía.

10-18/POC-000830. Pregunta oral relativa a formación a profesionales para realizar ecografías abdominales en los centros de salud, formulada por los Ilmos. Sres. D. Francisco José Vargas Ramos y Dña. María de los Ángeles Ferriz Gómez, del G.P. Socialista.

10-18/POC-000831. Pregunta oral relativa a descubrimiento de investigadores del Centro Andaluz de Biología Molecular y Medicina Regenerativa -CABIMER- en el Campo de la Diabetes, formulada por los Ilmos. Sres. D. Francisco José Vargas Ramos y Dña. Caridad López Martínez, del G.P. Socialista.

10-18/POC-000832. Pregunta oral relativa a planes de atención personalizados para pacientes crónicos, formulada por los Ilmos. Sres. D. Francisco José Vargas Ramos y Dña. Olga Manzano Pérez, del G.P. Socialista.

### PROPOSICIONES NO DE LEY

10-18/PNLC-000056. Proposición no de ley relativa a apoyo a los enfermos y familiares de afectados con espina bífida, presentada por el G.P. Popular Andaluz.

10-18/PNLC-000065. Proposición no de ley relativa a sistema de vigilancia de la salud de zonas de alta contaminación, presentada por el G.P. Podemos Andalucía.

10-18/PNLC-000085. Proposición no de ley relativa a inclusión de los tratamientos de fisioterapia para las enfermedades neuromusculares (ENM) en la cartera de servicios del sistema sanitario público andaluz, presentada por los GG.PP. Izquierda Unida Los Verdes-Convocatoria por Andalucía y Ciudadanos y G.P. Podemos Andalucía y G.P. Popular Andaluz y G.P. Socialista.

## SUMARIO

Se abre la sesión a las diez horas, siete minutos del día diecisiete de mayo de dos mil dieciocho.

### COMPARECENCIAS

10-17/APC-001152. Comparecencia de la consejera de Salud, a fin de informar sobre las medidas que toma la Consejería de Salud basándose en los indicadores del sistema nacional (pág. 10).

Intervienen:

Dña. Marina Álvarez Benito, consejera de Salud.

Dña. María Isabel Albás Vives, del G.P. Ciudadanos.

10-18/APC-000442. Comparecencia de la consejera de Salud, a fin de informar sobre el grado de ejecución en Huelva del Pacto por la Ordenación Asistencial firmado con los sindicatos el 10 de marzo de 2017 (pág. 22).

Intervienen:

Dña. Marina Álvarez Benito, consejera de Salud.

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

10-18/APC-000571. Comparecencia de la consejera de Salud, a fin de informar sobre conclusiones y valoración del Consejo de Gobierno sobre el último Consejo Interterritorial de Salud (pág. 32).

Intervienen:

Dña. Marina Álvarez Benito, consejera de Salud.

Dña. María de los Ángeles Ferriz Gómez, del G.P. Socialista.

### PREGUNTAS ESCRITAS CON TRATAMIENTO DE PREGUNTA ORAL EN COMISIÓN

10-18/PEC-000006. Pregunta escrita con tratamiento de pregunta oral en comisión relativa a tratamiento urgente a pacientes con ictus agudo en Andalucía (pág. 43).

Contestada por escrito.

10-18/PEC-000008. Pregunta escrita con tratamiento de pregunta oral en comisión relativa a la asistencia sanitaria en el centro de salud de Alhaurín el Grande, Málaga (pág. 43).

Contestada por escrito.

10-18/PEC-000010. Pregunta escrita con tratamiento de pregunta oral en comisión relativa a reversión de la fusión hospitalaria en Granada (pág. 43).

Contestada por escrito.

10-18/PEC-000011. Pregunta escrita con tratamiento de pregunta oral en comisión relativa a la externalización del servicio de mantenimiento de los centros sanitarios de la provincia de Cádiz (pág. 43).

Contestada por escrito.

10-18/PEC-000012. Pregunta escrita con tratamiento de pregunta oral en comisión relativa a cierre de camas en Hospital Punta Europa de Algeciras, Cádiz (pág. 43).

Contestada por escrito.

10-18/PEC-000013. Pregunta escrita con tratamiento de pregunta oral en comisión relativa a situación de los CHARES en la provincia de Huelva (pág. 43).

Contestada por escrito.

10-18/PEC-000014. Pregunta escrita con tratamiento de pregunta oral en comisión relativa a Jornada «Estudio de exposición a metales en Andalucía» en Huelva (pág. 43).

Contestada por escrito.

10-18/PEC-000015. Pregunta escrita con tratamiento de pregunta oral en comisión relativa a proyecto de remodelación y modernización del centro de salud Algeciras Centro (pág. 43).

Contestada por escrito.

10-18/PEC-000017. Pregunta escrita con tratamiento de pregunta oral en comisión relativa a privatización del servicio de mantenimiento de varios hospitales y centros sanitarios de la provincia de Cádiz (pág. 43).

Contestada por escrito.

## PREGUNTAS ORALES

10-18/POC-000077. Pregunta oral relativa a Complejo Hospitalario de Jaén (pág. 43).

Intervienen:

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

Dña. Marina Álvarez Benito, consejera de Salud.

10-18/POC-000324. Pregunta oral relativa a mejora sanitaria en Torremolinos, Málaga (pág. 47).

Intervienen:

Dña. María Victoria Romero Pérez, del G.P. Popular Andaluz.

Dña. Marina Álvarez Benito, consejera de Salud.

10-18/POC-000746. Pregunta oral relativa a costes de la prestación de los servicios de emergencias 061 y Salud Responde (pág. 50).

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-000747. Pregunta oral relativa a los cambios en la gestión del Área Sanitaria del Campo de Gibraltar (pág. 53).

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-000795. Pregunta oral relativa a carrera profesional sanitaria (pág. 57).

Intervienen:

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

Dña. Marina Álvarez Benito, consejera de Salud.

10-18/POC-000797. Pregunta oral relativa a Unidad de Radiología en el municipio de Los Barrios, Cádiz (pág. 60).

Intervienen:

D. Jacinto Muñoz Madrid, del G.P. Popular Andaluz.

Dña. Marina Álvarez Benito, consejera de Salud.

10-18/POC-000803. Pregunta oral relativa a Plan de Verano 2018 (pág. 63).

Intervienen:

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

Dña. Marina Álvarez Benito, consejera de Salud.

10-18/POC-000804. Pregunta oral relativa a oferta empleo público (pág. 67).

Intervienen:

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

Dña. Marina Álvarez Benito, consejera de Salud.

10-18/POC-000807. Pregunta oral relativa a inyecciones intravítreas (pág. 70).

Intervienen:

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

Dña. Marina Álvarez Benito, consejera de Salud.

10-18/POC-000827. Pregunta oral relativa a nuevo hospital de día de oncología de Córdoba (pág. 73).

Intervienen:

D. David Jesús Moscoso Sánchez, del G.P. Podemos Andalucía.

Dña. Marina Álvarez Benito, consejera de Salud.

10-18/POC-000830. Pregunta oral relativa a formación a profesionales para realizar ecografías abdominales en los centros de salud (pág. 76).

Intervienen:

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

Dña. Marina Álvarez Benito, consejera de Salud.

10-18/POC-000831. Pregunta oral relativa a descubrimiento de investigadores del Centro Andaluz de Biología Molecular y Medicina Regenerativa -CABIMER- en el Campo de la Diabetes (pág. 78).

Intervienen:

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

Dña. Marina Álvarez Benito, consejera de Salud.

10-18/POC-000832. Pregunta oral relativa a planes de atención personalizados para pacientes crónicos (pág. 81).

Intervienen:

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

Dña. Marina Álvarez Benito, consejera de Salud.



## PROPOSICIONES NO DE LEY

10-18/PNLC-000056. Proposición no de ley relativa al apoyo a los enfermos y familiares de afectados con espina bífida (pág. 85).

Intervienen:

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

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

Dña. María Isabel Albás Vives, del G.P. Ciudadanos.

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

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

*Votación: aprobada por unanimidad.*

10-18/PNLC-000065. Proposición no de ley relativa a sistema de vigilancia de la salud de zonas de alta contaminación (pág. 96).

Intervienen:

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

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

Dña. María Isabel Albás Vives, del G.P. Ciudadanos.

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

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

*Votación de los puntos 1 y 2: aprobados por 9 votos a favor, 7 votos en contra, ninguna abstención.*

*Votación de los puntos 3, 4, 5, 6 y 7: aprobados por 16 votos a favor, ningún voto en contra, ninguna abstención.*

10-18/PNLC-000085. Proposición no de ley relativa a la inclusión de los tratamientos de fisioterapia para las enfermedades neuromusculares (ENM) en la cartera de servicios del sistema sanitario público andaluz (pág. 104).

Intervienen:

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

Dña. María Isabel Albás Vives, 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.

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

*Votación: aprobada por unanimidad.*

Se levanta la sesión a las catorce horas, veintiocho minutos del día diecisiete de mayo de dos mil dieciocho.

## 10-17/APC-001152. Comparecencia de la consejera de Salud, a fin de informar sobre las medidas que toma la Consejería de Salud basándose en los indicadores del sistema nacional

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Bien, buenos días, señoras y señores diputados.

Hay quórum y, por tanto, podemos dar comienzo a la sesión ordinaria de la Comisión de Salud del mes de mayo. E iniciamos con la primera comparecencia de la excelentísima señora consejera a fin de informar sobre las medidas que toma la Consejería de Salud basándose en indicadores del sistema nacional. Tiene 15 minutos para su primera intervención.

Cuando quiera, señora consejera.

La señora ÁLVAREZ BENITO, CONSEJERA DE SALUD

—Gracias, presidente.

Señorías, voy a dar un paso a la respuesta a esta comparecencia planteada por el Grupo de Ciudadanos, sobre las medidas que toma la Consejería de Salud basándose en los indicadores del Sistema Nacional de Salud.

Sí que es verdad que me ha planteado dudas exactamente de lo que quería, cómo quería orientar la pregunta, pero no hay inconveniente en que lo pueda completar en la segunda intervención o en otra ocasión. Si realmente no he orientado exactamente por donde..., porque es verdad que son muchos indicadores de salud los que existen en el ministerio, de muy, muy variada índole. Y, bueno, lo he orientado de forma global, pero no hay inconveniente en, si puedo hoy mismo, completarlo, y si no, en otra ocasión, ¿de acuerdo?

Bueno, pues, sí que es precisamente relacionado con este tema, el pasado 7 de abril se celebró —como bien saben— el Día Mundial de la Salud, y como cada año la OMS pide a los líderes mundiales que trabajan en salud el compromiso de que se puedan adoptar medidas concretas que puedan promover y mejorar la salud en todas las personas, en todos los países y en todas las comunidades.

Por otra parte además, recientemente, la Comisión Europea ha publicado los perfiles del estado de salud de los Estados miembros de la Unión Europea, y también desde la consejería, en concreto el servicio de Vigilancia y Salud laboral, pues, hemos querido aprovechar este momento para ofrecer una aproximación al estado de salud de la población andaluza.

En Andalucía tenemos que decir de forma global que contamos con un buen sistema sanitario público, con unos resultados de salud que son equiparables a los mejores sistemas sanitarios a nivel mundial. Y podemos ver los datos a continuación que avalan esto que les estoy comentando. Por una parte, la esperanza de vida en Andalucía, que saben que la esperanza de vida es de los indicadores realmente, e inicialmente valorado en todos los sistemas sanitarios. En el año 2016 aumentó 3,7 años con respecto al año 2000, que era de 78,2. Este incremento ha ido en paralelo con la esperanza de vida media en España, que actualmente es la más elevada de todos los países de la Unión Europea. Y, aunque con cifras algo más bajas en Andalucía, de siempre, sí que se encuentra en sintonía con el resto de las comunidades autónomas y la tendencia es al alza.

En nuestra comunidad, la esperanza de vida en los hombres aumentó 4,2 años, entre el año 2000 y el año 2016 y, en las mujeres el aumento fue de 3,1 años. A pesar de ello, las mujeres continúan posicionándose con mayor esperanza de vida, habiendo alcanzado los 84,5 años frente a los 79,2 años de los de los hombres.

Y, por otro lado, sabemos que las enfermedades cardiovasculares y el cáncer son las primeras causas de muerte en Andalucía y también en España. Así, en nuestra comunidad, las enfermedades cardiovasculares representan un 32,3% del total de las causas, seguida del cáncer, con un 25,3%. Y, posteriormente, las enfermedades del sistema nervioso, en tercer lugar, con un 10,5%. Le siguen ya, en un porcentaje inferior, las enfermedades del sistema respiratorio, con un 5,8%; las enfermedades digestivas, muy parecidas, con un 5,5%; las causas externas, un 3,6%, y, posteriormente, las enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas, con un 3,1%.

En cuanto a distribuciones de las causas de mortalidad en Andalucía, son muy parecidas a las de España excepto en las enfermedades del sistema respiratorio, que en España son 5 o 6 puntos en el..., perdón, que en Andalucía tenemos 5,6 puntos menos en las enfermedades del sistema respiratorio, y, sin embargo, a las enfermedades del sistema nervioso tenemos 4,4 puntos más en nuestra comunidad.

En cuanto a la distribución según el sexo, en el año 2016, en los hombres, el cáncer es la primera causa de muerte, con un 30,3% aproximadamente. En mujeres, sin embargo, el cáncer es solamente el 20, bueno, solamente no, es inferior, pero ya un porcentaje muy elevado, el 20%. En las mujeres, la primera causa de muerte es la enfermedad cardiovascular, con un 36%, un porcentaje muy elevado.

En este sentido, es importante destacar que en Andalucía ha descendido la mortalidad por cáncer de mama, en todo el periodo del año 1999 al año 2015. Y ello es debido, en parte, al programa de detección precoz de cáncer de mama, que está implantado en nuestra comunidad desde hace tiempo. La implantación del proceso cáncer de mama que conlleva el abordaje de grupos multidisciplinares para el manejo individualizado y personalizado de esta patología y, por otra parte, también las innovaciones terapéuticas que se van introduciendo en esta patología.

La supervivencia neta a los 5 años, estandarizada por edad en el cáncer de mama, en nuestra comunidad ha pasado de un 67,5% al 85,6% desde el año 1985 hasta el año 2012, porque este año es el último año registrado en series de 5 años. Y, de forma global, podemos decir que el cáncer de mama tiene una supervivencia del 85,6% en nuestra comunidad, pero si realmente ya valoramos por estadios, sabemos que los estadios iniciales, que suponen prácticamente el 70% de los cánceres diagnosticados, la supervivencia está rondando el 90% o superior al 90%. Y en el caso del cáncer de próstata, que es el cáncer más frecuente en el hombre, la situación es muy parecida a lo que ha ocurrido en el cáncer de mama, la supervivencia a los 5 años ha pasado del 53,8% a más del 87%, si tenemos cuenta el periodo desde el año 1985 hasta la actualidad.

Estos son los indicadores que se utilizan para la vigilancia de la salud en la población andaluza y que se proporcionan periódicamente al ministerio para que se puedan construir los indicadores del Sistema Nacional de Salud, que no sé si es a lo que usted se refiere. Y basándonos en estos indicadores, hemos puesto en marcha la estrategia de planes integrales, con el fin de abordar de forma integral los problemas de salud que suponen una carga de enfermedad importante para la población andaluza.

En ese sentido, decir que nuestra estrategia de trabajo en planes integrales ha demostrado muy buenos resultados, algunos de los planes conllevan dentro determinados procesos asistenciales integrados, pues, por ejemplo el Plan Integral de Oncología conlleva muchos procesos para cada una de las localizaciones tu-

morales, un proceso de cáncer de mama, de cáncer de próstata, de... Realmente, estos planes integrales permiten un abordaje integral de todos los profesionales que intervienen, con independencia de su especialidad, con independencia del perfil y con independencia de la ubicación, si están en primaria, si están en especializada. Todo ello mejora una atención integral con continuidad asistencial, se ha demostrado que tiene mucha mejores resultados. Tenemos un número muy importante de planes integrales. Y lo que hemos hecho este año ha sido que hemos priorizado 9 planes, 9 planes integrales que representan aproximadamente el 80% de la demanda de asistencia sanitaria en nuestra comunidad por la prevalencia que tienen, y esos planes integrales, realmente, son objetivos obligatorios para todos los hospitales y para todos los centros de atención primaria, para que los trabajen de forma conjunta. Además, se le ha pedido a cada área, trabajando su área con su hospital, que realmente ellos hagan un análisis de situación exactamente de sus problemas de salud, que pueden variar en cada área y de cómo se está abordando, para que realmente planteen el mejor abordaje concreto en su sitio de ese plan operativo del plan integral, ¿no?, que haya un plan más operativo en esa área.

Como comentaba, se han priorizado los planes integrales de enfermedades más prevalentes, entre ellos, pues, el del cáncer, el de diabetes, el ictus, el de cardiopatía..., bueno, el del dolor, de enfermedades musculoesqueléticas, la enfermedad mental. Son 9 planes que conllevan el 80% de las patologías, y que, como veremos a continuación, nos están dando muy buenos resultados, y podemos verlo en plan de diabetes.

También, además de estos indicadores, utilizamos otros indicadores en otros sistemas de información para completar el seguimiento de la calidad, y los resultados de la atención sanitaria, por ejemplo, el sistema de información de asistencia especializada, que también sirve para compararnos con el resto de las comunidades autónomas en el país.

Este sistema, pues, comprende diferentes ámbitos, como son el Catálogo Nacional de Hospitales, la información estadística de los hospitales, el CMBD, la contabilidad analítica del hospital, la lista de espera, la Estadística Estatal de Centros de Transfusión, o la Estadística Estatal también de Trasplantes. Así, por ejemplo, podemos conocer que, gracias —como le comentaba— al Plan Integral de Diabetes se han mejorado muchísimo los indicadores, son mejores que en el resto del país. Eso es un ejemplo de cómo se puede mejorar la salud abordándola a través de un plan integral.

Se han disminuido los ingresos hospitalarios por esta enfermedad y sus complicaciones, así como la mortalidad y la mortalidad prematura por diabetes también han disminuido de forma progresiva en Andalucía y son inferiores a lo que existen a nivel nacional.

Según el Ministerio de Sanidad, las tasas de hospitalización por diabetes mellitus, ajustadas por edad para el último año disponible, que es el año 2015, son de 34,2 por cada 100.000 habitantes para Andalucía y de 42,6 por cada 100.000 habitantes para España. Y, desde el año 2005, las tasas de hospitalización en Andalucía por diabetes han experimentado un descenso progresivo, una reducción del 39,7% en Andalucía y del 26,7% en España.

La tasa de mortalidad estandarizada por 100.000 habitantes en el año 2015 es de 11,32 para Andalucía y de 9,83 para España. En el periodo 2007 a 2015, las tasas estandarizadas de mortalidad han experimentado una reducción del 25% en Andalucía, frente a la reducción del 23% en España.

Y en lo que se refiere a las cardiopatías, que es otra de las patologías frecuentes, como hemos comentado, y de hecho la enfermedad cardiovascular es la primera causa de muerte en la mujer en nuestra comuni-

dad, el hecho de haber implantado el código infarto ha permitido reducir un 5% la mortalidad por infarto agudo de miocardio y también se ha podido pasar de un 77% en el año 2010 a un 91% en el año 2016 el índice de tratamiento de repercusión en los pacientes con infarto agudo.

Y, bueno, son unos ejemplos para que vean cómo puede funcionar el sistema en términos de calidad y resultados en salud, y que son equiparables a los de nuestro entorno y en algunos casos, bueno, pues mejores. Y son, además, los indicadores que nosotros utilizamos para su monitorización y que nos permitan valorar la evolución de los mismos.

Otros indicadores que utilizamos para priorizar las medidas a adoptar en la mejora de la asistencia sanitaria son los que están relacionados con la satisfacción con las expectativas de la población, y eso se recoge habitualmente a través de barómetros o a través de encuestas. Así, en la Encuesta Europea de Salud en España de 2014, más del 70% de la población andaluza asegura tener buena salud, un porcentaje que es muy similar a la media de España. A la cabeza se encuentra Navarra, donde aproximadamente el 75% de la población asegura tener buena salud, mientras que Galicia se encuentra en la parte más baja, ya que su porcentaje de personas que refieren tener buena salud es de un 60%, aproximadamente.

Por otro lado, estos indicadores nos llevan a impulsar las políticas de salud pública y para actuar de forma efectiva sobre lo determinante de la salud en nuestra comunidad autónoma, que realmente son los que generan la mayor carga de enfermedad y, sobre todo, provocan desigualdades.

Como les decía, para afrontar los problemas de salud prevalentes y prioritarios, la Consejería de Salud viene desarrollando los planes integrales, como el oncológico, cardiopatías, diabetes, tabaquismo, obesidad, salud mental, accidentabilidad. Y estos planes parten de un análisis muy exhaustivo de la situación y utilizan como referencia estos planes los indicadores que propone el sistema nacional de salud.

En el año 2013, también de la misma manera, se puso en marcha el Plan Andaluz de Salud, que, como saben, es el marco de referencia, el instrumento indicativo para las políticas de salud en nuestra comunidad, y con este plan, construido para el escenario 2020, el Gobierno de Andalucía adquiere una serie de compromisos con la sociedad andaluza que abordan los retos más acuciantes para la salud y para la calidad de vida, como son la cronicidad, la discapacidad o la dependencia, así también como el impacto del cambio climático, la globalización, el riesgo ambiental o alimentario o las desigualdades sociales en salud. Y por ello se plantea la ley para la promoción de una vida saludable y una alimentación equilibrada, que, como saben, el pasado 6 de marzo superó ya el debate a la totalidad en este Parlamento, y, bueno, en este sentido, nuestra comunidad es la primera comunidad que ya realmente eleva a rango de ley la lucha contra la obesidad. Y, bueno, se hace siguiendo estas recomendaciones internacionales e intentando implicar a toda la sociedad en su conjunto y, sobre todo, a todas las administraciones públicas, al sector empresarial, a los medios de comunicación y también a las empresas de publicidad. Y todo ello, como comentaba, partiendo de esa información que nos proporcionan los sistemas de vigilancia de salud y también los sistemas de información disponibles que he comentado.

Realmente, intentamos trabajar para la mejora continua, intentando monitorizar estos indicadores y viendo los resultados del impacto realmente que estas medidas están teniendo en salud.

Realmente, también tenemos que tener en cuenta que estos indicadores..., que gracias a estas medidas y a estos esfuerzos pues hemos mantenido una serie de principios irrenunciables, que nosotros consideramos

que son pilares fundamentales de lo que es el Sistema Nacional de Salud, como es el que sea universal, la equidad, la solidaridad, la gratuidad en el acceso, que, bueno, realmente lo consideramos una seña de identidad y pensamos que es importante velar por que el sistema nacional de salud permanezca con estos valores.

Y, como comentaba, todo ello está fielmente recogido en los sistemas de indicadores, que muestran cómo se han mantenido las coberturas, cómo ha evolucionado la esperanza de vida, la mortalidad o la supervivencia en el cáncer o determinadas enfermedades, también cómo ha ido evolucionando la actividad en las listas de espera o en los recursos disponibles, entre otra mucha información que es..., vamos, es imprescindible contar con toda esta información a la hora de realmente poder planificar.

Y, bueno, también, como comentaba, seguimos mejorando y seguimos trabajando también en los tiempos de respuesta, y prueba de ello es que hemos introducido el plazo de respuesta quirúrgica en determinados procedimientos de cirugía cardíaca, que se ha disminuido a 90 días, o la garantía de respuesta para un plazo no superior a 80 días, que se ha incluido para la reconstrucción mamaria tras una mastectomía por cáncer de mama.

Y también, por otra parte, como sabe, un grupo de expertos y a instancias de este Parlamento ha elaborado un documento para la gestión de las listas de espera, donde se marcan las líneas a seguir por los diferentes centros hospitalarios para poner en marcha medidas realmente que puedan mejorar estos resultados y, efectivamente, desde que este grupo entregó el documento y está disponible, es el documento con el que se está trabajando en servicios centrales con todos los centros, para que realmente cada uno de ellos, en función de su situación, ponga en marcha medidas de forma homogénea en toda la comunidad que permitan, como comentaba, acotar estos resultados y mejorar esta respuesta en el ámbito tanto diagnóstico, de consulta como de pruebas quirúrgicas.

Muchas gracias.

## El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señora consejera.

Señora Albás, tiene siete minutos para su primera intervención.

## La señora ALBÁS VIVES

—Gracias, presidente.

Consejera, buenos días. Señorías.

En primer lugar, lógicamente, agradecerle todos los datos que nos ha facilitado, la comparecencia iba en esa línea y, como usted dice, la verdad es que la comparecencia es bastante más amplia que simplemente datos.

Y la razón de solicitar esta comparecencia, de que Ciudadanos haya solicitado esta comparecencia, es porque estamos convencidos de que el foco de la política sanitaria tiene que basarse en resultados en salud y también en la calidad percibida por el paciente. El paciente vamos a decir que es el cliente de la sanidad pública y es el que mejor puede decir si se están haciendo bien, mal o regular las gestiones, la atención. El paciente, como digo, es el mejor evaluador externo que podemos tener para saber si se están haciendo bien las cosas o no.

Y los pacientes, lógicamente, consejera, quieren saber qué les pasa cuando entran a un hospital, con un infarto, con cualquier otra patología, cómo les van a atender, cuánto tiempo van a tardar en recuperarse y si se van a recuperar bien o no. Y estas son preguntas que se hacen los pacientes, consejera, es esencial saber qué pasa con el paciente, esos objetivos de calidad y esa rendición de cuentas en torno a indicadores objetivos y a resultados en salud.

Todos sabemos que los indicadores son fundamentales para mejorar los resultados, y desafortunadamente entendemos que no contamos con un buen sistema de medición, porque los resultados en salud no están en el centro de la política sanitaria sino que la sanidad se está utilizando actualmente como arma arrojadiza entre partidos políticos, y eso la verdad es que a día de hoy es un gran problema. Para bien o para mal, los resultados en salud, consejera, van de la mano de los profesionales, eso es una realidad. Y cuando en Andalucía el número de médicos con los que contamos en atención primaria cada 1.000 habitantes..., pues estamos por debajo de la media nacional; cuando los médicos de atención especializada por 100.000 habitantes, los terceros dotados de España, solo detrás de Ceuta y Melilla; cuando en camas hospitalarias por cada 1.000 habitantes también tenemos unos datos muy negativos, solo nos superan Ceuta y Melilla... Así podría seguir con más datos, a los que he tenido acceso, que son de 2015, pero también tenemos que analizar que de 2015 a 2018 también ha habido reducción en las plantillas, con lo cual no sé hasta qué punto los datos pueden ser mucho mejores. Sin profesionales sanitarios es imposible tener mejores resultados en salud, y eso sí que es una realidad.

Y lo que no debemos olvidar tampoco son las condiciones laborales de nuestros profesionales, consejera, lo hemos debatido en esta comisión en muchísimas ocasiones. Esos contratos temporales, que una media es como un 30%, esa inestabilidad laboral en la que se encuentran los profesionales sanitarios. ¿Cree usted que con estos datos realmente podemos conseguir mejores resultados en salud?

Tenemos un sistema público sanitario del que se están fugando los profesionales, y eso es una realidad, consejera, usted lo sabe, no solo pasa en Andalucía, pasa en todas las comunidades autónomas. Así lo dicen los indicadores claves del ministerio, lo dicen también las sociedades científicas.

Y también ocurre una cosa que yo creo que tenemos que pararnos también a pensar. Existen unas diferencias que son insalvables entre comunidades autónomas, son insalvables, y no estoy hablando de que patologías pues a lo mejor pulmonares, que sea por el medio ambiente de una zona determinada del territorio nacional; estoy hablando, a la hora de atender a los pacientes, pues cuánto tardan en intervenir una cadeira a un paciente en Andalucía y cuánto se tarda a lo mejor en Murcia. Esa diferencia de tiempo puede tener como consecuencia pues que haya, a lo mejor, más fallecimientos en una comunidad autónoma que en otra.

Es importante, es muy importante y fundamental, realmente, tomar datos, comparar y ver qué medidas se pueden llevar a cabo para mejorar. Tenemos un buen sistema sanitario, con buena calidad, pero desafortunadamente la calidad, según los datos también, está bajando.

Consejera, o bien, tomamos medidas para que no siga esa dirección, basándonos en resultados en salud, en rendición de cuentas, en despolitización de la gestión sanitaria y en la profesionalización de la gestión. Eso es algo que Ciudadanos dice desde el principio en nuestro programa electoral; está también contemplado: más batas y menos corbatas.

Desde Ciudadanos, lo que le instamos es analizar los resultados en salud, a escuchar a los pacientes, si están o no satisfechos con la atención sanitaria que reciben en Andalucía. Y comparar, es muy importante

comparar; no debemos permitir que existan inequidades insalvables a la hora de atender a los ciudadanos, sea en Andalucía o sea en otra comunidad de España.

Creemos, desde Ciudadanos, que es importantísimo realmente, que desde todas las comunidades autónomas, aquí en Andalucía, se trabaje en base a esos resultados en salud, en base a la satisfacción de los pacientes para que esas diferencias en los indicadores, pues cada vez se reduzcan más.

Y esperando ya su segunda intervención, muchas gracias.

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

—Muchas gracias, señoría. Señora consejera. Siete minutos para la segunda intervención.

### La señora ÁLVAREZ BENITO, CONSEJERA DE SALUD

—Gracias, presidente.

Señoría, voy a intentar responder, que son muchos aspectos, realmente, los que se han puesto encima de la mesa, pero bueno, considero que son aspectos sumamente interesantes, realmente ¿no?

Efectivamente, estoy totalmente de acuerdo que un sistema sanitario debe orientarse a sus resultados en salud. Ese es nuestro objetivo: medir la salud que proporcionamos. Y si no medimos, no sabemos lo que hacemos; no podemos mejorar y no podemos compararlo, eso es una gran realidad.

Y de lo cual, puedo asegurar que trabajamos de esa manera; de hecho, desde hace ya unos cuantos años, los acuerdos de gestión, que son los acuerdos que elaboran los profesionales en su unidades y se marcan sus objetivos para trabajar en los siguientes años, ya se les pide a los profesionales que al menos el 70% de los objetivos que incluyan un acuerdo de gestión clínica estén orientados a resultados en salud, sirvan para mejorar los resultados de salud y para ello, se les facilita información y se está trabajando.

Además, también ahora se presentará en breve —los profesionales ya lo conocen; por lo menos, los directivos— se va a presentar a los profesionales y al resto de la población para que lo conozca, una base datos poblacional que te permite conocer más exactamente los problemas de salud de la determinada área, incluso de cupos concretos. Y el conocimiento de cuáles son los problemas de salud concretos te permite orientar los resultados —y tus medidas, tus esfuerzos— realmente para combatir ese problema y mejorar los resultados en salud en esta área.

Y realmente, como le comento, lo hacemos de esa manera. En la mayoría de las unidades ya tienen propuestas de indicadores de resultados en salud, que son propuestos por el ministerio, que son propuestas por guías internacionales y son los que se les facilitan a los profesionales como referencia para que sean los que incluyan.

Por otra parte, como le he comentado, nuestros procesos asistenciales, nuestros planes integrales se basan en indicadores que son internacionales porque, si no, no nos podríamos comparar. Y realmente, como le comento, nuestros indicadores de forma global, ahora tenemos unos resultados en salud que se encuentran en la misma línea que los mejores sistemas de salud a nivel europeo, es una realidad. Y podemos ver cómo en algunas áreas, de hecho, hemos conseguido tener unos indicadores pues bastante mejor que el resto de España y que el resto de países europeos, que ponía el ejemplo de la diabetes. La diabetes no solamente



hemos disminuido la posibilidad de ingresos por diabetes, o la posibilidad ingresos por complicaciones de la diabetes, la mortalidad prematura por diabetes ha disminuido en España, es más baja —perdón ha disminuido en Andalucía, es más baja que en España—. La ceguera prematura, con nuestro programa de retinopatía diabética, que ha recibido una distinción de la OMS recientemente, además del ministerio, ha disminuido; en Andalucía es mucho más baja la ceguera prematura por diabetes que en el resto de España y que en otros países europeos.

O sea, que esa es la forma de trabajo, y la compartimos, y esa es, bueno pues la cultura que intentamos que tengan nuestros profesionales. Todos los programas de acreditación van orientados también a resultados en salud, y en esa línea trabajamos, ¿no?

Yo estoy totalmente de acuerdo en que, bueno, pues la sanidad no debe utilizarse como un arma arrojada, porque creo que es algo que es propio nuestro, como comunidad, como país. Creo que es algo de lo que tenemos que estar orgullosos, de nuestro Sistema Nacional de Salud, y que, más bien, todos deberíamos proteger, más que dañarlo, porque en el fondo sí que es verdad que todo esto, creo que no tiene ninguna ventaja positiva sobre el sistema sanitario; ahí sí que estoy totalmente de acuerdo ¿no?

Hablaba de algunos indicadores, como el número de camas en nuestra comunidad, el número de médicos, de facultativos, de forma global o bien de especializados, bien de atención primaria, en comparación con el resto de España. Y sí que es verdad que los datos últimos disponibles son del año 2016, que estamos en 2018. Yo tengo los datos de plantilla; nosotros, en los últimos años, hemos ido aumentando progresivamente nuestra plantilla. Si nos ponemos de referencia el año 2012, que puede ser el año clave, en que marca la entrada de la crisis de forma más seria en el sistema sanitario, nosotros teníamos de forma global 95.758 profesionales, y actualmente tenemos 97.645; tenemos actualmente 3.409 profesionales más que en el año 2006 y tenemos 1.876 profesionales más que en el año 2012.

Es verdad que, en el año 2011, es el año en el que más profesionales hubo. Actualmente, nos estamos acercando realmente a ese año, al año 2011. Pero es verdad que, como estamos trabajando tanto en primaria como en especializada, estamos aumentando el número de profesionales, como saben, de forma importante. Y yo creo que, cuando salgan los resultados de estos últimos años, realmente se va a quedar en evidencia. Estamos incorporando más profesionales, no solamente facultativos, sino también en enfermería; y enfermería, prácticamente, el doble que de facultativos, porque estamos más alejados en enfermería, eso es una realidad.

Habla también del tema de camas. Es verdad que Andalucía, habitualmente, ha tenido un número de camas por habitante inferior al resto de España. Realmente, no se recomienda actualmente utilizar el número de camas, realmente, como un indicador de calidad, porque la propuesta de trabajo es que cada vez se disminuyan más las estancias hospitalarias. Eso es un indicador de calidad, que se trabaje de forma ambulatoria, potenciando los hospitales de día, potenciando la cirugía mayor ambulatoria, potenciando el acto único. Y bueno, se recomienda que el porcentaje de ocupación de camas en un centro hospitalario sea, bueno, entre 70 el 80%. Y nosotros nos encontramos en esos porcentajes de utilización, con lo cual creo que en ese sentido estamos bien, ¿no? Eso no quiere decir que, a lo mejor, en algún ámbito, en un punto concreto, podamos tener problemas concretos que, como saben, bueno pues, hemos puesto ya medidas encima de la mesa para dar respuesta a eso.

Yo creo que, en cuanto a las condiciones laborales, como ha comentado, creo que nuestra comunidad, en estos últimos años estamos haciendo un esfuerzo importante, muy importante, para mejorar las condiciones, realmente, de los profesionales. Somos conscientes de que los años de crisis han sido unos años duros, pero creo que se han tomado muchas medidas, muy importantes, por la Consejería de Salud, por el Gobierno de nuestra comunidad, para mejorar la situación laboral de los profesionales sanitarios.

Pues, acabamos con la jornada con el porcentaje del 75%, para que todos pasarán al 100%; se ha implantado la jornada de 35 horas, que era algo muy solicitado por los profesionales; se han recuperado los días de libre disposición y de vacaciones adicionales que tenían los profesionales; se está recuperando el 5% de las variables, el otro 5% está previsto para el año que viene. Se ha hecho una interinización, con más de quince mil profesionales; se ha lanzado la oferta de empleo pública más grande del país: en total, treinta mil plazas; eso supone prácticamente el 30% de nuestra plantilla en el sistema sanitario. Y a partir, ya nos comprometimos con la Mesa Sectorial de sacar anualmente las convocatorias; en breve saldrá también la de 2018, con lo cual yo creo que, en ese sentido, se están dando pasos importantes.

Se han resuelto —bueno, quedan por resolver— dos procesos de carrera profesional que quedaron pendientes, bloqueados, entre 2012-2014; ya solamente queda 2014. Se han publicado recientemente los listados del segundo proceso, 2013. Y, como saben, la semana pasada en Parlamento, la presidenta anunció que se retoma el proceso de carrera profesional. Para los profesionales que ya tienen un modelo de reconocido, se abrirá ya el proceso en este segundo semestre de 2018. Y se va a empezar a trabajar con la Mesa Sectorial para definir un modelo de carrera profesional para aquellos perfiles que trabajan en sanidad y que no tiene un modelo reconocido, como son gestión y servicios técnicos, A4 —que son veterinarios—, farmacéuticos, para todo el resto de profesionales que trabajan en el sistema sanitario y que, hoy por hoy, no tienen un modelo reconocido de carrera profesional, porque pensamos que uno de los aspectos más motivadores para los profesionales es la carrera profesional. Con lo cual, yo creo que en ese sentido sí que se están dando pasos importantes, realmente, por mejorar las condiciones de los profesionales.

No me voy a entretener más, porque, efectivamente, bueno pues se nos va, pero sí transmitirles también que, en cuanto a los tiempos de espera, que yo soy consciente —lo hemos comentado en muchas ocasiones— que son de los aspectos que más preocupan a la ciudadanía y que cada vez, además, tiene que tener más información ¿no?, sí que es verdad, que nuestra comunidad siempre, el número de pacientes en espera de intervención quirúrgica, la demora media o el número de pacientes que puedan estar fuera de plazo, es siempre inferior al resto de comunidades; esa es una realidad. Y en este último año, se han hecho unos esfuerzos muy importantes. No tengo tiempo para darle datos, pero realmente se han reducido de forma importante el número de pacientes pendientes para cirugía, para pruebas diagnósticas y para consultas; se han dado pasos muy importantes.

En cuanto a la diferencia de las comunidades, yo creo que efectivamente, no debería haber tanta diferencia. Pero ahí tenemos temas importantes, donde el Ministerio creo que tiene que jugar un papel clave, que es para conseguir esa cohesión y esa equidad en el sistema sanitario de nuestro país, para que el Sistema Nacional de Salud siga manteniendo los valores que siempre le han caracterizado y que han hecho que sea con esa peculiaridad, y sea un referente a niveles europeos, ¿no?

Muchas gracias.

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Gracias, señora consejera.  
Señora Albás, tiene 3 minutos.

La señora ALBÁS VIVES

—Gracias, presidente.

Consejera, yo sé que hay cosas que se están haciendo bien, pero no todo se está haciendo tan bien como debería hacerse. Y esa es una realidad.

Usted sabe, y aparte como profesional médico lo sabe, que los tiempos de espera, lógicamente de los pacientes, pues consecuentemente tienen unos resultados en salud mucho más negativos. Si no se les atiende de una forma rápida a la hora de diagnosticar y luego intervenir quirúrgicamente, pues lógicamente, puede tener unos resultados bastante peores en salud. Y yo creo que ahí es donde también hay que hacer un esfuerzo, que sé que se está haciendo, gracias a la iniciativa que presentó mi Grupo Parlamentario Ciudadanos, para crear una comisión formada por especialistas, para reducir las famosas listas de espera, pero yo creo que esa es una línea en la que se tiene que trabajar.

También yo le pregunto consejera, porque hay diferencias a nivel nacional, entre comunidades autónomas, pero también hay diferencias en Andalucía. Somos un territorio muy grande, y hay también un problema —que hemos hablado en muchas ocasiones—, de las zonas de difícil cobertura, donde los profesionales médicos, además de que exista una fuga real de los profesionales médicos de la sanidad pública, pues tampoco quieren ir a estas zonas de difícil cobertura. Y, desde Ciudadanos, defendemos que la atención a los pacientes debe seguir unos criterios de equidad, y que no debería haber unas desigualdades tan, tan insalvables como ocurre a día de hoy.

Entendemos, y una vez más le volvemos a pedir y a solicitar a su consejería que tome las medidas oportunas para que los ciudadanos que viven en esas zonas de difícil cobertura puedan tener esos médicos y esos profesionales sanitarios que tan necesarios son. Que sí, que en capitales de provincia las hay, pero hay en otras zonas que sabemos que es muy complicado. Que, lógicamente, se ha avanzado en las condiciones laborales de los profesionales sanitarios, claro es cierto, es cierto, lógicamente, porque venían de una situación que era francamente complicada. Y usted lo sabe.

Ciudadanos ha exigido más presupuestos año tras año, y se han conseguido más recursos para la sanidad pública y para los profesionales. Ahora bien, nos queda mucho camino por andar, los contratos laborales, la temporalidad de los contratos, la presión asistencial... es de lo que se quejan los profesionales sanitarios. Y ahí, yo creo que debemos meter una sexta marcha para que estén más satisfechos y, lógicamente, se queden en el sistema público de salud.

Y finalizo como empecé, que estamos convencidos en Ciudadanos de que el foco de la política sanitaria tiene que ser basado en los resultados en salud, y en la calidad y la satisfacción que tengan los pacientes y usuarios de la sanidad pública andaluza, o bien española. Y en base a eso, es como debería trabajar la Consejería de Salud.

Muchas gracias.

El señor GARCÍA ANGUIA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señoría.

Para cerrar el debate, señora consejera, cinco minutos.

La señora ÁLVAREZ BENITO, CONSEJERA DE SALUD

—Señoría, efectivamente, creo que lo hemos comentado en alguna ocasión, en nuestra comunidad como en el resto del país existe un déficit importante de profesionales. Eso es un tema que le transmitimos de forma periódica al Ministerio, y que es verdad que en nuestra comunidad estamos trabajando dentro de las líneas que podemos llevar a cabo dentro de la comunidad, aumentando el número de formación de profesionales que pueden formarse en nuestra comunidad. Y, de hecho, la siguiente convocatoria que lancemos será la convocatoria mayor que lance nuestra comunidad para la formación de especialistas internos residentes con 1.400 plazas.

Somos prácticamente la comunidad que más plazas oferta para la formación, y otra serie de medidas que estamos poniendo en marcha, efectivamente, para hacer atractiva a nuestra comunidad y que los profesionales se queden. Otras tareas, efectivamente, bueno pues le tocan al Ministerio. Nosotros le hemos solicitado aumentar el número de plazas acreditadas para la formación, en las especialidades en las que son más problemáticas en nuestra comunidad, para intentar que en la siguiente convocatoria eso sea ya una realidad, y se cumpla de esa manera, ¿no?

Cuando existe un déficit de profesionales, por otra parte, pues son las zonas realmente más difíciles, más complejas realmente, las que notan mucho más ese déficit. Y efectivamente, nosotros somos conscientes de que es importante, bueno, tener una serie de criterios que permitan favorecer y hacer atractivas esas áreas para que los profesionales realmente se quieran quedar en esas áreas.

Y estamos trabajando en ello, y además desde hace bastante tiempo, pero créame que no es fácil. Sé que también otras comunidades lo están trabajando, y no es fácil actualmente conseguir lo que buscamos. Pero espero que en breve, al menos nuestra comunidad, yo creo que por la sensatez y por la responsabilidad, consigamos al menos el acuerdo en algunos puntos mínimos que permitan un cierto reconocimiento para los profesionales que trabajan en estas áreas de especial dificultad ¿no?

Hablábamos especialmente de los aspectos que se han mejorado en las condiciones de los profesionales en los últimos años, y es verdad que me dice que... Bueno, yo soy consciente especialmente que venimos de una época que ha sido complicada, pero creo que también en el último año y medio, en los últimos dos años, se han hecho mucha actuaciones que creo que son muy importantes. Se las he enumerado antes ¿no?

Me hablaba de la eventualidad o la precariedad en los contratos. Y sí que tengo que decir que, además de ese porcentaje tan importante de interinización y ese porcentaje tan importante de plazas que salen en la oferta pública de empleo, la mayor del sistema sanitario es la de nuestra comunidad: actualmente todas las plazas que se ofertan de estructura son ya profesionales interinos, o sea, la eventualidad será para resolver aspectos que sean transitorios, pero no para..., sean vacaciones, sean sustituciones por baja, sean otros aspectos, pero realmente no es estructura. Una vez que comience el proceso de interinización, se hacen interinos a todos los profesionales que cumplen criterios para, a partir de ese momento, todas las plazas de estructuras serán interinos. Y además, salir con la convocatoria permanente para la oferta pública de empleo.

Bueno, pues yo creo que eso garantiza una estabilización importante. Nosotros pensamos que, con esta oferta pública de empleo, el porcentaje de eventualidad de nuestra comunidad será inferior al 10%; un porcentaje que yo creo que tiene que ser asumible, teniendo en cuenta realmente las necesidades de sustituciones temporales que surgen también en el sistema sanitario.

Algo que sí le quiero comentar, que considero también importante y que sí que hemos intentado hacer, para poder solventar la asistencia sanitaria en esas zonas de especial dificultad y, efectivamente, porque los ciudadanos se merecen una asistencia sanitaria similar, vivan donde vivan, estamos trabajando en red, están trabajando coordinados determinados hospitales. Y hay profesionales de determinadas especialidades que se están moviendo hacia esos centros hospitalarios. Ahora tenemos algún centro hospitalario, en Cádiz en concreto, que tiene dificultades en algunas especialidades, donde están asistiendo profesionales del Hospital de Valme, de Jerez, del hospital de Cádiz, del Virgen del Rocío; cada uno, para unas especialidades. Y se están teniendo resultados muy importantes.

Y esta misma medida la estamos llevando a cabo en otras áreas. Estamos trabajando en red de esta forma, para que realmente así podamos dar una respuesta y mejorar la equidad.

Creo que es una iniciativa también novedosa que se ha puesto en marcha en nuestra comunidad, que está dando buenos resultados, por supuesto, gracias a los profesionales, que lo entienden, lo admiten y realmente están dispuestos a dar esa respuesta ¿no?

Comentaba también el tema del presupuesto que, efectivamente, bueno pues, hemos ido aumentando el presupuesto en estos últimos años. Y nosotros hemos querido hacer realmente que prevalezca realmente la atención al propio profesional. Además de las medidas que le he comentado, tenemos que tener en cuenta que nuestra comunidad en salud, bueno, aproximadamente el 45% del presupuesto es para recursos humanos. Esa es una realidad. Es un porcentaje muy superior al resto de las comunidades, que sí que lo he estado valorando. Esa es una realidad. Yo creo que demuestra la apuesta importante que intentamos hacer por los profesionales, y con los pasos tan importante que se han dado, a pesar de, como sabemos, que siempre nos quedan muchas cosas, por supuesto, por conseguir y por trabajar.

Y un aspecto —que no me queda mucho más tiempo—, pero cuando hablaba del tema de fuga de profesionales, nosotros hemos analizado en el año anterior, incluso en el primer trimestre de este año, fugas que hemos tenido en el sistema sanitario de profesionales, de forma global y por algunas categorías, y por ejemplo, el año pasado el número de profesionales que voluntariamente abandonó el sistema es un 2%. No estamos hablando de un porcentaje muy, muy elevado ¿no? Yo creo que es algo más que suena, que luego lo que realmente es la realidad ¿no? No quiere decir que no tengamos que seguir trabajando, efectivamente, para que nuestra comunidad y nuestros centros sean atractivos para que estén los profesionales, sin duda ¿no? Pero sí que le quería transmitir que ese es un dato que hemos analizado y que realmente es un porcentaje que es bajo, que es bajo, es un 2% aproximadamente.

Muchas gracias

El señor GARCÍA ANGUIA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señora consejera.

## 10-18/APC-000442. Comparecencia de la consejera de Salud, a fin de informar sobre el grado de ejecución en Huelva del Pacto por la Ordenación Asistencial, firmado con los sindicatos el 10 de marzo de 2017

El señor GARCÍA ANGUIA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Pasamos a la siguiente comparecencia, también del Grupo Parlamentario Ciudadanos, a fin de informar sobre el grado de ejecución en Huelva del Pacto por la Ordenación Asistencial, firmado con los sindicatos el día 10 de marzo de 2017.

Tiene 15 minutos, señora consejera.

La señora ÁLVAREZ BENITO, CONSEJERA DE SALUD

—Gracias, presidente.

Señorías, con respecto al tema que nos ocupa en esta comparecencia, en el grado de cumplimiento de ese Pacto por la Ordenación Asistencial, que se firmó le comentaré que, efectivamente, ese pacto se firmó en marzo del año 2017, fue firmado por el SAS y por todas las organizaciones sindicales de la Mesa Sectorial de Sanidad, y se acordaba, por unanimidad, la vuelta a las dos áreas hospitalarias de Huelva.

Este pacto recogía el establecimiento de un marco de colaboración, de un diálogo profesional y, en el caso de que fuera necesario, de la negociación sindical, para que se puedan restablecer las dos áreas hospitalarias previamente a la fusión de los dos hospitales, que serían el área sur-sureste-suroeste y el área centro-oeste. Y también, por otra parte, la estructura de gestión y funcionamiento de los servicios de atención especializada del Hospital Infanta Elena y el Hospital Juan Ramón Jiménez.

Y así realmente se hizo, y, de hecho, en el mes de junio del año pasado, ya se hizo efectiva la separación, volviendo de forma satisfactoria tanto los usuarios como profesionales a contar en esta ciudad, en esta provincia, con dos áreas sanitarias correspondientes a cada uno de los centros hospitalarios.

Y, de esa misma manera, también se separaron lo que son las estructuras directivas y las estructuras de gestión. De hecho, realmente, el 22 de mayo del año 2017 también se llevó a cabo el nombramiento de la Dirección Gerencia para el Hospital Infanta Elena. Durante todo este tiempo, los distintos servicios asistenciales han llevado a cabo, de forma efectiva, la práctica totalidad de las medidas organizativas que tenían que llevar a cabo para que los dos centros hospitalarios puedan funcionar de forma autónoma y pueden recuperar las áreas sanitarias de referencia de cada uno de ellos. El servicio de toxicología y los servicios de neonatología asociados se han mantenido en el Hospital Juan Ramón Jiménez, tal y como establecía dicho pacto, para que posteriormente puedan trasladarse al Hospital Materno infantil.

Por otro lado, y con fecha 10 de abril del año 2017, se constituyó un grupo de trabajo —que se establecía en el pacto, realmente, la asistencia a este grupo de trabajo—, en el que participan profesionales propuestos por la Junta Facultativa y la Junta de Enfermería de ambos centros, así también como representantes sindicales de los sindicatos firmantes del acuerdo. Y durante el año pasado y todo lo que va del año 2018, esta comisión, este grupo de trabajo, ha llevado a cabo una intensa actividad. Y, bueno, con múltiples reuniones

—están las actas de todas estas reuniones—, se ha ido llevando a cabo la definición de la cartera de servicios de cada uno de estos centros, así como las necesidades asistenciales que eran necesarias para poder convertir el Hospital Juan Ramón Jiménez en un hospital de primer nivel, tal y como recogía el pacto, convertir el Hospital Juan Ramón Jiménez en un hospital de primer nivel, y, por otra parte, también llevar a cabo una mejora de la cartera de servicios que ofrecían ambos hospitales, tanto el Infanta Elena como el Juan Ramón Jiménez, que evitara que los ciudadanos realmente de Huelva pues tuvieran que desplazarse a otra provincia para determinados procedimientos.

Y, en este sentido, durante este año se ha avanzado notablemente en el desarrollo asistencial en los dos centros hospitalarios, mejorando y completando la cartera de servicios, con el objetivo, como le decía, de evitar derivaciones a otros centros de otras provincias, y se han llevado a cabo importantes actuaciones de mejora en los dos hospitales. En concreto, en el Hospital Juan Ramón Jiménez, en el año 2017-2018 se han llevado actuaciones por un total de 9,4 millones de euros. Entre ellas, podemos hablar de la ampliación de la cartera de servicios en el área de pediatría, con la creación de una UCI neonatal pediátrica mixta, tal y como recogía el pacto, y esta UCI se inauguró el 17 de junio del año 2017. Además, se ha creado una Unidad de Cuidados Intermedios Pediátricos y una Unidad de Cirugía Pediátrica.

Esta unidad debe completarse por ahora con cirujanos pediátricos. No se ha podido poner en marcha debido al déficit de profesionales especialistas en Cirugía Pediátrica, pero sí que ha permitido que determinados procedimientos diagnósticos intervencionistas se puedan llevar a cabo en este hospital, evitando el desplazamiento de los menores.

También se están realizando obras de adecuación de los espacios actuales, de la hospitalización pediátrica, aumentando las habitaciones de aislamiento: pasa a tener tres, en lugar de una. Para pacientes oncohematológicos, en conjunto, se van a evitar 600 desplazamientos de menores a hospitales de Sevilla.

Por otra parte, otra de las actuaciones que se ha llevado a cabo es la mejora en el área de anestesia y reanimación, con la creación de la unidad de tratamiento para el dolor. Esta unidad está ya concluida y se pondrá en marcha en junio de 2018. Y también una nueva unidad de reanimación postoperatoria.

Otra de las actuaciones llevadas a cabo es el hospital de día médico, un espacio que es compartido por todas las especialidades médicas y que evita estancias hospitalarias innecesarias. También en el área de cuidados intensivos destacar la creación de una unidad de cuidados intermedios para pacientes médicos o quirúrgicos, potencialmente críticos, y que permite mejorar la asistencia que se les oferta en estos servicios de medicina intensiva. Y también, por otra parte, la creación de una unidad de dolor torácico, una unidad integral para el manejo de la insuficiencia cardíaca.

En el área de neurología se está trabajando y, en breve, en este mes, se pondrá en marcha la unidad de ictus, que se pondrá en el Hospital Juan Jiménez y que conlleva la cobertura en esta especialidad las 24 horas al día, los 365 días al año. Y también el Código Infarto ofrecerá angioplastia primaria las 24 horas al día, los 365 días al año. Actualmente lo está ofreciendo solamente en horario de 8 a 3 de la tarde, pero en este mismo mes el Código Infarto —siendo un hospital, además, como es, de segundo nivel, pero nuestro objetivo es que sea de primer nivel— pues realmente estará disponible las 24 horas al día, los 365 días al año.

Por otra parte, se han llevado a cabo también actuaciones en otras unidades en el Hospital Juan Ramón Jiménez, como la unidad de Endocrinología, donde se ha creado un área de Nutrición y Dietética y el área

funcional de Pie Diabético. Además, se potenciará el abordaje integral de la retinopatía diabética, el diagnóstico precoz de glaucoma; como saben, el crear una unidad funcional de Pie Diabético era un objetivo del Plan Integral de Diabetes, crear una unidad de Pie Diabético en todas las provincias de la Comunidad.

Otras actuaciones. Pues tenemos, por ejemplo, la creación de la unidad específica para manejo de pacientes con osteotomía y también la ampliación de las instalaciones en el área de Hemodiálisis o en la propia área de Laboratorios, también se ha ampliado el área de Biología Molecular o el área de Genética Médica.

Y también se ha creado una unidad de Endoscopia, pruebas funcionales esofagogástricas, que evita desplazamientos a Sevilla. Se han reforzado los profesionales en el área de Salud Mental y Comunitaria, y también en el área de Salud Mental Infante-Juvenil. Y, como saben, pues ya en breve se licitará la redacción del proyecto para la construcción del Hospital Materno Infantil, que, bueno, que ha sido presentado recientemente en la ciudad y también a sus profesionales, y fue anunciado, también, por la presidenta la misma semana pasada en sede parlamentaria.

Como le comentaba, el programa funcional se ha presentado pues no solamente a los profesionales, sino a toda la ciudadanía, y el objetivo es que antes del verano se haga la licitación para la redacción del proyecto de este Hospital Materno Infantil.

En el Infanta Elena también se han llevado a cabo mejoras, importantes actuaciones de mejora. En concreto, en el área quirúrgica se está llevando a cabo una gran reforma de todo: de siete quirófanos nuevos, cinco de ellos ya están en funcionamiento y uno de ellos es específico para cirugía menor ambulatoria. También en el Hospital Infanta Elena se está trabajando en un Hospital de Día quirúrgico que permite concentrar y mejorar la actividad quirúrgica, potenciado la cirugía mayor ambulatoria. Y, también, un hospital de Día Médico, que está destinado tanto a la realización de pruebas diagnósticas más invasivas como la administración de tratamientos médicos de mayor complejidad, que requieren una supervisión específica pero que, estando en este espacio, realmente evitan una hospitalización.

Y, bueno, pues todo ello supone una importante remodelación y modernización del área quirúrgica. Como le comentaba, son siete quirófanos en conjunto que, además, consiguen una ampliación de 500 metros cuadrados y mejoran la calidad y la seguridad de esta área, y, además, suponen una inversión de más de 3 millones de euros.

Por otra parte, además de este proyecto, pues también se ha mejorado el área de determinadas plantas de hospitalización en el Hospital Infanta Elena, y también se contempla la construcción de cuatro salas de pruebas funcionales, que ya están finalizadas, para poner en marcha. Y, realmente, el objetivo de esta sala para pruebas funcionales es realizar endoscopias respiratorias y digestivas; también otras pruebas funcionales cardíacas, y, realmente, va a permitir aumentar de forma importante la actividad en este ámbito.

Además, se contempla la construcción de varias áreas de organización sanitaria, que permitan una zona de transferencia de pacientes más segura y más cómoda, varias zonas de estar para familiares y profesionales, así como, bueno, otra sala de administración y atención del ciudadano.

Como ven, señorías, se está cumpliendo con lo acordado y con todas las actuaciones que reflejan ese compromiso de la Consejería de Salud con la mejora de la sanidad en Huelva. También informarles que en diciembre 2017 se procedió en ambos hospitales a la separación definitiva de aplicaciones informáticas, a la separación de los sistemas de información que compartían como complejo hospitalario, con el objetivo de



que ya puedan disponer de dos sistemas totalmente diferenciados. Esta medida es uno de los últimos pasos, realmente, que permitió culminar el proceso de reversión de la fusión hospitalaria en la provincia de Huelva a dos áreas hospitalarias diferenciadas.

Por otra parte, con el nuevo curso presupuestario se hicieron también efectivos diferentes centros de gasto independientes para el Hospital Juan Ramón Jiménez y para el Hospital Infanta Elena.

Y, respecto a otro de los puntos contenido en el acuerdo, que se refiere a la reordenación de efectivos, la reordenación de profesionales, se ha llevado a cabo teniendo en cuenta los acuerdos que se habían establecido en el pacto y con la participación voluntaria de los profesionales, tantos fijos como temporales.

En este sentido, decir que en el mes de noviembre se realizó, ya en colaboración con los sindicatos, el proceso de elección de centros por los profesionales de ambos hospitales, ajustándose la asignación a las preferencias de los profesionales, prácticamente en un cien por cien de los casos.

Y también, de acuerdo con lo que se establecía en el pacto, para que haya áreas donde no se quedaron suficientes efectivos, se procedió a la contratación de efectivos necesarios en este centro hospitalario.

Por tanto, se ha completado, en su totalidad, la asignación de profesionales a ambos hospitales. Y la situación de los profesionales implicados ha revertido al ámbito anterior de su correspondiente área hospitalaria, sin que se produzca reducción de las plantillas, ni tampoco una merma en las condiciones esenciales de trabajo y económicas.

Y decir que ha aumentado el número de profesionales en los complejos hospitalarios, de forma global, en un 10%, a los números de profesionales que había previamente a la fusión.

Realmente, actualmente, los únicos profesionales que no han vuelto a sus áreas son los profesionales relacionados con el área de materno-infantil, que siguen trabajando en el hospital Juan Ramón Jiménez, realmente con el objetivo de poder trasladarse, posteriormente, al hospital materno-infantil. Y también quedan unos profesionales por trasladarse, que son profesionales que trabajan en el área de neurología, pendientes de que se abra, en este mes, la unidad de ictus en el hospital Juan Ramón Jiménez.

Señoría, como ve, seguimos trabajando realmente por la mejora de la atención sanitaria de Huelva: se ha aumentado de forma importante la cartera de servicios que ofrecen estos hospitales, y también se han mejorado las infraestructuras y, como le he comentado, el número de profesionales.

Muchas gracias.

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

—Muchas gracias, señora consejera.

Señor Díaz, tiene siete minutos para su primera intervención.

### El señor DÍAZ ROBLEDO

—Muchas gracias, señor presidente.

Buenos días, señora consejera.

Bueno, en primer lugar, agradecerle la profusión y el desglose tan amplio que ha hecho del trabajo que se ha venido haciendo desde que corrigieron el error inicial. Creo que eso fue bueno, que el Gobierno andaluz se diese cuenta que lo que había hecho hasta entonces había estado mal; creo que eso también dignifica la política; éramos muchos los que lo decíamos, y, singularmente, los ciudadanos, en las calles de Huelva.

Era evidente —y es todavía evidente— que vuelva a sufrir..., está por debajo del resto de provincias todavía en muchos parámetros en el ámbito asistencial, pero también es verdad que se han llevado a cabo mejoras ostensibles en los últimos meses; singularmente, en el último año, y usted nos ha desglosado muchas de ellas.

Entendemos que los parámetros empezarán a subir. Eso es lo que queremos los que pensamos de forma propositiva y de forma constructiva, también, para con la sanidad de Huelva.

Mi formación política y yo mismo, como portavoz provincial, en ningún caso hemos denostado la sanidad pública andaluza; hemos sido constructivos, hemos aportado recursos: hasta mil trescientos millones de euros en las últimas tres negociaciones presupuestarias; casi se alcanzan los diez mil millones, cifra histórica para un presupuesto de sanidad en Andalucía. Creo que hemos sido muy responsables, a la vez que hemos sido muy exigentes. Nos hemos reunido con todo el mundo. Este diputado, junto con mi compañera portavoz en esta comisión, Isabel Albás, hemos estado visitando el hospital Infanta Elena, y nos decían los entonces responsables —que ya no lo son— que por allí no había pasado ningún político nunca de la oposición; yo me quedé muy sorprendido. Estuvimos viendo...; es cierto que no pudimos entrar en las obras, pero fuimos conscientes de que estaban haciendo obras en las plantas, y éramos conscientes, también, de que se habían iniciado y estaban avanzadas las obras de los siete quirófanos a los que usted hace referencia. Y también se estaban arreglando las zonas de transferencia y las zonas donde iban a estar los familiares que esperaban que cualquier proceso asistencial se llevara a cabo en dicho hospital.

También me he reunido con los gerentes, ¿eh?; también, una vez que los gerentes fueron nombrados y se separaron las dos gerencias. Y, lógicamente, con profusión también, me explicaron qué es lo que tenían pensado hacer al calor de, lógicamente, las directrices de su consejería.

Y también me he reunido con profesionales, con profesionales que no dirigen absolutamente nada, que se dedican a hacer su trabajo dentro de las diferentes áreas, y dentro de sus responsabilidades profesionales. Algunos de ellos también habían ido a las manifestaciones, otros no; unos seguían yendo, y otros habían dejado de ir.

Es evidente que en el último año se han llevado a cabo procesos. ¿Por qué viene motivado hoy aquí está comparecencia? Porque este diputado sí, teniendo un contacto con profesionales sanitarios, pues tuvieron una reunión para analizar ciertos elementos del pacto y, bueno, y comunicaron que había cuestiones que no les satisfacía el ritmo que llevaban. Y alguna de ellas me satisface escuchar hoy aquí, como la unidad de ic-tus, y esa posibilidad, también, de que el infarto agudo de miocardio tenga ya una cobertura, como se firmó en el pacto; para nosotros es muy importante que se lleven a cabo, ¿eh?

Y ni qué decir del Materno-Infantil, que nosotros, también, en el último presupuesto hemos apoyado como una infraestructura fundamental para Huelva, y que era una petición histórica de la ciudad de Huelva. Ese ir y venir, ese trasiego, ese peregrinar de familias yendo a Sevilla con sus niños, que ahora usted dice que se va a reducir, aproximadamente, se estima en unos seiscientos, pues para nosotros, para Huelva, es muy importante. Pero también lo es que sigamos avanzando. Es evidente —y usted lo sabe—, y aunque cada CHA-RE tiene una casuística distinta, el de Arcena, el de Lepe..., que yo lo que le pediría es que, en el momento

que el asfalto se enfríe, cuando el Gobierno de la nación haga su trabajo, tal y como se comprometió el exalcalde de Lepe y diputado del Partido Popular hoy aquí —yo he visto el documento y, evidentemente, está firmado—, cuando ese asfalto se enfríe, que al minuto siguiente se pueda abrir con todas las garantías. Eso es lo que le pido, consejera.

Y, bueno, ya receptionaron, tal y como se comprometió Aquilino —el anterior consejero—, al inicio de año, los terrenos del hospital..., del CHARE, perdón, del Condado..., en Bollullos del Condado.

Sé que están trabajando en ello, lo sé; me consta, porque además vivo allí, soy de La Palma del Condado y estoy cerca. Sí le pido celeridad en lo posible, porque son muchos años los que una población de setenta mil habitantes lleva esperando ese CHARE. Y es evidente que con ese y el de Aracena...; es cierto que está enganchado en un procedimiento judicial; ahí sí le pido el compromiso de su consejería de, cuando eso se desbloquee, que se inyecten recursos ahí, porque todo eso, al final, consejera, le va a quitar presión a Huelva. Y eso para los onubenses es muy importante no solo para los ciudadanos, sino también para los profesionales que han trabajado y han peleado muy duro, no solo por sus condiciones, que es legítimo, sino también por mantener y potenciar. Y aquí, en su exposición, se ha denotado que se ha hecho y se está haciendo —y no me cabe duda que se va a seguir haciendo—, esa cartera de servicios que teníamos en Huelva, ¿eh?

Los profesionales, cada uno me manifestaba su posición, y algunos de ellos decían que habían hecho cosas durante este periodo que no habían podido hacer antes, cuando estaban separados; eso es cierto, lo han manifestado. Y otros también manifestaban su voluntad de volver a separarse. Sé que es un proceso complejo, es un reto importante; en un reto importante. Nosotros no hemos estado nunca en una posición monolítica, porque las cosas no son blancas ni negras, pero apelo a la profesionalidad, al buen criterio de la consejería. Y, desde luego, nosotros vamos a ser muy exigentes, pero también vamos a decir que las cosas se hacen bien cuando se hagan bien, no le quepa ninguna duda.

Gracias.

## El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señoría.

Señora consejera, siete minutos para su segunda intervención.

## La señora ÁLVAREZ BENITO, CONSEJERA DE SALUD

—Gracias, presidente.

Señoría, en respuesta, realmente, a las consideraciones que usted ha hecho en esta comparecencia, transmitirle que, efectivamente, creo que se han dado, y que estamos dando pasos importantes en la sanidad en la provincia de Huelva. En concreto, hemos estado hablando de los dos hospitales que están actualmente en la capital, pero que uno de ellos es un hospital de referencia, es un hospital, actualmente, Juan Ramón Jiménez, de segundo nivel, nuestro objetivo es convertirlo de primer nivel. Y el Infanta Elena es un hospital comarcal —o sea, su área de referencia es un área que no es la propia población de Huelva—, y realmente en los dos se están dando pasos muy importantes, creo, en estos últimos años. También es verdad que los

profesionales están trabajando de forma importante, proponiendo cómo se deben de orientar realmente esas reformas y esos avances para responder, de forma adecuada, a las expectativas y las necesidades de la población y de los propios profesionales. Y también es verdad que hay que hacer compatible el prestar la asistencia sanitaria con llevar a cabo todas estas mejoras en los centros hospitalarios, lo cual, muchas veces, pues realmente hace que las cosas sean complejas, Pero yo creo que vamos dando pasos. Efectivamente, en el pacto... —yo creo que me sé casi de memoria los cuatro puntos que estaban contenidos en el pacto y, de hecho, lo repasamos de forma periódica—, y es verdad que quedan algunos flecos, pero bueno, yo creo que en un gran porcentaje se ha cumplido. Y el hecho de aumentar la cartera de servicios, de forma global, en los hospitales de Huelva, creo que eso ya es una realidad, con independencia de unidades que estén a punto de ponerse en marcha y que seguirán aumentando esa cartera de servicios, pero creo que ya el aumento importante en la cartera de servicios, en Huelva, eso ya es una realidad, ¿no?

Hablaba también del código ictus, del código infarto. Realmente, son problemas prevalentes de salud en nuestra comunidad, lo mismo que en el resto del país. De hecho, nosotros tenemos un plan integral para cardiopatías y un plan integral de ictus, y son dos planes que están priorizados este año para llevar a cabo. Y dentro de los objetivos —también lo anunció la presidenta en sede parlamentaria la semana pasada—, bueno, pues el código infarto, realmente nuestro objetivo es que esté implantado en todos los hospitales de segundo nivel —ahora mismo quedaban tres hospitales, creo, de segundo nivel por completarlo, y se hará en este mes de mayo—, porque esos hospitales ya están haciendo el procedimiento en unos horarios; se trata de ampliar el horario, eso es algo muchísimo más fácil que, realmente, implantar una técnica en un sitio donde no esté implantada y donde no se tiene experiencia. Somos conscientes del impacto tan importante que tiene el prestar asistencia de una trombolisis intraarterial 24 horas al día, para el código infarto, y ese, realmente, como digo, es nuestro objetivo. Y, de la misma manera, el contar con una unidad de ictus, por eso son parte de los profesionales que quedan por desplazarse del Infanta Elena al Hospital Juan Ramón Jiménez. Sí que es verdad que estos son flecos de los que estaban pendientes.

En cuanto al materno-infantil, yo creo que ya se han dado muestras importantes de lo que es nuestro compromiso con ese hospital materno-infantil. Ha sido un proyecto muy participativo de los profesionales, y bueno, y no solamente de los profesionales, me consta también que servicios centrales ha trabajado de forma importante por mejorar ese plan funcional que ya se ha presentado ¿no?, para que realmente, ya que hacemos un materno-infantil en Huelva, queremos que sea el mejor materno-infantil, y bueno, pues no queremos que quede ningún aspecto realmente que luego suponga una posible limitación a la asistencia sanitaria.

Es un plan funcional muy completo, tiene algunos aspectos característicos y peculiares de un materno-infantil. Va a contar ya con una tecnología y con unos avances organizativos que no constan en otros materno-infantiles que tenemos en la comunidad o que existen en el país, porque son más antiguos. Va a tener un área diferenciada para la atención de salud mental infantojuvenil en el mismo materno-infantil. Creo que esto es muy importante, el tener un área específica para urgencias, para consultas, para hospitalización de salud mental, infantojuvenil en el mismo centro hospitalario. Creo que este es un paso muy importante también.

Y, bueno, ya se presentó el plan funcional. Los profesionales están trabajando en servicios centrales para elegir la mejor ubicación, y realmente para hacer posible la licitación del proyecto antes de verano. Con lo cual, yo creo que claramente eso es una realidad ¿no?

Y, por otra parte, hablaba también de los chare, pues, como bien dice, yo creo que hemos hecho una apuesta importante por el chare de Bollullos. De hecho, ya se recibieron los terrenos, ya se aceptó el plan funcional. Y por tanto, ya se ha licitado la redacción del proyecto. Con lo cual, creo que sin demora vamos dando los pasos que toca para hacer realidad este chare, que sabemos que presta una asistencia de proximidad realmente en las áreas, muy portante, porque permite que aproximadamente el 90% de las necesidades de asistencia sanitaria estén próximas a la población. Estos hospitales trabajan en acto único, potenciando los hospitales de día, potenciando la cirugía mayor ambulatoria, permitiendo que el máximo tiempo posible el paciente esté en casa con su familia y que tenga próximo a su domicilio realmente, un porcentaje muy importante de la asistencia sanitaria que necesita.

El chare de Lepe, como hemos dicho, está totalmente terminado y listo para que realmente lo pudiéramos abrir, no depende desgraciadamente de nosotros el que se pueda abrir. Está totalmente listo para abrirse, el equipamiento está dentro, está almacenado para llevarlo allí en cuanto se puede abrir, o sea que... De hecho, hemos tenido varias, yo he tenido personalmente varias reuniones con el ayuntamiento, poniéndome a disposición si realmente necesitan alguna colaboración para poder agilizar realmente esas tareas que quedan y que son ahora mismo una responsabilidad del ayuntamiento, como son los accesos, como es la electricidad, como es el saneamiento.

Y bueno, pues intentando que se haga realidad lo antes posible, porque considero que es triste tener un hospital de esas características totalmente finalizado en un área que además tiene muchísima población flotante en verano, y que no se puedan finalizar, que no se puedan realmente, bueno pues, beneficiar de contar con esas instalaciones.

Y el chare de Aracena, como ha comentado, tiene un problema ahora mismo judicial, que estamos esperando que se resuelva, pero no por ello estamos parados. Estamos trabajando determinados aspectos relacionados también con acceso y demás, para que nos permitan realmente, en cuanto se haya resuelto el problema judicial, que podamos avanzar lo máximo posible en este proyecto también.

Muchas gracias.

## El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señora consejera.

Señor Díaz, tiene tres minutos.

## El señor DÍAZ ROBLEDO

—Muchas gracias, señor presidente.

Pues, ciertamente sí es un reto cambiar todo, y que..., como decía hay una frase de Adolfo Suárez que a mí me gusta bastante y bueno: «hay que arreglar las tuberías sin que deje de pasar el agua» ¿no? Y eso que yo creo que es un poco lo que estamos haciendo en Huelva, mejorando lógicamente la fortaleza y el caudal de agua, como no puede ser de otra manera.

Supuso el pacto algo que era muy importante para Huelva. Ciertamente yo creo que ahí también hubo, una vez corregido el error por parte de su consejería y del Gobierno andaluz, también los sindicatos tuvieron altura de miras, los profesionales fueron a la paz social. Eso es lo que nosotros no queríamos que peligrase

¿no? Y bueno, es la constatación de hechos sucedidos de transformaciones y las que me dice que van a ser inminentes, que son quizás también dos de las más importantes recogidas en el pacto y, también, la voluntad de que los flecos que terminan se vayan puliendo, se vayan cortando, son importantes.

El que el Hospital Juan Ramón Jiménez camine hacia ser un hospital de primer nivel es muy importante, y que esas dos unidades se pongan en marcha, también: la de ictus y la de las cardiopatías. Y escuché lo que dijo la presidenta y esperaba que hoy usted lo corroborara aquí también en un plazo temporal.

El materno-infantil, que haya sido participativo, muy importante. Yo estuve reunido con profesionales que van a trabajar ahí. Y para ello, sinceramente, señora consejera, le digo que era una utopía, que hubiese un hospital materno-infantil en Huelva. Cuando yo me reuní con ellos hace aproximadamente un año... Esto lo que demuestra es que incluso de los errores o sobre todo también, de errores, si sabemos regenerar lo que hemos hecho antes y corregirnos, salen cosas positivas, y una utopía que parece que ya no lo es tanto, que está al alcance de la mano, que hay materializaciones concretas, y que yo espero que, en un lapso de tiempo coherente y lógico, se pueda acabar ejecutando. Hay que ser también paciente, las obras tienen su tiempo, y la voluntad política está. Yo lo que espero es que no haya nada que impida que el Hospital materno-infantil de Huelva sea una realidad.

Por lo tanto, también reivindicar aquí la utilidad de la política y, también, la utilidad de que la gente y los profesionales se manifiesten pidiendo mejoras para mejorar lo que es la joya de nuestra corona, que es la sanidad pública andaluza.

Por lo tanto, animarle a que siga trabajando por la sanidad de Huelva, por poner en marcha esos chare, por mejorar las urgencias, por tratar de acercar los profesionales a nuestra sanidad, también a Huelva hacerle atractivo. Que vayan al Hospital de Riotinto, que también sé que ha sufrido mejoras importantes en el último año. Y creo que es importante que así sea, porque aquella comarca nos coge muy lejana, y no por cogernos lejana, tenemos que dejar de desatenderla, al contrario. Yo creo que en el último año se ha hecho un esfuerzo, lo digo con total sinceridad.

No entiendo las críticas desahoradas en sentido contrario, hay que ir allí y comprobarlo. Yo personalmente he pedido visitarlo, igual que iré a visitar, cuando pueda, el chare de Lepe, y en cuanto pueda todo lo que se vaya haciendo ¿no?, porque creo que hay que pisar el terreno y hablar con conocimiento de causa.

Por lo tanto, animarla a que siga con su responsabilidad, mejorando la sanidad de Huelva, que sabe que en Huelva hace mucha falta.

Gracias.

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

—Muchas gracias, señoría.

Para terminar el debate, señora consejera, cinco minutos.

### La señora ÁLVAREZ BENITO, CONSEJERA DE SALUD

—Gracias, presidente.

Señoría, no voy a entretenerme mucho más. Así que, bueno, reiterar el compromiso de la Junta de Andalucía y la Consejería de Salud con la provincia de Huelva. Y efectivamente, bueno, seguiremos trabajando y dando pasos en esa línea.

En la línea de la que hablaba, con respecto al materno-infantil y los profesionales que han participado en él, pues efectivamente ha sido un proyecto muy muy participado, no todos los proyectos son tan participados. Y realmente, yo soy consciente de que eso es muy positivo, porque permite que, bueno, los profesionales que tienen conocimiento puedan intervenir realmente en cómo se va a organizar y cómo va a ser ese hospital.

He tenido la suerte de poder reunirme cuando compartimos el plan funcional, cuando ya estaba terminado, reunirme con ellos, reunirnos con los profesionales. Y he podido comprobar pues su grado de satisfacción realmente con la existencia de este hospital materno-infantil que, como decía, va a tener la suerte de tener áreas muy avanzadas en todos los aspectos, tecnológica y organizativamente, hacer ya un materno-infantil nuevo. Será el más moderno con el que cuente nuestra comunidad.

Y toda el área de parto, presenta una humanización en la línea de que está trabajando este hospital. Y como le decía, la atención de salud mental también va a ser muy especial en este hospital materno-infantil. Creo que son unas características peculiares de este hospital materno-infantil.

Soy consciente también que tanto sindicatos, la Mesa Sectorial, como profesionales, los equipos directivos..., todos han tenido que poner de su parte realmente, bueno, para llegar a un acuerdo, llegar a un entendimiento, mantener la paz, seguir trabajando al mismo tiempo que en el hospital, manteniendo asistencia sanitaria al mismo tiempo se está trabajando en un nuevo proyecto, al mismo tiempo que se van haciendo reformas, al mismo tiempo que se van introduciendo mejoras en el centro hospitalario. Y en ese sentido, yo quiero dar las gracias a todos los que lo han hecho posible, porque soy consciente del esfuerzo que supone eso en el día a día.

Sí que me gustaría también insistir en que, bueno, se ha hecho un esfuerzo importante por ir adecuando las plantillas, ese aumento de cartera de servicios con el que se está trabajando en Huelva. Y actualmente, efectivamente, las plantillas de estos hospitales, de estos centros hospitalarios son un 10% superiores cuando realmente empezó el proceso de la fusión hospitalaria.

Y, bueno, solamente transmitir que vamos a seguir trabajando realmente en esta línea, dando pasos importantes. Y espero, bueno, que en este mismo año se puedan ver otros proyectos importantes que estamos a punto de culminar en la provincia de Huelva.

Muchas gracias.

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

—Muchas gracias, señora consejera.

## 10-18/APC-000571. Comparecencia de la consejera de Salud, a fin de informar sobre conclusiones y valoración del Consejo de Gobierno sobre el último Consejo Interterritorial de Salud

El señor GARCÍA ANGUIA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Pasamos a la tercera comparecencia. En esta ocasión, del Grupo Parlamentario Socialista, a fin de informar sobre las conclusiones y valoración del Consejo de Gobierno sobre el último Consejo Interterritorial de Salud.

Tiene quince minutos..., me pide la proponente que haya una sola intervención. Quiere decir que usted tendría dos intervenciones. Tiene, señora consejera, quince minutos para la primera intervención.

La señora ÁLVAREZ BENITO, CONSEJERA DE SALUD

—Gracias.

Presidente. Señorías.

Como saben, el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud se celebró el pasado 24 de abril, bueno, cinco meses de diferencia con el anterior, que fue el 8 de noviembre de 2017, y bueno, realmente estaba previsto para el mes de enero o febrero, y esto ha dado lugar a que el orden del día fuera excesivo. Un orden del día con 24 puntos, incluyendo ruegos y preguntas, y bueno, realmente complicaba que algunos de los puntos incluidos, pues, tuviesen el abordaje que se merecían, porque necesitaban, además, una solución inmediata y además eran aspectos muy, muy complejos.

Entre estos puntos, que además estaban al final del orden del día, podemos señalar las medidas para paliar el déficit de especialistas médicos en todo el sistema nacional de salud, bueno, un problema a nivel de todo, a nivel nacional. Un problema compartido por todas las..., por todas las comunidades, que ya ha sido, bueno, puesto encima de la mesa en otros Consejos Interterritoriales, y que realmente, a raíz de ellos, se formó un grupo de trabajo de recursos humanos para bordar este..., este problema. Y bueno, pues, como decía, fue uno de los puntos realmente tratados prácticamente al final de la reunión, ¿no?

Desde nuestra comunidad, también habíamos manifestado al ministerio nuestra preocupación por este déficit de profesionales, y bueno, y señalamos además que es probable que este problema pueda aumentar en los siguientes años, debido a las jubilaciones de los profesionales.

Y sí que le pedimos al ministerio que, a fin de agilizar las acreditaciones, algo que es totalmente necesario, que nos puedan agilizar la acreditaciones de plazas, de nuevas plazas, pero en algunas especialidades que nos permitan a las comunidades priorizar nuestras necesidades, para que realmente sean esas las primeras plazas que se acrediten, y para la próxima convocatoria podamos tener..., podamos ofertar ya esas plazas, ¿no?, priorizando las que les transmitimos como comunidad.

Estamos hablando de especialidades como medicina familiar y comunitaria y pediatría, comunes a todas las... a todas las comunidades. Son las dos especialidades más deficitarias en todas las comunidades, pero también tenemos otras especialidades que son deficitarias, como es por ejemplo anestesia, como es traumatología, como es oftalmología, como es urología, oncología, cirugía general o radiodiagnóstico.



Y si bien hemos solicitado al Gobierno central, además, que agilice la homologación de títulos especialistas extracomunitarios, que coordine la oferta de empleo público extraordinaria..., para afrontar de esta manera la falta de especialistas y que no atrase más el prometido registro estatal de profesiones sanitarios, entre otras cuestiones, que consideramos que también un elemento muy importante.

Son, por tanto, un conjunto de medidas que no solamente nos van a permitir conocer la situación real, sino que nos van a permitir poner una solución encima de la mesa, para el momento actual y también para el futuro.

Además, en la pasada reunión se trataron —que tuvimos del Consejo Interterritorial— también otros temas. Bueno, pues, se trataron con excesiva premura, dada la existencia de 24 puntos en el orden del día. Entre ellos, el informe, por ejemplo, de violencia de género, que era el punto 5. Nuestra comunidad realmente manifestó su conformidad, ya que hemos aportado desde la comunidad todos los datos disponibles, tanto de los indicadores epidemiológicos comunes, como los datos de formación de profesionales en nuestro sistema sanitario público sobre violencia de género, y también la actuación sanitaria frente a la trata con fines de explotación sexual, que hemos participado realmente, con representantes de nuestra comunidad, y que en el sistema sanitario público andaluz, realmente, este apartado está incluido dentro de la violencia de género.

La financiación del sistema Flash y de otros aumentos en la cartera de servicios también fue tratada, realmente, en este Consejo Interterritorial. Y puntos también, como la mejora... un plan de colaboración para la mejora de la composición de los alimentos y bebidas, y otras medidas durante..., que se van a llevar a cabo entre los años 2017 y 2020, y que podemos ver a continuación, con más detalle.

En concreto, el ministerio presentó este plan para la mejora en la composición de los alimentos y bebidas. Este realmente era el punto 10. Realmente nosotros transmitimos, bueno..., estábamos de acuerdo, pero nos parecía, nos pareció indicado indicar que, realmente, el hecho de que fuera una medida voluntaria por las empresas, y que en lo que consiste es, realmente, en reducir tanto en calorías como en grasas añadidas un 5% o un 10% del valor añadido. Y eso, y que fuera voluntario, pensábamos que realmente..., bueno, no iba a ser muy eficaz, que se dejaban atrás una serie de medidas que son recomendadas internacionalmente y que son muy eficaces.

Son recomendadas como he comentado, por agencias internacionales, como son el etiquetado simple y comprensible para todo tipo de público; la existencia de incentivos económicos para..., para alimentos que son saludables o realmente restricciones eficaces a la publicidad y el márketing, la modificación de las cadenas de suministro de alimentos, ¿no?

Realmente, para hacer una idea de lo que puede suponer esto, si hacemos una analogía realmente con este tema, con lo que ocurrió con el tema del tabaco, ¿no?, realmente, si en aquel momento el Gobierno..., el Gobierno de nuestro país, hubiera pedido realmente a las empresas que voluntariamente bajasen el nivel de nicotina, creemos que no habiéramos conseguido realmente lo que hemos conseguido, realmente, en este..., en este plan, ¿no?

Pensamos que hay que avanzar realmente con legislación, de una forma más..., mucho más más seria, ¿no? Y, de hecho, en el plan de tabaquismo se ha avanzado con legislaciones mucho más integrales, que incluyen regulaciones para los espacios libres de humo, prohibición de la publicidad, advertencias en los envases, políticas de precios, regulación de la venta del tabaco..., bueno, en resumen, lo que son políticas legislativas que han demostrado su eficacia en el control del tabaquismo, y que es un ejemplo, y pensamos que,

realmente, el que sea voluntario el mejorar la composición de alimentos no va a tener muchísimo..., mucho impacto en un tema tan grave como es la obesidad y como es el sobrepeso en nuestro país. Pensamos que la lucha contra la obesidad, que es una epidemia, no se puede basar en una medida única, y que para conseguir estos objetivos en salud pública, en este campo, se deben hacer medidas que sean de eficacia probada y realmente que tengan un carácter obligatorio, como son la prohibición de la publicidad, de los productos no saludables, que se dirige a la infancia, e implementar, como decíamos, un etiquetado que sea fácilmente comprensible por todo..., por todo el público. El que haya incentivos económicos para alimentos que son saludables y, por otra parte, pueda haber impuestos por alimentos que no son saludables. Así también como apoyar a productos que son de proximidad y que permiten realmente tener dietas basadas en la dieta mediterránea.

Y bueno, nosotros, en ese sentido, Andalucía se comprometió en este Consejo Interterritorial a aportar su experiencia, ya que, bueno, hablamos de nuestro proyecto de ley para la promoción de una vida saludable y una alimentación equilibrada, que, como ya hemos comentado, ha superado el debate a la totalidad en el Parlamento, y que realmente será la primera comunidad autónoma que lo regule, ¿no?, que eleve al máximo rango normativo la lucha contra este problema, que es la obesidad y los trastornos de la conducta alimentaria, en general, ¿no? Y con especial atención a la infancia, como un colectivo prioritario, pero también con especial atención a otros colectivos que son más vulnerables, como son las mujeres embarazadas, como son personas dependientes o personas mayores, ¿no? Como decía, grupo o grupos socialmente más desfavorecidos.

También ofrecemos nuestra experiencia en el Plan Integral de Obesidad Infantil en Andalucía. Y, además, el orden del día incluía la aprobación de ocho proyectos normativos tan relevantes como la creación, por ejemplo, del título de especialista de psiquiatría del niño y del adolescente. Un punto, realmente, en el que todas las comunidades estaban..., estaban de acuerdo y apoyaron, ¿no?

También, realmente, se llevaron a cabo y se aprobaron normas relativas al sistema de calidad de los centros y los servicios de transfusión sanguínea.

Otro punto de los que se trató, que fue un punto realmente polémico, fue el punto de la homeopatía. Realmente, este punto es una competencia a nivel estatal, las comunidades autónomas no tenemos competencia, pero realmente sí que nuestra comunidad, al igual que la gran mayoría de comunidades, no mostramos contrarias, realmente, a la decisión que había tomado el ministerio porque pensamos que la decisión que se ha tomado puede generar incertidumbre. Porque el hecho de que se trate de productos que están avalados por el ministerio, ¿no?, pues puede llevar a confusión a la población, pensando que, de verdad, pues cumple los mismos criterios que cumple cualquier medicamento, y realmente esto no es así, porque cualquier medicamento o producto farmacéutico tiene que pasar una serie de ensayos y un control de calidad para que sea considerado, realmente, como un producto. Y pensamos que, realmente, el que tenga ese aval del ministerio, el que sea considerado como un producto sanitario puede llevar a confusión, realmente, en la población.

Ya le transmitimos que desde nuestra comunidad defendemos que todos estos productos deberían tener el mismo control que cualquier producto sanitario, que cualquier medicamento; que realmente estos medicamentos primero superan un ensayo clínico donde demuestran su eficacia y, al mismo tiempo, demuestran su seguridad. Y después tienen un seguimiento muy exhaustivo, realmente, y somos partidarios de que todo lo que se autorice para ser utilizado en salud debe estar basado y avalado por la evidencia científica. Y todo lo que no sea así, como decíamos, bueno, pues, pensamos que realmente es un..., es una posibilidad de confusión en la población.

Otro de los temas que se trató y que se aprobó fue la regulación del proyecto de real decreto para la indicación de medicamentos y productos sanitarios por parte de los enfermeros. Es un punto en el que se venía trabajando durante mucho tiempo y que había sido un tema muy polémico, creando muchos problemas en muchas comunidades, realmente, la prestación de asistencia sanitaria. Nuestra comunidad mostró la conformidad, realmente, y también hemos aportado en este proyecto nuestra experiencia como comunidad. Y quiero aprovechar la oportunidad para reconocer públicamente, bueno, pues, el consenso realmente que se pudo alcanzar, entre colegios profesionales y las comunidades, entre el Ministerio, y realmente Andalucía ha tenido un papel importante, aportando la experiencia y el talante, y bueno, y por fin poder eliminar esta situación que, como decía, estaba creando problemas en muchas comunidades.

Andalucía, actualmente, era la única comunidad donde estaba regulada esta práctica, a través del Decreto 307 del año 2009. Y, bueno, y desde este año permite a los profesionales de enfermería la indicación de algunos fármacos y productos sanitarios, y esto está permitiendo, bueno, pues avanzar con calidad y con seguridad en la atención, ¿no?

Este..., como comentaba, desde el año 2009 estamos trabajando y es algo, es una práctica que ha sido muy bien aceptada tanto por los profesionales sanitarios, tanto de enfermería como facultativos, así que esa experiencia por nuestra comunidad fue importante transmitirla al resto de comunidades.

Por otra parte, bueno, pues quiero también aprovechar y mostrar mi satisfacción porque Andalucía es la segunda comunidad con más iniciativas reconocidas en el Consejo Interterritorial con el sello de buenas prácticas, por el Ministerio de Sanidad; fue la segunda, después de la comunidad de Madrid. Un total de seis estrategias, de las diecisiete iniciativas que presentaba nuestra comunidad, fueron reconocidas como buenas prácticas, lo que representa el 14,5% a nivel nacional. Entre ellas, son áreas como el abordaje del dolor crónico en nuestra comunidad, dentro de, también, la estrategia de la cronicidad; también actuaciones sanitarias frente a la violencia de género; el manejo de la cardiopatía isquémica; los cuidados paliativos pediátricos; o también nuestro programa de detección precoz de retinopatía diabética ha sido reconocido por el ministerio como una buena práctica, y —como he comentado anteriormente— recientemente también la OMS ha reconocido esta buena práctica. Y, además de estas seis estrategias que han sido reconocidas como buenas prácticas para nuestra comunidad, también creo que tenemos que felicitarnos como nuestra comunidad porque, bueno, a partir de ese momento suma ya tres unidades nuevas de referencia al Sistema Nacional de Salud, tres CESUR, que viene para nuestra comunidad; en concreto, para los hospitales sevillanos, ¿no?, para el Virgen del Rocío y para el Virgen Macarena. Concretamente, se trata del abordaje que se hace conjuntamente en los centros, tanto Virgen Macarena como Virgen del Rocío, para la asistencia integral del adulto con cardiopatía congénita; también para las enfermedades metabólicas congénitas —esa es una unidad que está en el Virgen del Rocío—, y también un CESUR para tumores intraoculares del adulto —y esta unidad, en concreto, para el Virgen Macarena—. Y con estas tres unidades nuevas que vienen para Andalucía, pues Andalucía alcanza ya treinta y cinco CESUR, que, bueno, son —como saben— centros y unidades de referencia a nivel nacional y, bueno, y que tienen un alto grado de especialización.

En el tema de la medicina personalizada, realmente, Andalucía mostró su disconformidad, ya que, aunque realmente, por supuesto, nos parece oportuno que se lleve a cabo un plan de medicina personalizada en nuestro país, pero realmente no estábamos totalmente de acuerdo con el planteamiento que hacía el mi-

nisterio, porque pensamos que debe recoger una serie de garantías, ¿no? Y sí que, realmente, propusimos y pusimos encima de la mesa que, si aceptan las propuestas que nosotros proponíamos, pues realmente aceptaríamos esa propuesta de estrategia de medicina personalizada. Y nosotros proponíamos que fuera elaborado contando con un comité técnico, un comité científico, en el que puedan participar sociedades científicas, y en el que también puedan participar sociedades de pacientes y, por otra parte, que tenga un comité institucional, esta estrategia, y permita la participación de las diferentes comunidades autónomas, ¿no? También nos parece importante que esta estrategia, a nivel nacional, pueda recoger las buenas prácticas que ya existen en medicina personalizada en las diferentes comunidades de nuestro país. Nosotros, en concreto, tenemos un programa de medicina personalizada en el sistema sanitario público andaluz, que empezó su andadura en esta legislatura y que ya estamos pilotando el traslado a la práctica clínica de los primeros resultados en el diagnóstico de enfermedades raras, y —como comentaba— nos hemos ofrecido a aportar esa experiencia junto al Instituto Carlos III. Y, por supuesto, también pedimos que tuviera una previsión importante en cuanto a dotación presupuestaria. Nos parecía imposible, realmente, llevar a cabo una estrategia de medicina personalizada en nuestro país sin llevar a cabo una dotación presupuestaria, realmente, porque va a ser necesario. Y, en ese sentido, quiero hacer hincapié, bueno, en un fuerte recorte en la financiación del biobanco en este último año y, bueno, y la necesidad de contar con mayor inversión en investigación desde el Gobierno central, ¿no?

Para el tema de medicina personalizada es clave el apoyo del biobanco, el apoyo de la investigación. Y, bueno, como comentaba, propusimos estos requisitos para el ministerio y que, si realmente se llevan a cabo, pues estaríamos de acuerdo con esta estrategia en medicina personalizada en nuestro país.

Requisitos como lo que nosotros pedíamos fueron pedidos por otras comunidades. Realmente, en general, el planteamiento del pleno no..., no fue muy aceptable para las comunidades autónomas porque, realmente, no se había incluido ningún punto de distribución de fondos, y esto tiene un impacto importante en la financiación de actividades que se llevan a cabo en las comunidades autónomas, y algunas de ellas muy importantes como son las enfermedades raras, como es la vigilancia de la salud, o como son los sistemas de información. En concreto, para nuestra comunidad resulta especialmente gravoso el que no se haya incluido en ningún punto que se refiera la distribución de fondos para la financiación del Plan de Evaluación en red de la tecnología sanitaria en el Sistema Nacional de Salud, ya que es necesaria la aprobación de estos fondos por el Consejo Interterritorial para que se puedan descentralizar estos fondos y puedan apoyar a las comunidades, ¿no? Y comunidades como la nuestra, que tiene una Agencia de Evaluación de las Tecnologías, ¿no? —la EPSA—, pues realmente tenemos que afrontar con medios propios los costes de ejecución de los proyectos que lleva a cabo esta agencia.

Por otra parte, transmitir que, bueno, la financiación sanitaria es un tema que nos preocupa a todas las comunidades. Realmente, nosotros habíamos pedido a todas las comunidades un monográfico de financiación sanitaria, que se llevaría a cabo en el primer trimestre del primer año. Y, bueno, pues lejos de no llevarse a cabo ningún consejo interterritorial en el primer trimestre, se convoca esta reunión, en este mes, con veinticuatro puntos en el orden del día, y el ministerio lo proponía con el último punto del día y, realmente, simplemente para hacer un planteamiento y aplazarnos a otra reunión que, en teoría, iba a ser el 16 de mayo, pero que nuevamente no se vuelva a celebrar, ni hemos trabajado previamente las comunidades el tema de la fi-

nanciación. Nos parecía que no íbamos a avanzar en ningún consejo interterritorial dedicado a financiación si previamente las comunidades no han trabajado. Y es un tema que, realmente, ninguno de los puntos contenidos en el orden del día se puede llevar a cabo sin financiación. Todas las comunidades, por eso, habíamos propuesto un interterritorial específico de financiación. Así que, bueno, ese es nuestro objetivo, poderlo llevar a cabo, ¿no?

Y, bueno, también realmente nos parece que es importante, bueno, pues velar de cómo esa financiación... En ese sentido, en nuestra comunidad saben que hacemos un esfuerzo muy importante, porque tenemos un porcentaje del PIB del 6,3%, aproximadamente, y aun así pues es verdad que nuestra comunidad tiene un gasto por habitante muy bajo en relación con otras comunidades. Para mantener los resultados en salud que toca al sistema sanitario, nuestra comunidad tiene que hacer un gran esfuerzo al dedicar un porcentaje importante del PIB y, realmente, con medidas de eficiencia para poder tener esos resultados en salud, similares al resto del sistema sanitario. Con lo cual, nos parece clave abordar ese tema.

Muchas gracias.

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

—Muchas gracias, señora consejera.

Señora Ferriz, tiene hasta diez minutos para esa única intervención.

### La señora FÉRRIZ GÓMEZ

—Muchas gracias, señor presidente.

Buenos días a todos y a todas.

En primer lugar, consejera, yo quiero agradecerle esta comparecencia y la explicación tan detallada que nos acaba de dar de lo que ocurrió en el último Consejo Interterritorial de Salud, de la posición que ha mantenido Andalucía sobre diversos temas, y de los puntos fundamentales que se acordaron. Pues la verdad es que la primera apreciación que yo quiero hacerle es que, para ser un órgano de la trascendencia que es, un órgano en el que se debate y en el que se coordinan, o se deben coordinar, el gobierno y todas las comunidades autónomas sobre un tema tan crucial como la salud; un órgano que, además, me imagino que tiene como máximo objetivo la coordinación entre los distintos territorios de España, cada uno con sus competencias, pues me parece que es un órgano que se reúne poco. Porque, corríjame si me equivoco, pero las tres últimas convocatorias de este órgano son el 13 de abril de 2016; la siguiente un año y pico después, el 21 de junio del 2017, y esta última el 24 de abril. Pero es que, además, usted misma lo acaba de indicar, en estas tres últimas convocatorias, la primera tuvo veinticuatro puntos; la segunda, treinta y un puntos; y esta última, otros veinticuatro puntos. La verdad que, coincido con usted, debe ser muy complicado coordinarse y, no digo ya llegar a consenso entre las comunidades, el Gobierno de España, con reuniones tan escasas y con órdenes del día tan amplios, donde se abordan temas como los que usted acaba de exponer aquí: el déficit de especialistas médicos, violencia de género, financiación de los sistemas *flash*, planes de obesidad, otro de psiquiatría, problemas como el de la homeopatía y la confusión que pueden causar en los ciudadanos productos que pode-

mos pensar que curan y no curan, o la prescripción por parte de enfermería. Me resulta increíble que en una convocatoria de un consejo interterritorial se puedan abordar todos estos puntos y se pueda hablar meridianamente con cierta, en fin, coherencia de todos estos puntos. Y son muchos los temas que usted ha expuesto; yo me voy a centrar —porque también tengo un tiempo limitado en esta comisión— a aquellos que me parecen fundamentales, y me parecen cruciales y, de los que —como usted también ha indicado al final—, yo creo que dependen, en gran parte, el resto de puntos, ¿no? Uno de ellos es la financiación, y otro de ellos es un tema fundamental para los socialistas, que es la universalidad de la sanidad. Lo primero que hay que decir es algo obvio: yo creo que en la agenda del Gobierno de España no está abordar ni la financiación ni la universalidad. Y yo, a los hechos me remito: usted acaba de decirlo, que había un compromiso de hacerlo en el primer trimestre, compromiso que ya, por lo pronto, no se ha cumplido. En el último consejo, se habló de la posibilidad esa convocatoria de la Comisión Delegada, a la que usted también ha hecho referencia, para el día 16, para ayer, pero tampoco se convocó; se insinuó que podía ser el día 21. Al comienzo de esta comisión no hay ni convocatoria ni orden del día. Y, hombre, esta Comisión Delegada era importante porque era la previa a ese consejo monográfico que iba a haber sobre financiación. Consejo, por cierto, monográfico que no fue a propuesta del Gobierno, sino a propuesta de las comunidades autónomas, que pidieron que se incluyera en el último punto del día del último consejo anterior. Eran 23 puntos, y ninguno, de financiación. Yo creo que deja bastante clara cuál es la posición del Gobierno y la voluntad de no abordar precisamente este tema. El que no aparezca en el orden del día es bastante significativo. Y, bueno, y si eso lo sumamos al entorno en el que estamos viviendo, pues yo creo que parece claro que no tiene Gobierno de España ninguna intención de abordar la financiación.

Y la financiación establecida para la sanidad y para otros servicios públicos esenciales es una barbaridad que tiene que replantearse tarde o temprano. Estamos en Andalucía, comunidad autónoma con 9 millones de habitantes, con casi 9 millones de habitantes, y es de justicia recibir una financiación superior a la que recibimos para poder equipararnos en términos de igualdad con el resto de territorios.

Y la financiación de este país hay que replantearla, lo hemos hablado aquí en cantidad de ocasiones, pero lo cierto es que hubo hasta una reunión de la presidenta con el presidente del Gobierno, el pasado 18 de abril, un compromiso del presidente del Gobierno donde se iba a convocar de manera inminente al Consejo de Política Fiscal y Financiera. No sabemos lo que entiende el señor Rajoy por inminente. Desde luego ha pasado ya un mes, y no hay convocatoria del Consejo Fiscal y Financiera. Y no solo eso sino que ayer el ministro Montoro dice en un desayuno informativo que, hombre, que el Consejo de Política Fiscal y Financiera se hará después de la aprobación de los Presupuestos Generales del Estado. Que no sabemos si eso quiere decir que es una especie de chantaje al PSOE, pero lo cierto es que los Presupuestos Generales del Estado empiezan a debatirse la semana que viene, pero no acaban una vez todo el proceso de base al Senado, se aprueba el dictamen. El 28 de junio sería la aprobación definitiva de los Presupuestos Generales del Estado. Entonces, están haciendo lo que llevan haciendo durante tanto tiempo, que es marear la perdiz, buscar excusas y pegarle patás para adelante.

Lo digo porque es que el Consejo Interterritorial del monográfico de la financiación para la sanidad también lo hacen depender del Consejo de Política Fiscal y Financiera. Con lo cual, bueno pues parece evidente que lo que hay es una puesta en escena, un decir no y contentarnos con promesas que no van a cumplir...

Al señor Rajoy le importa bastante poco pasado pasar por encima de su palabra, y lo único es que eso pues no tiene mucha coherencia con la posición que luego tiene aquí el Partido Popular, que, como usted sabe, Pleno tras Pleno y comisión tras comisión no tienen absolutamente ningún problema ni ningún pudor en exigirnos la luna para anteayer, en desprestigiar la sanidad, en como decía la presidenta irse a la página de sucesos para ver qué van a rascar hoy para seguir desprestigiando y creando alarma en la sanidad, pero luego cuando gobiernan y donde gobiernan no hacen absolutamente nada para que la sanidad en Andalucía pueda seguir siendo pública y de calidad.

Y, bueno, pues en ese sentido yo tengo que agradecerle que desde luego el Gobierno de Andalucía esté haciendo ese esfuerzo que está haciendo infrafinanciado y a pulmón de mantener la calidad, la universalidad y, desde luego, un sistema del que muchos nos sentimos muy orgullosos, del que muchos ciudadanos y ciudadanas se sienten muy orgullosos y desde luego ser referente.

Así que me temo que con la convocatoria del Consejo monográfico va a pasar lo mismo que con la convocatoria del Consejo de Política Fiscal y Financiera. Pero no debemos dejar nosotros de reclamar esa revisión del modelo de financiación de las comunidades autónomas. Yo creo que la posición de Andalucía sigue teniendo que ser firme en este sentido. Porque la verdad es que es difícil mantener lo que estamos manteniendo en Andalucía con una infrafinanciación. Como decía, si la financiación no está en la agenda del Gobierno, la universalidad menos, la universalidad menos. Los socialistas hemos trabajado siempre para que exista un sistema público universal no solo en Andalucía sino en toda España, un sistema que sea homogéneo. Y sabemos que el Partido Popular no está por la labor. Es curioso porque también leía en algún medio de comunicación que la ministra había dicho que estaba dispuesta a abrir un grupo de trabajo y a recuperar el diálogo sobre el tema de la universalidad, pero al mismo tiempo decía con rotundidad que no estaba dispuesta a derogar el decreto..., aquel Decreto infame 16/2012. Que me explique a mí alguien cómo se puede hablar de la universalidad si no se está dispuesto a derogar un decreto que es precisamente el que rompe con la universalidad. Vamos, un decreto que no supuso ningún ahorro, porque no pueden demostrar que hubo ningún ahorro. Y lo que supuso fue expulsar a cerca de un millón de personas de la atención sanitaria y establecer copago farmacéutico y medicamentazo. Hombre, es decir, que ni siquiera se esté dispuesto a hablar por parte de un gobierno de un decreto que se hizo con el rodillo de la mayoría absoluta, donde hay muchas comunidades autónomas que están pidiendo que se abra el diálogo y lleguemos a un consenso de un decreto en el que todos nos podamos sentir a gusto y representados, pues dice bastante de lo que es un gobierno, que lo que pretende es entre la financiación y la universalidad, pues yo creo que lo que hay detrás de toda la política que tiene el Partido Popular, ¿no?, que al final no es otra cosa que la sanidad no sea un derecho, sino que sea fruto de un negocio: que el que pueda se la pague, y el que no, pues que se quede en la cuneta.

Y, bueno, pues si tampoco tienen intención de derogar el Decreto 16/2012, ni tienen intención de financiarnos justamente a las comunidades autónomas, pues la verdad es que está muy bien eso de tratar 24, 31 puntos o los que haga falta, pero la verdad es que es bastante incoherente, porque se les está pidiendo un esfuerzo a las comunidades autónomas, pero no se es coherente. En fin, yo termino.

Le soy sincera, yo, dado el historial que tiene el Partido Popular, y especialmente el historial que tiene con esta tierra, no tengo ninguna esperanza de que se vaya a bordar la financiación. Así que me imagino que Andalucía va a tener que seguir soportando a pulmón y va a tener que seguir haciendo un esfuerzo muy impor-

tante para mantener el sistema de calidad, la universalidad y la sanidad que tenemos y de la que disfrutamos en Andalucía. Podrán seguir estando sordos durante mucho tiempo. La verdad es que yo llego a la conclusión de que, con respecto a Andalucía, la posición que tiene el Partido Popular es bien cara. Yo creo que piensan que cuanto peor les va a los andaluces o andaluzas, mejor les va a ir a ellos electoralmente. Lo que pasa es que llevan 40 años en la oposición. Yo creo que ya deberían haber llegado a otra conclusión, porque llevan 40 años haciendo lo mismo, lo mismo necesitan otros 40.

Yo desde luego, en nombre del Grupo Socialista, le agradezco el trabajo que está haciendo esta consejera. Le agradecemos el papel que usted está teniendo concretamente en esos Consejos Interterritoriales tan escasos, donde mantenemos la coherencia. La coherencia que hay que tener en política que supone defender aquello en lo que creemos, pero que luego cuando gobernamos y gestionamos hacemos justamente lo mismo que lo que defendemos. Y que lo hagamos, además, con lealtad al Estado y al resto de comunidades autónomas, lo que no está reñido con alzar la voz cuando se quiebra aquello que nosotros creemos esencial al hablar de sanidad, y lo que tampoco está reñido con aportar nuestra experiencia o con buscar el consenso a la hora de tomar decisiones.

Y no quiero terminar sin darle la enhorabuena por ese reconocimiento ligado a las buenas prácticas y por esas tres nuevas unidades de referencia, que irán al Macarena y al Virgen del Rocío.

Gracias.

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

—Muchas gracias, señoría.

Señora consejera, para cerrar el debate, cinco minutos.

### La señora ÁLVAREZ BENITO, CONSEJERA DE SALUD

—Gracias, presidente.

Señorías, pues la verdad que, después de su intervención tan completa, poco más puedo añadir, ¿no? Efectivamente, creo que bueno con esos Consejos Interterritoriales, con 24, 31 puntos. Y lo importante, al final, pues realmente poco podemos hacer.

Bueno, pues efectivamente, si nos dejan, continuamos realmente. Y bueno, transmitir...

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

—Les ruego que dejen a la consejera, que está interviniendo.

*[Intervención no registrada.]*

Pues muchas gracias por su aclaración.

Sigue con la palabra la señora consejera, por favor.

Por favor.



## La señora ÁLVAREZ BENITO, CONSEJERA DE SALUD

—Y referente al tema, efectivamente, de la financiación, que como transmitía todas las comunidades por unanimidad habían solicitado un Consejo Interterritorial específico para financiación en el primer trimestre y que finalmente, bueno, pues no se produce. Y en la cita que tenemos recientemente ocupaba el último lugar la financiación, con un..., simplemente para mostrar que se va a aplazar para otro Interterritorial, con un informe preliminar, ¿no?

Realmente, la propuesta que hace la comunidad realmente apoya el trabajo que se ha llevado a cabo en este Parlamento, que fue la propuesta que la propia presidenta de la Junta de Andalucía transmitió al presidente del Gobierno de nuestro país, Mariano Rajoy, y realmente nuestro planteamiento en la financiación del sistema sanitario que sea un sistema que permita mantener la misma calidad, la universalidad, la calidad en todos en todos y cada uno de los puntos de nuestro país con independencia realmente de las características de cada una de las personas. Y bueno para que nos permita también mantener el sistema de salud realmente por el que nosotros apostamos. Yo creo que hay un aspecto importante y es qué sistema sanitario queremos. Yo creo que aquí es donde se encuentra un punto muy muy importante y realmente de discordancia entre unas comunidades y otras, en concreto entre el Ministerio y la comunidad andaluza.

Realmente nosotros apostamos por una sanidad que sea universal, que sea equitativa, que sea sostenible, que sea de calidad y que sea realmente solidaria, y que realmente cualquier ciudadano, con independencia de su lugar de residencia en nuestro país, pueda tener realmente una financiación suficiente para tener unos recursos realmente de calidad y unos recursos mínimos.

Y, por otra parte, también manifesté mi disconformidad con ese informe preliminar que no hacía el ministerio para aplazarnos a otro consejo interterritorial donde trataríamos realmente la financiación y donde señalaba que Andalucía era la comunidad que menos dedicaba a sanidad por habitante, ¿no? Yo creo que sin tener en cuenta el gran esfuerzo que hace la comunidad, dado que dedica a sanidad la tercera parte de su presupuesto y que dedica un 6,4%, como hemos comentado, del PIB, cifra que es mucho más elevada que la media de PIB que dedica el resto del país, que es un 5,7, y por supuesto una cifra mucho más elevada de la que dedican comunidades mucho más ricas, como puede ser Madrid o como puede ser Cataluña. Y pese a eso nosotros seguimos manteniendo, como comentábamos, un sistema sanitario que sea público, que sea universal, que tenga unos criterios de calidad y unos resultados en salud similares a los mejores sistemas sanitarios de Europa, y todo ello gracias a un gran esfuerzo. Por supuesto que seguiremos insistiendo en mantener ese Consejo Interterritorial, en mantener esa reunión que nos permita debatir realmente sobre la financiación del sistema sanitario; seguiremos, por supuesto, en ese empeño.

Y hablaba usted de otro tema también muy... bueno, pues sumamente importante, que es la universalidad del sistema sanitario. Tengo que decir que este punto no estaba incluido en el orden del día del Consejo Interterritorial, fue un punto incluido a petición de varias comunidades, y tengo que decir que realmente pues nuestra comunidad, entre otras comunidades, ha pedido en multitud de ocasiones al ministerio que derogue el Real Decreto 16/2012, que pensamos que ha sido tan lesivo y que sigue siendo tan lesivo para nuestra comunidad y que ha dejado sin atención sanitaria a un número importante de personas, las personas más desfavorables, y, como bien ha dicho, con un copago farmacéutico que limita el acceso a medicamentos a un grupo importante de la población.

Pero es que, de hecho, recientemente, con la celebración del Día Mundial de la Salud, la Organización Mundial de la Salud —la OMS— ha instado al Gobierno de nuestra nación a que derogue este decreto. Este punto, como le digo, fue incluido en el orden del día a petición de varias comunidades, incluida la nuestra, y realmente nos quedó clarísimo que, como bien ha dicho, el Gobierno no piensa derogar este decreto porque, realmente, no apuesta por una sanidad universal. Como decía, el problema es de modelo: nosotros apostamos por una sanidad que realmente es una sanidad que protege al ciudadano en equidad y, bueno, estamos hablando de otro tipo de sanidad, una prestación de servicios independiente y desgajada que, realmente, no es el sistema sanitario y la sanidad pública que nosotros entendemos.

Tengo que decir que Andalucía, con gran esfuerzo, sigue manteniendo la asistencia sanitaria universal, y que números muy importantes de emigrantes en nuestra Comunidad, cuarenta y siete mil aproximadamente, pueden recibir asistencia sanitaria gracias a una tarjeta especial. También tenemos que decir, como creo que también usted ha dicho, que el no prestar asistencia sanitaria a este grupo de población, el no mantener una asistencia sanitaria universal no ha demostrado que ahorre, todo lo contrario: el no mantener esta asistencia sanitaria es un problema de salud pública; no es un sistema para ahorrar, es un problema de salud pública porque puede conllevar riesgos para la salud, tanto en esas personas como en la comunidad. Con lo cual, nosotros realmente seguiremos apostando y seguiremos defendiendo esa sanidad pública universal, con el mismo acceso y con los mismos derechos para toda la población y, por lo tanto, insistimos en volver a esa situación previa antes de la entrada en vigor de este Decreto, el 16/2012, para evitar, de esta manera, cualquier tipo de discriminación, como la que actualmente estamos viviendo en nuestro país.

Y bueno, seguiremos exigiendo realmente, además, este tipo de sanidad, un tipo de financiación que permita realmente esta sanidad: una sanidad realmente que es de todos y para todos, así que muchas gracias.

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

—Muchas gracias, consejera.

## 10-18/POC-000077. Pregunta oral relativa a complejo hospitalario de Jaén

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Pasamos al siguiente punto del día, que son las preguntas escritas, que... primero, no está la portavoz de Izquierda Unida, ya me comunicó que habían sido contestadas, que se conformaba, así que pasamos al siguiente punto, que son las preguntas orales.

La primera pregunta, del Grupo Parlamentario Popular, relativa al complejo hospitalario de Jaén.

Señora García, tiene dos minutos y medio.

La señora GARCÍA CARRASCO

—Gracias, señor presidente. Buenos días, señorías.

Buenos días, señora consejera. ¿Nos puede aclarar qué van a hacer en Jaén? Porque las últimas informaciones que tenemos la verdad es que nos dejan un poco desconcertados.

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Gracias, señoría.

Señora consejera.

La señora ÁLVAREZ BENITO, CONSEJERA DE SALUD

—Gracias, presidente.

Señoría, yo creo que hemos sido claros, realmente, cuando hemos presentado el proyecto que se plantea para el complejo hospitalario de Jaén. Hemos transmitido cómo en los próximos años se va a llevar a cabo un plan de modernización para este complejo hospitalario y, bueno, son unas actuaciones importantes que van a permitir responder no solamente a las necesidades actuales, sino a las necesidades de futuro; son necesidades, además, que han sido identificadas por profesionales y por la ciudadanía. Ha sido también un grupo muy participativo. Estas actuaciones van a suponer un total de 20,3 millones de euros, así también lo anunció la presidenta en el mes de marzo en una visita a esta ciudad, y yo misma puede refrendar la semana pasada. La semana pasada lo refrendó, perdón, la presidenta, y yo lo pude refrendar hace dos semanas aproximadamente, cuando estuve en este complejo hospitalario, compartir este plan funcional con los profesionales.

Es un plan que se va a desarrollar en los años 2018-2022, es un plan que realmente tiene una gran envergadura por toda el área física a la que afecta, porque hay que mantener la asistencia sanitaria y, por su coste, y como es necesario seguir manteniendo la asistencia sanitaria, se llevará a cabo realmente en estos cuatro años.

Este plan de modernización ha tenido en cuenta los problemas de salud realmente de la población. Se adapta, también, a los nuevos modelos organizativos; ha tenido en cuenta también el trabajo conjunto que se realiza entre atención primaria y atención hospitalaria. Pensamos que va a permitir un salto cualitativo y cuantitativo muy importante para la atención, para la asistencia sanitaria que se presta en esta ciudad, en el complejo hospitalario, y su actuación fundamentalmente se va a centrar en cuatro áreas que fueron identificadas, que son el área de hospitalización, el área quirúrgica, el área de diagnóstico y el área ambulatoria.

Muchas gracias.

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

—Muchas gracias, señora consejera.

Señoría, tiene dos minutos y...

### La señora GARCÍA CARRASCO

—Gracias, señor presidente.

Señora consejera, mire, efectivamente, por ahí van los tiros. Usted habla del anuncio de la señora presidenta en el debate de la comunidad, pero es que en el año 2016 el gerente del hospital ya anunció una inversión para eliminar las camas triples en 2017, pero estamos en 2018. En 2016 dijo el gerente del hospital que se iba a hacer un plan para agilizar y para conectar la hospitalización con atención primaria, pero estamos en 2018.

Señora consejera, hablan de una reforma integral de todos los quirófanos, pero ya hay quirófanos que se han reformado por muchas denuncias que se han hecho aquí. ¿Ahora vamos a reformarlos todos o solo los que lo necesitan? Pero yo me voy a ir más atrás: habla usted del complejo hospitalario. Claro, el complejo hospitalario porque ustedes hicieron una fusión encubierta en el año 2002. En el área norte de Jaén ustedes se han comprometido a la defusión, pero todavía no se ha conseguido esa defusión, pero nosotros es que queremos que se consiga también la del complejo hospitalario.

Y yo me voy a ir más atrás todavía, porque usted habla y habló hace muy poco en el Pleno del Parlamento Andalucía de que estaban haciendo un estudio para ver qué iba a pasar con la sanidad en Jaén, si va a haber ciudad sanitaria, si no... Y ahora nos anuncian 20 millones de euros de inversión en cuatro años. ¿Pero de qué estamos hablando? ¿Por qué no nos centran el discurso y nos centran verdaderamente las necesidades de nuestra provincia en ese estudio que usted prometió que se iba a conocer? Pues no lo conoce nadie, por lo menos en Jaén no.

Señora consejera, estamos hablando de doce años donde se prometió una ciudad sanitaria y había un estudio de viabilidad que encargó el presidente de la Junta de Andalucía, entonces Manuel Chaves, y que ese estudio de viabilidad dijo que sí a la ciudad sanitaria. Un estudio, de este Gobierno no, de un Gobierno andaluz con un presidente del Partido Socialista, y dijeron sí a la ciudad sanitaria; pero es que los representantes del Partido Socialista en nuestra provincia dicen sí a la ciudad sanitaria.

Dice el señor Reyes que no habrá otro partido que defienda más la ciudad sanitaria que el Partido Socialista. Yo discrepo en esa afirmación, pero vamos a concederle que son los que más apuesten por la ciudad

sanitaria, si eso es verdad. Apuesten por la ciudad sanitaria, señora consejera. Sus promesas las tienen que cumplir. Dice la señora Cobo que es que hay que ver qué es lo que quiere la ciudadanía. Pues, hombre, la ciudadanía lo ha dicho claramente muchísimas veces. Hay encuestas, hay recogida de firmas que dicen que prefieren la ciudad sanitaria a una autovía o a un tranvía, a cualquier otra infraestructura. Quieren la ciudad sanitaria, señora consejera. No me hablen más de informes de viabilidad: el informe está. La ciudadanía la quiere y lo único que nosotros necesitamos aquí es la voluntad política del Partido Socialista, que la ha prometido.

Gracias.

## El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señoría.  
Señora consejera, tiene un minuto.

## La señora ÁLVAREZ BENITO, CONSEJERA DE SALUD

—Gracias, presidente.

Señoría, yo creo que realmente lo he dejado bastante claro. Cuando estuve en Jaén, también respondí a esa pregunta ante los medios. Realmente nosotros no renunciamos a ningún proyecto y no renunciamos a la ciudad sanitaria. Realmente, si en algún momento es posible económicamente, si es viable llevarla a cabo, pues se llevará a cabo. Realmente nosotros lo que proponemos ahora es una reforma integral de un complejo hospitalario, y es un proyecto que ha sido, como le comento, muy participativo, donde un número muy importante de profesionales —no solamente de profesionales, sino también de asociaciones de pacientes, de sindicatos, de colegios profesionales— han trabajado y realmente ha permitido este plan funcional que, como le digo, es un plan integral donde se van a reformar las 18 plantas de hospitalización del complejo, se van a reformar 23 quirófanos y dos paritorios, donde se van a reformar el Centro de Diagnóstico y las consultas externas, tanto del Neurotraumatológico del Materno Infantil, además del hospital de día médico y de un hospital de día quirúrgico.

Y, como le comentaba, esto supone más de 20 millones, pero realmente se completa con tecnología que va a suponer prácticamente 10 millones de euros, con una resonancia nueva, dos ecógrafos nuevos, dos salas nuevas de radiología digital, un equipo para radioterapia, un equipo para hemodinámica... Y, además, este plan no parte de cero: efectivamente, el complejo hospitalario lleva un tiempo trabajando, y trabajando de manos de los profesionales. Y están llevando a cabo las actuaciones y reformas que ha propuesto ese grupo de profesionales.

Yo tuve la oportunidad de compartir este plan funcional con todos los profesionales que habían participado en el mismo, con colegios profesionales, con representantes de asociaciones de pacientes y fuerzas y organizaciones sindicales. Y le puedo asegurar que pude comprobar, realmente, bueno, pues cómo compartían todas las personas que estaban allí presentes este plan funcional que, como le digo, creo que va a tener un impacto muy positivo, de forma cualitativa y de forma cuantitativa, para la asistencia sanitaria que se presta en Jaén. Y el área sanitaria norte de Jaén está separada recientemente.

## DIARIO DE SESIONES DEL PARLAMENTO DE ANDALUCÍA

Núm. 528

X LEGISLATURA

17 de mayo de 2018

---

El señor GARCÍA ANGUIA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señora consejera.

  

---

## 10-18/POC-000324. Pregunta oral relativa a mejora sanitaria en Torremolinos, Málaga

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Pasamos a la siguiente pregunta, también del Grupo Parlamentario Popular, relativa a mejora sanitaria en Torremolinos, provincia de Málaga.

Señora Romero, tiene dos minutos y medio.

La señora ROMERO PÉREZ

—Muchas gracias, señor presidente.

Señora consejera: ¿qué medidas tiene previsto poner en marcha la Consejería de Salud para mejorar la asistencia sanitaria en Torremolinos?

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señoría.

Señora consejera.

La señora ÁLVAREZ BENITO, CONSEJERA DE SALUD

—Gracias, presidente.

Señoría, Torremolinos cuenta con dos centros de salud de atención primaria. Por una parte, el centro de salud de San Miguel, y el de La Carihuela, para una población de sesenta mil habitantes. Y, además, cuenta con urgencias 24 horas en el centro de salud de San Miguel.

En el marco de la estrategia de renovación de la atención primaria, que estamos implantando en Andalucía, se han visibilizado mejoras importantes en los recursos de este nivel asistencial, y muestra de ello ha sido la incorporación, durante el año 2017, de cuatro médicos y cuatro enfermeros para urgencias, así como un enfermero para el equipo básico de atención primaria.

En materia de infraestructuras, se han llevado a cabo actuaciones para mejorar los centros de salud; en concreto, en los dos, en los dos centros de salud, tanto en el de La Carihuela como en el de San Miguel. Y, además, está prevista la incorporación al centro de salud de San Miguel de una sala de radiología digital, en el marco de la estrategia de renovación de atención primaria.

Por otra parte, en cuanto a la atención hospitalaria, como saben, el hospital de referencia es el Hospital Virgen de la Victoria, y algunas especialidades se atienden en el Hospital Marítimo.

Muchas gracias.

El señor GARCÍA ANGUIA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señora consejera.

Señoría.

La señora ROMERO PÉREZ

—Señora consejera.

Desde hace más de treinta años, la Junta de Andalucía no amplía los recursos sanitarios en Torremolinos. Y la población de Torremolinos se ha multiplicado por dos, teniendo en cuenta, además, que estamos hablando de un municipio de gran afluencia turística, en el que, en los meses de verano, la población se llega a multiplicar por cinco.

Torremolinos, señora consejera, necesita con urgencia la atención de su consejería. Hace falta un tercer centro de salud, que ustedes, además, han comentado en alguna ocasión. Hay dos, pero estamos hablando de setenta mil habitantes, que se multiplican en verano casi por cinco. Este centro de salud sería para la zona de La Colina y Playamar, para que los vecinos y vecinas de esta zona de Torremolinos tengan una asistencia eficaz y directa.

Y usted ha mencionado el Hospital Marítimo. No sé si usted, consejera, ha ido por allí, pero si no ha ido, le recomiendo que vaya, que vea el estado en el que se encuentra. Un edificio que es una joya, que ustedes, por cierto, se han negado a declarar Bien de Interés Cultural; un edificio que, en su momento, estaba a pie de playa y que está verdaderamente abandonado. Usted ha comentado que hay allí varias especialidades, pero yo le recomiendo de verdad, le pido que vaya a visitar los pabellones del Hospital Marítimo, porque es una pena el mantenimiento que ustedes hacen de esa infraestructura hospitalaria y de ese edificio histórico de 1929.

Y, señora consejera, se le ha olvidado a usted —no sé si es que me lo va a comentar ahora—, el CARE que prometieron en el año 2007. No sé si usted lo recuerda, pero prometieron un CARE, que, por cierto, el 11 de mayo de 2009 sacaron a concurso la redacción del proyecto, y el proyecto de ejecución y la dirección de obra. Y que hoy, lo único que sabemos es que ahora, en el año 2018, está en supervisión en los servicios centrales del SAS. ¿Qué pasa con ese CARE, señora consejera, que prometió la Junta de Andalucía en Torremolinos?

En definitiva, tienen ustedes una deuda histórica en materia sanitaria con los vecinos y vecinas de Torremolinos, y espero, espero, que analice bien usted la situación que allí se está dando, porque hay saturación en los centros de salud, porque los vecinos están pidiendo las urgencias pediátricas, que no las hay, porque los vecinos están pidiendo una ambulancia las 24 horas en La Carihuela...

Le insisto, señora consejera: vienen muchísimas personas en verano a esa zona de Málaga, y ustedes siguen sin ampliar los recursos sanitarios en ese importante municipio de la Costa del Sol.

Nada más y 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, las necesidades de asistencia sanitaria en cada área se van evaluando y se van organizando para responder a esas necesidades. Yo creo que le he dejado claro la apuesta tan importante que se ha hecho por ampliar las urgencias en este municipio. Se han incorporado cuatro profesionales a las urgencias de ese punto de 24 horas, y también tiene, efectivamente, una UVI móvil las 24 horas.

Por otra parte, y en referencia al Hospital Marítimo de Torremolinos, hemos comentado en otras muchas ocasiones, pero realmente se han invertido en los últimos años más de setecientos mil euros en mejorar sus infraestructuras. Recientemente, hemos comentado otras actuaciones previstas para este centro, por más de trescientos mil euros. Yo creo que progresivamente hemos demostrado nuestra apuesta por este centro, por mantenerlo para que pueda prestar la asistencia sanitaria en las condiciones, realmente, que se exigen, y no hemos parado desde hace..., bueno, yo creo que lleva más de dos años planteando múltiples actuaciones para mejorar estas instalaciones.

En lo que se refiere..., sí que estamos aumentando las prestaciones que se ofrecen en este municipio, y realmente sí que se han ido dando pasos, no solamente en el Hospital Marítimo, o en reforzar las urgencias, como le he comentado, ¿no?, sino que también le he transmitido algunos otros aspectos relacionados con las estrategias de renovación de atención primaria, que han tenido también aquí sus efectos, en este municipio. Por ejemplo, el incremento de la capacidad de resolución de estos equipos, con equipos diagnósticos, tanto ecografías, teledermatología, espirometría, retinografía, planificación familiar avanzada, cirugía menor, infiltraciones... También, la ampliación del propio catálogo de pruebas de diagnóstico por imagen, para pedir desde atención primaria al hospital, así como los procedimientos analíticos. Se ha potenciado el trabajo en red interniveles, a través de los planes integrales operativos, realmente, para patologías que suponen el 80%, aproximadamente, de la demanda en salud. Y, realmente, hay consultorías presenciales de facultativos especialistas en medicina interna, para la gestión de los casos más complejos.

Yo creo, realmente que se están dando pasos importantes en mejorar esa asistencia sanitaria, tanto en atención primaria como en atención hospitalaria, y seguiremos dándolos en esta misma línea, señoría.

## El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señora consejera.

### 10-18/POC-000746. Pregunta oral relativa a costes de la prestación de los servicios de emergencias 061 y Salud Responde

El señor GARCÍA ANGUIA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Pasamos a la siguiente pregunta; en esta ocasión, del Grupo Parlamentario de Izquierda Unida, relativa a costes de la prestación de los servicios de emergencias 061 y Salud Responde.

Señora Nieto, tiene dos minutos y medio.

La señora NIETO CASTRO

—Gracias, presidente. Buenos días.

Gracias, consejera, también por hacernos llegar la respuesta escrita del resto de preguntas, que, de no ser así, hubieran dilatado un poco la sesión.

Bueno, como ha visto usted en la exposición de motivos, la pregunta que le formulamos es sencilla. Surgió del intercambio de impresiones de la interpelación que precedió a la moción con relación a los servicios del 061 y de Salud Responde. Parece, por lo que usted nos trasladó en esa interpelación, que hacíamos una interpretación errónea de los datos que obran en el expediente de la adjudicación del contrato para la prestación de estos servicios por parte de las empresas concesionarias, y queríamos que usted pues nos lo clarificara en esta pregunta, diciéndonos exactamente, cómo ve, en la iniciativa que registramos, en qué conceptos y por qué cuantías asumen gastos las empresas concesionarias, y también, cuánto personal deben tener contratado y cuánto tienen, efectivamente, contratado en la actualidad.

Muchas gracias.

La señora LÓPEZ MARTÍNEZ, VICEPRESIDENTA DE LA COMISIÓN

—Gracias, señora Nieto.

Señora consejera.

La señora ÁLVAREZ BENITO, CONSEJERA DE SALUD

—No sé si me va a dar tiempo, señora Nieto, a responderle a los dos aspectos en tan poco tiempo y en las dos partes pero, bueno, lo haré de cualquier manera.

En primer lugar, aclararle que no se trata de empresas concesionarias, que realmente ambos servicios son prestados directamente por EPES, por esta empresa. Realmente, lo que hace es una licitación pública, y contrata con empresas especializadas de atención telefónica. Realmente son contratos de servicios, de acuerdo con el artículo 10 de la Ley de Contratos del Sector Público.

En cuanto a los datos sobre los que me pregunta, en el 061 el presupuesto de licitación de los contratos vigentes asciende a un total anual de 8.028.000 euros, sin el IVA. Y para gastos directos en retribuciones de personal, son 7.172.171 euros; esto supone el 89%, más del 89% del presupuesto. Para gastos directos en servicios externos y de formación de personal, material y equipamientos, son 40.767 euros, el 0,51%. Para gastos generales y de estructuras, son 432.776 euros y el beneficio industrial, que se calcula en un 5% de la suma de los gastos directos y los gastos generales y de estructura, son un total de 382.286 euros, que supone, en concreto, el 4,76% del presupuesto de la licitación.

Sí que es verdad que, tras la publicación del segundo convenio colectivo, de ámbito estatal, en el sector del *contact center*, que fue el 30 de mayo de 2017, se estableció el incremento de las retribuciones del 1,6% en 2017, con efectos desde el 1 de enero, y también el IPC +0,5 en 2018 y 2019. Ello ha supuesto, en 2018, un aumento del coste directo por retribuciones y Seguridad Social a cargo de la empresa de un 3,23%, de forma que se estima que el beneficio industrial obtenido por la empresa adjudicataria ha quedado reducido al 1,72% del precio de adjudicación del contrato, que es aproximadamente 137.000 euros anuales.

Y, en cuanto al presupuesto de licitación del contrato de Salud Responde, que es de 4.104.000 euros aproximadamente, bueno, pues le puedo desglosar de forma parecida. Los gastos directos en retribuciones son 3.670.543 euros, el 89%, más del 89%; los gastos directos en servicios externos de formación de personal, 17.683 euros; para gastos generales y de estructura son 195.476 euros, y el beneficio industrial calculado como el 5% de la suma de gastos directos y gastos generales de la estructura son en total 195.000 euros, que supone el 4,76%. Y, al igual que pasa con el 061, realmente el incremento, los incrementos retributivos que se derivan del segundo convenio colectivo, realmente hace que aumente el coste directo de retribuciones de la Seguridad Social en un 3,23%, de forma similar a como ocurrió en el 061.

Muchas gracias.

### La señora LÓPEZ MARTÍNEZ, VICEPRESIDENTA DE LA COMISIÓN

—Gracias, señora consejera.

Señora Nieto, tiene un minuto.

### La señora NIETO CASTRO

—Efectivamente, eran muchos datos, yo esperaré a leer el *Diario de Sesiones*. No voy a entrar a valorar con ustedes si empresas como Ferrovial están muy especializadas o poco especializadas en el ámbito de las emergencias sanitarias. Quizás en eso sería también difícil que llegásemos a una opinión común.

Pero hay una cosa que no entendemos, y disculpe nuestra torpeza, o quizás usted nos puede sacar del error. Si las personas que trabajan contratadas por estas empresas para hacer esta atención trabajan en instalaciones de EPES, que corren con el cargo del mantenimiento del servicio telefónico, de la limpieza, de la luz, de... Si estas empresas solo asumen los costes de personal, cómo es posible que usted nos traslade estas cifras en las que introduce conceptos por los que —ya le digo— podemos estar en un error, evidentemente, parece que estamos hablando de costes que asume EPES, que no asumen las empresas contratadas.

Y, por otra parte, bueno, en fin, ya le decía, no vamos a entrar en si según qué empresas son, o no, son especialistas, que empiecen a recortar del beneficio industrial para seguir prestando servicios, ya a ver si vamos a acabar aquí hablando ya de ONG, tampoco... Seguramente tampoco será eso. Habrá ahí, a lo mejor, algún baile de datos que haga que no esté completamente bien la interpretación nuestra y, quizás, la que usted me ha ofrecido también tenga alguna fisura por ahí, consejera.

La señora LÓPEZ MARTÍNEZ, VICEPRESIDENTA DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señora Nieto.

Pasamos a la siguiente pregunta o ¿todavía queda...?

[Intervención no recogida.]

Conteste brevemente.

La señora ÁLVAREZ BENITO, CONSEJERA DE SALUD

—Perdone, señoría, que lo comente, no quiero alargarlo...

La señora LÓPEZ MARTÍNEZ, VICEPRESIDENTA DE LA COMISIÓN

—Conteste brevemente.

La señora ÁLVAREZ BENITO, CONSEJERA DE SALUD

—... se lo comento después, la siguiente parte relativa un poco al personal. Y, realmente, esos datos están en la licitación, realmente, son transparentes.

## 10-18/POC-000747. Pregunta oral relativa a los cambios en la gestión del Área Sanitaria del Campo de Gibraltar

La señora LÓPEZ MARTÍNEZ, VICEPRESIDENTA DE LA COMISIÓN

—La siguiente pregunta, también del Grupo de Izquierda Unida, señora Nieto, relativa al cambio en la gestión del área sanitaria del campo Gibraltar.

La señora NIETO CASTRO

—Gracias, presidenta.

Sí, como ha visto en la exposición de motivos, ya hemos tenido además tiempo y ocasión de hablar en la comisión sobre las dificultades del área sanitaria del Campo de Gibraltar. Hubo una reunión que se produjo por parte de personal de la consejería con los representantes de los trabajadores y trabajadoras en el área. Y se puso sobre la mesa que la consejería elaboraría un informe que entregaría a los sindicatos antes de que finalizase el año 2017, para ver cuáles eran los distintos escenarios que habrían..., algunas de las opciones que se estaban poniendo sobre la mesa, y que en ese momento eran, si era adecuado separar el área sanitaria en dos, si no lo era, si al hacerlo se separaba también atención primaria o no... Entonces, sobre esos escenarios, la consejería iba a hacer un informe. Y como estamos en mayo y no ha habido de momento noticias del mismo, queríamos saber, pues, si tienen ya ultimada esa documentación que podría ayudar a tomar una decisión adecuada en el ámbito del Campo de Gibraltar.

Gracias.

La señora LÓPEZ MARTÍNEZ, VICEPRESIDENTA DE LA COMISIÓN

—Gracias, señora Nieto.

Señora consejera.

La señora ÁLVAREZ BENITO, CONSEJERA DE SALUD

Gracias, presidenta.

—Señoría, le puedo asegurar que realmente la situación sanitaria en el Campo de Gibraltar es una de las prioridades de nuestra consejería. Y, por ello, realmente estamos trabajando mucho con esta área, se lo puedo asegurar. Desde que se incorporó el nuevo equipo directivo en el Servicio Andaluz de Salud ha tenido, efectivamente, varias visitas en el Campo de Gibraltar, en los diferentes centros hospitalarios, también en las diferentes áreas de atención primaria, en las que se han valorado las necesidades de las áreas, diferentes obras que se han puesto en marcha, que eran necesarias en el hospital de La Línea para ponerlo en marcha, la problemática especial de cada uno de los centros hospitalarios y de primaria. Y es verdad que se barajó

inicialmente la posibilidad de separar las áreas hospitalarias, ¿no? Y yo creo que he transmitido aquí mismo, en esta Comisión de Salud, que realmente, desde el Servicio Andaluz de Salud y la consejería, si realmente esa es la opción, realmente compartida por todos los profesionales y ciudadanos, que realmente no teníamos ningún inconveniente en llevarlo a cabo.

Le puedo asegurar que en las múltiples reuniones que se han tenido a cabo en esta área, que han sido muchas, tanto por la Dirección Gerencia del SAS y por la Dirección General de Asistencia Sanitaria como, al mismo tiempo, la viceconsejera, que se reúne con grupos de ciudadanos, ¿no? Realmente no es algo que tengan de forma unánime..., compartan todos los profesionales ni de los hospitales ni de la atención primaria. Si hay algo que realmente comparten, comparten todos, es la necesidad de que el hospital de La Línea tenga un equipo directivo independiente. Y, de hecho, eso se llevó a cabo desde ya antes de que acabase el año 2017, creo que se ha completado a principios de este año. El hospital de La Línea cuenta ya con un equipo directivo independiente del hospital Punta Europa para que realmente puede estar *in situ*, pueda tener un contacto directo con los profesionales del centro, pueda abordar de forma directa los problemas. Pensamos que eso sí que es un aspecto totalmente importante.

Ha vuelto a haber reuniones con la Dirección General de Asistencia Sanitaria para abordar este tema y, viendo realmente la heterogeneidad grande en la postura de los diferentes profesionales, de los diferentes servicios, se planteó efectivamente llevar a cabo un estudio donde se pudieran recoger, bueno, pues las diferentes problemáticas del área, tanto de hospital como de primaria, las expectativas de ciudadanos, las expectativas de los profesionales. Y, efectivamente, se han planteado siete grupos de trabajo, es un estudio que se está llevando a cabo con el apoyo de la Escuela Andaluza de Salud Pública, y que realmente este grupo de trabajo acabará en mayo. Está compuesto por 7 grupos de trabajo.

Gracias.

### La señora LÓPEZ MARTÍNEZ, VICEPRESIDENTA DE LA COMISIÓN

—Gracias, consejera.

Señora Nieto, tiene un minuto y medio.

### La señora NIETO CASTRO

—Gracias, presidenta.

Tiene una proverbial habilidad, consejera, la persona que le ayuda a trabajar las iniciativas para responder lo que no le preguntamos, aunque, al final, ya usted me ha dado alguna pista. El informe no..., sobre que yo le pregunto no está. Y han decidido cambiar una metodología de grupo y demás, que, nada que añadir, perfecto. Pero que yo lo que le preguntaba era si el informe que le dijeron ustedes que le iban a trasladar a los sindicatos antes de diciembre 2017, si lo tenían ya o en qué plazo iban a tenerlo, porque es una documentación —no se le escapa a usted, seguramente— relevante para tomar una decisión adecuada sobre si mantener un área o hacer dos, o sobre si mantener un área o sobre si que empiece a funcionar como un área, cosa que no ha hecho nunca, consejera. Porque si, con independencia de la decisión que finalmente se tome, y

que, efectivamente, coincido con usted que lo mejor será que sea una decisión compartida por la ciudadanía y por los profesionales y las profesionales, allí hay recursos que entiendo que usted compartirá con nosotras que hay que poner sobre la mesa, en cualquiera de las divisiones administrativas que barajen, que un área o dos necesitan el tema de la cardiología pediátrica, necesitan la cirugía vascular —personas que van a Cádiz a operarse que están viniendo de vuelta, por cierto—, el acelerador Variant 600 —esto me lo han contado esta mañana—, que es la máquina en la que se hace la oncología radioterápica, que teníamos dos, que se ha escacharrado una, y que, por lo visto, a partir del lunes, de las 10 de la noche a la una de la madrugada, les han dicho a los trabajadores que van a atender., o sea, ¿ustedes van a radiar a gente de 10 de la noche a una de la mañana? Eso... Quiero decir..., estas cosas están pasando en el Campo de Gibraltar, y seguimos siendo un área. Y no sé si vamos a ser dos, pero estas cosas en cualquiera de las distribuciones que ustedes hagan las tendrán que resolver, porque no es normal que una persona se pegue un golpe allí en la cabeza y haya que trasladarle sí o sí a un hospital de fuera. También le digo...

**La señora LÓPEZ MARTÍNEZ, VICEPRESIDENTA DE LA COMISIÓN**

—Señora Nieto, debe...

**La señora NIETO CASTRO**

—Termino, presidenta.

También le digo que sé que han tomado decisiones, que están aligerando las listas de espera, y muy bien tomadas que están. Pero le agradecería que cuando le dicen a la gente que allí también siente la responsabilidad de tomar la decisión, que les van a facilitar datos para hacerlo bien, que se lo faciliten. Y no le den una patada para adelante, para un grupo de trabajo, perdóneme que se lo diga así, porque llevan más de siete meses esperando el informe.

Muchas gracias.

**La señora LÓPEZ MARTÍNEZ, VICEPRESIDENTA DE LA COMISIÓN**

—Brevemente, señora consejera.

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

—Gracias, presidenta.

Señoría, creo que no me he expresado bien. Como le he transmitido, el equipo de dirección del Servicio Andaluz de Salud ha tenido múltiples reuniones en el área del Campo de Gibraltar. Efectivamente, el propio Servicio Andaluz de Salud hizo su estudio de cómo veía la zona, la posibilidad. Y ese estudio lo ha compartido, ha ido varias veces, cuatro reuniones, cinco ha tenido últimamente la directora general de Asistencia Sanitaria. Le puedo asegurar, tanto en el hospital Punta Europa como en el hospital de La Línea con atención

primaria, y ha transmitido el informe que hizo..., las conclusiones de ese estudio que hizo la propia Dirección General de Asistencia Sanitaria. Como le digo, realmente, esa información, esa postura no es compartida por todos los profesionales, y por eso se tomó esa decisión, porque, realmente, se piensa que la mayoría de problemas que puedan existir en esa área son probablemente independientes de que sea una misma área o de que sean dos áreas. Esa es la realidad. Y creo que es una decisión muy relevante, muy trascendente y se tiene que tomar por consenso y con la máxima uniformidad posible. Yo creo que, con independencia de eso, se han dado pasos importantes en el área del Campo de Gibraltar, tanto para mejorar la relación de atención primaria con hospital, como con la puesta en marcha de la hemodinámica —un equipo de hemodinámica—; se ha cambiado la unidad de detección precoz de cáncer de mama y aumentado su producción; se ha mejorado la infraestructura en primaria y se ha dotado de tecnología; se va a dotar de un nuevo acelerador lineal —como usted estaba comentando— para la realización de oncología radioterápica... Yo creo que se ha reestructurado las urgencias del hospital Punta Europa... Yo creo que se están dando pasos importantes. Efectivamente, se está haciendo trabajo colaborativo con otros para que se puedan disminuir realmente los tiempos de respuesta, tanto en cirugía, como en consulta, como pruebas diagnósticas, y se han reducido de forma importante.

Todavía nos queda por seguir trabajando —totalmente de acuerdo—, pero pensamos que, por una parte, tomar la decisión debe ser consensuada, y, por otra parte, se tome una decisión u otra, es importante resolver efectivamente los problemas que tiene, que probablemente van a ser independientes de la distribución y la configuración final que tenga el área.

La señora LÓPEZ MARTÍNEZ, VICEPRESIDENTA DE LA COMISIÓN

—Gracias, señora consejera.



## 10-18/POC-000795. Pregunta oral relativa a carrera profesional sanitaria

La señora LÓPEZ MARTÍNEZ, VICEPRESIDENTA DE LA COMISIÓN

—Pasamos a la siguiente pregunta del Grupo Parlamentario Popular.  
Señora García, tiene la palabra.

La señora GARCÍA CARRASCO

—Gracias, señora presidenta.

Señora consejera, queremos saber en esta pregunta qué va a pasar con la carrera profesional, con su activación, con el reconocimiento de los años que tenemos atrasados y con la últimas sentencias judiciales.  
Gracias.

La señora LÓPEZ MARTÍNEZ, VICEPRESIDENTA DE LA COMISIÓN

—Gracias, señora García.  
Tiene la palabra la señora consejera.

La señora ÁLVAREZ BENITO, CONSEJERA DE SALUD

—Gracias, presidenta.

Señorías, desde la Junta de Andalucía y, en concreto, de esta Consejería de Salud, creo que hemos manifestado en varias ocasiones que apostamos fuertemente por la carrera profesional, porque creemos que es realmente un modelo de mejora continua en el desempeño profesional, con buenas prácticas basadas en evidencias científicas disponibles. Y, por otra parte, es un gran estímulo para los profesionales de nuestro sistema sanitario.

Como ustedes saben, los procesos de valoración se suspendieron como consecuencia de la sentencia del Tribunal Supremo, del 12 de marzo de 2012. Y, una vez que se aprobó la adaptación del proceso a la citada sentencia, que exigía la modificación de las comisiones de valoración de los centros, pues, se están resolviendo las convocatorias que se habían quedado suspendidas y, en concreto, de las solicitudes que se habían presentado en los procesos permanentes hasta el 12 de mayo de 2014, fecha en la que se publicó la resolución que mantenía la suspensión de los procesos permanentes de carrera profesional. Se han resuelto los dos, desde el año 2012, y el primero del año 2013, quedando pendiente el segundo de 2013, del que ya se han publicado los listados provisionales, y los dos del año 2014.

Y como ustedes ya saben, porque creo que lo anuncié, efectivamente, la presidenta en el debate de política general la semana pasada, este mismo año se reinicia el proceso de carrera profesional. Y para aquellas categorías que ya disponen de modelo de carrera profesional se abrirá el segundo semestre y se empezará a trabajar con la mesa sectorial para aquellas categorías que hoy por hoy no disponen de un modelo de carrera profesional.

La señora LÓPEZ MARTÍNEZ, VICEPRESIDENTA DE LA COMISIÓN

—Gracias, señora consejera.  
Señora García.

La señora GARCÍA CARRASCO

—Gracias, señora presidenta.

Efectivamente, señora consejera, escuchamos a la presidenta y nos alegramos de que la carrera profesional se abra al resto de profesionales que ahora mismo no tienen acceso a ella. Nos preguntamos si también el personal interino tendrá esa posibilidad. Y, por supuesto, estamos de acuerdo en que la carrera profesional es un proceso incentivador para profesionales y que aumenta su formación.

Pero le voy a recordar que el día 8 de febrero, de 2018 —como yo me lo apunté en la agenda—, usted dijo: nuestra idea es que a principios de abril estén fuera las resoluciones, tanto las dos del 2013 y las dos del 2014. Hemos sabido, el 10 de mayo, que se han publicado las certificaciones del último periodo 2013. Con lo cual, nos siguen quedando pendientes las dos del 2014. Con lo cual, le vamos a volver a pedir esa fecha.

Pero también le he preguntado qué van a hacer con esas sentencias que condenan a la Junta de Andalucía, y que además la condenan a costas, y que les dicen a ustedes que tienen que reconocer la carrera profesional, pero no desde el momento en el que ustedes publican la resolución, sino desde el momento en que se creó ese derecho. Y son sentencias judiciales que les dicen a ustedes que, por ejemplo, en los listados que se publicaron en julio de 2016, tienen que reconocer la carrera profesional de los profesionales —valga la redundancia— con fecha del año 2012. Es más, les dice a ustedes que la inactividad de la Administración... Que una norma de obligado cumplimiento no puede ir en detracción de los derechos de los profesionales. Y les dice a ustedes, en alguna de esas sentencias, que dejen de pleitear y de despilfarrar el dinero público —así lo dice la sentencia—, y solucionen esos problemas que se pueden solucionar dentro de la negociación con los sindicatos. Entonces, nosotros lo que le pedimos es que nos explique si con el resto del listado van a seguir ustedes dejándolo tal cual está, y reconociendo el derecho desde la fecha de la resolución que ustedes dictan... Por ejemplo, en los últimos del año 2013, la fecha sería el 10 de mayo del 2018. ¿Van a reconocer los derechos desde el 10 de mayo de 2018 o nos vamos a ir al 2013, que es cuando les corresponde? ¿Van a hacer caso a la sentencia y van a reconocer los derechos inherentes de los profesionales, tal cual les dicen las sentencias judiciales?

Gracias.

La señora LÓPEZ MARTÍNEZ, VICEPRESIDENTA DE LA COMISIÓN

—Gracias, señora García.  
Señora consejera.

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

—Sí.

Señoría, transmitirle que, como efectivamente hemos comentado en varias comisiones... Creo que ha sido en comisiones cuando hemos hablado de carrera profesional... Siempre le he transmitido la apuesta de esta consejería, y la mía propia, por la carrera profesional. Y, efectivamente, lo primero que teníamos que resolver eran los procesos que se quedaron pendientes. Y, bueno, realmente, ahí se ha ido con la máxima agilidad que se ha podido, inicialmente, para intentar desbloquearlo. Pero, efectivamente, ya le he comentado que había una sentencia del Tribunal Supremo por la que fue necesario acordar con la mesa sectorial una nueva composición de todas las comisiones de valoración de los centros, y hasta que eso no se ha podido llevar a cabo, no se ha podido reactivar el proceso. Eso, por una parte. Por otra parte, efectivamente, yo hablé de fechas en las que se iban a resolver todos esos procesos que estaban pendientes, y ya solamente queda la de 2014, porque están publicadas ya las listas provisionales del segundo proceso de 2013... Pero le puedo asegurar que hemos ido lo más deprisa que hemos podido, porque el proceso administrativo es complejo... Puedes prever un tiempo determinado para resolverlo, por si tienes determinadas alegaciones al listado provisional y se tarda más en cerrar ese proceso, y, dado que hay profesiones que se han presentado a los siguientes procesos, no podemos empezar el siguiente proceso sin haber finalizado el proceso anterior. Y le puedo asegurar que, en ese aspecto, vamos todo lo deprisa que nos permite la normativa actualmente.

Efectivamente, en el semestre abriremos la carrera, para aquellos profesionales que tienen un modelo de carrera reconocido, y se empezará a trabajar en un modelo para todos los profesionales que trabajen en el sistema sanitario y que no tienen un modelo de carrera profesional; todos los demás, ¿no? Y, por supuesto, como no puede ser de otra manera, tenemos que acatar las sentencias; no puede ser de otra forma y así si lo estamos haciendo.

La señora **LÓPEZ MARTÍNEZ, VICEPRESIDENTA DE LA COMISIÓN**

—Gracias, señora consejera.

## 10-18/POC-000797. Pregunta oral relativa a unidad de radiología en el municipio de Los Barrios, Cádiz

La señora LÓPEZ MARTÍNEZ, VICEPRESIDENTA DE LA COMISIÓN

—Pasamos a la siguiente pregunta del Grupo Parlamentario Popular. Señor Muñoz, tiene la palabra.

El señor MUÑOZ MADRID

—Muchas gracias, señora presidenta.

Señora consejera, el pasado mes de octubre contestaba usted a una pregunta escrita de este Grupo Popular... Por cierto, pregunta efectuada en febrero... Ocho meses tardó usted en contestar sobre la puesta en marcha del servicio de radiología en el municipio de Los Barrios. Y contestaba usted, textualmente... Decía: «debido a la proximidad de Los Barrios con el centro periférico de especialidades Algeciras-centro, los vecinos de este municipio realizan allí las pruebas de diagnóstico radiológico convencional. El Gobierno andaluz, por criterios de eficiencia, no tiene previsto modificar la configuración del servicio de radiología en este momento». Curiosamente, cinco meses después, en marzo de este año, el delegado de la Junta anunciaba a bombo y platillo, pues, 14 ecógrafos, 14 retinógrafos y siete salas de radiología para la provincia de Cádiz, y, en concreto, una sala de radiología para el municipio de Los Barrios y un ecógrafo; noticia que, por supuesto, ha cogido por sorpresa a todos los profesionales de allí.

Esto se contradice, totalmente, con la respuesta que usted daba por escrito unos meses antes. Ya los criterios de eficiencia no tenían el mismo valor que en el mes de octubre.

Yo me temo que son anuncios electorales. Están ustedes ya metidos en periodo preelectoral, hay elecciones sí o sí antes de un año, y, entonces, me imagino que van por ahí los tiros.

Por tanto, le pregunto, como le hacíamos por escrito entonces, ¿cuándo tiene previsto, después de su anuncio, la Junta de Andalucía poner en marcha la unidad de radiología en la ciudad de Los Barrios?

Muchas gracias.

La señora LÓPEZ MARTÍNEZ, VICEPRESIDENTA DE LA COMISIÓN

—Gracias, señor Muñoz.

Señora consejera.

La señora ÁLVAREZ BENITO, CONSEJERA DE SALUD

—Gracias, presidenta.

Señoría, realmente, no son cambios de criterio. Efectivamente, yo conozco esa pregunta escrita que se le envió. Sí que es verdad que hemos tenido la posibilidad de adquirir equipamiento mediante fondos FEDER, para ubicarlos en atención primaria, que, como hemos comentado muchas ocasiones, nuestra estrategia trata

de aumentar los procedimientos diagnósticos ubicados en los propios centros de atención primaria; entre ellos, radiología convencional y ecografía. Y, además, en este centro tenemos la posibilidad de que tenemos una sala que ya está preparada, porque está aplomada. Con lo cual, precisamente por ese motivo, y por la población, que, efectivamente, es algo superior, hemos decidido ubicar este equipamiento en este centro de salud.

Realmente, el procedimiento para su adquisición ya está en fase de adjudicación; está previsto que, realmente, la instalación del equipo se haga en el mes de octubre.

Gracias.

### La señora LÓPEZ MARTÍNEZ, VICEPRESIDENTA DE LA COMISIÓN

—Gracias, señora consejera.  
Señor Muñoz.

### El señor MUÑOZ MADRID

—Muchas gracias, señora presidenta.

Señora consejera, espero que sea cierta su respuesta, y estaremos pendientes para que, en el mes de octubre, esté ya instalada esa sala.

Efectivamente, hay una sala preparada; la pudimos comprobar el otro día, que se nos permitió hacer una visita a dicho centro —14 meses después de haberla solicitado, pero la pudimos hacer—, y sí pudimos comprobar, entre otras cosas, que está toda la maquinaria de radiología, desde el año 2010, sin instalar y sin utilizar desde que se inauguró el centro, en el año 2010; una maquinaria que, por supuesto, ya está obsoleta, y que se han perdido ocho años de su uso, desde que se inauguró el centro.

Yo, como le digo, espero que sea cierta esa respuesta; espero que vaya dotado de personal suficiente, especializado —de radiólogos, de técnicos, de dues suficientes— para que esas salas de radiología estén abiertas realmente las 24 horas del día.

Por tanto, reiterar que vamos a estar pendientes de que sea cierto que en octubre estén instaladas, y que espero que estén instaladas y en funcionamiento y, sobre todo, con personal suficiente especializado.

Muchas gracias.

### La señora LÓPEZ MARTÍNEZ, VICEPRESIDENTA DE LA COMISIÓN

—Gracias, señor Muñoz.  
Señora consejera.

### La señora ÁLVAREZ BENITO, CONSEJERA DE SALUD

—Gracias, presidenta.

Señoría, en esa línea, transmitirle que, efectivamente, sabemos que allí había un equipo. Ese equipo nunca se pudo llegar a poner en funcionamiento, porque realmente, no cumplía criterios mínimos de calidad y seguridad como para ponerlo en marcha; precisamente por eso no se puso marcha.

No, ya en el año en el que fue allí el equipo, que justo estaba el cambio a radiología digital, realmente, ese equipo no cumplía criterios de calidad para ponerlo en marcha; por eso nunca se ha puesto en marcha.

Actualmente, efectivamente, con la Estrategia de Renovación de Atención Primaria, saben que hemos adquirido un número importante: son 195 equipamientos diagnósticos los que van a ir, en total, a atención primaria. Y, en concreto, para este centro de salud, además del equipo de radiología, como bien ha dicho, va un ecógrafo. Y creemos, realmente, que es una medida importante para mejorar la accesibilidad en esta área, y como no puede ser de otra manera, pues tiene que tener el personal técnico necesario, efectivamente, para que funcione la sala.

Muchas gracias.

La señora LÓPEZ MARTÍNEZ, VICEPRESIDENTA DE LA COMISIÓN

—Gracias, señora consejera.

## 10-18/POC-000803. Pregunta oral relativa a Plan de Verano 2018

La señora LÓPEZ MARTÍNEZ, VICEPRESIDENTA DE LA COMISIÓN

—Pasamos a la siguiente pregunta, también del Grupo Parlamentario Popular.  
Señora Martín, tiene la palabra.

La señora MARTÍN PÉREZ

—Gracias, presidenta.

Consejera, buenos días. Le preguntamos por el Plan de Verano 2018, para evitar que ocurra lo que viene sucediendo cada año, que usted da los datos a última hora, con poca transparencia, sin contar con los profesionales, y sin capacidad de respuesta o reacción para rectificar o corregir.

Queremos saber, consejera, entre otros datos, el número de centros de salud que cerrarán sus puertas por la tarde; la cobertura sanitaria de los que permanecen abiertos; esa ratio por habitante de enfermero y médico durante los meses estivales; el presupuesto con el que cuenta este Plan de Verano para el año 2018, y si puede garantizar, hoy, en sede parlamentaria, la cobertura al cien por cien de las sustituciones de las zonas con mayor afluencia turística.

Gracias.

La señora LÓPEZ MARTÍNEZ, VICEPRESIDENTA DE LA COMISIÓN

—Gracias, señora Martín.  
Señora consejera.

La señora ÁLVAREZ BENITO, CONSEJERA DE SALUD

—Señoría, como bien sabe, el Plan de Verano tiene como objetivo, por una parte, dar respuesta a las necesidades de asistencia sanitaria durante estos meses; realmente, su definición, su diseño, se hace en base a criterios técnicos y, por otra parte, también está la experiencia acumulada de todos los años anteriores. Y esto permite redistribuir los recursos sanitarios en este periodo, haciendo compatible, por una parte, y por prestar la asistencia sanitaria, y que los profesionales, efectivamente, puedan tener sus periodos de descanso.

Realmente, a finales de abril ha concluido el procedimiento de solicitud de las vacaciones de los profesionales, y actualmente los responsables de los diferentes centros o áreas están elaborando su plan de verano, que, realmente, ahora los servicios centrales tendrán que unificar. Y está previsto que, a finales de mayo, se presente el plan de verano para toda la comunidad.

Se están preparando, también, las diferentes convocatorias. Este año, realmente, pues se ha hecho una oferta, previamente, a los médicos de familia, antes de que acaben, para asegurarnos que, realmente, to-

dos los médicos de familia que tienen interés en continuar en nuestra comunidad, continúan aquí; las recomendaciones que tienen los centros son mantener, de forma parecida, o bastante similar a como se hizo en el año anterior, la cobertura. Efectivamente, habrá áreas, como las zonas costeras, que incluso tengan refuerzo; no es que se sustituya al cien por cien, sino que incluso se han reforzado las zonas de costa, y realmente que los diferentes centros puedan mantener la actividad en torno como al año pasado, ¿no?, que puedan mantener toda la actividad diagnóstica, quirúrgica, o de consulta que necesiten para dar respuesta a los decretos que tenemos vigentes.

Muchas gracias.

## La señora LÓPEZ MARTÍNEZ, VICEPRESIDENTA DE LA COMISIÓN

—Gracias, consejera.

Señora Martín.

## La señora MARTÍN PÉREZ

—Gracias, de nuevo, señora presidenta.

Señora consejera, le doy un dato: en el hospital de Poniente se dan doce médicos cada mes —doce en julio y doce en agosto—, y ustedes solamente han sacado contratación para seis. Eso significa que solamente van a cubrir ustedes esas sustituciones por vacaciones del 50% de la plantilla, sin tener en cuenta las reducciones de jornada y cualquier otro permiso por otro tipo que pueda producirse en la plantilla de estos profesionales sanitarios. Me parece, consejera, que este año no vamos a poder decir eso de «más de lo mismo», sino que me temo que va a ser menos de lo mismo. Y usted sabe —aunque no pueda reconocerlo en sede parlamentaria— que el plan de verano que ustedes presentan cada año es insuficiente, que la precariedad y la sobrecarga de trabajo de los profesionales sanitarios de plantilla se incrementa en los meses estivales, que las sustituciones son prácticamente nulas, y que los refuerzos que ustedes hacen son los mínimos posibles. Y, si no, mire usted hemerotecas, y lo que aparece en los medios de comunicación a mitad de verano y qué dicen los profesionales sanitarios.

Mucho nos tememos, consejera, que este año, salvo que usted ponga remedio, tendremos otro verano de caos, de colapso y, a veces, hasta de situaciones límites. Y eso se produce por un cierre masivo de camas, de quirófanos, y por una reducción drástica de la plantilla de profesionales sanitarios. Ellos mismos lo dicen, ya no lo dice el Partido Popular; ellos dicen que hay situaciones en las que no pueden ni garantizar la calidad asistencial digna a los pacientes, ni tampoco puedan garantizar la seguridad de los pacientes. Y ello ocurre, consejera, porque usted ha establecido un modelo de aplicar, en materia sanitaria, unas políticas economicistas, de reducción de costes, de ahorro, consejera; no sustituyendo ni las vacaciones, ni, como le decía antes, ningún tipo de permiso de los profesionales sanitarios. Y todo esto —y no pierda este dato, y concluyo—, lo hace usted en una comunidad autónoma bastante castigada por su Gobierno, porque le recuerdo que somos la comunidad autónoma con menos camas; la que tenemos menos profesionales sanitarios por habitante...



La señora LÓPEZ MARTÍNEZ, VICEPRESIDENTA DE LA COMISIÓN

—Debe ir finalizando.

La señora MARTÍN PÉREZ

—... y la que menos invierte por habitante, lo que agrava, consejera, aún más la lamentable situación que vivimos.

Muchas gracias.

La señora LÓPEZ MARTÍNEZ, VICEPRESIDENTA DE LA COMISIÓN

—Gracias, señora Martín.

Señora consejera.

La señora ÁLVAREZ BENITO, CONSEJERA DE SALUD

—Gracias, presidenta.

Señoría, yo creo que si de verdad le preocupa tanto la asistencia sanitaria en nuestra comunidad, se deben de preocupar porque nuestra comunidad tenga una financiación justa y acorde para tener la asistencia sanitaria que necesita, en lugar, realmente, de hacer ese ataque continuo que hacen a la sanidad pública. Yo creo que con eso demuestra lo que le preocupa la sanidad pública.

Yo no sé cómo habla usted de ahorro, cuando le estoy diciendo que el año pasado gastamos en el plan de verano, realmente, ciento cinco millones de euros, prácticamente treinta millones más que el año anterior. Y le he dicho que este año, realmente, mantenemos la misma línea de sustituciones, manteniendo en torno al 70% las camas que están previstas en los centros hospitalarios; que las zonas de costas se van a reforzar. Y que, realmente, ha supuesto un 30% de aumento con respecto a lo que suponía los años anteriores, con lo cual yo no sé dónde está el recorte, realmente, en el plan de verano, cuando le estoy diciendo que son ciento cinco millones, treinta millones más que el año anterior; realmente no sé dónde ve usted ese recorte.

Yo le tengo que decir que la planificación que se hace de los recursos humanos y asistenciales para el Plan de Verano tiene en cuenta muchos aspectos: por una parte, como le he comentado, el refuerzo de profesionales en las zonas de mayor afluencia; la programación de las sustituciones de personal; la reordenación que se hace de la actividad programada; las previsiones sobre la ocupación hospitalaria; el mantenimiento, como le he dicho, de la actividad diagnóstica y quirúrgica para seguir garantizando los tiempos de respuesta en todos estos procedimientos; tenemos una planificación especial para la Operación Paso del Estrecho. Y decirle que la reorganización de esta actividad de los centros de atención primaria y hospitalaria, durante el periodo estival asegura la atención sanitaria a la ciudadanía, con el mayor nivel de calidad y eficiencia.

Y le puedo dar algunos datos del año pasado. En el verano de 2017 siguieron funcionando, en horario de mañana, 1.517 centros de atención primaria existentes en nuestra comunidad; de los 445 centros de atención pri-

maria que durante el resto del año mantienen actividad en horario de tarde, permanecieron abierto un total de 244. También estuvieron disponibles otros 202 puntos de urgencias de atención primaria, además de 133 equipos móviles de urgencia; 5 equipos móviles mixtos y 8 equipos móviles de cuidados avanzados y de enfermería.

Estuvieron funcionantes 13.059 camas, de las 15.000 con las que cuenta nuestro sistema sanitario. El porcentaje de ocupación de las mismas fue de un 70%, aproximadamente, lo que demuestra que fueron más que suficientes para la actividad, realmente, esperada.

Muchas gracias.

La señora LÓPEZ MARTÍNEZ, VICEPRESIDENTA DE LA COMISIÓN

—Gracias, señora consejera.

  

---

## 10-18/POC-000804. Pregunta oral relativa a oferta empleo público

La señora LÓPEZ MARTÍNEZ, VICEPRESIDENTA DE LA COMISIÓN

—Y pasamos a la siguiente pregunta, también del Grupo Parlamentario Popular.  
Señora García.

La señora GARCÍA CARRASCO

—Gracias, señora presidenta.  
Y, buenos días, de nuevo, señora consejera.

Señora consejera, partiendo de la base del Estatuto Básico del Empleado que, en su artículo 70, recoge que existe un plazo improrrogable de tres años para la resolución de una Oferta de Empleo Público, partiendo de ahí, a los profesionales les gustaría que les explicase..., porque cuando hablamos de problemas nosotros no atacamos a la sanidad pública, simplemente ponemos encima de la mesa los problemas que los gestores de la sanidad pública provocan a los profesionales, como es este caso.

Son 9.562 profesionales los que concursaron a un concurso de traslados en el año 2013, y que han tardado ustedes 5 años en resolver. Y 105.000 personas que se presentaron a una OPE en el año 2015-2016, porque los exámenes estuvieron en dos años, y que todavía no sabemos los resultados, señora consejera.

La señora LÓPEZ MARTÍNEZ, VICEPRESIDENTA DE LA COMISIÓN

—Gracias, señora García.  
Señora consejera.

La señora ÁLVAREZ BENITO, CONSEJERA DE SALUD

—Señoría, como usted sabe, están ya en proceso de ejecución las Ofertas de Empleo Público correspondientes a 2013, 2014 y 2015, que se están realizando de manera conjunta, y para la que se convocaron 3.282 plazas, el máximo que se permitió en aquel momento. Esta oferta quedará resuelta en el primer semestre, y esta semana se han publicado ya en *BOJA* los listados definitivos de las primeras categorías. Van a ir publicándose de forma secuencial todas las categorías en este mismo semestre.

Al mismo tiempo, nos comprometimos a sacar una Oferta de Empleo Público anual y lo estamos cumpliendo, siempre en el margen más amplio permitido. Se convocó la de 2016 con un total de 3.391, y en 2017 con 3.553. El 17 de abril de 2018 se publicaron los listados provisionales de personas admitidas y excluidas en las categorías de enfermería, medicina de familia, de atención primaria y pediatría de atención primaria, que correspondían a la OPE 2016. Y en el resto de categorías se han unificado las convocatorias de 2016-2017 con la oferta de estabilización. Ya han sido publicadas en el *BOJA* las primeras listas provisionales de per-

sonas admitidas y excluidas en las categorías cuyos exámenes se realizarán en el segundo cuatrimestre de este año y comenzando el próximo mes de junio.

Muchas gracias.

La señora LÓPEZ MARTÍNEZ, VICEPRESIDENTA DE LA COMISIÓN

—Gracias, señora consejera.

Señora García, tiene un minuto y medio.

La señora GARCÍA CARRASCO

—Gracias, señora presidenta.

Vamos a ver, señora consejera, espero que me lo pueda aclarar, pero no a mí, sino a esas 105.000 personas que llevan años su vida condicionada, su conciliación de la vida laboral y familiar, por el hecho de que ustedes no sean capaces de resolver a tiempo una convocatoria para poder presentarse a la siguiente. ¿La tecnología no llega a Andalucía para esto? Pregunto. Porque en el País Vasco tardan 48 horas en dar el resultado de los exámenes, y aquí tardan 6 meses, señora consejera. ¿Me lo puede explicar?

Usted dice que se están publicando los listados, pero la pregunta es... Primero, que el daño está hecho, porque las personas que se presentaron y acabaron los exámenes en el 2016 han tenido que seguir estudiando. Han tenido que, muchos de ellos, terminar de trabajar, irse a su casa y ponerse a estudiar. Y la conciliación de la vida laboral y familiar no ha existido para esas personas. Pero yo le pregunto: ¿se van a tener que volver a examinar?; ¿los listados son definitivos? Porque si son provisionales tendrán que volverse a examinar, por si cambia el listado después. ¿Y qué plaza van a ocupar, la de las primeras oposiciones si aprobaron, la de las segundas, la que más les convenga a ellas, las que más le convenga a la Administración? ¿Ustedes ven lo que se genera con estos problemas? La pregunta es: ¿este procedimiento va a seguir así? O sea, ¿para la siguiente OPE vamos a esperar 3 años para hacer resolución? ¿Cuándo van a convocar el siguiente concurso de traslados? Me da miedo preguntárselo: cuándo va a ser y cuánto se va a tardar en resolver.

Señora consejera, de verdad, que llegue a nuestra comunidad, a los profesionales, ese bagaje en adelantos tecnológicos..., porque si no, vamos a pensar, como piensan ellos, que lo que intentan el SAS y la consejería es tener a los profesionales sumisos con un procedimiento que se alarga en los años, y que los obliga a callarse de muchas historias.

La señora LÓPEZ MARTÍNEZ, VICEPRESIDENTA DE LA COMISIÓN

—Debe ir finalizando, señorita.

La señora GARCÍA CARRASCO

—Gracias.

La señora LÓPEZ MARTÍNEZ, VICEPRESIDENTA DE LA COMISIÓN

—Señora consejera.

La señora ÁLVAREZ BENITO, CONSEJERA DE SALUD

—Gracias, presidenta.

Señoría, yo creo que nuestra comunidad ha hecho una gran apuesta realmente por la estabilización de los profesionales. Y efectivamente tiene en marcha varias convocatorias actualmente. Se comprometió a sacarla anualmente. Es verdad que esta convocatoria de la que usted está hablando finalmente va a suponer prácticamente 3 años sin resolverse. Es verdad que de entrada es mucho tiempo, lo podemos entendernos, ¿no? Pero un proceso de esa complejidad está llevando ese tiempo prácticamente en todas las comunidades. Yo le digo a usted que mire en otras comunidades, Madrid mismo, cuánto dura un procedimiento de esas características. Estamos publicando las listas ya para que realmente se puedan beneficiar los profesionales, y no tengan que examinarse, efectivamente. Y también estamos trabajando, efectivamente, hemos introducido una herramienta electrónica que ha sido también parte algo que ha complicado realmente estas actuaciones, pero que realmente va a simplificar muchísimo los procesos para las siguientes convocatorias, ¿no?

Ya le he comentado que algunas categorías mantienen dos calendarios de pruebas: los de la convocatoria ordinaria y los de la extraordinaria. Este es el caso de Enfermería de Medicina de Familia y Pediatría de Atención Primaria, que van a tener los exámenes de la OPE 2016 el próximo mes de junio, y los de la oferta extraordinaria en 2019. Y en el resto de categorías, los exámenes se van a realizar de forma conjunta para las plazas de la oferta de 2016-2017 y la convocatoria extraordinaria. Y comienzan en el mes de junio.

Y también hay que ver, destacar yo creo el gran volumen de trabajo que han supuesto estos procesos en su primera convocatoria, puesto que no contamos, como le digo, con una herramienta electrónica para la baremación del expediente digital. Son más de 150.000 solicitudes y el cotejo de más de 2 millones de documentos para la baremación de méritos. Desde finales de abril ya tenemos esta herramienta, lo que ha reducido radicalmente los tiempos de gestión. Mientras la convocatoria de 2015 precisó 102 días para resolver alegaciones registradas en soporte papel; el de 2016 se ha podido hacer en 48 horas, o sea, que realmente esto nos va a permitir la publicación de los listados de méritos correspondientes a todas las categorías en apenas 6 semanas. Quiero realmente agradecer el trabajo de todos los profesionales y de todos los equipos que han estado trabajando en resolver esta convocatoria. Y realmente nuestra idea, nuestras expectativas son que a partir de ahora el contar con esta herramienta electrónica realmente las resoluciones sea muchísimo más rápidas.

Gracias.

La señora LÓPEZ MARTÍNEZ, VICEPRESIDENTA DE LA COMISIÓN

—Gracias, señora consejera.

## 10-18/POC-000807. Pregunta oral relativa a las inyecciones intravítreas

La señora LÓPEZ MARTÍNEZ, VICEPRESIDENTA DE LA COMISIÓN

—Ha habido una alteración en el orden del día. La pregunta del Grupo Parlamentario de Podemos se atrasa a petición del diputado. Y pasamos a la siguiente, del Grupo Parlamentario Socialista. Señor... Ah, sí, perdón. Ah, sí, lleva razón, señora García, de inyecciones intravítreas.

Tiene la palabra.

La señora GARCÍA CARRASCO

—Gracias, señora presidenta.

Señora consejera, usted, como supongo que sabrá, me contestaron a una pregunta por escrito que hice sobre inyecciones intravítreas. Y por ahí va mi pregunta, porque yo creo que se me ha contestado de una forma errónea, y yo espero que usted hoy me lo aclare, porque nada tienen que ver las inyecciones intravítreas con las retrobulbares.

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señoría.

Señora consejera.

La señora ÁLVAREZ BENITO, CONSEJERA DE SALUD

—Sí. Gracias, presidente.

Señoría, espero poder aclararlo en la pregunta, pero que si no, no tengo inconveniente que después de la pregunta pues lo comentemos, realmente si hay algo que no hayamos entendido.

Sí transmitirle que, en el año 2017, en nuestro sistema sanitario público, en esta comunidad, se han llevado a cabo un total de 43.546 inyecciones intravítreas. Y que en cuanto al código, desde el año 2016, la codificación de diagnóstico procedimiento de los registros en el conjunto mínimo básico de datos de nuestra comunidad, o lo que se denomina el CMBD, utiliza la clasificación internacional de las enfermedades del CIE-10, se hizo esa modificación, del CIE-9 al CIE-10. Y para la inyección intravítrea se utiliza el código 3E0C3GC.

Muchas gracias.

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Gracias, señora consejera.

Señoría.

La señora GARCÍA CARRASCO

—Gracias, señor presidente.

Muy bien, señora consejera. Veo que usted sí me lo está aclarando, pero no la pregunta que yo hice por escrito. Yo he hecho dos preguntas relacionadas con el tema de las inyecciones intravítreas, uno era el número de inyecciones intravítreas y otra fue el número de salas blancas o limpias que había en la comunidad autónoma.

En esa pregunta de las salas limpias o blancas, quien me contestó a la pregunta me dio una lección magistral de que yo estaba en un error y de cuál era una sala blanca o cuál era una sala limpia. Yo le pregunto si al final vamos a tener en todos los hospitales salas limpias o salas blancas, me da igual.

Y me ha aclarado usted... Pero fíjese usted que es que la pregunta que me dice..., que me ha aclarado muy bien que el código que se está utilizando, el actual, es el 10, el CIE-10, y que en mayo de 2018 se va a tener que empezar a utilizar el CIE-11, según directiva europea. Pero es que ustedes me contestan a mí con el código CIE-9, que yo creo que no deben estar utilizándolo, creo que no deben estar utilizándolo. Pero usted me dice a mí: la inyección retrobulbar de sustancia terapéutica con código CIE-9... Yo le estoy preguntando por intravítreas. Creo que la retrobulbar se utiliza normalmente para la anestesia, y no para para lo que estamos hablando. El tema es, señora consejera, ya que me ha aclarado usted que usted sí sabe de lo que estamos hablando —no quien me ha contestado a la pregunta, que no sabe de lo que estábamos hablando—, sabe que por el envejecimiento de la población hay una mayor prevalencia en la degeneración macular, precisamente debido a la edad. Y también sabe que si esa degeneración macular no se trata a tiempo lo que se produce es la ceguera de esa persona, la incapacidad de esa persona, una incapacidad enorme. Sabiendo que eso es así, que hay una mayor prevalencia porque la población es más mayor, gracias a Dios porque se ha logrado un mayor envejecimiento, la pregunta es si el sistema sanitario público andaluz está preparado para atender..., para diagnosticar a tiempo y para atender a esta población mayor con un proceso de degeneración macular debido a la edad, sabiendo que si se tienen las salas blancas o limpias el procedimiento va a ser más rápido porque no tenemos que esperar a que exista un quirófano libre, y si estamos preparados porque sabemos también que no es una inyección intravítrea lo que tiene que tener esa persona.

Es clara la pregunta, señora consejera. ¿Estamos preparados para atender y para prevenir?

Gracias.

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señora García.

Señora consejera.

La señora ÁLVAREZ BENITO, CONSEJERA DE SALUD

—Señoría, yo voy a intentar responderle, espero que se lo pueda aclarar.

Efectivamente, este es un procedimiento que ha aumentado de forma muy exponencial en los últimos años y, efectivamente, desde los centros sanitarios se le está dando respuesta. Ya le he dicho el número tan importante, más de cuarenta y cinco mil, que se hicieron en el año pasado.

Existen unas guías de la sociedad española con las recomendaciones de cómo se debe realizar este procedimiento y, efectivamente, es un procedimiento que requiere una asepsia especial, pero no tiene por qué realizarse en el quirófano, se puede realizar en un hospital de día, se puede realizar en una consulta especial o se puede realizar en un quirófano. En la mayoría de los centros prefieren no realizarla en un quirófano porque es incluso más accesible para el propio paciente, y por otra parte no tiene ocupación del quirófano.

En cuanto a los códigos de los que me habla, no sé si es que me está hablando de un periodo en el que realmente la transición entre CIE-9 y CIE-10..., realmente eso hace que no todos los sistemas informáticos estuviesen actualizados y estuviesen..., dado que los documentalistas de cada área necesitan una formación puede que estuvieran en un proceso de cambio.

Y, por otra parte, dado que en los diferentes hospitales no todos realizan este procedimiento en el mismo sitio, son sistemas diferentes los que hay que explotar para sacar estos procedimientos. Como le he comentado, algunos los realizan en quirófano que están en AGD, otros en hospital de día médico, que es otro sistema de información, y otros en consulta.

La sala planta realmente es otra..., esa denominación se utiliza para hacer medicamentos, para terapias celulares, para otros procedimientos. Sí que es verdad que necesita unas condiciones de asepsia especiales que vienen determinadas en una guía de la propia sociedad española y que, por supuesto, se cumplen. Y existen experiencias muy positivas en ese sentido.

En el año 2017, el 38% del total de registro de esta actividad ya se corresponde con el hospital de día médico. O sea, que quiere decir que de forma periódica van aumentando, de forma progresiva, el número de procedimientos que se hacen ya fuera del ámbito quirúrgico para dar mayor accesibilidad a esta área.

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

—Muchas gracias, señora consejera.



## 10-18/POC-000827. Pregunta oral relativa a nuevo hospital de día de oncología de Córdoba

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Pasamos a la siguiente pregunta, del Grupo Parlamentario Podemos Andalucía, relativa a nuevo hospital de día de oncología en Córdoba.

Señor Moscoso, tiene dos minutos y medio.

El señor MOSCOSO SÁNCHEZ

—Muchas gracias, señor presidente.

Buenos días, señora consejera, o buenas tardes.

Recientemente, hemos sabido a través de un anuncio de la Delegación Territorial de Salud, Igualdad y Políticas Sociales de la Junta de Andalucía en Córdoba que el proyecto de creación de un nuevo hospital de día de oncología, que se encontraba recogido en el plan de modernización del Hospital Reina Sofía y que iba a suponer la creación de un nuevo edificio de 3.600 metros cuadrados, pues se va a concretar definitivamente en la reforma y adaptación de un sótano de 800 metros de uno de los edificios hospitalarios; en concreto, el del hospital provincial.

Bueno, pues por ese motivo nos preguntábamos cuáles son las razones por las que la Consejería de Salud ha renunciado al proyecto inicial, si se había planificado antes, lo hacen ahora, con qué criterio se hizo antes y con qué criterio se hace ahora este cambio, o si no se había hecho anterior. El replanteamiento del proyecto, nos preguntamos, ¿es definitivo? ¿Es provisional? ¿Se satisfacen con este replanteamiento del proyecto, que es lo más importante, por supuesto, las necesidades de atención de pacientes con necesidades oncológicas en la provincia de Córdoba?

Y, bueno, sin presumir de que..., ojalá esté equivocado, y usted podrá aclararlo, francamente, es lo que me gustaría, que da la impresión de que no ha habido suficiente previsión y planificación en esta materia por parte de la consejería, o si es por razones presupuestarias, no lo sé. Nos gustaría que nos aclarara estas incógnitas.

Muchas gracias.

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señoría.

Señora consejera.

La señora ÁLVAREZ BENITO, CONSEJERA DE SALUD

—Señoría.

En primer lugar, comentarle, y creo que esto lo he aclarado en Córdoba, en algunas de las intervenciones que he tenido allí, nosotros no renunciamos a ningún proyecto, ni significa que el proyecto que se va a llevar a cabo actualmente signifique una renuncia al plan de modernización integral del Hospital Universitario Reina Sofía, no, realmente no es una alternativa.

Este plan de modernización integral del Hospital Reina Sofía, efectivamente, contempla la construcción de un centro oncológico ambulatorio, un centro completo. Es un proyecto, como le digo, al que no se renuncia y que se va a llevar a cabo cuando se disponga de la disponibilidad presupuestaria que lo permita. Y en este centro es donde se integrará el hospital de día oncológico. Pero mientras tanto, realmente, tenemos que seguir prestando la asistencia sanitaria de la mejor manera y, sobre todo, en los pacientes oncológicos, y por ello se ha priorizado la construcción de un nuevo hospital de día, con las mismas características con que estaba proyectado en el otro..., el otro proyecto. Es una planta baja, se le llama el sótano, pero es una planta que está a pie de calle, precisamente por eso se ha elegido. Y, además, este hospital de día va a estar en el hospital provincial, donde se ubica el resto de consultas de oncología.

Muchas gracias.

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

—Muchas gracias.

Señor Moscoso, tiene un minuto.

### El señor MOSCOSO SÁNCHEZ

—Bueno. Muchas gracias, señora consejera.

Simplemente, que nos quede claro, por enfatizar este asunto, que se van a atender las necesidades oncológicas a las cuales pretendía responder el proyecto original o inicial que se planteaba en ese plan de modernización.

Y, bueno, si me pudiera transmitir ese dato, qué número de usuarios va a atender este nuevo servicio.

Eso es todo. Muchas gracias.

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

—Muchas gracias, señoría.

Señora consejera.

### La señora ÁLVAREZ BENITO, CONSEJERA DE SALUD

—Sí.

Señoría, el nuevo hospital de día oncológico realmente va a contar con las mismas características y las mismas calidades como estaba previsto y como está previsto en el centro oncológico ambulatorio, porque

realmente se ha copiado, son los mismos planos que se han trasladado a esta planta. O sea, que tiene las mismas características de calidad este hospital de día que como está proyectado en el centro oncológico. Esa es una realidad.

Se mantiene este plan, este plan funcional, y pasa de 24 puestos que tiene actualmente el hospital de día actual a 36 puestos, supone un incremento del 50%.

Se mantiene la misma superficie que está prevista en el plan de modernización y pasa de los 181 metros cuadrados que tiene a 805, o sea, casi el triple. En concreto, el área de tratamiento pasa de 140 metros cuadrados a 340. Se incrementa la superficie que tiene cada uno de los puestos, lo cual mejora la intimidad del paciente y su comodidad, además se facilita el acompañamiento durante el tratamiento del paciente, también se facilitan las condiciones de trabajo del paciente. Incluso ya algunos de los puestos tienen capacidad de aislamiento.

Este hospital de día se sitúa a nivel de calle, y esto permite realmente que tenga ventanales, que tenga luz natural, y por otra parte vistas al jardín del hospital provincial, y también se va a favorecer la accesibilidad de pacientes y acompañantes por esta misma zona ajardinada.

Por otra parte, este proyecto conlleva también aumentar las zonas de espera de pacientes y de familiares, porque realmente son procesos que son largos, son muchas horas las que tienen que estar los pacientes y sus familiares, sus acompañantes, y pensamos que de esta forma se mejora de forma importante la confortabilidad tanto de pacientes como de familiares.

Muchas gracias.

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señora consejera.

## 10-18/POC-000830. Pregunta oral relativa a formación a profesionales para realizar ecografías abdominales en los centros de salud

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Pasamos a las preguntas pertenecientes al Grupo Parlamentario Socialista.

La primera es relativa a formación de profesionales para realizar ecografías abdominales en los centros de salud.

Tiene dos minutos y medio, señor Ferrera.

El señor FERRERA LIMÓN

—Muchas gracias, señor presidente. Señora consejera.

Uno de los grandes objetivos en los que se viene trabajando desde su consejería es la mejora asistencial en la atención primaria en los centros de salud de nuestra comunidad autónoma. Para conseguir este objetivo es fundamental el compromiso y el esfuerzo que se vienen llevando a cabo por el Gobierno andaluz de incrementar el presupuesto que venimos invirtiendo en materia sanitaria, algo que se viene haciendo desde su consejería año tras año. De hecho, desde el año 2015, el incremento presupuestario en materia sanitaria en Andalucía alcanza el 19% o, lo que es lo mismo, más de mil millones de euros de recursos adicionales para nuestro sistema sanitario público, lo que viene a demostrar de manera clara, creíble y contundente el compromiso y la defensa del Gobierno andaluz de nuestro sistema sanitario público.

Este incremento presupuestario nos está permitiendo la contratación de nuevos profesionales no solo para la atención primaria, sino también para atender otras necesidades de nuestro sistema sanitario. Pero este incremento presupuestario también nos va a permitir dotar de tecnologías y recursos técnicos que, junto con la formación de nuestros profesionales para el desarrollo de las tecnologías y recursos, nos permitirá que algunas de las pruebas diagnósticas que actualmente se derivan a nuestros hospitales puedan llevarse a cabo en los distintos centros de salud de atención primaria de nuestra comunidad autónoma.

Y algo que nos parece muy importante. Por un lado, los profesionales de nuestro sistema sanitario, de nuestros centros de salud, tendrán más autonomía y podrán llevar a cabo pruebas diagnósticas en sus propios centros. Y, por otro lado, también nos parece muy importante porque, a su vez, se están acercando más los recursos de nuestro sistema sanitario a la ciudadanía de nuestra comunidad autónoma.

Para ello, señora consejera, es fundamental el plan de formación para los profesionales de atención primaria, en el que se viene trabajando desde su consejería y que dará como fruto la formación de estos profesionales para que puedan realizar ecografías abdominales en sus centros de salud. Señora consejera, desde este grupo parlamentario felicitamos esta iniciativa y, por ello, nos gustaría conocer con más detalle en qué consiste este programa de formación, y qué repercusión va a tener en la sanidad pública de Andalucía.

Muchas gracias.

El señor GARCÍA ANGUIA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señoría. Señora consejera.

La señora ÁLVAREZ BENITO, CONSEJERA DE SALUD

—Así es, señoría. Se trata de un programa de formación que se integra en la línea de acción de la estrategia de renovación de atención primaria, y cuyo objetivo es aumentar la capacidad de los médicos de familia para poder resolver los problemas de salud de los ciudadanos. Un total de 336 profesionales de medicina familiar y comunitaria, de 14 distritos sanitarios de atención primaria, iniciaron el mes pasado cursos de formación en las ocho provincias de nuestra comunidad, con el objeto de ampliar los conocimientos y adquirir habilidades en el uso de la ecografía abdominal. Una formación que ya se inició, a finales de 2017, con cuatro cursos de nivel básico y en los que participaron un centenar de profesionales de Medicina de Familia de Sevilla, de Almería, de Málaga... En total, antes del verano, habremos formado 432 médicos y médicas en ecografía abdominal básica.

Y, para ello, contamos con la colaboración de IAVANTE y de las sociedades científicas en el ámbito de la atención primaria, como son semFYC y SEMERGEN. El objetivo es que este tipo de pruebas se puedan llevar a cabo en el centro de salud, efectivamente, sin la necesidad de que se deriven al hospital, y de esta forma, poder mejorar la accesibilidad de los ciudadanos y también mejorar los tiempos de respuesta.

Los médicos de familia han mostrado su interés en esta formación, para ampliar y mejorar sus conocimientos y sus habilidades en el manejo de los ecógrafos, y los cursos están planificado en tres niveles: básico, medio y avanzado. Por supuesto, la inscripción es voluntaria, es gratuita. Y a estos cursos les van a seguir otros, que tienen mayor nivel de especialización y de dificultad, hasta alcanzar el máximo nivel, que es el nivel ya avanzado, y que está dirigido, fundamentalmente, a aquellos profesionales que quieran profundizar en el diagnóstico ecográfico, en determinadas zonas anatómicas o de lesiones ya muy específicas.

Al mismo tiempo, estamos incorporando nuevos equipos diagnósticos en los centros de salud; en concreto, son 98 ecógrafos lo que se están incorporando, actualmente, a nuestros centros de salud, que se suman ya a los ya existentes en distintos centros de atención primaria. Y, bueno, pensamos que todo ello, sin duda, va a tener un gran impacto, un impacto muy positivo en mejorar esa capacidad diagnóstica de este nivel asistencial de atención primaria.

Nuestro objetivo es que, en pocos años, realmente se pueda tejer una red que haga posible un estudio ecográfico básico, prácticamente, a cualquier persona cerca de su domicilio, y que pueda servir a los profesionales de atención primaria para confirmar o para descartar cualquier diagnóstico.

Muchas gracias.

El señor GARCÍA ANGUIA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señora consejera.

## 10-18/POC-000831. Pregunta oral relativa a descubrimiento de investigadores del Centro Andaluz de Biología Molecular y Medicina Regenerativa -CABIMER- en el Campo de la Diabetes

El señor GARCÍA ANGUIA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Pasamos a la siguiente pregunta, también del Grupo Parlamentario Socialista, relativa al descubrimiento de investigadores de CABIMER en el campo de la diabetes.

Tiene dos minutos y medio.

La señora MANZANO PÉREZ

—Gracias, presidente. Buenos días, señorías.

Señora consejera, la buena noticia de que la cartera de servicios de la sanidad pública andaluza tiene incorporada, desde el pasado 16 de abril, los dos nuevos sistemas de monitorización de diabetes *flash* y *bomba sensor*, que está mejorando sin duda la calidad de vida de las personas que padecen la enfermedad y, especialmente, de la población pediátrica y de sus familiares, se suma otra noticia esperanzadora. Y es que esperanza, que es un estado de ánimo optimista, es la que tenemos, la que tiene esta población, tras conocer que un equipo internacional de investigadores, liderado por científicos andaluces del Centro Andaluz de Biología Molecular y Medicina Regenerativa, conocido como CABIMER, están desarrollando el primer fármaco con potencial para curar la diabetes tipo 1, y no es para menos.

Sabemos que la diabetes tipo 1 es la segunda enfermedad crónica, y el trastorno endocrino metabólico más frecuente en la infancia, con un impacto social y sanitario de gran relevancia. Pero toca prudencia, toca cautela, porque es necesario seguir avanzando en el desarrollo de la investigación para conocer si será exitosa o no.

Y aplaudimos, señora consejera, que la investigación orientada hacia los problemas de salud prioritarios de la población constituye un eje fundamental del servicio sanitario público andaluz, y es por ello que, precisamente, la investigación en diabetes una de las líneas estratégicas del Plan Andaluz de Diabetes en Andalucía, que se actualizó en el 2016.

Como grupo parlamentario, nos sumamos al sentimiento de esperanza y al deseo de que este proyecto, con sede en Andalucía, y más concretamente, en nuestro sistema sanitario público andaluz, encuentre la financiación necesaria para el desarrollo de todas y cada una de sus fases; pero más importante aún es que nos sumamos al deseo de que, finalmente, el fármaco sea eficaz, sea exitoso en la cura de la enfermedad.

Pero mientras todo eso sucede, le queremos pedir, señora consejera, en esta comisión que nos explique en qué ha consistido el trabajo realizado hasta ahora por los investigadores de la Consejería de Salud.

El señor GARCÍA ANGUIA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señoría.

Señora consejera.

## La señora ÁLVAREZ BENITO, CONSEJERA DE SALUD

—Muchas gracias, señoría. Como bien ha dicho, se trata de un importante trabajo, que ha permitido a un grupo de investigadores descubrir una molécula que tiene un alto potencial terapéutico ante la diabetes tipo 1, una enfermedad que afecta en nuestra Comunidad a ochocientos mil andaluces; con lo cual, como bien dice, realmente es una luz de esperanza el encontrar, realmente, una solución terapéutica eficaz para esta enfermedad.

El trabajo de los investigadores andaluces de CABIMER está liderado por el investigador principal, Benoit Gauthier, y también participa en este grupo de investigación el investigador Bernat Soria, que él es director del departamento de Regeneración y Terapias Avanzadas, y determina los efectos de la molécula BL001 en esta enfermedad.

Y este hallazgo de esta molécula ha sido fruto de siete años de investigación, y ha sido publicado en una prestigiosa revista a nivel internacional. Los investigadores han demostrado que dicha molécula, que ha sido descubierta y que también ha sido ya patentada por estos mismos profesionales, ayuda a convertir las células alfa en células beta. Estas células beta son, realmente, las encargadas de controlar los niveles de glucosa en sangre.

Además, los investigadores han constatado que esta molécula es capaz de revertir el ataque autoinmune de la diabetes tipo 1. Más de treinta científicos de otros cuatro países han trabajado junto a este equipo andaluz y, sin duda, como comentamos, se trata de un hallazgo muy importante, aunque también ya son los propios investigadores los que han señalado que queda mucho por hacer.

A partir de ahora, sus estudios se van a basar en comprender los mecanismos celulares que realmente..., que desencadenan los efectos que han evidenciado de esta molécula. Y habrá que llevar a cabo el ensayo en pacientes, efectivamente, antes de que, finalmente, sea un tratamiento. Y a partir de ahora, como comentaba, trasladarán estos hallazgos al sistema inmune humano y, posteriormente, se desarrollarán ensayos clínicos, que son los que permiten la utilización de un fármaco por la agencia reguladora y permiten, realmente, una vez asegurada su eficacia y su seguridad, que se pueda utilizar para el tratamiento de esta enfermedad.

El grupo de investigación que desarrolla este proyecto ha conseguido más de un millón y medio de euros en convocatorias competitivas desde el año 2010, y cuenta con el apoyo de distintas asociaciones de pacientes. En concreto, una asociación norteamericana, y la principal fundación privada norteamericana de lucha contra la diabetes; también a nivel nacional.

Yo quiero, desde aquí, realmente mostrar mi reconocimiento a los investigadores, a los profesionales de CABIMER, a todos los que trabajan en centros de investigación andaluces y en nuestros hospitales, porque realmente su labor, su trabajo, es la esperanza para muchos pacientes. Poner en valor, como bien se ha dicho, la investigación; esa apuesta de la Consejería de Salud y del Gobierno de la Junta de Andalucía por la investigación y, en concreto, por la investigación biomédica, que nos ha permitido contar, en esta comunidad, con la red más amplia de centros de investigación en biomedicina, a través de un trabajo colaborativo, que se lleva a cabo entre entidades y administraciones, y donde, realmente, los equipos de investigadores pueden trabajar entre ellos.

Muchas gracias.

## DIARIO DE SESIONES DEL PARLAMENTO DE ANDALUCÍA

Núm. 528

X LEGISLATURA

17 de mayo de 2018

---

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señora consejera.

  

---



## 10-18/POC-000832. Pregunta oral relativa a planes de atención personalizados para pacientes crónicos

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Pasamos a la última pregunta, también del Grupo Parlamentario Socialista, relativa a planes de atención personalizada para pacientes crónicos.

Señora Pachón, tiene dos minutos y medio.

La señora PACHÓN MARTÍN

—Sí, muchísimas gracias, presidente.

Buenos días, consejera. Desde luego, tenía usted toda la razón en cuanto, desde el Grupo Parlamentario Socialista, ponemos en valor todas aquellas medidas que se vienen realizando desde nuestro sistema sanitario público andaluz. Se denota que, verdaderamente, siempre tenemos a las personas, tenemos al paciente, a la familia, a su entorno, dentro de nuestro pilar fundamental de todas las medidas que llevamos a cabo desde la consejería.

Gracias también a una adecuada y excelente atención de nuestros profesionales, que les dan esa calidad y la excelencia de la atención, como les decía, a nuestros pacientes. Y usted, esta misma mañana, ponía en valor los distintos planes integrales que venimos desarrollando dentro de nuestro sistema sanitario público andaluz. Destacaba, además, la excelencia en esos indicadores a nivel europeo y, en concreto, desde nuestro grupo hoy, queríamos plantearle cuáles eran los objetivos principales que se persiguen con estos planes personalizados de atención para pacientes con enfermedades complejas crónicas. Estos planes personalizados llegarán a un total de más de 40.720 pacientes, de ahí la importancia de los mismos. Y, además, estos planes vienen enmarcados dentro de la estrategia de renovación de la atención primaria que, de esa manera tan importante, se ha hecho la apuesta por parte del Gobierno andaluz.

Una apuesta importante en atención primaria, que ha traído consigo un aumento considerable de profesionales —usted también lo destacaba esta mañana—, de profesionales a nivel de enfermería y de profesionales, también, a nivel de Medicina Familiar; y, por supuesto, también una importante renovación tecnológica en la resolución de las pruebas diagnósticas.

En concreto, estos planes personalizados para estos pacientes con enfermedades crónicas, lo que va a posibilitar es que se trabaje desde una perspectiva de equipos multidisciplinares, que tengo que destacarle que, desde mi profesión como trabajadora social, entiendo que es fundamental e importantísima esa atención sociosanitaria que, en definitiva, lo que va a conseguir es que estos pacientes permanezcan de una manera más dilatada y, además, con un importante bienestar en su calidad de vida y con una importante seguridad en su domicilio. Eso también hay que destacarlo, señora consejera.

Esos traslados, que son innecesarios, que desde nuestra sanidad pública vamos a invertir en que no sé den. Y porque estamos demostrando, como le decía con anterioridad, que una nueva forma de poder desarrollar nuestros planes de intervención, desde nuestro sistema sanitario público andaluz, es posible, porque

desde el Gobierno andaluz se hace esa apuesta decidida por nuestra sanidad pública. Es posible porque invertimos uno de cada tres euros de nuestro presupuesto en esta inversión para la sanidad pública. Y, de hecho, cuando escuchaba esta mañana a sus señorías del Partido Popular rasgarse las vestiduras, ante..., que no se hace gasto público en torno a nuestra sanidad, deberían dejárselo ver, porque somos una de las comunidades autónomas con una inversión superior a la media nacional. Con lo cual, yo no sé qué datos manejan.

Como prueba, un botón, señora consejera. Como sabe, ya ha presentado el Gobierno de España ese programa de estabilidad financiera en Europa, y ¿dónde se denota el mayor adelgazamiento en el gasto público?, en ese plan fiscal hasta 2021. Y ¿en qué partida principalmente?, en educación y en sanidad, bajando el producto interior bruto hasta 2003...

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

—Señoría.

**La señora PACHÓN MARTÍN**

—Termino, señor presidente.

Con lo cual, desde nuestra sanidad, está claro que otra manera de poder atender la sanidad en Andalucía es posible. Nosotros lo tenemos claro desde un principio, tenemos claro cuáles son nuestros principios fundamentales. Y por ello, tenemos otra forma muy distinta de marcar cuáles son nuestras prioridades políticas.

La atención sanitaria, uno de nuestros principales pilares de atención, con un gasto de inversión importante, que denota que somos, como digo, la comunidad autónoma con una media nacional superior en esa inversión en atención sanitaria. Y dentro de esa atención sanitaria, esos planes personalizados de atención a pacientes crónicos que no [...] ese paso adelante, en la atención y en la calidad de la asistencia sanitaria.

Muchísimas gracias, presidente por su benevolencia.

Gracias, consejera.

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

—Señoría.

Señora consejera.

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

—Gracias, presidente. Señoría.

Efectivamente, nuestra comunidad, y en concreto la Consejería de Salud, está trabajando en unas estrategias para fortalecer la atención primaria, como agente de salud, porque realmente tenemos el convencimiento de que mejorar la asistencia sanitaria en atención primaria mejora el sistema sanitario en su conjunto y, especialmente, lo mejora para personas con problemas crónicos de salud, para personas con necesidades complejas.

Precisamente por eso, esta es una de las líneas de actuación de nuestra estrategia de renovación de atención primaria. Son estos planes de atención personalizada para pacientes crónicos. Y creemos que es un instrumento clave y se ha priorizado. De hecho, una de las primeras medidas para poner en marcha dentro de esta estrategia de renovación de atención primaria. Realmente ¿en qué consiste? Bueno, pues consiste en varios aspectos a tener en cuenta.

Por una parte, la constitución de equipos multidisciplinares o interdisciplinares que realmente son los que van a prestar esta atención al paciente crónico complejo. Efectivamente, se va a tratar siempre que sea posible ofrecer la atención lo más próximo posible de su domicilio.

Estos equipos pivotan en el equipo básico de atención primaria, que está formado por médicos y enfermeros de familia. Y además, a este equipo básico, médicos y enfermeros de familia, realmente, pues se unen otros profesionales, como puede ser la enfermería gestora de casos, el trabajo social y, según las necesidades, se van uniendo otros profesionales, como puede ser un profesional de medicina interna u otras especialidades cuando son necesarias.

Realmente va a depender de cada paciente concreto, pero va a ser ese equipo interdisciplinar el que, junto con los cuidadores del paciente, van a proponer el plan terapéutico realmente para ese paciente.

Y realmente se plantea mantener un espacio de atención compartida, tanto a las personas como a las familias, de manera que les permita a las familias poder afrontar esta situación, poder afrontarla de forma segura, y que siempre tengan profesionales de referencia en todo momento.

Realmente, esto significa..., es un cambio, un cambio cultural, porque significa que el sistema sanitario público de nuestra comunidad pone su mirada en las personas que tienen mayores necesidades de cuidados y personas que son más vulnerables. Y para ello, realiza y mejora la coordinación realmente, tanto multidisciplinar como interdisciplinar ¿no? Y permite también, por otra parte, la participación activa de la familia, permite la participación activa del cuidador, permite la participación activa del propio paciente.

Y realmente se planifica una serie de intervenciones que estas son integradas, que sean realistas y que puedan incorporar el contexto cotidiano, garantizando, como comentaba, la continuidad asistencial y evitando desplazamientos innecesarios, facilitando la permanencia en el domicilio, mejorando la calidad y la seguridad, realmente.

Está claro que la tecnología también tiene un papel importante en este aspecto y realmente se van a poder realizar interconsultas, tanto entre profesionales de atención primaria y profesionales de hospital, a través de determinadas tecnologías o incluso entre los profesionales y el propio paciente en su domicilio. Pensamos que esto va a ser un paso muy importante y que, en breve, se va a poner en marcha en nuestra comunidad.

A 31 de marzo, ya se han identificado 245.412 pacientes crónicos con necesidades en salud que son complejas, de los que 47.071 ya cuenta con un plan personalizado de actuación.

Independientemente del avance concreto que pueda suponer el número de planes realizados, como comentamos, lo importante es ese cambio cultural que supone la identificación de pacientes que tienen mayor complejidad, de pacientes que son más vulnerables, de pacientes que necesitan una valoración integral y, por supuesto, que se les va a ofrecer una atención totalmente personalizada lo más próximo posible de su domicilio.

Muchas gracias.

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señora consejera.

Damos por terminada su presencia. Le agradecemos, como siempre, su trabajo y su presencia.

Y en dos minutos iniciamos siguiente punto del día con la primera proposición no de ley.

[Receso.]

---

### 10-18/PNLC-000056. Proposición no de ley relativa al apoyo a los enfermos y familiares de afectados con espina bífida

El señor GARCÍA ANGUIA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Señoría.

Seguimos con la comisión, con el cuarto punto del día, proposición no de ley. La primera, del Grupo Parlamentario Popular, es relativa al apoyo a los enfermos y familiares afectados con espina bífida.

Solamente tiene siete minutos.

La señora MESTRE GARCÍA

—Sí. Muchas gracias, presidente. Señoría.

Bien, esta iniciativa es una iniciativa, creo que bastante consensuada con los representantes de la Asociación de Espina Bífida de Cádiz y también de otras provincias de Andalucía, y en conocimiento con la actividad que llevan a cabo otras asociaciones de pacientes en otras comunidades autónomas, y por tanto, creo que es una iniciativa que viene a construir, a poner remedio a una situación que padecen familias y también afectados por la espina bífida.

Yo creo que es digno de destacar que más allá de que es una afectación que puede ser evitada y se puede prevenir con un buen conocimiento de lo que puede suceder, si una se queda embarazada sin que lo sepa y pase un periodo de tiempo, como es el primer mes del embarazo, sin conocerlo y sin poder tomar pues los medicamentos que evitarían que esta enfermedad, pues podríamos evitarla y podría haber menos número de pacientes con este problema. Pero lo cierto es que los hay, y lo cierto es que se enfrentan a un periplo de reiteradas consultas, de desconocimiento por parte de muchos profesionales, y, desde luego, un gran desconocimiento y desaliento por parte de las propias familias.

Yo creo que es importante ser conscientes de lo que supone la espina bífida para ser conscientes de lo que sufren y padecen estos pacientes. Al ser una malformación que se produce en el tubo neural, eso conlleva pues una serie de malformaciones tanto en el cerebro como en la médula espinal y en la columna vertebral. Al fin y al cabo, la espina bífida pues puede afectar a tres de los grandes o de los más importantes sistemas de nuestro organismo, como es el aparato locomotor, como es el sistema nervioso y como es también el sistema genito-urinario. Esto conlleva, pues, como decía, un periplo por muchas consultas; también una formación por parte de los familiares más cercanos a estos pacientes para poderles atender, y, desde luego, una atención por parte de los profesionales sanitarios importante, y además diaria, puesto que el nivel de dependencia es muy importante, sobre todo en los primeros años de vida, y porque conlleva unos sondeos específicos, que no se pueden hacer por la propia persona hasta que no tiene una autonomía, y desde luego es importante destacar, también, la cantidad de recursos que estos pacientes necesitan y requieren; recursos que conllevan pues también un gran desembolso, y, desde luego, creemos que las necesidades farmacológicas y por tanto ortoprotésicas, deben ser cubiertas por el propio sistema de salud andaluz. ¿Y cómo

pueden ser cubiertas o bien reducirse notablemente la cantidad de gastos que supone una persona afectada por espina bífida en una familia? Pues reconociendo esta malformación como una enfermedad crónica, porque cierto es que estos pacientes están afectados de por vida —de por vida—, y como son pacientes afectados de por vida, porque ya he especificado los sistemas que se encuentran afectados y las malformaciones que se generan en el cerebro, en la columna vertebral y en la médula espinal, pues todos podrán comprender que la necesidad de ser valorada como crónica es fundamental para, al menos, una mayor autonomía de las propias familias y, desde luego, para que esto no suponga un mayor agravante a la autonomía de la propia familia como tal, ya no solo del paciente.

Por eso creemos importante que los afectados de espina bífida en nuestra comunidad autónoma pues se equiparen también a los afectados de espina bífida en otros territorios de nuestro país, como, por ejemplo, puede ser Valencia; o como puede ser Murcia, que, aun no siendo crónico, sin embargo, sí el propio sistema de la comunidad sí que atiende y se hace cargo notablemente de estas necesidades tanto farmacológicas como protésicas.

Creo que sería importante que valoráramos que igual que hay otras patologías reconocidas en nuestro sistema como crónicas, la espina bífida lo fuera, y lo fuera cuanto antes mejor, porque estaríamos aliviando a muchísimas familias y porque también sería imprescindible que junto a este trabajo que hoy queremos que se empiece a desarrollar en el propio Sistema Andaluz de Salud a favor de los afectados por espina bífida también se contemplen unidades de referencia, porque conlleva de muchos especialistas el tratamiento de estas malformaciones y, por tanto, la formación de los mismos. Si hay unidades, si hay un trabajo multidisciplinar, evitaríamos así muchas consultas; evitaríamos también diagnósticos diferentes y contradictorios entre ellos, en muchas ocasiones, y trataríamos, de manera integral, a estos pacientes.

Por tanto, les dotaríamos también, de esta manera, de calidad de vida, porque en el momento en que uno no tiene que dar bandazos por un centro hospitalario de un sitio a otro y al fin y al cabo para llegar a diagnósticos, en muchas ocasiones, con falta de confianza hacia ellos, no por falta de confianza en el especialista, pero sí por el desconocimiento que en sí, en muchos de estos, conlleva la espina bífida. Por eso creemos importante que estas unidades sean una realidad. Es verdad que estos pacientes tienen como referencia, en el ámbito del país, pues el Vall d'Hebrón, pero en Andalucía necesitamos tener también equipos de referencia. Ciertamente es que, en Cádiz, hay buena voluntad, en el hospital Puerta del Mar, para que esta unidad sea una realidad, pero también es cierto que hacen falta recursos e implicación, y por eso creo que es importante que, hoy, aquí, debatamos al respecto, porque creo que conlleva el sensibilizarnos todos, el conocer esta patología, de manera detallada y concreta, y, desde luego, que todos nos pongamos a trabajar en esta dirección, que no es ni más ni menos que por el beneficio de los afectados por espina bífida en nuestra comunidad autónoma.

Muchas gracias.

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

—Muchas gracias, señoría.

Señora Nieto, tiene de cinco minutos.

## La señora NIETO CASTRO

—Gracias, presidente.

En primer lugar, felicitar a la señora Mestre por la iniciativa. Es cierto que la naturaleza de la misma igual hubiera permitido trabajarla conjuntamente, pero en cualquier caso, y tal y como desde nuestro grupo parlamentario le trasladamos a la asociación, por nuestra parte nos daba igual que se presentara por parte de un grupo o conjuntamente; es un tema que requiere de una iniciativa, esperemos que unánime, transformada en acuerdo de la comisión.

Quizás para portavoces que vienen del ámbito de la sanidad, por su profesión ajena a la política, pues estas cosas son conocidas, yo tengo que reconocerle que no sabía que la espina bífida no era considerada una enfermedad crónica, porque, bueno, es una enfermedad que, lamentablemente, va a acompañar al bebé que nace con este problema durante toda su vida, y es un problema que tiene una afectación directa en su entorno familiar, en la conciliación y demás. Y que, efectivamente, como bien decía la señora Mestre, genera pues unos desembolsos considerables para atender, en condiciones, a los niños y a las niñas que tienen ese padecimiento. Por tanto, parece una mera formalidad, un reconocimiento administrativo de algo que, en la realidad, ya es crónico y que, por tanto, efectivamente, para acompañarnos a los pasos que ya han dado otras comunidades y que, bueno, debieran darse en todo el país, sería positivo.

Hablaba la señora Mestre, en la exposición de motivos, de Navarra..., perdón, hablaba ella de Murcia, cuando nos explicaba —tengo entendido que en Navarra también está ya aprobada una proposición no de ley en términos similares a la que espero que aprobemos hoy—, y en esos pasos debieran ponerse el resto de comunidades y, por supuesto, todo el país, para dar una homogeneidad al tratamiento.

Hablaba también de algo que no es menor, que también nos trasladaban en la reunión que tuvimos con la asociación, de los problemas que tienen los padres y las madres que han de ir al centro educativo para hacer algunas de las cosas que requieren sus hijos y sus hijas, y que, efectivamente, pues, como es normal, el personal que trabaja en el centro no conoce.

Hago un apunte al margen, de un tema que también creo que todos los grupos estamos trabajando con relación a esa necesidad de incorporar a personal de enfermería, a lo mejor, a los centro educativo, que creo que es una iniciativa que ya nos vienen trasladando desde algunos ámbitos, que quizás debamos echarle un pensamiento y trasladarlo al Ejecutivo, porque es cierto no solo para esta patología, pero también para otras muchas —para la diabetes—..., para, en fin..., para niños y niñas que pueden perfectamente estar en el colegio con niños y niñas que no tengan enfermedades, pero que requieren de una atención que no puede prestarles el personal docente, por razones evidentes, y es algo que tendremos que plantear.

Por tanto, tanto a efecto de conciliación para las familias, también en atención a los gastos que ocasiona la enfermedad —luego, por su carácter evidentemente crónico, que eso no creo yo que admita debate—, nos parece muy razonable la iniciativa en todos sus puntos. Así que, desde Izquierdas Unida, mostrar nuestro voto favorable a la misma, cuando luego procedamos a ello.

Gracias.

El señor GARCÍA ANGUIA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señoría.

Señora Albás, tiene cinco minutos.

La señora ALBÁS VIVES

—Gracias, presidente.

Señorías, buenos días, de nuevo.

Pues, la verdad que vemos con buenos ojos, y felicitamos al Grupo Popular y a su portavoz, la señora Mestre, por la presentación de esta iniciativa.

Nosotros nos hemos reunido con la Asociación de Espina Bífida, nos reunimos a principios del mes de mayo, y ya nos comunicaron que el Grupo Popular había registrado esta iniciativa en el Parlamento, cosa que nos pareció acertada, y nos trasladaron pues una serie de puntos de mejoras que no estaban contemplados en dicha iniciativa, y, lógicamente, nos ofrecimos pues registrarlas en forma de enmienda para mejorar dicha iniciativa, que, lógicamente, vamos a votar a favor porque entendemos que es más que necesario que los enfermos y las familias que están afectados con espina bífida, pues, reciban la atención que realmente se merecen, y que además, pues intentemos también en Andalucía marcar la diferencia. Han hecho referencia a algunas comunidades autónomas donde ya se reconoce esta enfermedad como..., pero no en todas las comunidades autónomas. Entonces, yo creo que el Gobierno andaluz siempre alardea mucho de ser los primeros, pues a ver si aquí también se predica con el ejemplo y marcamos la diferencia, a la hora de tratar y atender a estos pacientes.

Hemos presentado ocho enmiendas, que ya las hemos registrado; tres son de modificación y cinco son de adición. De modificación al punto 2, que sería: «... para establecer en Andalucía una unidad de referencia que permita una atención más integral, más coordinada de las multiafecciones, que afectan los enfermos de espina bífida, tal y como demandan las asociaciones de afectados». El punto 3 sería una transaccional que añadir, es que «se establecerán protocolos de actuaciones, entre Consejerías de Educación y Salud, que eviten las carencias actuales del sistema educativo con respecto a esta problemática de salud». Lo ha mencionado la portavoz del Grupo Popular, y también la portavoz del grupo de Izquierda Unida, pues que, los centros escolares, se encuentran también en situaciones complejas, que se deberían solucionar.

También al punto 4, una transaccional, que es: «... ofrecer formación específica en las familias afectadas, en colaboración con las asociaciones de pacientes de esta enfermedad». Las asociaciones de pacientes son perfectas conocedoras de la situación, de las soluciones, de las medidas a llevar a cabo, pues para, intentar ayudarles a pasar estas situaciones de la mejor forma posible.

Y luego, también, enmiendas de adición pues, a establecer un censo andaluz de las personas afectadas con esta enfermedad, que sorprendentemente no tenemos a día de hoy en Andalucía, y también sería interesante que el resto de Comunidades Autónomas, y a nivel nacional, hubiera un censo, porque cuando tenemos datos es mucho más fácil poder actuar y poder poner remedios a las situaciones y a las problemáticas que nos encontramos. También poner en marcha programas de formación específica para especialistas;



crear también la figura de la enfermera gestora de casos, en cada provincia, para también poder ofrecer mejor atención y comunicación con los familiares; garantizar también las medidas de apoyo a las asociaciones de pacientes de espina bífida; e incrementar también, que es muy importante, la labor de investigación en Andalucía con respecto a esta enfermedad, lógicamente, también intentando colaborar con el resto de comunidades autónomas, en las que ya haya una investigación.

Nosotros, lógicamente, vamos a votar a favor de esta iniciativa, y esperamos que el Grupo Popular acepte las enmiendas que, lógicamente, nos han llegado por la Asociación de Espina Bífida.

Muchas 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.

Comienzo, en primer lugar, saludando y dando las gracias a Rocío Castaño, impulsora de la iniciativa; integrante de la Asociación Gaditana de Espina Bífida e Hidrocefalia, pues, sin su arrojo y lucha, esta iniciativa no estaría teniendo este debate.

La espina bífida es una enfermedad terrible, que afecta como ya se ha dicho, a tres de los sistemas más importantes del organismo: el sistema nervioso central, el aparato locomotor y el sistema genitourinario. Afecciones que acompañan a las personas con espina bífida, durante toda su vida; es, por tanto, una enfermedad crónica. No, no cabe duda al respecto.

Esta comisión ha de declarar, por tanto, que se catalogue como tal, como enfermedad crónica, la espina bífida, y la Consejería de Salud proceder de inmediato al reconocimiento de los beneficios económicos y sociales, en cuanto a eliminación de copagos y financiación, y suministro de material sanitario que estas personas y sus familias precisan.

En aras de precisar esta cuestión lo máximo posible, había propuesto una enmienda *in voce*, que recogía así: «Reconocer la espina bífida como una enfermedad crónica, financiando y facilitando, el sistema sanitario público de Andalucía, a los pacientes afectados de espina bífida, en el material sanitario que precisen para el tratamiento y cuidado de los problemas de salud derivados de esta enfermedad, así como cuantas ayudas económicas y sociales se les reconozca por normativa».

Quiero también precisar el punto 3, por cuanto nuestro grupo defiende la adscripción de las enfermeras que desarrollen la labor en centros educativos al centro de salud, para que no queden desgajadas del sistema sanitario público de Andalucía, ya que cuantos beneficios de esta gestión integral y comunitaria desaparecería. Propongo, por tanto, después de haber hablado con la diputada Mestre, la siguiente redacción: «Cubrir las necesidades de los niños y niñas con espina bífida en los centros escolares con enfermeros y en-

fermeras, para realizar convenientemente su labor comunitaria e integral en el sistema, debido a los sondeos y otras atenciones sanitarias, que requieran de un personal cualificado».

Por último, no comparto en absoluto la enmienda de Ciudadanos sobre la creación de una unidad de referencia en Andalucía. Esto supondría que los pacientes y sus familiares tengan que desplazarse de otras provincias a ese centro; que, además, ya existe una unidad de referencia para los casos más complejos, en el Vall d'Hebrón de Barcelona, donde, por cuestiones clínicas de número de casos para la superespecialidad, conviene que continúe funcionando como hasta ahora.

Además, me consta que las asociaciones en este punto tampoco están de acuerdo. Eso es verdad.

No me refiero a que una técnica quirúrgica muy especializada se realiza en un servicio y otra técnica en otro servicio de otro hospital. Esto se consigue haciendo explícita una cartera de servicios detallada, para conocimiento de los profesionales y de los pacientes, y garantizando por la Consejería de Salud y el SAS, que los niños serán atendidos independientemente de la provincia de residencia, en función de las necesidades de tratamiento y de esa cartera de servicios.

Centros que funcionen en red, en un sistema sanitario coordinado, donde los centros no compitan entre sí, sino que cooperen para la mejor atención de los pacientes. Lo más importante es que en cada provincia, como digo, todos los profesionales estén bien formados, que existan protocolos explícitos, y se lleven a término con la suficiente adecuación de recursos. Esa la manera de prestar el mejor servicio a estas personas

Sin más, me despido. Y, de nuevo, muchas gracias a estos padres y madres, que son verdaderos héroes y heroínas, al igual que sus hijos e hijas.

Muchas gracias.

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

—Muchas gracias, señoría.

Señora Maese, tiene cinco minutos.

### La señora MAESE VILLACAMPA

—Gracias, señor presidente.

Bien, recientemente este grupo ha mantenido varias reuniones con la Asociación Gaditana de Espina Bífida e Hidrocefalia. Nos consta, por el resto de las intervenciones de los portavoces, que ha sido así con todos los grupos. Y, además, es cierto que cada uno de nosotros podía haber presentado esta misma PNL; quizá, con matices distintos, pero bueno, que podría haber sido presentada por cualquiera de nosotros, incluso por una conjunta. De hecho, la propia asociación, estos últimos días, en la prensa ha puesto de manifiesto su voluntad de que querría que esta proposición no de ley fuese aprobada por unanimidad en el Parlamento, tal y como ya fue aprobada por unanimidad en el pleno de la Diputación Provincial de Cádiz. Así que nosotros nos sumamos a la felicitación del resto de los grupos, del acierto del Partido Popular de haber presentado esta PNL en Pleno, que... —en comisión, perdón—, que podría haber sido presentada por cualquiera del resto de los grupos. Nos gustaría también enviar un cariñoso saludo a la asociación. Es una asociación que en Cádiz

lleva, en concreto muchísimo tiempo trabajando por los derechos de estos enfermos, y por tanto, todos conocemos muy bien estas reivindicaciones, que a todos nos han trasladado ya en varias ocasiones.

De mano de esta asociación, hemos tenido la oportunidad de conocer la problemática de una enfermedad que tiene una heterogeneidad clínica increíble, y que varía mucho, en sus síntomas, en su intensidad, en el nivel y en el alcance de la lesión de cada uno de los pacientes.

Y es que entendemos que, para que sea debidamente atendida —y es la realidad—, requiere que sea a través del trabajo de numerosas especialidades: hablamos de urología infantil, neurocirugía, rehabilitación, neuropatía, etcétera. Y también de profesionales: médicos, enfermeras, fisioterapeutas, trabajadores sociales... De ahí que entendemos el abordaje multidisciplinario y de forma coordinada.

Es verdad que la prevalencia, también, de esta espina bífida hace que se incluya dentro de las enfermedades raras, y no esté considerada como una enfermedad crónica. Nosotros, la verdad es que, cuando nos sentamos con la asociación, también nos quedamos un poco sorprendidos. Pero también es cierto que sabemos por registros y estudios recientes, y también por la propia información que aparece en la web del Ministerio de Sanidad, que en los últimos años se está registrando una disminución importante en los casos de espina bífida en España, y que, además, esta disminución se está manteniendo estable en los últimos años. Nosotros entendemos que, al menos en Andalucía, ha influido mucho la implantación, desde el año 2000, por parte de la Consejería de Salud, que hizo una apuesta clara por un proceso asistencial integrado del parto, que estableció un tratamiento con ácido fólico para la prevención de efectos del tubo neuronal.

En todo caso, el hecho de que no afecte a mucha población no es óbice para que no se atiendan las demandas y las peticiones de estas personas que conviven con una enfermedad muy complicada, y sobre todo, para los más pequeños, que necesitan ser sondados en centros escolares, y que además, son personas que se enfrentan a multitud de intervenciones en su vida y de citas médicas, que requieren de un material específico, con un alto coste, y que viven situaciones diarias en su vida que podrían mejorarse, si consiguieran aquello por lo que están luchando en toda España —quiero recalcarlo—, que es el de conseguir la cronicidad de su enfermedad.

Al menos en lo que corresponde a la provincia de Cádiz, también han sido muchas las reuniones, no solamente con los grupos políticos, sino que también con la Delegación Provincial de Salud. Y ya de este trabajo con la asociación, para poder desarrollar los puntos de esta moción que se traten aquí, que es la misma que se aprobó —como digo— en diputación..., ya se han adelantado varios trabajos como, por ejemplo, el de la unidad, que la propia portavoz proponente, la unidad en el Puerta del Mar, ha indicado.

Es cierto que esta enfermedad no se aborda, desde el punto de vista sanitario, igual en todo el territorio español, pero sí que nos gustaría hacer una puntualización, y es que no es cierto que en Andalucía estos enfermos estén discriminados, como si solo lo estuvieran aquí. Porque quiero dejar claro que, en España, solo en Valencia está catalogada a día de hoy como una enfermedad crónica. Y en abril se aprobó por unanimidad, en el pleno de Navarra, una resolución muy parecida a la que hoy debatimos aquí. Por lo tanto, es verdad que tenemos que hacer esfuerzo en la cronicidad —que, de hecho, creo que lo vamos a aprobar hoy—... Pero no es que aquí estén discriminados, es que están un poco... Quiero decir que solo hay 21 comunidades autónomas donde se les considera enfermos crónicos.

Nuestro grupo ha presentado al grupo proponente varias enmiendas en las que básicamente... Porque, básicamente, estamos de acuerdo en el fondo de la cuestión. Y no voy a nombrarlas, porque podíamos considerar que son cuestiones de matices. Entendemos que sí debería reconocerse como una enfermedad de tratamiento crónico, ya que estas discapacidades...

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

—Señoría, debe terminar.

### La señora MAESE VILLACAMPA

—Termino enseguida, señor presidente.

... ya que estas discapacidades que presentan estos enfermos son para toda la vida. Y, al ser una población pequeña, el material que requieren —como decía antes— es un alto coste.

Únicamente, una puntualización. Y es que creemos, en el tercer punto... El hecho de que haya una enfermera escolar... Entendemos que no puede haber una enfermera escolar por centro sanitario. Entendemos que, al menos, no es el debate de esta PNL.

Nuestra propuesta es que se establezcan protocolos de actuación entre las consejerías competentes en materia de salud y educación, para que las necesidades de estos niños estén cubiertas. Y entendemos que la figura de la enfermera escolar debe ser objeto de debate, pero entendemos que, aparte —y más profundo—, porque al fin al cabo todos queremos el bienestar de estos niños y niñas.

Muchas gracias.

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

—Gracias, señoría.

Antes de darle el segundo turno a la proponente para cierre, decir que hay en la mesa dos enmiendas *in voce*, presentadas por el Grupo Parlamentario Podemos Andalucía. ¿Algún grupo se opone a la tramitación de esas dos enmiendas?

Bien, pues, entonces, señora Mestre, en sus cinco minutos conteste a todas las enmiendas, incluidas las dos *in voce*.

Tiene la palabra.

### La señora MESTRE GARCÍA

—Muchas gracias, presidente.

Antes que nada, comenzar mi intervención dándole las gracias más sinceras a todos los grupos políticos por el tono, por el contenido y por el apoyo que creo que va a recibir la mayoría de estos puntos que se proponen en esta proposición no de ley, que, como decía el principio de intervención, no vienen más que a refle-

jar las necesidades que nos han hecho conocer los propios pacientes, los propios familiares de los pacientes y, en definitiva, la asociación de Espina Bífida de Cádiz.

Yo creo que es importante resaltar algunas cuestiones, y abundando además en cuestiones que aquí ya se han hablado. Creo que es importante volver a insistir en el reconocimiento de la cronicidad, de considerarse una enfermedad crónica, porque no tiene sentido alguno y porque la discriminación es mayúscula cuando hay territorios en España que es considerada crónica, y en Andalucía no. ¿Qué ocurre, que a esos pacientes en esas comunidades autónomas les afecta de una forma o de otra? No, yo solo pido la sensibilidad suficiente y la celeridad necesaria para acabar con esta discriminación.

Creo también importante destacar algunas cuestiones. Nosotros hablamos de la enfermera escolar porque el Partido Popular defiende, desde hace muchísimo tiempo, la presencia de enfermeros y enfermeras en los centros de salud, ya sean adscritos a una consejería, ya sean adscritos a otras, pero se hace cada vez más necesaria la presencia de personal sanitario cualificado en los centros educativos. Y no solo para atender a los pacientes y a los menores de espina bífida, sino para atender a una inmensidad de enfermedades, de patologías que, en estos momentos, carecen de asistencia y que complica muchísimo la vida a sus familias... Incluso abunda en la incertidumbre hacia cómo están siendo tratados estos menores en los colegios, por el desconocimiento y por la falta precisamente de asistencia, por parte de las familias. Y creo que merece, por supuesto, el debate, que lo tendrá próximamente en el ámbito del Parlamento de Andalucía. Pero sin ningún tipo de duda, nosotros, como proponentes esta iniciativa, teníamos ya que contemplar este punto tercero, porque estos pacientes también requieren de esa asistencia de profesional sanitario, de enfermeros y enfermeras, para hacer, por ejemplo, los vaciamentos vesicales, que hay que hacerles al menos una vez al día, sondarles, por tanto, etcétera. Creo que es un asunto sobre el que, por supuesto, habrá que debatir, pero sobre el que nosotros, como Partido Popular, no podemos prescindir —créanme— en el día de hoy, cuando estamos hablando de esta enfermedad que comienza desde que el bebé nace.

Creo también importante destacar las unidades interdisciplinares. Claro, nosotros no vamos a apoyar la iniciativa o la enmienda de Ciudadanos, cuando habla de establecer en Andalucía una unidad de referencia, porque vamos a la mayor: creemos necesario que en cada una de las provincias, en cada uno de los centros hospitalarios de referencia de las provincias haya una unidad multidisciplinar al respecto. Oiga, cuando ya no haya pacientes enfermos de espina bífida, la tendremos que suprimir, pero mientras los haya y no tengan en estos momentos la asistencia necesaria multidisciplinar, pues tenemos que crearla. Y debe ser, creo, un motivo para que el Gobierno andaluz se centre en ello y le dé respuesta lo antes posible, porque es demasiado tiempo el que llevan en esta situación.

Por tanto, la primera enmienda del Grupo de Ciudadanos no la aceptamos, que es la enmienda con número de asiento 7.464. La enmienda con asiento 7.465, de Ciudadanos, no la aceptamos porque hemos transaccionado el punto tercero con la enmienda *in voce* de Podemos, ¿de acuerdo?

Donde Ciudadanos hablaba de protocolos de actuaciones, nosotros, como decía, hablábamos de esas enfermeras escolares.

La enmienda 7.466 la vamos a apoyar, a aceptar, que sería sumar al punto cuarto de la proposición no de ley el ofrecer también formación específica para las familias afectadas, en colaboración con las asociaciones de pacientes de esta enfermedad.

Apoyaríamos también la enmienda de Ciudadanos, donde habla de establecer un censo andaluz de personas con espina bífida. También, el poner en marcha programas de formación específica para los especialistas sanitarios. Creemos que es algo que se sobreentiende, desde el minuto y ahora en que se creen las unidades multidisciplinares... Pero, bueno, como la formación siempre es necesaria, pues creemos importante también que exista, debido a que en estos momentos hay carencia de esa formación específica.

La enmienda 7.469, de Ciudadanos, no la vamos a apoyar, porque se entiende que la enfermera gestora de casos ya es una propuesta al parecer, que estaría incluida en esas unidades multidisciplinares, no la enfermera gestora de casos aisladamente en cada provincia, sino dentro de la unidad multidisciplinar, ¿de acuerdo?

La enmienda 7.470, de Ciudadanos, consideramos que ya está incluida en el punto en el punto cuarto, porque habla de garantizar medidas de apoyo a las asociaciones de pacientes de espina bífida, de cara a facilitar las labores de información y formación. Creemos que, en el punto cuarto, con la adenda que le hemos aceptado de otra enmienda, pues ya queda entendida.

En la enmienda 7.471, de Ciudadanos, la aceptamos, que habla de aumentar la investigación al respecto. La enmienda 7.494, del Partido Socialista, que viene a mantener el punto primero de la proposición no de ley, donde nosotros decimos que debe ser crónico —lo que esto conlleva, que sería el poder acceder a la relación de tratamiento, ayudas sociales y sanitarias que requieren las personas afectadas por lo que es una enfermedad crónica—, pues la aceptaríamos, porque la mantiene igual, solo que nosotros hablamos de ampliar las ayudas, y al fin al cabo lo que tienen que hacer es acceder, como enfermos crónicos, a las ayudas ya que existen.

Y a la enmienda del PSOE, sobre el punto segundo, nosotros no la apoyamos porque hablamos de crear unidades, y no de reforzar el abordaje de manera integral, ¿de acuerdo?

Y la enmienda tercera del PSOE no la apoyamos porque la hemos transaccionado con Podemos. Y la enmienda al punto cuarto, del Partido Socialista, no la aceptamos porque habla de intensificar la difusión y aplicación de las recomendaciones para la prevención de la espina bífida, y nosotros de lo que hablamos es de desarrollar programas, de desarrollar programas de educación sociosanitaria sobre la prevención de la espina bífida.

Bueno, pues, dicho esto, agradecer a todos los grupos, pero también quisiera insistir en que se hace necesario el que esa iniciativa que se aprobó por unanimidad en el año 2001, hoy esta, en el año 2018, en el año 2018, se convierta en una realidad en el menor plazo posible, porque hay muchas personas que lo requieren y, sobre todo, porque hay familias supervalientes que afrontan esto con una determinación que es digna de admirar, que yo hoy quiero poner aquí de relieve y resaltarlo, porque creo que son un ejemplo a seguir, y nosotros, como políticos, nos debemos a los ciudadanos, y nos debemos a poner en marcha todo tipo de solución que venga a mejorar la calidad de vida de los ciudadanos y el bienestar, en definitiva, de los andaluces y las andaluzas.

Gracias a todos por el apoyo y espero que todos estos puntos puedan ser apoyados por unanimidad.

Muchas gracias.

## El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Señora Mestre, a efectos de votación, quedaría la PNL con los cuatro puntos, el tercero con la transaccional con Podemos y, luego, el punto 4 sumándole las adendas de la enmienda de Ciudadanos. ¿Entiendo que queda así?

## DIARIO DE SESIONES DEL PARLAMENTO DE ANDALUCÍA

Núm. 528

X LEGISLATURA

17 de mayo de 2018

---

La señora MESTRE GARCÍA

—Así es, presidente.

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias.

---

## 10-18/PNLC-000065. Proposición no de ley relativa a sistema de vigilancia de la salud de zonas de alta contaminación

El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Nueva proposición no de ley, en esta ocasión del Grupo Parlamentario Podemos Andalucía, relativa a sistema de vigilancia de la salud de zonas de alta contaminación.

Señor Gil, tiene siete minutos.

El señor GIL DE LOS SANTOS

—Gracias, señor presidente.

La contaminación atmosférica es uno de los factores ambientales que impactan sobre la mortalidad y morbilidad en sociedades como la andaluza. Las partículas [...] son el principal gatillo que dispara el proceso de infarto de miocardio, aumentan la incidencia de la hipertensión, de accidentes cerebro-vasculares y de otras enfermedades cardiovasculares. Además, asocian enfermedades respiratorias como el asma o la EPOC. Asimismo, la Agencia Internacional para la Investigación del Cáncer, IARC, el principal organismo científico mundial para el cáncer, ha declarado la contaminación atmosférica, específicamente a las partículas, como agentes cancerígenos para las personas. Según la IARC son causa probada del cáncer de pulmón y se asocian también el cáncer de vejiga. Las partículas de pequeño tamaño PM-2,5 y PM-10 y el ozono son los principales contaminantes que afectan a la salud de la población. Las ciudades andaluzas están seriamente afectadas por la contaminación atmosférica, algunas capitales con frecuencia superan los niveles establecidos por las directivas europeas y, con mucha frecuencia, los niveles guía de la Organización Mundial de la Salud sobre calidad de aire para la protección de la salud humana. De hecho, algunas zonas de Andalucía tendrían que reducir sus niveles de partículas en magnitudes de alrededor del 40%, para garantizar una calidad del aire sin riesgo para la salud de la población.

La principal fuente de contaminación atmosférica en Andalucía es el tráfico, en algunas zonas los sistemas de calefacción son también una fuente de exposición a la contaminación atmosférica. Andalucía no es una región industrializada, por lo que la industria como fuente de contaminación atmosférica tiene un peso menor que en otras latitudes; sin embargo, la industria andaluza se concentra en muy pocas localizaciones y, además, es gran industria y altamente contaminante, por ello, las zonas donde se localizan las fuentes industriales de contaminación atmosférica son relevantes para la salud. Estas zonas son, principalmente: la Ría de Huelva, el Campo de Gibraltar y, en menor medida, algunas zonas de las provincias de Jaén, Sevilla, Granada o Almería. Por lo que me toca, también quiero nombrar expresamente como fuente perjudicial para la salud la cementera de Málaga, en la zona de La Araña.

Antiguamente, organizar un sistema de vigilancia para la contaminación atmosférica era muy complejo y exigía una enorme cantidad de recursos, pero hoy en día se dispone de los recursos principales y a muy bajo



coste. La contaminación atmosférica hoy se sigue midiendo a través de estaciones fijas, con sensores para diferentes contaminantes, situadas en la mayoría de ciudades, a partir de un cierto tamaño. Además, hay estaciones móviles que usan tecnología basada en los mismos principios. Asimismo, han surgido otras tecnologías, como, por ejemplo, las basadas en la evaluación de aerosoles por medio de sensores a bordo de satélites. Además, varias empresas comercializan dispositivos personales a precio muy asequible, que están siendo adquiridos por la ciudadanía de manera importante, hasta el punto de haber generado un mercado de expansión, en expansión, y con una continua evolución tecnológica. Adicionalmente, existen aplicaciones informáticas para compartir estos datos en tiempo real entre la ciudadanía. Es esta red de dispositivos con posibilidad de interconexión lo que facilita que se crucen, a su vez, con las historias digitales clínicas del Diraya, de cada territorio, para generar un mapa epidemiológico, casi en tiempo real, que permita tomar las actuaciones preventivas que sean necesarias.

Es por ello que desde nuestro Grupo de Podemos Andalucía entendemos lo perentoria que es la creación de un Sistema Andaluz de Vigilancia Epidemiológica que, nutriéndose de la red de medidores atmosféricos y de los Big Data de la historia clínica, persiga los objetivos que se describen en los siete puntos que contiene la proposición no de ley, con el fin último de la contención de la contaminación atmosférica y reducir su alto coste en el sistema sanitario público de Andalucía.

Espero que los grupos parlamentarios tengan a bien sumarse a esta iniciativa y que salga adelante con el máximo respaldo.

Muchas gracias.

## El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señoría.

Señora Nieto, tiene cinco minutos.

## La señora NIETO CASTRO

—Gracias, presidente.

Felicitar al proponente del Grupo Podemos, por una iniciativa que, además, trae una exposición de motivos muy bien fundamentada.

Algunas consideraciones, anticipándole nuestro voto positivo. Habla en la exposición de la directa relación que tienen los contaminantes atmosféricos y la actividad industrial sobre la salud y, por tanto, la afectación que tienen también a los índices de mortalidad y morbilidad, ya cuantificado en algunos informes acreditados internacionalmente, a los que hacía referencia el señor Gil de los Santos.

Y a eso sumarle, como también refiere la iniciativa, los problemas climatológicos crecientes que tenemos en Andalucía, por estar en una de las zonas que ya ha empezado a notar los desajustes que está generando el cambio climático. Por tanto, todo lo que plantea justifica sobradamente que tomáramos decisiones a este respecto y que sean trasladadas al Ejecutivo, a ver si se ponen en marcha.

Como saben, yo vivo en el Campo de Gibraltar, que es una de esas zonas que refiere la iniciativa, como una zona que tiene el problema medioambiental que compartimos con el resto del territorio y, añadido, el de la industria pesada. Llevamos muchos años desde Izquierda Unida trabajando junto con las asociaciones ecologistas, pidiendo un estudio epidemiológico tanto para la zona como para la Ría de Huelva, que es la otra zona fuertemente industrializada, para disipar las dudas razonables que existen entre la relación que pueda existir entre la incidencia de algunas enfermedades en estas zonas con la exposición a estos contaminantes atmosféricos sumados en una combinación realmente difícil.

A este respecto, la Escuela de Salud Pública presentó unos datos, lo hizo en el Campo de Gibraltar, aún no lo ha hecho en Huelva, supongo que lo hará en algún momento, que ponían sobre la mesa algunos elementos sobre los que hay que reflexionar, y vaya por delante que reitero nuestro apoyo a esta iniciativa y nuestro..., en fin, reclamo, o reivindico, mejor dicho, el grupo..., el trabajo de mi grupo parlamentario con respecto a estos temas. Pero también es verdad que esos datos que ya ha empezado a estudiar la Escuela de Salud Pública de Andalucía ponen sobre la mesa que la pobreza y el empeoramiento de las condiciones de vida de la gente determinan también unos índices diferenciados de mortalidad y de morbilidad. Es decir, que para una misma población, cuando se superpone en cuanto a sus barriadas o sus barrios más desfavorecidos junto a aquellos en los que los niveles de renta están algo mejor, estos índices de mortalidad son sustancialmente distintos, siendo toda ella población que está expuesta a los mismos condicionantes ambientales. Luego, parece razonable pensar que, junto con una estrategia tanto preventiva como de intervención, donde ya se producen estos problemas, desde el ámbito medioambiental o desde el ámbito sanitario, habrá que insistir en la necesidad de mejorar las condiciones de vida y de trabajo de la gente como una garantía también de la calidad de su salud. Esos factores determinantes de la salud que siempre mencionábamos en la comisión, pero que no hemos sido aun capaces de traducir en iniciativas concretas que muevan al Gobierno en ese sentido.

Por tanto, y para terminar, presidente, algunas de las mediciones de las que se habla aquí, por lo menos en el Campo de Gibraltar se hacen, otra cosa es que los aparatos —si me permiten— funcionan peor que las escopéticas de la feria, que no funcionan muchas veces, que se toman muestras y luego resulta que ya no quedan radio..., perdón, cómo se llama, bueno, no sé, las tiritas que se utilizan para ver las..., los reactivos, perdón. Bien, pues no quedan reactivos en el laboratorio que tenemos allí y, entonces, no pueden comprobar si los datos eran buenos o malos. En fin, estas cosas que pasan en Andalucía. Por tanto, hay que hacer un chequeo de esa tecnología y ponerla a punto. Nos parece muy importante, entendemos que al señor Gil de los Santos, también, la prevención, aparte de la detección de los elementos que están disparados, y la adopción de medidas desde esa perspectiva integral, la que tenga que ver con esta consejería y con Medio Ambiente. Pero, desde Izquierda Unida, queremos insistir en que la gente que vive en condiciones precarias, en viviendas poco confortables, que no tiene una nutrición garantizada suficiente, pues tiene unos problemas de salud añadidos a estos de los contaminantes atmosféricos, y en algunos casos, según la Escuela de Salud Pública, la diferencia de esperanza de vida en barrios, por lo menos del Campo de Gibraltar, que fueron los datos que nos dieron cuando vinieron a presentar su informe, la diferencia es a veces hasta de diez años entre barrios que tienen unos niveles de renta mejores y los que los tienen peores.

Muchas gracias.

El señor GARCÍA ANGUIA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Gracias, señoría.

Señora Albás, tiene cinco minutos.

La señora ALBÁS VIVES

—Gracias, presidente.

Pues, en primer lugar, decir que vemos con buenos ojos esta iniciativa presentada por el Grupo Parlamentario de Podemos, puesto que la contaminación atmosférica sigue siendo una amenaza importante para la salud de las personas de todo el mundo. Y, según la OMS, nueve de cada diez personas en el mundo respiran aire contaminado, lo que provoca siete millones de muertes anuales por causas directamente relacionadas con la polución. Los habitantes de las ciudades donde hay niveles elevados de contaminación atmosférica padecen más enfermedades cardíacas, problemas respiratorios y cáncer de pulmón que quienes viven en zonas urbanas donde el aire es más limpio. Muchos de nuestros hábitos cotidianos —transporte por carretera, uso de calefacción— y actividades, como la actividad industrial o la incineración de basuras, tienen impacto directo sobre los niveles de contaminación ambiental.

Si bien es cierto que desde el Gobierno andaluz, y también desde el Gobierno central, se llevan a cabo medidas concretas, entendemos que son escasas. Y esta iniciativa, que hace referencia al Gobierno andaluz, es buena, porque habla de evaluar, de identificar, de capacitar y facilitar el desarrollo de intervenciones, de identificar esas situaciones de especial riesgo y facilitar la adopción de medidas de alerta, valorar, evaluar, potenciar y facilitar y garantizar el acceso de la ciudadanía y medios de comunicación, personas investigadoras, a la información relevante.

Es, vamos a decir, una declaración de voluntad buena y positiva. Pero, aparte de tener declaración de voluntad, tenemos que saber cómo se va a canalizar todo esto, quién va a evaluar, a identificar, cómo esos equipos se van a formar, van a ser formados. Yo creo que hay mucho por hacer porque, además, yo hace relativamente poco estuve en una zona de Sevilla donde los índices de contaminación eran bastante elevados, pero depende mucho, también, de cuándo hagas esas mediciones y cómo se hagan esas mediciones, con lo cual, es importantísimo que sean grandes expertos, que estén bien dirigidos —no con sesgo político, sino con sesgo profesional—, para que, lógicamente, las soluciones y las medidas que se puedan llevar a cabo para poder prevenir a esos ciudadanos de esa contaminación, pues se lleven a cabo de la mejor forma y de la forma más breve posible.

Entonces, adelanto nuestro voto favorable, pero una declaración de buenas voluntades que habrá que darle forma, si el Gobierno lo estima oportuno, en un futuro.

Muchas gracias.

El señor GARCÍA ANGUIA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señoría.

Señora Martín, tiene cinco minutos.

## La señora MARTÍN PÉREZ

—Gracias, señor presidente.

Pues tomo la palabra, en representación de mi grupo, para posicionar al Partido Popular en esta proposición no de ley que presenta el Grupo Parlamentario de Podemos. Les adelanto, señorías, que el Partido Popular también va a votar que sí a esta iniciativa, por entender que es una declaración de intenciones positiva, que es una iniciativa que podemos considerar como una oportunidad para mejorar la protección de la salud de los andaluces. Aunque también quiero aprovechar esta oportunidad que tengo, en la línea que ha dicho también la portavoz del Grupo Parlamentario de Ciudadanos..., que es una iniciativa con una declaración de intenciones, de buena voluntad, bien planteada; es una iniciativa bien planteada y que aborda una cuestión que preocupa y ocupa no solamente a las Administraciones públicas, sino al conjunto de los ciudadanos, y por ese motivo, reitero, aprobaremos.

Lo que también es cierto es que es eso, una declaración de intenciones; no viene articulada en esta proposición no de ley la forma de hacerlo. Y lo que no queremos es que esta iniciativa sea la excusa o el pretexto para que el Gobierno andaluz, de aprobar esta iniciativa, podamos abrir la puerta a un nuevo ente instrumental, y entre todos engordemos esa Administración paralela que tiene la Junta de Andalucía. No se establece ni cómo ni quién ni tampoco con el presupuesto, pero insisto, de aprobarse, pues luego el Gobierno andaluz articulará las medidas que considere oportunas para darle luz a esta iniciativa.

Aunque los riesgos de la contaminación para la salud son elevados, y los datos que aporta esta iniciativa son ciertamente alarmantes, que no quiere decir que sean equivocados o erróneos, tengo que decirles, también, que soy una persona optimista y que creo que también tenemos un espacio para el optimismo porque, como decía, son cada vez más los ciudadanos y las instituciones públicas los que se implican en corregir este problema. Y aunque es una materia que en realidad corresponde a las comunidades autónomas y a los ayuntamientos, tener las competencias para la mejora de la calidad del aire, no es menos cierto que es necesaria la colaboración y el compromiso, también, de otras administraciones públicas. Y aquí aprovecho esta oportunidad para poner en valor ese Plan Nacional de Calidad del Aire y Protección de la Atmósfera, que ha aprobado el Gobierno de España, que contiene más de cincuenta medidas concretas y que tiene un presupuesto de 276 millones, que seguro contribuirán a ese objetivo común de reducir las emisiones más contaminantes y dañinas para la salud; a mejorar, porque es necesario, la información disponible sobre esta materia, y a garantizar, como no puede ser de otra manera, el cumplimiento de la legislación vigente que, por otro lado, señorías, es cada vez más exigente.

Reiteramos nuestro respaldo a esta propuesta, por entenderla, como decía, una iniciativa positiva para desarrollar actuaciones a futuro que reduzcan la exposición a la contaminación atmosférica de una manera más eficaz y eficiente, y así, entre todos, proteger la salud de la ciudadanía.

Nada más y muchas gracias.

## El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señoría.

Señora López, tiene cinco minutos.

## La señora LÓPEZ MARTÍNEZ

—Muchas gracias, señor presidente.

Bueno, me corresponde a mí posicionarme al Grupo Parlamentario Socialista en esta proposición no de ley del Grupo de Podemos.

Desde luego, como ha dicho también la señora Martín, es una exposición de motivos bastante amplia y bastante ilustrativa, puesto que, además, esta PNL es fruto de ese trabajo conjunto del señor Gil con el señor Daponte, profesor e investigador de la Escuela Andaluza de Salud Pública. Nos detalla la magnitud de lo que supone la contaminación atmosférica en la salud de las personas, siendo una grave amenaza para la población, sobre todo, para la población urbana.

Son muy claros y contundentes esos datos que nos aportan la Organización Mundial de la Salud y la Agencia Europea de Medio Ambiente. Me parece muy acertado, porque cuando hablamos, a veces, de agentes contaminantes, del cambio climático, etcétera, parece que, a excepción de que padezcamos algún tipo de patología o de enfermedad relacionada, precisamente, con agentes medioambientales, pues no lo consideramos lo suficientemente importante. O sea, que está claro lo que está afectando a la mortalidad y morbilidad de la ciudadanía.

Leía hace poco una frase, precisamente, la que decía que «a los científicos apenas se nos hace caso y a la ONU un poco más». Pero con esto lo que quiero trasladar es, precisamente, que hasta que un organismo, una administración o el Gobierno no advierten de esos peligros, pues no tomamos, o no se visualiza dónde están esos riesgos. Por eso el Gobierno de la Junta de Andalucía, precisamente, lo ha considerado y considera como un objetivo de primer orden la contención de la contaminación atmosférica, y se valora la relevancia que, para su consecución, aportan los sistemas de vigilancia de salud de la población.

Desde el año 1996, señor Gil, Andalucía ya dispone de un sistema de vigilancia epidemiológica, cuyo objetivo es, precisamente, el análisis de forma continuada de esas situaciones de salud como apoyo a la planificación sanitaria de Andalucía. Y entre sus actividades se incluye esa recogida sistemática y puntual de datos, el análisis de los mismos, la difusión de informaciones, y demás recomendaciones que hace. Su carácter es permanente; no tiene horario, o sea, que es un horario ininterrumpido. El sistema de vigilancia, además, recibe una inmediata información de todos los fenómenos potenciales de riesgo para la salud de la población andaluza frente a las que sea necesario, también, el desarrollo a veces de actuaciones más urgentes y eficaces. Es un sistema permanente para la adopción de medidas de prevención y de control ante las alertas de salud pública.

Andalucía también dispone de esos sistemas de vigilancia, monitorización continuada y territorial de efectos crónicos de la salud, conjunto mínimo básico de datos, registro del cáncer, el ala de mortalidad, efectos crónicos de la salud. Además de lo anteriormente expuesto y, en concreto, para evaluar la causalidad de la contaminación ambiental, pues también se han realizado estudios y publicaciones..., en los que, en algunos de ellos, por supuesto, pues está el señor Daponte, «Enfermedades alérgicas y factores asociados a la población infantil y adolescente en Campo de Gibraltar», o el «Estudio sobre la mortalidad en municipios de la provincia de Cádiz», «Estudio de patologías relacionadas con la exposición crónica de benceno», etcétera. Podría seguir detallando las publicaciones sobre las investigaciones en Campo de Gibraltar o en zonas de alta contaminación.

Y usted nos habla, señor Gil, de contaminación en zonas..., desde luego, porque es más relevante, en las zonas industriales. Pero también es que, vivamos donde vivamos, el cambio climático, o los tóxicos medioambientales, los del consumo cotidiano en la alimentación, o incluso en los propios hogares contienen y liberan sustancias tóxicas que pueden dañar nuestra salud. La sustancia están presentes desde materiales de construcción, en la decoración, en los aislantes, en las pinturas, ambientadores, etcétera. La ciudadanía desde luego lo que sí tenemos que tener claro es que tenemos derecho a vivir en un entorno saludable.

Por ello, estamos de acuerdo en que deben existir esas acciones y esas políticas, y velar por que las instituciones, los legisladores antepongan la salud de la ciudadanía a cualquier otra consideración. Y este gobierno, el Gobierno de la Junta Andalucía tiene puestos esos medios y esas herramientas para divulgar una información clara, veraz y personalizada a los diferentes destinatarios, realizando ese seguimiento sanitario ambiental, comunicando los resultados, promoviendo esa investigación sobre los riesgos medioambientales.

Y para eso y para dar respuesta a todo esto precisamente se creó el Observatorio de Salud y Medio Ambiente, OSMAN, así como el tratamiento de los datos sanitarios, contando con la experiencia de la Escuela Andaluza de Salud Pública, cuyo profesor, el señor Daponte, debería conocer y saber que muchos de los objetivos y de los puntos que se solicitan en esta PNL están llevándose a cabo por parte de esta consejería.

Por tanto, decirle que apoyaremos la misma, a excepción de los puntos 1 y 2. Aunque también debe saber que la medición de los niveles de contaminación corresponde a la Consejería de Medio Ambiente, y fruto del trabajo intersectorial está activo ese protocolo de información y alerta para determinados contaminantes, como el SO<sub>2</sub>, el dióxido de sulfuro, NO<sub>2</sub>, dióxido de nitrógeno, y el ozono, desarrollándose además los sistemas de vigilancia de Andalucía, tal y como les he detallado anteriormente.

Muchas gracias.

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

—Muchas gracias, señoría.

Señor Gil, para cerrar el debate, cinco minutos.

### El señor GIL DE LOS SANTOS

—Gracias, señor presidente.

En primer lugar, quiero trasladar las gracias a todos los grupos en el apoyo de la iniciativa, a excepción del Partido Socialista, que no apoya los puntos 1 y 2. Pero bueno, creo que va a salir con el apoyo mayoritario de todos los grupos.

Voy a aprovechar esta intervención para puntualizar varias de las cuestiones que se han puesto encima de la mesa. En primer lugar, tal y como comentaba la señora Nieto, es necesario esa solicitud de informe epidemiológico, y que este sistema lo que viene a decir es que sean públicos estos datos, que de forma sistemática y casi en tiempo real tengamos acceso a esos datos de forma pública, ¿vale?, para poder ver, junto con otros determinantes, cuál es la mejor manera para hacer ese abordaje preventivo que minore las consecuencias negativas en el sistema sanitario público de Andalucía. Apuntaba como ejemplo esa insistencia, y aquí

se ha debatido, sobre solicitar el informe epidemiológico del Campo de Gibraltar, que a día de hoy tampoco lo tenemos. Y este sistema podría suplir el que tuviéramos acceso a esos informes epidemiológicos y que ahora mismo, a pesar de que se haya solicitado en esta comisión, pues no lo tengamos.

También, de acuerdo con la señora Nieto en que no solamente los factores ambientales hay que tenerlos en cuenta de forma exclusiva, sino que serán otros determinantes, como los sociales y de nivel de renta, los que tengan que sumarse a la información recogida para hacer un abordaje en el estudio lo más completo posible.

Otra cuestión importante es que los aparatos de medición deben estar convenientemente calibrados y que funcionen, para que las mediciones y el contraste de esa información pues no nos baile, y no lleguemos a conclusiones erróneas si no tenemos los aparatos de medición convenientemente calibrados. Yo aquí insto a los órganos competentes que hagan una revisión de los aparatos calibrados, que seguramente se le habrá comunicado ese mal funcionamiento, que no digo que todo funcione mal, pero que si me falla la mayoría o una cantidad suficiente, pues obviamente me van a sesgar todos los estudios y todas las conclusiones que lleve a cabo.

También, comentar que obviamente, una vez aprobada la iniciativa, pues será el Gobierno, la competencia del Gobierno el que tenga que ver los órganos que dispone. Nosotros no somos partidarios de crear nuevos órganos, sino que los órganos existentes son suficientes, y ver qué personal se puede asignar, personal que ya tenga esas funciones, pues, ampliarla y ponerlo en marcha.

También contestar a la señora López, del Partido Socialista, que estoy de acuerdo en que esos sistemas de monitorización ya existen, y así se menciona en la exposición de motivos. Lo que viene a decir la iniciativa es dar un paso más y cruzar esos datos medioambientales con los datos clínicos que generarían esos estudios epidemiológicos.

Las competencias, pues estoy de acuerdo que están compartidas, en la medición, en lo que es sostenimiento de todos esos aparatos de medición ambiental con la Consejería de Medio Ambiente, pero la recogida de datos y la cooperación debe ser conjunta con la Consejería de Salud para darle una aplicabilidad. Porque hasta ahora lo que tenemos es un sistema que recoge datos pero que después no se pone en marcha y no se lleva a término, a no ser que sean a instancia de parte, no de forma oficial ni sistemática, estos informes epidemiológicos como el del Campo de Gibraltar, que habrá que tener como..., estoy de acuerdo con Inmaculada Nieto, de Izquierda Unida, otras determinantes como lo de salud y niveles de renta, para ver qué abordaje podemos hacer, no solamente en cuestiones medioambientales y de salud, sino también en cuestiones de rentas, de trabajo y de otras competencias, que tocarían otro tipo de consejerías.

Entonces, bueno, una vez más, no veo ninguna contradicción que le generaría al Partido Socialista apoyar los puntos 1 y 2 para buenamente, como son ellas las que tienen la competencia de ponerlo en marcha, si tiene intención de llevarlo a término, o están en desacuerdo con el espíritu de la iniciativa. Queda en manos de ellos de todas formas el llevarlo a cabo.

Así que, bueno, de todas maneras va a salir adelante la iniciativa, y bueno vamos a ver si en el tiempo de descuento reflexiona el Partido Socialista.

Gracias.

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

—Muchas gracias, señoría.

## **10-18/PNLC-000085. Proposición no de ley relativa a la inclusión de los tratamientos de fisioterapia para las enfermedades neuromusculares (ENM) en la cartera de servicios del sistema sanitario público andaluz**

El señor GARCÍA ANGUIA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Pasamos a la tercera y última PNL. Como en esta ocasión está propuesta por los cinco grupos parlamentarios, tiene cada grupo, de menor a mayor, cinco minutos.

Señora Nieto.

La señora NIETO CASTRO

—Gracias, presidente.

Yo voy a ser muy breve para no reiterarnos todas, habida cuenta de que estamos de acuerdo y que la iniciativa en realidad es del tejido social, de las asociaciones de las personas que están afectadas por estas enfermedades neuromusculares, con las que tuvimos ocasión de tener un encuentro muy provechoso, al que también asistieron profesionales sanitarios que nos explicaron muy bien dónde están los problemas y cuáles eran, de entre los que hay sobre la mesa, los que eran más urgente abordar. Y luego también tuvieron la deferencia de venir y traernos ya el texto definitivo en el que hemos estado todos los grupos de acuerdo.

No voy a poner ninguna nota discordante, aunque habría alguna consideración que hacer con respecto a por qué algunos de estos temas no están resueltos, pero creo que hoy no toca, sino que toca felicitarnos por el acuerdo que vamos a alcanzar. Y esperemos que se traduzca, además, en medidas y en recursos puestos a disposición de las personas que están afectadas por estas enfermedades, que les haga ver que, efectivamente, nuestro consenso y nuestro acuerdo no es vacío, no es pedaleo en el aire, sino que se traduce en una apuesta importante de establecer entre las prioridades del Ejecutivo el abordaje de sus patologías de manera preferente.

Muchas gracias.

El señor GARCÍA ANGUIA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señoría.

Señora Albás. Cinco minutos.

La señora ALBÁS VIVES

—Gracias, presidente.

También brevemente, puesto que es una iniciativa presentada y acordada por todos los grupos parlamentarios, escuchando lógicamente a la sociedad.



Debemos tener en cuenta que el tratamiento de este tipo de enfermedades neuromusculares debe ser individualizado y adaptado a la situación clínica de cada paciente. Entendemos que esta demanda que hacemos todos los grupos parlamentarios al Gobierno socialista la deberían llevar a cabo. Y entiendo también que los resultados de la evaluación, de cuando se lleve a cabo este planteamiento, esta incorporación de fisioterapeutas, pues va a tener unos resultados mucho más positivos, que además van dirigidos a tener resultados en salud, mejores resultados en salud, que es lo que necesitan estos pacientes. Simplemente espero que el Gobierno andaluz tome nota del acuerdo al que hemos llegado todos los grupos parlamentarios y lo lleve a cabo cuanto antes.

Gracias.

## El señor GARCÍA ANGUITA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señoría.

Señor Gil.

## El señor GIL DE LOS SANTOS

—Gracias, señor presidente.

Voy a comenzar como corresponde a esta iniciativa conjunta, y es dando las gracias y mi personal reconocimiento a los colectivos de pacientes afectados de enfermedades neuromusculares, que han hecho posible que llegue esta iniciativa a esta comisión de Salud.

Enfermedades neuromusculares que, como se recoge en la exposición de motivos, son generadoras de grandes dependencias y que pueden surgir en cualquier etapa de la vida, ya sea nacimiento, adolescencia o edad adulta. Es pues una patología que, aunque de reducida prevalencia, tiene un impacto cualitativo tan importante que las actuaciones tienen que darse de forma temprana y continuada para paliar al máximo sus perjuicios, pues ante una enfermedad —incurable hasta ahora y, en muchos casos, degenerativa— no puede servir de excusa para que la Administración se cruce de brazos. Se puede hacer, y se puede hacer mucho. Entre esas medidas de atención se encuentran los tratamientos de fisioterapia, tal como nos trasladan ASENSE-Andalucía, ASEMGRA y ASENCO, en una reunión conjunta con todos los grupos representados en este Parlamento, fruto de estas iniciativas. Medidas que posibilitan que las personas afectadas de una enfermedad neuromuscular ganen en calidad de vida y que, además, reduzcan otros costes asociados del agravamiento de estas enfermedades que terminan repercutiendo en el sistema sanitario público. El impacto de la medida no me cabe duda de que repercutirá de forma positiva tanto en los pacientes como en el sistema, que además se evalúe mediante una prueba piloto, lo que nos dará una idea sobre qué recursos y qué dimensionamientos son los más adecuados para tener un impacto más positivo y efectivo. Y sí tiene algo importante, que para los pacientes será la puesta en marcha efectiva y real de los programas de tratamiento de rehabilitación que se consideren más eficaces o útiles para ellos. Una puesta en marcha que deberá ser en todo el territorio, no solo en las grandes ciudades.

Programas de tratamientos que, si se aplican correctamente, se deberán traducir en más medios para la Unidad de Rehabilitación, tanto en atención primaria como en hospitalaria, y que esto, al menos por nuestro grupo, será objeto de seguimiento.

No me queda mucho más que decir, salvo quedar a la espera de que este estudio piloto tenga a bien la Consejería de Salud de anunciarlo y emprenderlo cuanto antes, pues estaremos pendientes de su evaluación y le haremos un seguimiento, como digo, muy cercano. El que este anuncio se dilate en el tiempo o no se produzca será, desde luego, una mala noticia.

Muchas gracias.

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

—Muchas gracias.

Señora Redondo, tiene cinco minutos.

### La señora REDONDO CALVILLO

—Gracias, presidente.

Bueno, pues ya se está diciendo aquí: no es solamente lógico, coherente y necesario, sino que, además, de la mano de... como ha venido, pues no ha habido problema por ninguno de los grupos para suscribirla. No en vano las enfermedades neurológicas están consideradas como de los grupos de enfermedades más graves, no solamente para el sistema sanitario sino, sobre todo, para la sociedad en general, puesto que a la propia enfermedad hay que ir sumando el impacto psíquico, la pérdida de calidad de vida, la incapacidad laboral, las situaciones de dependencia, etcétera, etcétera.

Concretamente, en España hablamos de 60.000 personas afectadas y, en nuestra región, en Andalucía, de 10.000. Por situar un poco el escenario económico de a lo que nos estamos refiriendo, solo decir que, por ejemplo, el coste anual por paciente, directo en médico, las enfermedades neuromusculares... o sea, de todas las enfermedades neurodegenerativas, la neuromuscular es el segundo coste superior, solamente superado por la esclerosis múltiple. Pero si nos vamos al coste por paciente directo no médico, ahí somos los primeros y casi se triplica el que va en segundo lugar.

Sabemos, además, que tenemos una sociedad con una estructura socioeconómica pues bastante débil, y en este panorama son las familias las que tienen que costear el servicio de fisioterapia si quieren hacer su vida un poco mejor. La mayor reivindicación de estos pacientes, precisamente, es que es la fisioterapia su medicina, y no otra; incluso llegan a decir que es como si a los diabéticos se les quitara la insulina. Más aún cuando vino la asociación y presentó al Parlamento los informes, afirmaban los especialistas que, aunque en próximos años se pudiera acometer el tratamiento para frenar la enfermedad, la fisioterapia seguiría siendo fundamental para disminuir el deterioro de las funciones que provoca.

Si bien es cierto que en Andalucía contamos con una de las cinco unidades de referencia para enfermedades neuromusculares raras en el Hospital Virgen del Rocío, también es verdad que ahí lo que se dice a los pacientes es cuál es el programa de rehabilitación que necesita; les hace la valoración, pero a la hora de po-

ner el programa en la rehabilitación son los pacientes los que tienen que costeárselo. En cambio, por ejemplo, en Cataluña encontramos un escenario muy distinto, porque hay rehabilitación, hay rehabilitación a domicilio, incluso hasta 80 sesiones, y después se volvería a empezar de nuevo; o en Cantabria, por ejemplo, hay una buenísima relación administración-asociaciones, la Administración paga, la asociación contrata clínicas o, incluso, fisioterapeutas para que no tenga que haber desplazamientos.

Miren, el no tener fisioterapia crea una incapacidad severa con un coste grandísimo en todos los aspectos, incluso puede llegar a provocar la muerte, como en el caso de la disminución de capacidad respiratoria. El coste para el servicio sanitario público andaluz —ya lo hemos dicho— de estos enfermos es enorme, pero el coste para las familias de estos pacientes y, sobre todo, el coste para los pacientes, para la vida de los pacientes es, en todos los sentidos, insoportable, porque en ocasiones incluso se les conduce en vida a no vivir.

Por eso, a nosotros nos parece apremiante no solo que se lleve a cabo esta proposición no de ley, sino que se ejecute a la máxima... con la mayor rapidez.

Muchas gracias.

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

—Muchas gracias, señoría.

Señor Vargas, cinco minutos. Tiene la palabra.

Les recuerdo que, cuando termine el portavoz del PSOE, procederemos a la votación y que, una vez que inicie la votación esta Presidencia, no podrá entrar ningún diputado o diputada a esta sala.

### El señor VARGAS RAMOS

—Muchas gracias, señor presidente. Buenas tardes ya, señorías.

Y como ya también se ha comentado por parte de todos los grupos parlamentarios, estamos ante una iniciativa presentada conjuntamente por todos los grupos. Por tanto, una proposición no de ley en la que los cinco grupos políticos nos hemos puesto de acuerdo, a la vez que, también, pues ha servido para informarnos, para sensibilizarlos y también para concienciarnos sobre este problema que demandan las personas que padecen, pues, algunas de esas 150 enfermedades neuromusculares, que son enfermedades crónicas y que su principal característica es la pérdida de fuerza muscular.

Esta es una iniciativa que, como en otras ocasiones, ha sido reivindicada pues precisamente por las asociaciones, por ASENSE, por ASEMGRA y por ASENCO, que agrupan a una gran parte de personas que en Andalucía padecen estas enfermedades neuromusculares. Y aprovecho para saludar a su presidenta, a la presidenta de ASENSE, a Ángeles Carbonell, también a Matilde y también a Javier Santos, que es el secretario de esta asociación, porque hoy están en este Parlamento siguiendo en directo este debate, así que, por tanto, un saludo muy especial para ellos.

Y dice esta asociación en su página web, y también lo refleja en la exposición de motivos de la proposición no de ley, que estamos hablando de enfermedades neuromusculares que se encuentran dentro de este grupo de enfermedades raras, por lo que, a día de hoy, pues no se dispone de tratamiento efectivo ni, por tan-

to, de curación. Y también sabemos que sus causas, las causas de origen, son distintas, pero que todas ellas generan una gran discapacidad, generan pérdida de esa autonomía personal y, por tanto, también unas importantes cargas psicosociales.

Al igual, también, pues que en la exposición de motivos se reconoce la magnífica labor y atención que se presta desde el equipo de la Unidad de Gestión de Neurología y Neurofisiología del Hospital Virgen del Rocío de Sevilla, que, como saben, pues ha sido designada pues como una de las cinco unidades de referencia de toda España para estas enfermedades neuromusculares. Y también, como ya se ha dicho, es importante para estos enfermos la fisioterapia como un beneficio y como mejora, en relación a esas distintas disfunciones del movimiento que padecen, como también se recoge en la iniciativa.

Y yo personalmente me quedo con algo importante, que ya se ha conseguido con esta iniciativa, que es haber puesto en contacto a estas personas y asociaciones con la Consejería de Salud, y no me cabe la menor duda que seguirán haciéndolo y seguirán colaborando mutuamente y activamente en buscar las soluciones que sean necesarias para que, realmente, se produzca lo que todos queremos, y lo que todos queremos es que aumente la calidad de vida de estas personas que padecen estas enfermedades neuromusculares, y también que se mejoren pues esas expectativas y esa esperanza de estos enfermos y, por supuesto, las de sus familias, porque cuando hablamos de mejorar la calidad de vida de estos enfermos pues también lo hacemos con la de sus familiares.

Y también estoy convencido de que la clave del trabajo parlamentario que hacemos aquí, para sacarlo adelante por unanimidad y por consenso, es dejar a un lado la confrontación y también dejar a un lado pues las iniciativas irreales, como así era y ha sido la intención de estos colectivos afectados. Y con seguridad la aprobación de esta iniciativa y de sus propuestas generará compromisos por parte de la Consejería de Salud en cuanto a estas demandas sobre estos tratamientos de fisioterapia para las personas que padecen este tipo de enfermedades neuromusculares.

Y termino, soñaría, agradeciendo pues de nuevo a estas asociaciones, por un lado, que hayan acudido a los grupos parlamentarios y, por otro lado, pues que hayan creído en nosotros para que podamos solucionarles sus demandas y para que se pongan todos los medios necesarios, sobre todo, con expectativas reales, que es lo importante, y también que vean en el sistema sanitario público que está ahí, que está para seguir apoyándolos, seguirá respaldándolos en sus reivindicaciones y que tienen un objetivo claro, que es la mejora de la calidad de vida de estas personas que padecen estas enfermedades neuromusculares.

Nada más y muchas gracias, señor presidente.

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

—Muy bien, muchas gracias, señor Vargas.

Señores diputados y diputadas, pasamos a la votación, en primer lugar, de la primera proposición no de ley, relativa al apoyo a los enfermos y familiares de afectados de espina bífida, decirle que, con las enmiendas que ha aceptado la proponente, señora Mestre, quedarían siete puntos.

¿Hay algún problema que se voten en conjunto? Bien.

Se inicia la votación.

¿Votos a favor?

¿Votos en contra?

¿Abstenciones?

Se aprueba por dieciséis votos a favor.

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

Pasamos a la votación de la segunda proposición... Es que ha faltado [*intervención no registrada*]... Unanimidad de los presentes, claro [*intervención no registrada*]. Bueno, hay dieciséis votos. Yo, mi obligación, para que quede grabado, es decir que ha habido dieciséis votos. Creo que todos somos suficientemente mayores para saber que hemos votado, por unanimidad, todos los que estamos presentes, pero falta un miembro del Grupo Ciudadanos. Lo digo para que quede grabado lo que ha resultado formalmente.

Votamos la segunda proposición no de ley, esta vez del Grupo Parlamentario de Podemos. Hay siete puntos, pero el PSOE ha dicho en su intervención que se va a oponer a los puntos 1 y 2, por ello yo propongo que haya dos votaciones: el punto 1 y 2, por una parte, y, el resto, 3, 4, 5, 6 y 7, en una segunda votación. ¿Hay algún inconveniente?

Pues voto favorable a los puntos 1 y 2 de la proposición no de ley.

Se inicia la votación.

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

Ahora votamos los puntos 3, 4, 5, 6 y 7.

Se inicia la votación.

*El resultado de la votación es el siguiente: han sido aprobados por unanimidad.*

Y pasamos a votar la tercera, que es propuesta por los cinco grupos; imagina esta presidencia que será por unanimidad.

Se inicia la votación.

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

Muchas gracias. Y se levanta la sesión.

