



Comisión de Salud y Familias

Presidencia: Ilma. Sra. Dña. María Isabel Albás Vives

Sesión número 3, celebrada el miércoles, 27 de febrero de 2019

ORDEN DEL DÍA

COMPARECENCIAS

Debate agrupado de las siguientes iniciativas:

- 11-19/APC-000060. Comparecencia del Excmo. Sr. Consejero de Salud y Familias, a fin de informar acerca de la extensión del cribado de cáncer colorrectal, presentada por el G.P. Ciudadanos.
- 11-19/APC-000065. Comparecencia del Excmo. Sr. Consejero de Salud y Familias, a petición propia, a fin de informar acerca de la extensión del cribado de cáncer colorrectal al 100 % de la población diana.
- 11-19/APC-000074. Comparecencia del Excmo. Sr. Consejero de Salud y Familias, a fin de informar sobre la extensión del cribado de cáncer colorrectal, presentada por el G.P. Popular Andaluz.

11-19/APC-000045. Comparecencia del Excmo. Sr. Consejero de Salud y Familias, a fin de informar sobre previsiones de construcción del tercer hospital de Málaga, presentada por los Ilmos. Sres. D. Mario Jesús Jiménez Díaz, D. Rodrigo Sánchez Haro, D. Jesús María Ruiz García, D. José Luis Ruiz Espejo, Dña. Noelia Ruiz Castro y Dña. María Josefa Sánchez Rubio, del G.P. Socialista.

PREGUNTAS ORALES

11-19/POC-000003. Pregunta oral relativa a estafa clínicas iDental en Andalucía, formulada por el Ilmo. Sr. D. Nacho Molina Arroyo, del G.P. Adelante Andalucía.

11-19/POC-000006. Pregunta oral relativa a servicio de limpieza de Hospital de La Línea de la Concepción, formulada por la Ilma. Sra. Dña. Inmaculada Nieto Castro, del G.P. Adelante Andalucía.

11-19/POC-000010. Pregunta oral relativa a nuevo centro de salud en Santiponce (Sevilla), formulada por la Ilma. Sra. Dña. Inmaculada Nieto Castro, del G.P. Adelante Andalucía.

11-19/POC-000028. Pregunta oral relativa a próxima apertura del Hospital de La Janda (Cádiz), formulada por los Ilmos. Sres. D. Jesús María Ruiz García y Dña. Araceli Maese Villacampa, del G.P. Socialista.

11-19/POC-000031. Pregunta oral relativa a nuevo centro de salud de Montoro (Córdoba), formulada por los Ilmos. Sres. D. Jesús María Ruiz García y D. Juan Pablo Durán Sánchez, del G.P. Socialista.

11-19/POC-000032. Pregunta oral relativa a nuevo centro de salud de Salobreña (Granada), formulada por los Ilmos. Sres. D. Jesús María Ruiz García y Dña. María Josefa Sánchez Rubio, del G.P. Socialista.

11-19/POC-000034. Pregunta oral relativa a especialistas en el Sistema Andaluz de Salud, formulada por los Ilmos. Sres. D. Andrés Ramón Samper Rueda y Dña. María del Carmen Martínez Granados, del G.P. Ciudadanos.

11-19/POC-000035. Pregunta oral relativa a falta de especialistas en el Sistema Andaluz de Salud, formulada por los Ilmos. Sres. D. Andrés Ramón Samper Rueda y Dña. María del Carmen Martínez Granados, del G.P. Ciudadanos.

11-19/POC-000052. Pregunta oral relativa a protocolos de atención compartida de la demanda aguda, formulada por la Ilma. Sra. Dña. María Beatriz Jurado Fernández de Córdoba, del G.P. Popular Andaluz.

11-19/POC-000053. Pregunta oral relativa a publicación listas de espera, formulada por la Ilma. Sra. Dña. María Beatriz Jurado Fernández de Córdoba, del G.P. Popular Andaluz.

11-19/POC-000054. Pregunta oral relativa a eliminación de habitaciones con tres camas en los hospitales de Andalucía, formulada por la Ilma. Sra. Dña. María Beatriz Jurado Fernández de Córdoba, del G.P. Popular Andaluz.

PROPOSICIONES NO DE LEY

11-19/PNLC-000005. Proposición no de ley relativa a creación de una comunidad terapéutica de salud mental para el Campo de Gibraltar, presentada por el G.P. Adelante Andalucía.

11-19/PNLC-000013. Proposición no de ley relativa a mejora del confort para pacientes y familiares en los hospitales públicos andaluces, presentada por el G.P. Socialista.

SUMARIO

Se abre la sesión a las diez horas, cinco minutos del día veintisiete de febrero de dos mil diecinueve.

COMPARECENCIAS

11-19/APC-000060, 11-19/APC-000065 y 11-19/APC-000074. Comparecencia del consejero de Salud y Familias, a fin de informar acerca de la extensión del cribado de cáncer colorrectal (pág. 7).

Intervienen:

D. Jesús Aguirre Muñoz, consejero de Salud y Familias.

Dña. María José Piñero Rodríguez, del G.P. Vox en Andalucía.

Dña. María Gracia González Fernández, del G.P. Adelante Andalucía.

D. Andrés Ramón Samper Rueda, del G.P. Ciudadanos.

Dña. María Beatriz Jurado Fernández de Córdoba, del G.P. Popular Andaluz.

D. Jesús María Ruiz García, del G.P. Socialista.

11-19/APC-000045. Comparecencia del consejero de Salud y Familias, a fin de informar sobre previsiones de construcción del tercer hospital de Málaga (pág. 26).

Intervienen:

D. Jesús Aguirre Muñoz, consejero de Salud y Familias.

D. José Luis Ruiz Espejo, del G.P. Socialista.

PREGUNTAS ORALES

11-19/POC-000003. Pregunta oral relativa a estafa clínicas iDental en Andalucía (pág. 36).

Retirada.

11-19/POC-000006. Pregunta oral relativa al servicio de limpieza del hospital de La Línea de la Concepción (pág. 36).

Interviene:

Dña. Inmaculada Nieto Castro, del G.P. Adelante Andalucía.

D. Jesús Aguirre Muñoz, consejero de Salud y Familias.

DIARIO DE SESIONES DEL PARLAMENTO DE ANDALUCÍA

Núm. 34

XI LEGISLATURA

27 de febrero de 2019

11-19/POC-000010. Pregunta oral relativa a nuevo centro de salud en Santiponce (Sevilla) (pág. 39).

Interviene:

Dña. Inmaculada Nieto Castro, del G.P. Adelante Andalucía.

D. Jesús Aguirre Muñoz, consejero de Salud y Familias.

11-19/POC-000028. Pregunta oral relativa a la próxima apertura del Hospital de La Janda (Cádiz) (pág. 42).

Interviene:

Dña. Noelia Ruiz Castro, del G.P. Socialista.

D. Jesús Aguirre Muñoz, consejero de Salud y Familias.

11-19/POC-000031. Pregunta oral relativa al nuevo centro de salud de Montoro (Córdoba) (pág. 45).

Interviene:

D. Juan Pablo Durán Sánchez, del G.P. Socialista.

D. Jesús Aguirre Muñoz, consejero de Salud y Familias.

11-19/POC-000032. Pregunta oral relativa al nuevo centro de salud de Salobreña (Granada) (pág. 48).

Interviene:

Dña. María Josefa Sánchez Rubio, del G.P. Socialista.

D. Jesús Aguirre Muñoz, consejero de Salud y Familias.

11-19/POC-000034 y 11-19/POC-000035. Preguntas orales relativas a falta de especialistas en el Sistema Andaluz de Salud (pág. 51).

Interviene:

D. Andrés Ramón Samper Rueda, del G.P. Ciudadanos.

D. Jesús Aguirre Muñoz, consejero de Salud y Familias.

11-19/POC-000052. Pregunta oral relativa a protocolos de atención compartida de la demanda aguda (pág. 54).

Interviene:

D. Rafael Francisco Caracuel Cáliz, del G.P. Popular Andaluz.

D. Jesús Aguirre Muñoz, consejero de Salud y Familias.

11-19/POC-000053. Pregunta oral relativa a publicación de las listas de espera (pág. 57).

Interviene:

D. Alfonso Candón Adán, del G.P. Popular Andaluz.

D. Jesús Aguirre Muñoz, consejero de Salud y Familias.

11-19/POC-000054. Pregunta oral relativa a eliminación de habitaciones con tres camas en los hospitales de Andalucía (pág. 60).

Interviene:

Dña. Virginia Pérez Galindo, del G.P. Popular Andaluz.

D. Jesús Aguirre Muñoz, consejero de Salud y Familias.

PROPOSICIONES NO DE LEY

11-19/PNLC-000005. Proposición no de ley relativa a creación de una comunidad terapéutica de salud mental para el Campo de Gibraltar (pág. 62).

Intervienen:

Dña. Inmaculada Nieto Castro, del G.P. Adelante Andalucía.

D. Andrés Ramón Samper Rueda, del G.P. Ciudadanos.

D. Alfonso Candón Adán, del G.P. Popular Andaluz.

Dña. Noelia Ruiz Castro, del G.P. Socialista.

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

11-19/PNLC-000013. Proposición no de ley relativa a mejora del confort para pacientes y familiares en los hospitales públicos andaluces (pág. 70).

Intervienen:

D. Jesús María Ruiz García, del G.P. Socialista.

Dña. María José Piñero Rodríguez, del G.P. Vox en Andalucía.

Dña. María Vanessa García Casaucau, del G.P. Adelante Andalucía.

D. Andrés Ramón Samper Rueda, del G.P. Ciudadanos.

D. Rafael Francisco Caracuel Cáliz, del G.P. Popular Andaluz.

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

Se levanta la sesión a las trece horas, veinticinco minutos del día veintisiete de febrero de dos mil diecinueve.

11-19/APC-000060, 11-19/APC-000065 y 11-19/APC-000074. Comparecencia del consejero de Salud y Familias, a fin de informar acerca de la extensión del cribado de cáncer colorrectal

La señora ALBÁS VIVES, PRESIDENTA DE LA COMISIÓN

—Buenos días, señorías.

Comenzamos la Comisión de Salud y Familias. El primer punto del orden del día son solicitudes de comparecencia en Comisión. Y la primera es solicitud de comparecencia por parte del Consejo de Gobierno, la que también habían solicitado el Grupo Parlamentario Ciudadanos y el Grupo Popular Andaluz. Voy a recordar los tiempos, ¿vale?, los cuales acordamos en la anterior comisión, para que no haya duda alguna.

La primera intervención del Consejo de Gobierno, señor consejero, tiene usted quince minutos. La primera intervención de los diferentes grupos parlamentarios, de menor a mayor, son siete minutos. Segunda intervención del Consejo de Gobierno, siete minutos, consejero. Y la segunda intervención de todos los grupos parlamentarios, de menor a mayor, tres minutos. Y cerrará el Consejo de Gobierno, con cinco minutos.

Y sin más, le damos la palabra al señor consejero. Muchas gracias.

El señor AGUIRRE MUÑOZ, CONSEJERO DE SALUD Y FAMILIAS

—Gracias, señora presidenta.

Señorías, como siempre, es un motivo de orgullo comparecer en esta Cámara, y máxime en la Comisión de Salud y Familias, que, lógicamente, espero que duren mucho tiempo estas comparecencias en el tiempo, porque significará que todo va funcionando medianamente bien.

Bien, comparezco en esta Comisión, como bien ha dicho la presidenta, a petición propia y a petición también del Grupo Parlamentario Popular y del Grupo Parlamentario Ciudadanos, para informar de la extensión del cribado del cáncer al cien por cien de la población.

Bien, permítanme primero poner en contexto —aunque ya he estado hablando en otras comparecencias de este tema—, poner en contexto la importancia que tiene y la situación actual del cáncer..., del cáncer colorrectal. Bien, señorías, el cáncer es una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en el mundo. La previsión es que, para el 2040, si nada cambia, se darán 29,5 millones de casos de cáncer a nivel mundial. En España, el cáncer es la segunda causa de muerte; la primera en varones, suponiendo un 26,7% de todas las muertes, muy cerca de las enfermedades del sistema circulatorio, que está en un 28,8% de las muertes. Se sitúa en la primera causa de muerte en los tramos de edad —el cáncer— de 1 a 14 años y de 40 a 79 años. El cáncer de pulmón fue el tumor responsable de mayor número de muertes, y el cáncer colorrectal fue el segundo. El número de tumores diagnosticados en España en el 2019 fueron de 277.234, superior en 30.000 casos a los registrados en el año anterior. La incidencia en varones fue de 148.287 casos, y en mujeres 98.944 casos.

Nos centramos ahora en el cáncer colorrectal. El cáncer colorrectal fue el más frecuente, con 6.666 casos nuevos en Andalucía en un año. Por sexo, los cánceres más frecuentes fueron el cáncer de próstata, en hombres, con 4.970 casos, y el de mama en mujeres, con 5.015.

¿Señorías, qué es el cribado de cáncer de colon? Ustedes conocen bien los síntomas de cáncer colorrectal, como..., sobre todo los que son del gremio sanitario, a nivel de obstrucción intestinal, dolor abdominal, alteración ritmos, rectorragias, anemias... El cribado es seleccionar rigurosamente, mediante un método sencillo, barato y accesible, a aquellas personas que presentan unas características que se pueden relacionar con la presencia del cáncer o una lesión precancerosa. Cuando hablamos de prevenir este tipo de cáncer, distinguimos las personas que tienen riesgo medio, es decir, las que tienen 50 años o más. En estos casos, como veremos, la prevención se inicia con un simple test de sangre oculta en heces. Las personas de riesgo alto, que requieren un diagnóstico precoz; normalmente son por problemas de historia familiar, de antecedentes de cáncer colorrectal o causas genéticas o cualquier tipo de problema que hayan tenido desde el punto de vista personal. El cáncer de colon es un tumor que se puede curar en un 90% si se detecta a tiempo. Esta es la cifra importante. Es decir, en estadios precoces y de forma..., lesiones premalignas. Lo que se puede lograr implantando un programa de cribado de cáncer, de prevención, a todos los ciudadanos que tienen lo que llamamos riesgo medio; es decir, que se sitúa en la edad entre 50 y 69 años. Si lo detectamos a tiempo, podemos disminuir la mortalidad de este cáncer a corto plazo entre un 30% y un 35%. Significa salvar 4.000 vidas cada año en España. La diferencia de a tiempo, 60; no a tiempo, 90. Significa un 30%, 35% de evitar muertes, es decir, lo que es salvar vidas.

En el 2017, hubo 6.600 nuevos casos en Andalucía; es el más frecuente de las 41.531 patologías oncológicas diagnosticadas, estimadas, en el año 2017. Se trata del cáncer más frecuente en los países occidentales, si se considera conjuntamente a hombres y mujeres. Y esta prevención se inicia por un simple test, como he dicho antes, con un test de heces y, en función del resultado, con una posterior colonoscopia

¿Cuál es el procedimiento del cribado del cáncer de colon en Andalucía? En primer lugar, se identifica la población diana, que ya hemos dicho antes que son de 50 a 69 años; es lo que se llama la población de riesgo medio. De esta población diana, se excluyen, lógicamente, aquellas personas ya fallecidas o que ya tienen diagnosticado un cáncer de colon o de recto, o que son de alto riesgo y se les está haciendo colonoscopias periódicas, cada cinco años, por antecedentes familiares, o cualquier tipo de sangrado o cualquier tipo de problema anterior.

En segundo lugar, se invita a las personas de esta población elegible a participar en el programa, mediante una carta que se remite desde los diferentes distritos de atención primaria. A las personas que aceptan participar, se les remite un kit —un kit que yo espero que todos hayan recibido en su casa—, un kit para recoger las muestras, y los participantes entregan las muestras directamente con las heces en el centro de salud. Los centros remiten, como no puede ser de otra forma, las muestras al laboratorio, donde se hace la detección de sangre oculta en heces.

Y en tercer lugar, se comunica los resultados a los participantes, que, según el resultado, puede ser, o bien negativa, que se le comunica por carta, o no valorable: no se ha podido realizar correctamente el test, lo que se le comunica y se le manda otro kit para volverle otra vez a hacerle la sangre oculta en heces. O si es positivo, se le comunica por carta que hay que hacer un seguimiento y ya se le da cita directamente para

la atención en consulta de enfermería de atención primaria. Debemos aclarar que un resultado positivo indica que hay sangrado, pero no necesariamente indica que haya cáncer. Todos sabemos que puede haber sangrado por otras patologías, desde hemorroides internas, desde pólipos u otros tipos de patologías. Una cosa no significa la otra. Estamos hablando de despistaje ahora mismo, ¿eh? Lo que sí comporta un resultado positivo al test es la realización de la colonoscopia. Si ya es positivo, se le hace directamente una colonoscopia para llegar un diagnóstico de certeza.

Como consecuencia de la colonoscopia, lo normal es que se hace una biopsia o una recepción, en caso de que haya una sospecha de una lesión premaligna o precancerígena. En caso de que... Ya lo que se hace es que se le da la cita correspondiente, de una vez que veamos el estudio anatomopatológico de la pieza extraída como consecuencia de la colonoscopia. El cribado se realiza o se debe realizar..., el cribado, que es la sangre oculta en heces, cada dos años, a lo que es la población entre 50 y 69 años, salvo la que ya está sometida a colonoscopia, que se le cita para colonoscopia cada cinco años. De este modo, lo que cogemos es coger el ritmo continuo de personas por encima de 50 años, para hacerles el cribado o la colonoscopia según la patología. Eso es coger el ritmo. Si el cribado se revisa en menos de dos años, siempre existirá un peligro de..., tiempo en el que no serán necesarios estos recursos.

Bien, durante los últimos seis meses del 2018, hemos llevado a cabo el cribado en la franja de edad entre 65 y 69 años, puesto que es la que tiene mayor riesgo de cáncer colorrectal y podría quedar fuera del cribado al cumplir los 70 años durante la ronda de dos años, que es la que se está haciendo.

Ahora empezamos, estamos empezando ahora con los que tienen entre 60 y 64 años, iremos bajando la edad de esa franja. De ese modo, la primera franja edad invitada fue la de 65 a 69 y la última que será invitada será la franja de 50 a 54 años.

¿Cómo se ha implementado el cribado en Andalucía y cuándo se ha producido su extensión a la población elegible? Vamos a hablar de cifras y la velocidad que llevamos.

El cribado de cáncer de colon de Andalucía empezó a pilotarse en marzo del año 2014, pero no es hasta abril del año 2018 cuando se inicia la extensión del cribado a toda la comunidad.

La extensión del cribado poblacional se ha realizado en dos fases. La primera, el 30 de abril del año 2018 se extiende a 11 distritos sanitarios —los distritos son los que mandan la carta, los que reciben la muestra y los que mandan los análisis al laboratorio—. Se ha pilotado, el pilotaje se ha hecho el 30 de abril, como he dicho, en 11 distritos. A continuación, con la extensión de cribado a todos los centros de atención primaria que dependen de ellos. Primero al distrito y de los distritos mandan las cartas y reciben las muestras a nivel de atención primaria.

El 4 de junio se extiende a los 22 distritos restantes, se realiza la formación y se inicia el cribado en su centro de atención primaria de forma progresiva hasta el mes de junio de 2018.

El objetivo de extensión para el año 2018 era que al final del año todos los centros de atención primaria participaran en el cribado. ¿Cuál es la situación a fecha 31 de diciembre de 2018? He dicho que la primera fase se inició el 30 de abril, todos los distritos, el cien por cien han empezado a invitar a la población diana seleccionada mandándoles las cartas oportunas. De los 555 centros de atención sanitaria pertenecientes a los distritos, en la primera fase, se ha iniciado la invitación a participar en el programa a 548 centros; es decir, un 98,74%.

La segunda fase fue la que se inició el 4 de junio, donde ya todos los distritos, el cien por cien, tenían que estar mandando las cartas para el cribado. De ahí, de los 935 centros, 900 lo han hecho, luego un 96,26% de los centros de atención primaria dependientes de los distritos sanitarios han estado mandando las cartas oportunas a la población diana.

Pero para hacer un análisis riguroso de la implantación real de la extensión de cribado la pregunta que debemos formularnos no es cuántos centros han iniciado el cribado, sino a cuántos ciudadanos hemos llegado con ese programa a la prevención, cuántos se han adherido, una vez que ha llegado la muestra, a coger la muestra de heces y llevarlas para ver si hay sangre oculta.

El 31 de enero de 2019 solo se ha logrado una cobertura de un 16,9% de los ciudadanos, que es a los que les ha llegado esa carta para que lleve la muestra. Por tanto, queda mucho por hacer. El objetivo es extender la prevención a 1.951.606 andaluces entre los años 2019 y el año 2020.

Para ello, primero, el Consejo Gobierno, en su sesión del 5 de febrero del año 2019, aprobó instar al consejero de Salud y Familias a que destine una cantidad de 5,5 millones de euros en el presupuesto de la consejería del año 2019 y otro de 4,5 millones de euros en el año 2020 para hacer posible la extensión del cribado de cáncer de colon al cien por cien de la población diana en estos dos años, de tal forma que el cien por cien de la población será ya invitado a participar en el despistaje del cáncer colorrectal a finales del año que viene.

Esta medida tiene el objetivo de reducir la carga de enfermedad en la población andaluza en términos de disminución de la incidencia y mortalidad y mejorar la calidad de vida de los casos afectados.

Segundo, impulsaremos una campaña de concienciación. Es muy importante concienciar a la población de que responda positivamente a esa citación.

Tercero, cartas para invitarles a realizar la prueba. Actualmente ya se ha invitado a 330.000 ciudadanos, pero necesitamos llegar a los dos millones.

Cuarto, destinar recursos necesarios, porque el cuello de botella lo tenemos en las colonoscopias. Tenemos que reforzar, de ahí ese aporte económico, sobre todo para que digestólogos consigan hacer la colonoscopia y no se nos quede ahí el cuello de botella. Pero la base de todo es la misma, es salvar vidas, es lo que más nos importa, y entonces no hay excusas para salvar vidas.

Y desde el punto de vista económico..., lo importante es salvar vidas, pero desde el punto de vista de eficiencia estamos hablando, como dije antes, de 2 euros una sangre oculta de heces, de 180 euros una colonoscopia y 27.000 euros que es lo que cuesta un cáncer ya establecido, aparte de que no salva vidas. Esa es la gran diferencia. Tiene un buen porcentaje de vidas salvado y luego la eficiencia de este sistema preventivo.

Bien, es muy importante realizar este test porque se trata de una enfermedad que no suele causar ninguna molestia, es silenciosa, muchas veces no nos damos cuenta de que la tenemos hasta que se encuentra ya en un estado muy avanzado, que ya empieza una gran hemorragia o una obstrucción intestinal y entonces ya, posiblemente, el tumor lo tenemos más avanzado y entramos en una fase de más compleja resolución.

Es fundamental hacer un diagnóstico precoz para que su tratamiento sea más fácil y aumenten las posibilidades de curación. Es fundamental que todos los ciudadanos con riesgo medio cuando recibamos la invitación hagamos ese test para que hablemos de salvar vidas.

Es fundamental el hábito entre 50 y 69 años, igual que lo hemos creado en las mujeres con cérvix o el de mama, u hombres con próstata, para de forma habitual irnos mentalizando a que es un test muy sencillo, muy fácil y que podemos salvar la vida. Tenemos que interiorizarlo para crear ese hábito.

Debo insistir en la importancia de la participación en este tipo de programas. El objetivo es alcanzar una participación, al menos, de un 45% de la población citada en el programa y que la tasa de la adherencia de muestras llegue al 75%. Eso sería crear, como he dicho antes, el hábito. Lo tenemos que conseguir a base de irnos mentalizando todos: entre ellos, ustedes, señorías; nosotros, Administración; y por supuesto a la población, que es lo importante.

Muchísimas gracias.

La señora ALBÁS VIVES, PRESIDENTA DE LA COMISIÓN

—Perfecto, consejero, ha clavado el tiempo.

Pasamos ahora el turno de los portavoces de los diferentes grupos parlamentarios.

En primer lugar, tiene la palabra la señora Piñero Rodríguez, portavoz del Grupo Parlamentario Vox.

La señora PIÑERO RODRÍGUEZ

—Buenos días a todos.

Es una gran medida el cribado de cáncer, puesto que en la mayoría de los casos es silente y no se detecta, como usted bien ha dicho.

Lo que parece ser es que el sistema de *screening* empezó ya mucho antes, por el 2010 o cosa así se implantó, lo que pasa es que no ha llegado a cuajar hasta relativamente, por lo que me está diciendo, el año pasado.

Luego hablaba de los distritos sanitarios. ¿Estos distritos sanitarios corresponden a la zona de la ciudad de Sevilla, de las zonas más cercanas? ¿Se ha llegado a todos los pueblos? ¿Qué distribución tiene en la provincia en general?

Y luego es un problema porque al ser un test en el que no tiene uno que ir a hacerse una prueba como el cáncer de mama, que tienes que ir a hacerte la mamografía sí o sí, si te dan la cita; aquí se puede romper la cadena en cualquier momento: que no lo reciban, que lo reciban y no se hagan la prueba, dejen abandonado en kit en casa, o que lo hagan y se les olvide llevarlo al centro de salud. Entonces, hay diferentes casos en los que el resultado del beneficio que esto pueda generar pues se ve roto en cualquier momento. Entonces, qué medidas tienen también ustedes previstas no solamente de mandar el kit y de recibirlo y mandar los resultados después de pasar por el laboratorio, sino otras medidas para que pues a lo mejor desde el mismo ambulatorio, llamarlos si ha hecho la prueba, tener un control también más de seguimiento para que esta prueba que es sencilla, económica y que puede resolver, evidentemente, muchos problemas y detectar cánceres precoces pues llegue a una población más general y que las personas estén más concienciadas también, no solamente con la propaganda de llevarle la carta al buzón y que ellos vayan al ambulatorio. Bueno,

no van al ambulatorio, o sea, reciben el kit y luego... Es que ya digo que ahí hay una cadena en que en cualquier momento se puede romper todo esto.

Y, bueno, de momento esperar un poco a la respuesta que me pueda dar.

Venga, gracias.

La señora ALBÁS VIVES, PRESIDENTA DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señora Piñero Rodríguez.

En segundo lugar, interviene, por el Grupo Parlamentario Adelante Andalucía, la señora González Fernández por un tiempo de siete minutos.

La señora GONZÁLEZ FERNÁNDEZ

—Gracias, señora presidenta.

Señorías, el cáncer colorrectal, como bien nos ha indicado el consejero, es uno de los tumores malignos más frecuentes de todo el mundo y de Europa. Es un cáncer que se caracteriza por no causar ninguna molestia hasta que se encuentra en un estado muy avanzado, por lo que es fundamental hacer un diagnóstico precoz. De hecho, la Asociación Española contra el Cáncer asegura que, en el 90% de los casos en los que un cáncer de estas características se detecta a tiempo, pues hay un alto porcentaje de superación.

El cribado, como bien nos ha indicado el señor consejero, es un test sencillo, indoloro y barato —aproximadamente dos euros—, que reduce la mortalidad en un 15-35% de los casos.

En el caso de Andalucía, la incidencia de este tipo de cáncer en Sevilla, Córdoba y Huelva, es el más alto de España, donde, según la Asociación Española contra el Cáncer, justifica, sin duda, la generalización de la medida del cribado.

El cribado del cáncer de colon, como bien hemos estado hablando, reduce significativamente la mortalidad por este tumor, y los costes de ellos son inferiores que los debidos al cribado de otras patologías, como puedan ser el cáncer de mama o el cáncer de cérvix. La prueba de sangre oculta en heces es la prueba más extendida, tanto en ensayos clínicos —metanálisis— como en los cribados realizados en diferentes regiones y países.

Pero, desde Adelante Andalucía, nos preguntábamos si existe una letra pequeña de este acuerdo aprobado por el Consejo de Gobierno para extender el cribado de cáncer de colon a todos andaluces entre 50 y 69 años, por si existe la tentación de llenar los bolsillos de las clínicas privadas. Son medidas necesarias, medidas necesarias para la salud, como estamos hablando, de todos los andaluces y de todas las andaluzas. Pero tenemos muy claro, desde Adelante Andalucía, que las iniciativas de carácter universal las debe atender la sanidad pública. Eso conllevaría la necesidad de reforzar las plantillas y de que la infraestructura sanitaria pública sea la que tenga realmente el protagonismo.

¿Están recogidas estas medidas en el presupuesto que el señor consejero nos indica que se quiere dedicar, en 2019, para seguir informando a la población, e implantando esta prueba preventiva del cáncer de colon de 5,5 millones y otros 4,5 millones previsto para el 2020?

Los pacientes considerados de riesgo medio, como hemos estado hablando, tienen más de 50 años. Realmente están asintomáticos, no presentan antecedentes personales de enfermedad inflamatoria intestinal, ni antecedentes personales o familiares del cáncer colorrectal o pólipos adenomatosos.

En estos pacientes, debe recomendarse el cribado anual o bienal, mediante la detección de sangre oculta en heces y/o la sigmoidoscopia cada 5 años; o la colonoscopia cada 10 años.

¿Tenemos algún método para activar esa participación de la población diana mediante divulgación informativa, no solamente enviando una carta? Porque podemos caer en el error, como ha indicado la portavoz de Vox, podemos caer en la dificultad de que, al final, no se efectúe esa secuencia que queremos llevar a cabo por el engorro y la dificultad que conlleva este tipo de pruebas, dando por hecho, lógicamente, que las personas de riesgo alto van a llevar otro protocolo totalmente distinto, o los ya pacientes diagnosticados de este cáncer de colon. ¿Está prevista esta secuencia presupuestariamente?

Y quedando demostrada la eficacia real de este cribado de cáncer de colon, sí que tenemos que considerar algunos puntos importantes en cuanto a los resultados de esta prueba. Puntos importantes para la precocidad del cribado: que, uno, pasa por alto los altos pólipos y algunos cánceres. Se requiere la prueba, lógicamente, anual. Y los exámenes corren el riesgo de tener un resultado negativo falso; al igual que también pueden tener resultados positivos falsos.

Los exámenes de atención pueden dar resultados normales en el caso del negativo falso, aunque haya realmente un cáncer colorrectal. Una persona que recibe un resultado negativo falso de una prueba, el cual le está demostrando que no hay cáncer cuando en realidad sí que lo hay, pues quizás se demore en buscar una atención médica en ausencia de esos..., aunque tenga síntomas que le indiquen que puede tener una anomalía, al haberse hecho la prueba y haberle dado negativa, pues puede no asistir al médico o caer en la dejadez. A la vez que, también, los exámenes pueden tener unos resultados positivos falsos.

Los resultados de los exámenes de detección pueden parecer anormales, aunque no haya cáncer. Un resultado positivo falso de una prueba que muestra que hay cáncer cuando en realidad no lo hay, este protocolo que te da positivo te indica que tienes que realizarte otros tipos de prueba. Como bien nos ha indicado el señor consejero, pues sería una colonoscopia o una biopsia.

Los datos indican que se da un alto porcentaje de resultados positivos falsos, en torno a un 2-10%. Aquellos que den un positivo falso tendrán que hacerse una colonoscopia —como ya hemos indicado—, que realmente el señor consejero nos ha dicho —y esto sucede—, que se forma un cuello de botella de los pacientes potenciales.

¿El Gobierno tiene previsto plazos para esta última prueba, que es la que consigue visualizar el colon en toda su extensión para descartar pólipos adenomatosos o el cáncer de colorrectal?

Todos conocemos las listas de espera de las pruebas de especialistas, ¿hay previsto un aumento de presupuesto para este tipo de recursos?

Desde Adelante Andalucía, consideramos la urgente necesidad de llevar a cabo esta acción de cribado, ya que la Asociación Española contra el Cáncer planteaba la necesidad de implantar estas medidas en todo el territorio antes de 2024.

La promesa de implantar el cribado, nos ha indicado el señor consejero, pues se revisó en 2010. De nuevo, en 2014, y, por fin, en 2018, con respaldo unánime, después, en el Parlamento andaluz, tras una presen-

tación de una proposición no de ley. Si bien no se llevó a implantar en los 1.600 centros de salud a final de año, como prometió el señor Álvarez; pero 1.450 centros de la región, un 90%. Y hasta el mes de enero solo llegaba a un porcentaje de la población en torno a un 19%.

El señor consejero nos ha indicado un 16%, pero bueno, un 16 o un 19%, cifra que se remonta a las fechas previas a la última de las promesas del Ejecutivo socialista en abril del año pasado.

La señora ALBÁS VIVES, PRESIDENTA DE LA COMISIÓN

—Disculpe, señora González, tendrá que ir terminando.

Gracias.

La señora GONZÁLEZ FERNÁNDEZ

—¿Señor consejero, cuáles son las novedades de las medidas anunciadas para llegar al ciento por ciento de la población diana, como nos ha indicado en su intervención?

Muchas gracias, señora presidenta.

Muchas gracias, señorías.

La señora ALBÁS VIVES, PRESIDENTA DE LA COMISIÓN

—Gracias, señora González.

El siguiente turno de palabra para el portavoz del Grupo Parlamentario de Ciudadanos, el señor Samper Rueda.

El señor SAMPER RUEDA

—Muchas gracias, señora presidenta.

Señor consejero, agradecerle su comparecencia.

Quería remarcar que uno de los puntos, concretamente el número 12 del acuerdo de investidura entre el anterior Gobierno y el Grupo Parlamentario Ciudadanos, fue precisamente el de la puesta en marcha, sin más dilación, del cribado del cáncer colorrectal en la población andaluza entre los 50 y los 69 años, punto que este grupo puso sobre la mesa.

Estamos de acuerdo que, a finales del año 2018, la prueba estaba implantada en 1.450 centros de salud, de los 1.600 que hay en Andalucía, un porcentaje muy elevado, casi un 88%. Pero que hay que saber, en primer lugar, exactamente a qué porcentaje de la población se le ha practicado esta prueba de despistaje, no solamente el número de centros de salud sino también el número de personas a las que se les ha realizado.

Porque la atención al cáncer, lógicamente, es una prioridad. Demuestra que el Plan Integral de Oncología se encuentre priorizado, y se están poniendo en marcha medidas tan importantes como la extensión del Programa del cribado de cáncer de colon al total de los centros de atención primaria.

Como usted bien ha dicho, el cáncer de colon es uno de los tumores más malignos, más frecuentes en Europa, si se considera conjuntamente a hombres y mujeres afectados por esta patología, es el más frecuente de todos. Es un cáncer que se caracteriza por no causar ninguna molestia, hasta que se encuentra avanzado —como ya se ha comentado—, por lo que es fundamental siempre hacer un diagnóstico precoz, y detectarlo antes de que empiece a dar síntomas, para que su tratamiento sea más fácil y aumente las posibilidades de curación. Se reduce la mortalidad en un 15-35% de los casos, además de permitir también tratamientos bastante menos agresivos.

Y junto al cribado también hay que tener en cuenta que el 40% de estos tumores, así como de otros, puede evitarse también practicando hábitos saludables.

Sabemos que este programa de cribado se iría extendiendo progresivamente a todas las provincias andaluzas en un periodo de seis meses. Una vez extendida su totalidad, podrán beneficiarse hasta 1,6 millones de personas.

Y para la puesta en marcha del cribado ha sido necesario formar a todos los profesionales implicados en el mismo para el manejo de la aplicación informática diseñada específicamente para darles soporte, y que, de manera centralizada y accesible, en un entorno web, para atención primaria y hospitales, permitirá obtener los datos clínicos de los ciudadanos incluidos; registran los resultados de los laboratorios y de las citaciones que se producen.

Como ya se ha dicho en varias ocasiones, se realiza el test de sangre oculta en heces —sencilla, fiable, indolora—, y solo en el caso de que resulte positiva completará el estudio, con la realización de la colonoscopia.

Yo creo que una de las principales preocupaciones es cómo se va a eliminar el retraso para la realización de las pruebas y van a tener acceso a colonoscopia el cien por cien de los posibles positivos; es decir, el cribado está hecho pero el cuello de botella es cómo hay que eliminarlo.

¿Qué velocidad de cruceo llevamos en ese sentido y en qué fecha está previsto que este cribado haya llegado a la práctica totalidad de la población diana andaluza?

Muchas gracias.

La señora ALBÁS VIVES, PRESIDENTA DE LA COMISIÓN

—Gracias, señor Samper.

Siguiente turno de palabra, para la portavoz del Grupo Popular, la señora Jurado Fernández de Córdoba.

La señora JURADO FERNÁNDEZ DE CÓRDOBA

—Buenos días. Muchas gracias, presidenta.

Buenos días, consejero, y muchas gracias por intervenir en esta comisión, en la que el Grupo Popular —también a instancia del Gobierno y del Grupo Ciudadanos— nos hemos querido interesar de una forma más desarrollada por esa iniciativa que se aprobó en el Consejo de Gobierno el pasado 5 de febrero, lo que, sin duda, pone en evidencia y demuestra a toda la sociedad andaluza que la sanidad está dentro de las priorida-

des absolutas para este nuevo Gobierno del cambio. Un Gobierno del cambio que también va a traer o imprimir una forma en el modelo de gestionar todos los recursos públicos, especialmente los que conciernen al ámbito de la salud pública, porque son muchísimas las evidencias que hacen palpable la necesidad de imprimir una nueva velocidad y una nueva forma, insisto, de gestionar los recursos públicos en esta materia.

El consejero nos ha desarrollado —durante esta mañana— cómo es el procedimiento: un procedimiento, sin duda, complejo; un procedimiento que tiene algunas incidencias en la práctica, por la complejidad que tiene para el paciente, en este caso, o para la población diana, al llevarlo a efecto, pero, sin duda, que los resultados de este cribado de cáncer de colon son positivos tanto para la salud de los andaluces como para la eficiencia del sistema público. Lo que hemos observado de este procedimiento es que se instauró en el Sistema Nacional de Salud ya en el año 2014, con una recomendación al conjunto de las comunidades autónomas para que, en un periodo de cinco años, se pusiera en marcha.

Nosotros querríamos conocer la valoración del consejero de la puesta en marcha de este cribado, en el periodo del año 2014 al 2018, porque —como bien ha dicho— hay una incidencia —en nuestra opinión baja— del 16%. Y, además, también nos gustaría saber si es similar en todas las provincias. Creemos que el anterior Gobierno ha estado en un proceso de pilotaje o de prueba en un exceso de tiempo, y que ya tenía que haber tenido una incidencia mayor y tenía que haberse avanzado.

Por eso queremos conocer de primera mano qué valoración tiene este periodo de adaptación o de puesta en marcha del año 2014 al 2019 y la incidencia, insisto, en cada una de las provincias, por ver si ha sido similar o no. Y también que incidiera —si pudiera, en su segunda intervención— en la dotación económica, si supone una variación con respecto a la puesta en marcha por el Gobierno anterior, y el plazo de ejecución de la misma.

Muchas gracias.

La señora ALBÁS VIVES, PRESIDENTA DE LA COMISIÓN

—Gracias, señora Jurado.

Siguiente turno de palabra para el portavoz del Grupo Socialista, el señor Ruiz García.

El señor RUIZ GARCÍA

—Gracias, señora presidenta.

Buenos días, señor consejero. Gracias por su exposición.

Nuestro grupo, evidentemente, no va a entrar —como han hecho otros— en la exposición ni en el debate clínico sobre la efectividad clínica real, ni muchísimo menos sobre la diferencia entre especificidad y sensibilidad de la prueba. Y no queremos entrar en ello porque ha sido ampliamente debatido y reconocido. Sí nos estamos planteando un objetivo para poner en marcha, puesto que, efectivamente, como ya se viene diciendo, desde el Sistema Nacional de Salud se ha venido poniendo en marcha —de forma irregular, por cierto— en las comunidades autónomas, y en este Parlamento ha sido objeto de debate no precisamente adecuado

—en muchos casos— sino que, lamentablemente, ha sido utilizado como un argumento político, cosa que no debería ser así. Nosotros, desde nuestro grupo, no vamos a hacer ese tipo de debates.

Celebramos que el llamado —lo ha dicho ahora, también, la portavoz— el Gobierno del cambio la primera medida de salud que haya tenido no haya sido de cambio sino todo lo contrario, de continuar un programa que —como bien ha dicho el consejero— estaba ampliamente desarrollado, dentro de los plazos previstos. Hay que decir que solo cuatro comunidades autónomas en España lo tienen implantado al cien por cien —de diverso signo político—, y, por tanto, celebramos que se quiera tomar. No entendemos bien que una primera medida de un Consejo de Gobierno sea anunciar algo que ya está en marcha, pero lo celebramos —al menos, la medida no era acabar con él, ni muchísimo menos, sino que lo celebramos—, le apoyamos, señor consejero, lealmente.

Ahora bien, hay algunos aspectos que nos llaman la atención. En primer lugar, yo creo que habrá habido un pequeño lapsus cuando el señor consejero hablaba del 16,9% de las muestras que se han recibido y decía... En realidad, él se refería a la adhesión al programa, pero ha dicho, es decir, información que se había enviado —como creo que ha quedado claro—, se ha enviado información a una gran cantidad de personas, y a nosotros nos interesa saber —una vez aclarado que es un objetivo que estaba planificado, que estaba, como bien ha dicho él y se lo agradezco, en un altísimo nivel de implantación, de desarrollo e implantación—, evidentemente, en primer lugar, cómo van a mejorar la adhesión a este programa, que —como se ha dicho— es una adhesión pequeña, baja —tenemos la experiencia del programa de cáncer de mama, que nos costó muchísimo llegar a un altísimo nivel de adhesión— y cuándo van a alcanzar esa adhesión; si esa adhesión está o no relacionada con las medidas que tomaron en el Consejo de Gobierno.

En segundo lugar —dado que es verdad—, se ha hablado de que, a mayor fidelización y adhesión al programa, se va a generar mayor demanda de colonoscopias y que, el consejero, ha hablado de —no lo ha dicho literalmente pero creo que ha dado a entender— la necesidad de contratar digestólogos o digestivos especialistas, facultativos especialistas de área, cosa que ya ha tenido también previsto el anterior Gobierno. Cuántos van a contratar, cuándo los van a contratar y cuándo van a empezar a reforzar el programa, realizando colonoscopias. Y si lo van a hacer de forma específica para este programa o, sencillamente, se van a integrar en los equipos, en las unidades de gestión clínica de los facultativos especialistas de área de digestivo de nuestros hospitales o de los centros de especialidades. Y, fundamentalmente, cuándo creen que pueden tener terminado al cien por cien no solo la información, sino también la adhesión y la realización de las correspondientes colonoscopias.

Una última pregunta: cuánto cree que van a esperar los enfermos a los que se les haya detectado un positivo y se remitan a colonoscopia —entre que eso ocurre y se les pueda realizar la correspondiente colonoscopia—. Me gustaría que hiciera referencia a eso en su siguiente intervención.

Muchas gracias.

La señora ALBÁS VIVES, PRESIDENTA DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señor Ruiz.

Turno ahora del señor consejero. Gracias.

El señor AGUIRRE MUÑOZ, CONSEJERO DE SALUD Y FAMILIAS

—Gracias, señora presidenta.

Intento... Muchas son las mismas preguntas. Intentaré hacer un *mix* de unas y de otras.

Se ha hablado mucho del *screening*, se ha hablado mucho de cobertura, de adherencia, de... Bien. Lo primero que tenemos que hacer, lógicamente... La cobertura es de un 16,9%. No significa que haya llegado... un 16,9% de a los que se les ha mandado haya llegado, no; que se les ha mandado la carta solamente a un 16,9% de la población. Tenemos cinco comunidades autónomas donde ya se les ha mandado o se les sigue mandando al cien por cien. Porque, cuando tú llegas al cien por cien, no significa que hayas acabado, porque cada dos años tienes que volver a todos a hacerles colonoscopias. Vas quitando a los que van cumpliendo 70 años y vas adhiriendo a las pruebas a los que van cumpliendo 50 años. Ahora mismo, al 31 de enero, se había llegado al 16,9%; el compromiso es llegar al cien por cien de cobertura —que es diferente a adherencia—. Llegar al cien por cien a finales del año que viene. ¿Cómo conseguimos la adherencia? Eso es lo importante: que, cuando te llegue, tú carta no la tires; cuando llegue la muestra, no la tires. Eso cómo... Pues haremos y estamos ya haciendo campaña de concienciación.

¿Cómo se ha conseguido todo esto? Esto se consiguió, señorías, porque las fechas que se pusieron en el Consejo Interterritorial para el tema del cáncer de colon llegaron hasta el año 2023-2025. Hay cinco comunidades autónomas que lo tienen ya al cien por cien, que ya tienen la cadencia del cien por cien de mandarles las cartas, tal y como corresponde.

El tema es que aquí hubo una gran movilización, que se acordarán sus señorías, que fue en mayo..., marzo, abril, mayo del año pasado, propiciada por la Asociación Española contra el Cáncer, a nivel de todas las calles de Andalucía, propiciando el tema de que aumentara la cobertura al máximo, para intentar salvar vidas.

De ahí vino..., de esos polvos vienen estos lodos. De ahí viene el hecho de que se pusiera en marcha, por parte del Gobierno anterior, esa puesta en marcha. Pero tuvimos que estimularla, o se tuvo que estimular para que se pusiera. El problema es que solamente, a 31 de diciembre, habían llegado las cartas a un 16,9% de la población diana. El tema es que tenga que llegar al 100% de la población diana. Por supuesto que sabemos fehacientemente que el cuello de botella —lo he dicho antes—, lo tenemos diagnosticado en el sitio donde son las colonoscopias.

Bien, el presupuesto este, que queremos librar —el presupuesto de este año 2019, que espero que sus señorías aprueben, más los presupuestos del año 2020—, van específicamente..., porque sí está tasado el tema de los dos euros por la sangre oculta en heces desde el punto de vista analítico.

El porcentaje este es importante; va sobre todo a reforzar, a través de aparato digestivo y de aparato de colonoscopia, para quitar ese cuello de botella de la colonoscopia. Lógicamente sería absurdo intentar conseguir el máximo de adherencia —que esperamos que llegue a un 40-45% y lucharemos para que sea un 70%—, sin tener solucionado el tema del cuello de botella. Luego lo lógico es que ese presupuesto que hemos hecho —y que nos lo han hecho los expertos— es para reforzar ese cuello de botella que son el tema de la colonoscopia.

Me han preguntado también ustedes, referente a cobertura a nivel provincial —creo que ha sido la compañera de Vox—. Decir que es dispar en cada provincia: unas provincias se han portado mejor que otras a la hora de buscar esa cobertura. Estamos en un 16,9%, pero tenemos Huelva, que se ha portado de perlas, y está en una cobertura de un 43,05%; Almería, en un 34,3%; Cádiz, en un 16,57%; Córdoba, en un 16,4%; Málaga, en un 14,4%; Granada, en un 13,3%; Jaén, en un 11,17%, y la que menos cobertura, es decir, donde menos se ha mandado la *carta del screening* a pacientes entre 65 y 69 años es Sevilla, con un 9,98%. Luego hay provincias que tendrán que ponerse más las pilas que otras provincias para llegar a la cobertura del 100%, como pretendemos para finales del año que viene.

Luego, ahí se ha hablado de falsos positivos y falsos negativos. Sí hay que saber lo que es un falso positivo y negativo. Si es un falso positivo, significa que se le va a hacer una colonoscopia, luego en la colonoscopia va a salir que no tiene y, sencillamente, ha tenido que sufrir el engorro de la colonoscopia, pero no se nos escapa.

Si son falsos negativos, significa que no se ha detectado la sangre oculta en heces, luego no se le va a hacer la colonoscopia. Como se le va a hacer cada dos años, siempre tenemos... no será un sangrado muy llamativo cuando a los dos años podemos recuperarlo.

Esto no es... la medicina —y mis compañeros aquí sanitarios lo saben— no es medicina 100% exacta. Es como los falsos positivos o falsos negativos en el cáncer de mama o en el cáncer de próstata, en cualquiera de ellos. Entra dentro de la casuística y de la probabilidad. Intentamos siempre que sean los menos los falsos positivos y negativos. Pero haberlos, haylos; haylos, y eso va en la misma profesión médica y en el mismo diagnóstico, que dos y dos no son cuatro, como siempre decimos.

Vamos a ver, dentro de las más cosas..., bien, falsos... No existe letra pequeña; en esto no existe letra pequeña, en esto existe salud pública. Aquí no existe que se va a externalizar ni queremos que se privatice el tema de las colonoscopias. Eso es una paja mental. Aquí lo que queremos está muy claro. El dinero va a ir para aumentar las colonoscopias, y el aparato digestivo para quitar el cuello de botella dentro de lo que es la Administración sanitaria andaluza; no veo yo por ahí por ningún sitio.

La educación para la salud es importantísima. Las campañas de educación para salud, en esto y en todo. El tema de salud pública, siempre hablamos de sistemas sanitarios públicos, y el sistema de salud pública, estamos olvidando siempre lo que es la salud pública.

Esto es prevención, esto es prevención, promoción de la salud. Esto es hábitos saludables. Esto es concienciación de la población; esto es salud pública. Tenemos que hacer, en esto y en todo lo que queramos hacer, campañas previas de concienciación de la población en general; campañas para que vean la importancia, para que no tiren el kit, que es lo que nos está pasando. Todo eso tendremos que hacerlo a través de campañas, utilizando los medios... A lo mejor no son la televisión, a lo mejor son las nuevas tecnologías. Tendremos que mirar y tendremos que estudiar, y yo sé que mis compañeros que están aquí de salud pública están ya trabajando y diseñando un programa específico para eso.

¿Voy bien de tiempo? Treinta segundos. Pues en treinta segundos, nada más que darle las gracias a mi presidenta, porque es muy condescendiente conmigo, me pongo nervioso, hablo muy rápido y tendría que hablar menos para aprovechar esos treinta segundos, que no los voy a aprovechar.

Gracias.

La señora ALBÁS VIVES, PRESIDENTA DE LA COMISIÓN

—Gracias, consejero.

Segundo turno de palabra para los diferentes portavoces de los diferentes grupos parlamentarios. Vuelvo a recordar que, si alguno de los portavoces no quiere hacer uso del segundo turno, está en su derecho.

Turno ahora para la señora Piñero Rodríguez, portavoz del Grupo Parlamentario de Ciudadanos. Vox, perdón.

La señora PIÑERO RODRÍGUEZ

—Bueno, insistir un poco sobre lo anterior. Realmente estamos todos de acuerdo: el *screening* es necesario, es fundamental reducir la morbimortalidad... Pero el tema, como digo y vuelvo a insistir, en las prioridades para concienciar a la población, no solamente mandándoles campañas, sino de una forma activa por parte de los sanitarios, porque se sabe que las cartas se olvidan, quedan allí y mueren en muchos casos.

Entonces, ya he visto que el porcentaje de distribución en las diferentes provincias es bajo, y espero que lleguen, como usted ha dicho, al 100%, porque es una prevención necesaria.

Medidas... Creo que hay que incidir sobre también desde el ambulatorio en cuestión para que tomen esas medidas activas para que a la población esté más seguida. Y quizás el cáncer de mama es un cáncer mucho más consciente en las mujeres, y también, como he dicho antes, hay que ir al lugar; sin embargo, en este caso, pues necesitarían más aporte por parte del mismo personal del ambulatorio.

Y luego, el tema de las colonoscopias, puestos allí en diferentes lugares, que me imagino serán los chares y otros centros de atención más distribuidos por las provincias, que no sean solamente en la propia ciudad, sino en pueblos más alejados, para que estas personas tengan más fácil la forma de ir a hacérsela.

Y bueno, poco más, esperar a ver qué evolución tiene y hacer una valoración dentro de un año, supongo, o dentro de unos meses, a ver qué tal le ha ido la cobertura.

Muchas gracias.

La señora ALBÁS VIVES, PRESIDENTA DE LA COMISIÓN

—Gracias, señora Piñero Rodríguez.

Turno ahora de palabra para la portavoz de Adelante Andalucía, la señora González Fernández, por un tiempo no superior a tres minutos.

La señora GONZÁLEZ FERNÁNDEZ

—Gracias, señora presidenta.

Señoría, hasta ahora solo hemos hablado de reducir la mortalidad y la detección de la enfermedad lo más tempranamente posible, pero no hemos hablado de sus determinantes, el dilema de tratamiento versus prevención.

Desde Adelante Andalucía, creemos que hay que esforzarse y centrar esfuerzos en lo que es la prevención. La salud, entendida como el bienestar físico, psíquico y social, es resultado de numerosos factores y condicionantes que se presentan en tu vida, en el ámbito familiar, en el ámbito social, laboral, educativo o, como otros factores relacionados con el medioambiente, la alimentación o los estilos de vida.

La salud pública trata de promover lo que es la salud, prevenir la enfermedad y prolongar la vida mediante esfuerzos organizados por parte de toda la sociedad. Aunque los servicios sanitarios son imprescindibles para hacer frente a las enfermedades, no son los principales condicionantes del estado de salud; existen otros condicionantes.

Hasta la fecha, las estructuras sanitarias se han centrado más en la atención sanitaria y la resolución de las enfermedades que en la prevención. Y consideramos necesario garantizar la promoción de la prevención de la salud; conseguir la consideración de la salud de manera transversal, entre sector salud y los otros distintos sectores, disminuir las desigualdades, injustas en el Servicio de Salud, y las territoriales, sociales, culturales o bien, de género.

El cáncer, especialmente algunas formas de cáncer, están estrechamente ligados a la pobreza o a la precariedad. Algunos médicos aquí presentes, o personal sanitario, somos conscientes de que afecta indudablemente. La falta de recursos condiciona una serie de problemas estructurales, en cuanto a una dieta insalubre, los estilos de vida y otros condicionantes.

Desde Adelante Andalucía, creemos firmemente que no solo hay que centrar esfuerzos en la parte asistencial sino, en gran medida, debe ser en la prevención y la investigación, para luchar contra esta lacra que es el cáncer.

Gracias, señorías.

La señora ALBÁS VIVES, PRESIDENTA DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señora González.

Turno ahora de palabra para el portavoz de Ciudadanos, el señor Samper.

Gracias.

El señor SAMPER RUEDA

—Bueno, solamente me quedaba añadir una cosa. Efectivamente, el tema de la prevención, prevención que tendría que empezar desde los propios colegios. Esto sería un paso muy importante. Creo que en muchos centros de salud se empieza a realizar esta labor, que tenemos que potenciar entre todos. Nada más.

La señora ALBÁS VIVES, PRESIDENTA DE LA COMISIÓN

—Gracias, señor Samper.

Turno ahora de palabra para la portavoz del Grupo Popular, la señora Jurado.

La señora JURADO FERNÁNDEZ DE CÓRDOBA

—Muchas gracias, presidenta.

Después de las dos intervenciones del consejero, desde el Grupo Popular no queremos dejar pasar la oportunidad de volver a considerar que es un acierto esta puesta en marcha del cribado del cáncer de colon al cien por cien de la población diana, que evidencia, insisto, un compromiso absoluto con la sanidad pública, pero también con la salud de todos los andaluces, en este caso a través de la prevención, que es fundamental. Pero además hacerlo de una forma eficaz. Porque yo quiero trasladar que desde el Grupo Popular nos preocupa esta forma de gestión que estamos viendo que se ha dado en Andalucía en los últimos años. Esta implantación tan baja, del 16%, y tan irregular entre las diferentes provincias, sin duda evidencia un modelo de gestión, desde nuestro punto de vista, que tiene mucho que mejorar. Por eso nosotros animamos al Gobierno y al consejero a la implantación y a la firme determinación, poner encima de la mesa una nueva forma de gestionar nuestros recursos en beneficio de la sanidad y de la salud de los andaluces. Para ello, este aumento en la dotación presupuestaria que ustedes nos han dicho es determinante. Pero, es más, en el año 2018 para hacer frente a este cribado y a otras muchas cuestiones, el Gobierno anterior tenía dos opciones, o hacer un presupuesto o convocar unas elecciones. Ellos optaron por convocar unas elecciones y no tener un presupuesto en este año 2019 para hacer frente a cuestiones como esta implantación fundamental del cribado del cáncer de colon, que para el nuevo Gobierno se ve que es una necesidad y se ve reflejado en este aumento de la dotación presupuestaria, así como una cronología para llegar al cien por cien de la población diana, y trabajos, como se ha dicho que se harán, para hacer más efectiva la adherencia al tratamiento y la fidelidad al mismo.

Por eso nosotros terminamos dando todo el impulso al Gobierno, al nuevo Gobierno del cambio, para que tenga la determinación de seguir adelante con todas estas propuestas y hacer efectiva esta medida de la extensión del cribado del cáncer de colon al cien por cien de la población diana.

Muchas gracias.

La señora ALBÁS VIVES, PRESIDENTA DE LA COMISIÓN

—Gracias, señora Jurado.

Turno ahora de palabra para el portavoz del Grupo Parlamentario Socialista, el señor Ruiz.

El señor RUIZ GARCÍA

—Perdón. Lo siento.

Le decía que le habíamos formulado unas preguntas y nos gustaría que nos las respondiera. Y que nosotros no hemos solicitado esta comparecencia. Le agradecemos que haya venido aquí a explicarnos algo que ya por otro lado había sido ampliamente explicado y debatido en esta Cámara. Pero nos gustaría saber, primero, cuándo va a estar el programa extendido al cien por cien. Me ha parecido oírle a usted antes, como al final, me ha parecido oírle hablar del año 2020. Le recuerdo que el 12 de abril del año 2018 su grupo, el Gru-

po Popular, presentó una proposición no de ley justo en esta comisión, en la que instaba al Gobierno a extender en un plazo no superior a tres meses, en todas las zonas básicas de salud, cubriendo a toda la población de riesgo, de 50 a 69 años. ¿Considera usted, por tanto, en consonancia con lo que planteaba su grupo, que en tres meses, o en un tiempo no superior a tres meses, a pesar de que ya el programa ha sido iniciado, van a tener cubierto el cien por cien de la población? ¿O su grupo en ese momento estaba usando este caso como un caso de absoluta demagogia y, lo que es peor, jugar con conceptos como riesgo, muerte, padecimiento, para hacer política en esta Cámara?

En segundo lugar, le pregunté qué objetivo de adhesión. Es igual el término adhesión que adherencia, pero en la primera ocasión sabe usted que es adhesión, cuando se permanece sería adherencia. ¿Qué objetivo de adherencia, adhesión, tienen ustedes y cuándo piensan alcanzarlo?

En tercer lugar, ¿cuántos facultativos especialistas de área van a contratar, cuándo y dónde van a estar sus destinos, dónde van a tener asignado su puesto de trabajo? ¿Y qué espera media tienen ustedes planteada como objetivo desde que se detecta y se confirma el positivo hasta que se realiza la colonoscopia? Eso sí es un tiempo realmente importante, eso sí es determinante, que un sistema que quiere llegar a toda la población y que quiere determinar la existencia de positivos, es decir, de alta probabilidad de riesgo de padecer cáncer colorrectal, evidentemente, inmediatamente tiene que responder con la siguiente prueba, que es la colonoscopia.

Espero que nos responda ahora a estas preguntas. Y si no pues se las iremos formulando a lo largo de este tiempo.

Muchísimas gracias.

La señora ALBÁS VIVES, PRESIDENTA DE LA COMISIÓN

—Gracias, señor Ruiz.

Para finalizar esta comparecencia tiene el turno de palabra el señor consejero.

El señor AGUIRRE MUÑOZ, CONSEJERO DE SALUD Y FAMILIAS

—Totalmente de acuerdo en que hay que implicar a atención primaria. Atención primaria es la que tiene que incitar, la que tiene que educar para la salud, a través de enfermería, a través de los propios médicos de familia. Son las que tienen que informar y formar a los pacientes de la importancia que es que cuando les lleve el kit a su casa hagan un uso responsable de él y lleven las muestras a la misma atención primaria. Atención primaria es quien tiene que meter los datos dentro de lo que es su historia clínica, la historia clínica del paciente. Atención primaria debe también recordar a los propios pacientes la necesidad de volverse a repetir cada dos años la prueba. Crear ese hábito. En próstata, por ejemplo, llegas y cada dos años el propio médico de atención primaria te dice: «Jesús, que te toca ya hacerte el PSA». Y tú coges y te haces el PSA. Es decir, empezas, ya hemos entrado en esa dinámica. Ese es el concepto que yo hablo de entrar en esa dinámica. Y por supuesto que tiene que pivotar sobre atención primaria.

Las colonoscopias se hacen en todos los hospitales comarcales, entra dentro de la cartera de servicios de los hospitales comarcales y de los hospitales... Sí, en todos se está haciendo ahora mismo. Y he estado yo últimamente en algún que otro viendo específicamente cómo ampliar el tema de colonoscopias para evitar esos cuellos de botella, que pensamos que en el momento en que extendamos al cien por cien de la población podemos conseguir evitar esos..., y que en menos de tres meses tengamos la certeza de que desde que se te hace la prueba hasta que se hace la colonoscopia y tienes el informe de la posible biopsia pasa un tiempo menor de tres meses.

Por supuesto, con Adelante Andalucía, salud pública, hemos hablado antes, lo que es hábitos saludables. El arbolito desde chiquitito. Se ha hablado aquí también de Educación para la Salud a nivel de las escuelas. Eso es una asignatura que queremos implementar, todo el tema de la importancia que es meter la salud pública. Lo he dicho antes, siempre hablamos del sistema sanitario de salud, y a nosotros nos encanta hablar también de sistema de salud pública. Y salud pública es prevención y promoción de la salud, y crear hábitos saludables. Si tenemos hábitos saludables en alimentación y salud estamos haciendo una prevención específica del cáncer colorrectal. ¿Y desde dónde? Desde la escuela, desde la buena alimentación, hábitos sanos. Eso es importantísimo, el arbolito desde chiquitito, como siempre decimos.

Por supuesto... Vamos a ver, que no me pierda mucho. La cobertura. Vamos, la cobertura, nuestra idea es que llegue al cien por cien de la población para el 2020. Esto tiene un tipo de cadencia. Hemos empezado de 65 a 69, luego viene la franja de 60 a 65, luego viene la franja de 55 a 60 y luego la de 50 a 55. Se van implementando, cada seis meses se va metiendo esa franja. Cada franja supone unas 500.000 cartas, unas 500.000 llamadas. Y luego se van metiendo, cada dos años se van metiendo ya en la dinámica los que van cumpliendo años más los que se les ha hecho y ha salido negativo, se les va metiendo cada dos años lo que son los test ocultos en heces. El tema es que el cien por cien de la población esté, para finales de 2020 tenga..., haya tenido ya opción a esto. Si hubiéramos mantenido la misma cadencia, cadencia, que tenía antes, que estábamos rondando, como he dicho antes, un 15% o un 16%, nos hubiéramos metido en el año 2023. El anterior Gobierno, siguiendo la velocidad de crucero que llevaba, nos plantábamos en 2023 o 2024. Nosotros lo que hemos hecho era el impulso, el impulso como forma de ir salvando vidas. De ahí la importancia de meterlo, y meterlo como tema de salud, como tema preventivo, y meterlo, por qué no, meterlo en el primer Consejo de Gobierno, para que vean que el primer Consejo de Gobierno intenta, como siempre he dicho antes, salvar vidas. ¿Y qué cosa más importante que salvar vidas que a base de este test para evitar el cáncer colorrectal?

Y ya he dicho antes el tiempo que tenemos de cadencia, desde una cosa hasta que te hacen la colonoscopia, un máximo de tres meses. Lo tenemos perfectamente cualificado.

El personal. Estamos haciendo el estudio, a través de la dirección general, referente a las necesidades, ahora mismo, de posible aparataje de colonoscopia y, sobre todo, lo que es más complicado: posibles especialistas en digestivo para poder hacer esas colonoscopias.

Todo eso se está valorando en tiempo y forma. Ahora mismo no existe ese cuello de botella, el cuello de botella es pequeño, pero como queremos extender la llegada de cartas de forma masiva, tenemos que actuar, es decir, de una situación proactiva antes de que se dé el problema intentar solucionarlo, y eso es lo que

DIARIO DE SESIONES DEL PARLAMENTO DE ANDALUCÍA

Núm. 34

XI LEGISLATURA

27 de febrero de 2019

estamos ahora haciendo, hablando con todos los de aparato digestivo para intentar adecuarlos a lo que nos puede llegar. Eso es preventiva también.

Sin más, pues muchísimas gracias, presidenta.

La señora ALBÁS VIVES, PRESIDENTA DE LA COMISIÓN

—Gracias, consejero.

11-19/APC-000045. Comparecencia del consejero de Salud y Familias, a fin de informar sobre previsiones de construcción del tercer hospital de Málaga

La señora ALBÁS VIVES, PRESIDENTA DE LA COMISIÓN

—Pasamos a la segunda solicitud de comparecencia, en este caso, solicitada única y exclusivamente por el Grupo Parlamentario Socialista, y es sobre las previsiones de construcción del tercer hospital de Málaga.

Para ello, tiene la palabra el señor consejero por un tiempo no superior a 15 minutos.

El señor AGUIRRE MUÑOZ, CONSEJERO DE SALUD Y FAMILIAS

—Gracias, señora presidenta.

Señorías, quiero agradecer, quiero agradecer de corazón al Grupo Socialista su interés por este tercer hospital de Málaga, que es el motivo por el que se solicita mi comparecencia hoy en esta comisión.

Y le agradezco que ahora, ahora que están en la oposición, tengan este interés por el proyecto y que, desgraciadamente, no tuvieron cuando estuvieron en el Gobierno, porque esta es una historia de promesas incumplidas, señorías, por anteriores gobiernos socialistas.

El Partido Socialista recordará que en el año 2007, la entonces consejera señora Montero, fue a la ciudad de Málaga y prometió la construcción de un hospital y añadió que la construcción de este hospital se iba a realizar en un periodo de dos años, es decir, que tenía que estar para el 2009.

No debemos olvidar que se estaba preparando una gran protesta, en aquellos momentos, se estaba preparando una gran protesta ciudadana y, curiosamente, unos días antes la consejera realiza esta promesa. Posteriormente, el señor Griñán, como presidente de la Junta, también asumió el compromiso de construir un nuevo hospital. En el 2007 se promete, por el Partido Socialista, un nuevo hospital de Málaga, a lo largo de 12 años se reiteran las promesas.

En el 2019 podemos constatar que no se ha construido ese nuevo hospital. Y hoy es la primera comparecencia que me solicita el Partido Socialista en comisión, se preocupan por la construcción de este tercer hospital de Málaga, por lo que sinceramente se lo agradezco. Con su solicitud, me da la oportunidad de expresar el compromiso del Gobierno de la Junta de Andalucía actual al cien por cien con la construcción del tercer hospital de Málaga. Es el mismo compromiso que tenía el Partido Popular en la oposición y que hoy nos reafirmamos estando en el Gobierno. Es una de las prioridades de esta consejería.

Señorías, ¿por qué defendíamos y defendemos la construcción de un nuevo hospital en Málaga? Porque se constataba una serie de déficits que presenta la atención hospitalaria malagueña, primero, el déficit de camas, déficit de quirófanos y otras áreas de gran importancia, como es el hospital de día.

La obsolescencia y deterioro de la estructura hospitalaria, de los equipamientos básicos y de las tecnologías esenciales, inadecuación de estructuras y dotación de las urgencias hospitalarias, escasa modernización tecnológica e incorporación tardía en el contexto de la comunidad autónoma, elevada dispersión de los centros hospitalarios que dificultan y hacen insuficientes la gestión y coordinación asistencial.

Los hospitales universitarios de Málaga deben mejorar sus instalaciones para dar respuesta a una investigación y a la docencia, idoneidad de mantener edificios como el Hospital Civil, los pabellones A y B, por su importancia para la ciudad. Además, las tendencias demográficas muestran un crecimiento positivo de la población de Málaga en las próximas décadas, acompañado del incremento de la población mayor de 65 años.

En marzo de 2017 la Consejería de Salud hizo el encargo de abordar un estudio sobre la situación hospitalaria de Málaga, principalmente del área metropolitana. El proyecto, denominado «Organización de la Asistencia Hospitalaria en Málaga para la Atención Integral del Paciente» estaba dirigido por el señor don José Luis García Arboleya, que constituyó el Comité Coordinador para el desarrollo de este.

Este comité debiera dar respuesta a dicho proyecto contando con la participación de profesionales y pacientes como usuarios principales de la sanidad malagueña. Para el desarrollo de este proyecto se ha contado con la implicación y participación de profesionales y pacientes, movilizándolo alrededor de 320 profesionales y 45 representantes de las asociaciones de pacientes.

Así, han participado profesionales de múltiples disciplinas, colegios profesionales, asociaciones de pacientes, colectivos vecinales, organizaciones vecinales, sindicatos, Universidad de Málaga y el propio ayuntamiento de la ciudad, a través del Consejo Social de Ciudadanos.

Quisiera agradecer, en nombre de la Junta de Andalucía, la colaboración, el compromiso y la participación de este grupo de trabajo que ha hecho una magnífica labor. Quisiera también poner en valor que el trabajo destaca por su alto grado de consenso y diálogo del proyecto. El desarrollo del proyecto se preveía llevar a cabo en cuatro fases en un plazo de 15 meses.

La propuesta del grupo de expertos de la Organización de Asistencia Hospitalaria en Málaga para la Atención Integral del Pacientes establece: primero, mantener la diferenciación de las dos áreas hospitalarias de Málaga capital para el tratamiento del paciente agudo, dada la situación aquí histórica, grado de dispersión y de dotación tecnológica del Hospital Regional Universitario de Málaga proponen concentrar en un área geográfica la atención al paciente agudo y de su zona de influencia, incorporando la construcción de un nuevo edificio y buscando soluciones arquitectónicas que permitan integrar el Hospital Materno Infantil, el Hospital Civil y el nuevo hospital.

Segundo, concentrar en un hospital específico la atención al paciente subagudo. Con ello se busca dar respuesta al cambio de orientación de las necesidades sanitarias de la población. Dadas las necesidades provocadas por el progresivo envejecimiento de los ciudadanos, con una mayor esperanza de vida y, por ende, la importante irrupción que han hecho las enfermedades crónicas, es una demanda de la atención que entronca directamente con el modelo sanitario de este Gobierno proponer un plan de mejora para el Hospital Universitario Virgen de la Victoria, a partir de la integración de las propuestas de los grupos de trabajo.

Señorías, a comienzo del verano de 2018 los coordinadores de los grupos de expertos entregaron a la Consejería de Salud los documentos junto con las aportaciones de esto sobre el modelo de hospital que se necesita en Málaga, que debe dar respuesta a los siguientes objetivos y a los criterios asistenciales del trabajo de los propios expertos: primero, el nuevo hospital será de alta especialización en relación con las especialidades de referencia, la tecnología clínica y la dotación de unidades especiales.

Segundo, incorporará los modelos más evolucionados de asistencia sanitaria, definiendo el nuevo hospital como centro sanitario de alta resolución, basado en un modelo de atención integral al ciudadano, que

contemple tanto en el diseño como en la organización y coordinación de todos los recursos las posibilidades que ofrecen las más sofisticadas tecnologías sanitarias de diagnóstico y tratamiento disponibles, así como las nuevas tecnologías de información y de comunicación.

Tercero, están orientados hacia la calidad total y la excelencia en todos los servicios. Aprovechar todas las alternativas actualmente disponibles a la hospitalización tradicional de los pacientes como exigencia de calidad y de gestión adecuada de los recursos.

Cuarto, potenciar las unidades funcionales de diagnóstico y tratamiento orientado a actividades, a la resolución eficaz de los problemas en régimen ambulatorio de urgencias.

Quinto, priorizar la accesibilidad de los pacientes, incluido el compromiso de mejora de los tiempos de demora y de reducción de las listas de espera.

Sexto, ser, además, un hospital de referencia en especialidades de alta complejidad para Málaga, el hospital para la población de distrito Málaga, adscrito al actual Hospital Regional Universitario de Málaga, debiendo cumplir ambos objetivos de forma equilibrada.

Séptimo, ser un hospital cooperativo y complementario dentro de la red del Sistema Sanitario Público de Andalucía. Para ello, adoptará sistemas de intercomunicación eficaces para la coordinación asistencial con atención primaria y el resto de los hospitales.

Y octavo, ser un hospital competitivo en las facetas científico-técnicas de organización asistencial, de docencia, de investigación, tanto en el entorno del sistema sanitario público de Andalucía como en el ámbito nacional e internacional.

El modelo que los expertos proponen para la organización de la asistencia hospitalaria en Málaga va a ser una iniciativa de vanguardia e innovadora, pensada para los ciudadanos y garante de la accesibilidad y equidad. Además, priman aspectos como la seguridad y la calidad que se ofrece a los pacientes y a los profesionales que trabajan en el centro hospitalario, respetando el entorno eficiente y sostenible.

El modelo propone el trabajo en red y coordinado entre hospitales y atención primaria. Así mismo, es un modelo que pone énfasis en la humanización de la asistencia, la intimidad, la confortabilidad y la personalización de la atención sanitaria. Por tanto, las habitaciones serán individuales. La innovación tecnológica es también clave en este modelo para favorecer la continuidad y la modernización de la asistencia, como también lo es que tenga en cuenta la necesidad de docencia, pregrado y posgrado, y de formación e investigación.

En el último trimestre del año 2018, técnicos del Servicio Andaluz de Salud, tras estudiar y valorar la documentación presentada por los grupos de trabajo, han elaborado un plan arquitectónico funcional del nuevo hospital de agudos de Málaga. El nuevo centro contará con una superficie construida de cerca de 162.000 metros cuadrados, y se distribuirá en once áreas funcionales. El nuevo edificio sanitario tendrá 816 habitaciones de uso individual, 213 consultas de especialidades, una Unidad de Cuidados Intensivos con 70 puestos de boxes individuales, un servicio de Urgencias, 52 quirófanos, una Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria con 57 puestos, diferentes hospitales de día —Quirúrgico, Médico Polivalente, Oncohematológico y de Diabetes—, Área de Hemodiálisis, Área de Hemodinámica, Área de Salud Mental, Área de Rehabilitación, Área de Radioterapia, Área de Radiodiagnóstico, Laboratorios, Medicina Nuclear y Anatomía Patológica, entre otros servicios asistenciales. El futuro hospital permitirá ampliar la cartera de servicios, especialmente en

aspectos quirúrgicos, ya que incorpora quirófanos híbridos, uno de ellos con TAC y el otro con resonancia nuclear magnética, con lo que se pueden llevar a cabo intervenciones mucho más complejas.

En lo relativo a espacios, permitirá crecer, en confort y en intimidad, beneficiándose no solo la población sino todos los profesionales que trabajen en él.

Señorías, desde la Consejería de Salud y Familias se apuesta por la construcción de este nuevo centro. Por ello, el pasado 15 de febrero, el nuevo gerente del Servicio Andaluz de Salud, Miguel Moreno Verdugo, que tenemos el honor de que esté con nosotros en la sala, se reunió con los coordinadores de los grupos para conocer de primera mano los aspectos relevantes de este proyecto. Es un compromiso firme de este Gobierno con Málaga y con todos los malagueños.

Muchas gracias.

La señora ALBÁS VIVES, PRESIDENTA DE LA COMISIÓN

—Gracias, consejero.

Turno ahora de palabra del señor Ruiz Espejo, que habla por parte del Grupo Socialista.

El señor RUIZ ESPEJO

—Muchas gracias, señora presidenta.

Señor consejero, gracias por la aclaración en esta comparecencia sobre los datos que nos ha aportado del compromiso de la consejería con este proyecto del tercer hospital para Málaga. Aunque difiera de la exposición o cómo iniciaba la exposición, con los proyectos fallidos de anteriores gobiernos, que creo que no es el caso que traemos en este momento. Porque sí me gustaría resaltar que en este momento existe en la provincia de Málaga un alto grado de consenso, no solo institucional sino también social, sobre la construcción de este tercer hospital. Y además también entiendo que se dan las condiciones, desde el punto de vista de las necesidades sanitarias, y también de las oportunidades presupuestarias, para abordar una inversión de calado de la misma, como usted ha descrito en el Plan Funcional que el grupo de profesionales y expertos que han estado trabajando, coordinados por el señor García de Arboleya, han propuesto a la propia consejería, y además los propios estudios que del mismo han hecho los técnicos de la consejería recomiendan y establecen incluso el presupuesto de inversión que esto supondría que, sabe, rondaría los 230 millones de euros. También se ha hablado incluso de plazos, cuestiones que evidentemente nos preocupan, y por eso queríamos traer hoy esta comparecencia para conocer cuáles eran las previsiones que tiene su consejería sobre este proyecto que, evidentemente, compartimos que la consejería lo haya establecido ya como una prioridad. Por tanto, entendemos que se va a trabajar en esa línea. Pero evidentemente queremos resolver algunas cuestiones relativas a todas estas cuestiones que preocupan a la sociedad malagueña, que preocupan a los profesionales y evidentemente también preocupan a este grupo, referentes a los plazos, referentes a las gestiones que todavía se tienen que realizar para que se vaya cumpliendo parte de lo que ya establecía ese cronograma, que además usted sabe también que su propio grupo, el Grupo Popular, había exigido, había pedido en algunas ocasiones a la propia consejería y también a este Parlamento y a esa comisión.

Pero, como le decía, pocos proyectos podemos decir ahora mismo que concitan el apoyo y el consenso institucional y social en Málaga, y no sé si en Andalucía, como este proyecto del tercer hospital para Málaga. Apoyo institucional que se ha dado en la Diputación de Málaga, con mociones y propuestas que han apoyado todos los grupos que están representados en la propia Diputación Provincial, o también el propio Ayuntamiento de Málaga. La propia Diputación además sabe que es la propietaria de los terrenos donde este grupo de profesionales y expertos recomiendan la ubicación de este hospital, en el entorno del Hospital Civil y del Materno-Infantil de Málaga. Por tanto, es la Diputación la que tiene que realizar las cesiones del suelo para poder desarrollar los trámites necesarios para licitar primero la redacción del proyecto y, evidentemente, la ejecución de las obras posteriormente. Por tanto, creemos que es la primera institución que tiene que comenzar a dar pasos. Y por eso desde el Grupo Socialista en esta institución se ha instado también en varias ocasiones a que se culmine el procedimiento de cesión de los terrenos para que se pueda iniciar la construcción o redactar el proyecto de este tercer hospital. Además, la propia institución también se ha comprometido a colaborar incluso en la financiación de parte de las obras del mismo, cuestión que no sería la primera vez, porque ya hay antecedentes en que la propia institución ha colaborado en la financiación de, por ejemplo, una de las infraestructuras hospitalares comarcales que se realizaron en la provincia de Málaga, concretamente el Hospital del Guadalhorce, donde la Diputación Provincial hizo también una aportación económica, ya digo, igual que ha aprobado su Pleno para realizar aportación también en el caso de este hospital.

Como le decía, usted lo decía, me gustaría también reconocer aquí en esta comisión el trabajo que han realizado la más de 300 personas, entre profesionales de múltiples disciplinas, colegios profesionales, asociaciones de pacientes, colectivos vecinales, organizaciones sindicales, la provincia Universidad de Málaga o el Consejo Social Ciudadano del propio Ayuntamiento de Málaga, que han participado para el diseño de este modelo hospitalario de Málaga y el Plan Funcional del tercer hospital, reconociendo que han hecho un gran trabajo, serio, riguroso y que evidentemente ha suscitado un gran consenso social e institucional, y además que ha generado también una expectativa social que entendemos no se debe defraudar, y por tanto debemos completar todos los trámites necesarios para conseguir dar los siguientes pasos.

Ha referido usted claramente qué es lo que recoge ese modelo de hospital: mantiene las dos áreas hospitalarias actuales, dedica uno de los hospitales actuales a acoger la atención para crónicos o de cuidados intermedios; plantea este hospital con más de 800 camas, usted dice 816 habitaciones y camas. Y, por tanto, que vendría a resolver las necesidades desde el punto de vista sanitario y hospitalario que tiene la ciudad de Málaga. Y además plantea un proyecto claramente tecnológico e innovador, como usted también muy bien se ha referido.

En este sentido, creemos que el siguiente paso tiene que realizarlo la Diputación Provincial de Málaga, para ceder de forma definitiva los suelos y que, por tanto, la consejería pueda iniciar la licitación de la redacción del proyecto, de manera que no nos retrasemos ni un mes más en los siguientes pasos que la tramitación de este proyecto tiene que continuar, como es el compromiso —usted mismo ha dicho ya— de su consejería, y entiendo también de esta comisión y del resto de grupos.

Esperamos que en los contactos que se han tenido se haya avanzado en esta sección, para que se pueda realizar de forma definitiva. Además, aprovechamos ahora que el anterior presidente de la Diputación es

el actual consejero de Presidencia, por tanto conoce perfectamente el proyecto, conoce los trámites y sabe que se han retrasado por no sabemos qué motivos de la institución provincial de Málaga. Por tanto, entendemos que no hay ningún tipo de excusa, que el Gobierno andaluz tiene que demostrar su verdadero compromiso con la construcción de este nuevo hospital para Málaga, realizando estos trámites y, por tanto, iniciando la cesión de esos terrenos de forma definitiva.

Y sí nos gustaría conocer algunas cuestiones que le voy a plantear para que me pueda responder.

La señora ALBÁS VIVES, PRESIDENTA DE LA COMISIÓN

—Señor Ruiz, tiene que ir finalizando, por favor.

El señor RUIZ ESPEJO

—Sí. Con tres preguntas.

Primero, entiendo que se va a respetar el Plan Funcional que han realizado los expertos, porque usted lo ha descrito y, por tanto, lo asume la consejería. Si se va a agilizar, siguiente pregunta, si se va a agilizar la construcción del nuevo centro y se va a iniciar de inmediato la cesión de esos terrenos por parte de la Diputación Provincial. Si se ha mantenido algún contacto con la Diputación Provincial para que también colabore en la financiación. O si han contemplado ya el calendario con respecto a la construcción de este nuevo hospital, y se compromete a la ejecución, en el plazo de seis años, como había solicitado su grupo y como incluso se había alcanzado en el acuerdo institucional y social que en la ciudad de Málaga se ha desarrollado en torno a todo este proyecto.

Muchas gracias.

La señora ALBÁS VIVES, PRESIDENTA DE LA COMISIÓN

—Gracias, señor Ruiz.

Turno ahora de palabra para el señor consejero.

El señor AGUIRRE MUÑOZ, CONSEJERO DE SALUD Y FAMILIAS

—Gracias, señora presidenta.

Señor Ruiz, a mí me encanta que rememos todos hacia el mismo sitio. Yo creo que este tema lo tenemos clarísimo: la necesidad de que Málaga cuente con un tercer hospital es un tema que no tiene... El tema es la —muchas veces lo digo— voluntad política; la voluntad política de un Gobierno se refleja en los Presupuestos Generales de la Junta de Andalucía. En los Presupuestos Generales de la Junta de Andalucía del año 2018 no venía nada, ninguna reseña específica, para el tercer hospital de Málaga.

Los del año 2019, no lo dejaron hechos, porque no les interesó a ustedes dejarlos aprobados. Y hubiera sido, pues mira, todo un detalle dejarlos aprobados con una partida específica presupuestaria para este hospital de Málaga; no llegaron, pero, bueno...

Lo que sí le digo es la voluntad y la garantía de que este Gobierno tendrá partida específica, dentro de los presupuestos, para este tercer hospital de Málaga.

Referente... Ustedes, en el año 2018, dijeron que la idea sería que, a final de este año 2018, a principios de..., poder licitar ya la redacción del proyecto y dirección de obras. En este sentido, esa es también nuestra previsión, en cuanto a financiación; eso es lo que ustedes dijeron. Sin embargo, la realidad es que los presupuestos, como he dicho antes, de 2018, en el Servicio Andaluz de Salud, no existía ninguna consignación específica para este proyecto.

Y respecto a los presupuestos del año 2019, como he dicho antes, prefieren motivos electorales para no haberlos convocado.

Por tanto, no se ha contemplado la financiación, como dijo la anterior consejera.

Lo que sí le transmito desde aquí es la voluntad, la voluntad sería de este Gobierno, de incluir en los presupuestos de 2019 —que se presentarán yo espero que dentro de pocos meses, en esta Cámara—, las partidas presupuestarias necesarias para contratar los estudios previos, el proyecto de obras y la edificación y la dirección facultativa de la misma.

Una vez que esté redactado el proyecto, la voluntad sería iniciar las obras para el año 2020. Lo que nos va a condicionar el inicio de las obras es la fecha en que finalice la redacción del proyecto, pero nuestra idea es que ya, para el año 2020, venga una partida presupuestaria específicamente para este proyecto.

En estos momentos, en el Servicio Andaluz de Salud, se está evaluando y estudiando la mejor ubicación del hospital. Tenemos la cesión, por parte de la Diputación —pendiente nada más que de la firma con la Junta de Andalucía— de los terrenos que ellos andaban... Tiene el visto bueno —y ustedes lo saben perfectamente— del pleno de la Diputación.

Hay un diálogo continuo para mirar cuál va a ser el plan funcional del hospital, y hay un diálogo continuo con el resto de las instituciones y todos los agentes sociales de Málaga.

Una vez que esté determinada la mejor ubicación, teniendo en cuenta que tenemos el plácet de aquellos terrenos que nos tienen que ceder, se anunciará públicamente, y empezaremos ya la licitación de lo que es el proyecto de obras.

Nos tenemos que remontar, quizás, al año 1998, donde ya se hizo el primer proyecto de reforma del Hospital Carlos Haya; un proyecto que nos hemos tirado veinte años esperando para, al final, volver a decir que lo que hay que hacer es un tercer hospital, a nivel de Málaga. Es así, llevamos muchísimo tiempo en el cual se ha vendido mucho humo con el tema este, y nosotros lo que queremos es llevarlo a una realidad.

Yo espero que vayamos todos de la mano; tanto el Gobierno, como por supuesto el Grupo Parlamentario Socialista, como el resto de los grupos de la Cámara, porque es una realidad; es una necesidad, y al ser una necesidad, tenemos que darles salida nosotros a la petición que nos hacen todos los malagueños, de cara a esa necesidad de ese hospital, tercer hospital de Málaga.

Muchas gracias.

La señora ALBÁS VIVES, PRESIDENTA DE LA COMISIÓN

—Gracias, consejero.

Segundo turno de intervención para el portavoz del Grupo Socialista, el señor Ruiz. Por un tiempo no superior a tres minutos.

El señor RUIZ ESPEJO

—Muchas gracias. Espero intentar no pasarme.

Gracias, consejero.

Evidentemente, nos complace que exista esa voluntad —y su palabra— de la garantía de que vamos a tener presupuesto en 2019 para iniciar esos primeros trabajos de estudio y de redacción de proyectos, incluso facultativas —direcciones facultativas—, que se necesitan para comenzar con ellos, y que se está en conversaciones, por tanto, con la institución provincial, la diputación provincial, para la cesión de los terrenos en la ubicación ya elegida, o ya escogida, incluso ofrecida, por parte del ayuntamiento y la propia diputación. Pero entienda que solo con voluntad y garantía de palabra, tendremos que estar, desde el Grupo Socialista —en este caso, en el Parlamento— vigilantes para que eso se cumpla, se dé y, evidentemente, se continúe con los trámites que son necesarios. Y ahí es donde está nuestra preocupación.

Es verdad que ha habido un gran diálogo y periodo de reflexión para buscar el mejor modelo hospitalario en sanidad para Málaga, especialmente para la ciudad de Málaga. Y también es verdad que se han hecho avances en el resto de la provincia en infraestructuras, que han mejorado la atención y la asistencia en todas las provincias, pero creo que este consenso que se ha alcanzado en este momento es un buen paso, y un paso definitivo.

Reiteramos: nosotros entendemos que, primero, se necesita la cesión definitiva de los terrenos, para que ustedes puedan encargar la redacción del proyecto. Y este es un primer paso que es fundamental; por tanto, ahí creemos que se deben realizar todas las gestiones para cumplimentar ese trámite, que es previo y que es necesario.

Y, desde luego, desde el Grupo Socialista, vamos a pedir que se respete el plan funcional que han propuesto los expertos y los profesionales —entiendo que usted ha confirmado que sí—. Segundo, que se respete el acuerdo institucional entre el ayuntamiento, diputación, para que, en la ubicación que se ha ofrecido, se realice este proyecto, y que se realice en los plazos en que están comprometidos con el grupo de expertos —en los seis años—, de manera que pueda estar en funcionamiento en el año 2024. Y para ello es necesario que en este mismo año, cuanto antes, se realice la cesión del suelo por parte de la Diputación Provincial de Málaga y se ponga en marcha ya la licitación, con inmediatez, para la redacción del proyecto. Es lo único que hará que podamos cumplir ese compromiso de que, en 2024, esté operativo y funcionando este tercer hospital para Málaga. Y, para ello, va a tener el apoyo de esta Grupo Socialista, en esta comisión y en el Parlamento.

Muchas gracias.

La señora ALBÁS VIVES, PRESIDENTA DE LA COMISIÓN

—Gracias, señor Ruiz.

Para cerrar este turno de comparecencias, tiene la palabra el señor consejero.

El señor AGUIRRE MUÑOZ, CONSEJERO DE SALUD Y FAMILIAS

—Gracias, señor Ruiz.

Por supuesto, es obligación suya, y de su grupo parlamentario, estar vigilantes y controlar al Gobierno referente en sus compromisos. Luego, ahí estamos; sabemos perfectamente cuáles son las funciones de cada uno, dentro de lo que es esta Cámara. Luego, sin ningún problema.

Desde aquí, sí quisiera ya terminar, como última intervención, manifestar el compromiso —vuelvo otra vez a manifestarlo—, el compromiso del Gobierno con el proyecto de la construcción del nuevo hospital de Málaga. Es un compromiso que, como he manifestado aquí, es firme, firme y sin contemplaciones; que vamos a incluir partidas en los Presupuestos Generales del año 2019, que hasta ahora no ha habido ninguna partida en presupuestos anteriores. Es la primera vez, como he dicho antes, donde el compromiso se ve reflejado donde hay que reflejar los compromisos, que son en los Presupuestos Generales de la Junta de Andalucía. De ahí, vuelvo a pedir que todos aprobemos, a la mayor brevedad, esos presupuestos, pues para tener ese dinero para la licitación.

Con esta nueva infraestructura, queremos dar una solución definitiva a la atención hospitalaria, a nivel de Málaga; dar respuesta —como he dicho antes— al déficit de camas, al déficit de quirófanos, de servicios de urgencias; a la obsolescencia de las infraestructuras sanitarias, y a la escasez en la modernización tecnológica.

Queremos pasar de las promesas incumplidas, a los hechos, a las realidades; a la mejor calidad de nuestra asistencia sanitaria.

Señorías, y para finalizar, quisiera reiterar, por supuesto, mi agradecimiento, en nombre de la Junta de Andalucía, a la colaboración y compromiso, y a la participación, del grupo de trabajo, que han hecho un magnífico trabajo, y que seguirán haciendo ese magnífico trabajo, que nos llenará de ideas a los que estamos ahora mismo a nivel de la Junta de Andalucía, para llegar al mejor hospital, al mejor tercer hospital de Málaga.

Por supuesto que los plazos de seis años, los aceptamos; los aceptamos y nos comprometemos a, en seis años, tener, al menos, lanzado ya el hospital —ojalá lo tuviéramos ya perfectamente construido, y al cien por cien—, pero, al menos, empezando el funcionamiento.

Por supuesto que he dicho antes: el plan funcional lo hemos asumido; si no, no lo hubiera dicho yo en mi primera intervención. ¿Por qué? Porque está hecho, quizás no con un cariz político; son los expertos, que es la importancia, la importancia es que no tomemos decisiones políticas, sino que los expertos nos digan qué decisiones tenemos que tomar para ser eficientes a la hora de la gestión de los recursos públicos que pone la sociedad en nuestras manos. De ahí nuestro agradecimiento a los profesionales de múltiples disciplinas —lo he dicho antes—: colegios profesionales, asociaciones de pacientes, colectivos vecinales, organizaciones vecinales, sindicatos; la Universidad de Málaga, y el propio ayuntamiento y, por supuesto, la Diputación de

DIARIO DE SESIONES DEL PARLAMENTO DE ANDALUCÍA

Núm. 34

XI LEGISLATURA

27 de febrero de 2019

Málaga, y el ayuntamiento, a través de su Consejo Social Ciudadano; a todos ellos. Yo creo que este es un proyecto muy compartido, muy compartido, y que, con un Gobierno de cambio, va a ser una realidad.

Muchísimas gracias.

La señora ALBÁS VIVES, PRESIDENTA DE LA COMISIÓN

—Gracias, consejero.

Finalizamos ya el primer punto del orden del día.

11-19/POC-000006. Pregunta oral relativa a servicio de limpieza del hospital de La Línea de la Concepción

La señora ALBÁS VIVES, PRESIDENTA DE LA COMISIÓN

—Pasamos al segundo punto del orden del día que son preguntas con ruego respuesta oral en comisión. Informarles de que el Grupo Parlamentario Adelante Andalucía ha retirado su pregunta que hace referencia a las clínicas iDental. Y también que el Grupo Parlamentario de Ciudadanos, que tenía dos preguntas registradas o que hacían referencia a Andalucía occidental y Andalucía oriental, ha decidido unirlas en una sola pregunta para que la pueda luego contestar el señor consejero.

Recuerdo, una vez más, que los tiempos de intervención en las preguntas son de dos minutos y medio, por parte tanto del portavoz como por parte del consejero.

Y, sin más, tiene turno de palabra ahora la portavoz de Adelante Andalucía, la señora Nieto.

El señor NIETO BALLESTEROS

—Gracias, presidenta.

Buenos días.

Consejero, como ya le anticipábamos en su primera comparecencia en la comisión, íbamos a traerle de manera recurrente situaciones que afectaban a trabajadores y trabajadoras del sistema de salud, aunque directamente en muchas ocasiones no fuesen personal sanitario.

El primer ejemplo que le traemos es este, la situación de la limpieza hospitalaria en el hospital de La Línea. Un hospital extraordinario, nuevo, que hacía mucha falta en el Campo de Gibraltar; pero que tiene unas dimensiones en metros cuadrados que duplican, y más, las instalaciones del hospital antiguo, que se ha cerrado para abrir este. Se está haciendo con el mismo personal que se hacía la limpieza del anterior. Y esto requiere, consejero, como le explicamos en la exposición de motivos, una ampliación del pliego de condiciones para reforzar el servicio y para que haya un número de mujeres —porque son fundamentalmente mujeres— mayor en todos los turnos, que tengan su contrato a jornada completa y que puedan prestar su trabajo en unas condiciones adecuadas. No se nos escapa y seguro que a usted tampoco que la limpieza en unas instalaciones hospitalarias es fundamental, y la verdad es que esa plantilla no puede atender unas instalaciones que tienen, como le digo, más del doble del espacio disponible que tenía el anterior hospital.

Por tanto, queríamos saber si hay alguna previsión de ampliar ese pliego y de tomar algunas medidas que mejoren esta situación y refuercen el servicio de limpieza en el hospital de La Línea.

Gracias.

La señora ALBÁS VIVES, PRESIDENTA DE LA COMISIÓN

—Gracias, señora Nieto.

Turno ahora de intervención del señor consejero, por un tiempo no superior a dos minutos y medio.

El señor AGUIRRE MUÑOZ, CONSEJERO DE SALUD Y FAMILIAS

—Gracias, señora Nieto.

El consejero de Salud es el consejero de todos los trabajadores, sanitarios y no sanitarios. Si el primer eslabón —y estamos hablando de limpieza— falla, mal van a hacer los siguientes eslabones sus funciones propias de atención sanitaria, de higiene, educación para la salud... Es decir, todos son trabajadores del propio sistema.

El servicio de la limpieza, como usted ha dicho, de La Línea, en marzo del año 2018, en el marco del expediente de contratación de los servicios de limpieza de centros pertenecientes al Servicio Andaluz de Salud de la provincia de Cádiz, en la licitación, que es a donde vamos, se ampliaba el servicio contratado respecto al que estaba vigente anteriormente, acorde a la nueva superficie, al aumento de superficie, en instalación. El proceso de licitación quedó desierto, como usted sabe. Y la respuesta es sí, tenemos previsto volver a licitar ese contrato.

Muchas gracias.

La señora ALBÁS VIVES, PRESIDENTA DE LA COMISIÓN

—Turno de palabra de la señora Nieto.

Gracias.

La señora NIETO CASTRO

—Gracias, presidenta.

Efectivamente, es lógico que quedase desierto, una de las razones fundamentales por las que este servicio arrastra dificultades es que el pliego que dio origen a esta concesión fue recortado en un 20% con respecto al anterior. Ya entonces los sindicatos alertaban de que con un recorte así difícilmente se iba a poder hacer un servicio con una calidad adecuada. Por tanto, consejero, le agradeceríamos...

No le voy a hablar de la gestión directa, que entendemos que sería lo que garantizaría la efectividad del servicio, porque no habría que distraer dinero ni en el IVA ni en el beneficio industrial; pero, si va a hacer un nuevo pliego, que tenga en cuenta, por un lado, ese refuerzo de personal y esa jornada completa para dignificar el trabajo de estas trabajadoras, y, por otro lado, el remate de obras que quedan pendientes en las instalaciones porque carecen de vestuarios, carecen de un área de descanso dentro del edificio... Y también

son cuestiones importantes que nos ha pedido fundamentalmente Comisiones Obreras que le trasladáramos para que también adopte usted medidas al respecto.

Muchas gracias.

La señora ALBÁS VIVES, PRESIDENTA DE LA COMISIÓN

—Gracias, señora Nieto.

Turno de palabra del señor consejero.

Le resta un minuto y medio.

El señor AGUIRRE MUÑOZ, CONSEJERO DE SALUD Y FAMILIAS

—Gracias, señora presidenta.

Señora Nieto, actualmente se han vuelto a iniciar actuaciones para la nueva licitación de un expediente de contratación para centros pertenecientes a los dispositivos de atención primaria del hospital Punta de Europa, de La Línea, Algeciras, Campo de Gibraltar... Es decir, un expediente adecuado a precio de licitación, con cambios también en precios.

Por lo que respecta a la primera parte de la pregunta, el nuevo expediente de contratación introduce un número mínimo de presencias diarias, garantía de cobertura del cien por cien, mayor dotación presupuestaria, y nuevos procedimientos de control y evaluación de la ejecución del contrato, que permitirán una mejor calidad de la prestación del servicio de limpieza. En el expediente de contratación se liga el cumplimiento de las obligaciones adquiridas por el contratista con la retribución finalmente percibida por este.

Las presencias planteadas en el expediente, por el hospital de La Línea son las siguientes: 25 trabajadores de mañana —fíjese cómo sube—, 24 trabajadores por la tarde, y dos por la noche de lunes a viernes. Y por lo que respecta a los espacios de descanso —que también lo hemos preguntado— dentro del edificio, el vestuario de personal de limpieza se ha construido y se ha dotado de taquillas nuevas, tanto el masculino como el femenino, y se encuentra actualmente a falta de pequeños detalles, como puerta de separación de la zona de duchas, cuarto de baño y sellado de una llaga que hay en el suelo. Actualmente, dispone de una zona de estar de personal situada en el propio vestuario, dotada de mesa y sillones, en la que se desayuna y merienda. Y a dicho vestuario y zona de estar se puede acceder desde el interior del edificio —que se ha cambiado también— por lo que no es necesario salir fuera.

Muchas gracias, señoría.

La señora ALBÁS VIVES, PRESIDENTA DE LA COMISIÓN

—Gracias, consejero.

11-19/POC-000010. Pregunta oral relativa a nuevo centro de salud en Santiponce (Sevilla)

La señora ALBÁS VIVES, PRESIDENTA DE LA COMISIÓN

—Pasamos a la siguiente pregunta, también propuesta por el Grupo Parlamentario de Adelante Andalucía. Y en este caso interviene su portavoz, la señora Nieto. Y es referente al nuevo centro de salud en Santiponce, Sevilla.

La señora NIETO CASTRO

—Gracias, presidenta.

Efectivamente, este es otro tema al que también usted se comprometió a prestar mucha atención, la atención primaria, cómo estaba el equipamiento, las instalaciones... Sabemos que hay muchas carencias. Estamos, perfectamente, al tanto de que habrá que establecer unas prioridades. Pero, aunque aquí hacemos referencia, nos remontamos en la exposición de motivos al 2010. En el año 2016 y en el 2017 ya hubo otros hitos relevantes con respecto a las carencias de este centro de salud: un plan para reformar equipamientos sanitarios en la provincia de Sevilla, siete que estaban en una situación complicada. Y solo se inició la remodelación de dos de ellos, y este quedó atrás. Como usted sabe, que ya le habrán puesto al tanto, está en módulos prefabricados. La situación es..., vamos a dejarlo en regular. Y lo que queremos saber es en qué punto está la negociación de la Junta con el Ayuntamiento, y qué planificación tiene usted con respecto a poder dotar a Santiponce de un centro de salud en condiciones.

Gracias.

La señora ALBÁS VIVES, PRESIDENTA DE LA COMISIÓN

—Gracias, señora Nieto.

Turno ahora de palabra para el señor consejero.

El señor AGUIRRE MUÑOZ, CONSEJERO DE SALUD Y FAMILIAS

—Gracias, señora presidenta.

Señora Nieto, esta es una cuestión que, como usted sabe, se remonta al año 2010. En mayo de ese año, la Delegación de Salud instó a clausurar el antiguo centro de salud ante la amenaza severa de posible derrumbamiento. A partir de ese momento la actividad sanitaria se desarrolla en estructuras prefabricadas, como usted ha dicho. El 21 de junio de 2010, la Delegación Provincial de Sevilla de la Consejería y el Ayuntamiento firman del protocolo de intenciones para la construcción de un nuevo centro de salud, en 2010. En virtud de ese acuerdo, el ayuntamiento se compromete a ceder un solar con una superficie de al menos 1.884 metros cuadrados para la construcción de dos plantas del centro, y a contratar el proyecto y

la dirección facultativa. El 27 de abril de 2016, el ayuntamiento ofrece a la consejería dos posibles solares, pero cuando los técnicos van a visitarlos, el ayuntamiento comunica que solo puede ofrecer uno. El solar que ofreció el ayuntamiento, en la calle 28 de Febrero, requiere agregar a la parcela principal de 753 metros cuadrados determinadas superficies que, en la actualidad, pertenecen a dos bandas de aparcamiento de la vía pública, además requería modificar el planeamiento urbanístico que permita adecuar su uso para usos múltiples.

Muchas gracias.

La señora ALBÁS VIVES, PRESIDENTA DE LA COMISIÓN

—Gracias, señor consejero.

Señora Nieto.

La señora NIETO CASTRO

—Ahí quedó, por así decir, la primera temporada de la serie.

El señor AGUIRRE MUÑOZ, CONSEJERO DE SALUD Y FAMILIAS

—Ahí está.

La señora NIETO CASTRO

—Pero, luego, si el ayuntamiento ha avanzado en la modificación...

El señor AGUIRRE MUÑOZ, CONSEJERO DE SALUD Y FAMILIAS

—Ahora...

La señora NIETO CASTRO

—Exactamente, claro, para dejarlo para el final, yo lo entiendo. Pero, bueno, que aquí venimos estudiados.

El señor AGUIRRE MUÑOZ, CONSEJERO DE SALUD Y FAMILIAS

—Claro.

La señora NIETO CASTRO

—Entonces, lo que queremos saber es minuto y resultado, consejero. A partir de la disponibilidad de la calificación del suelo y demás, previsión de la consejería para adoptar las medidas tendentes a que Santiponce tenga un centro de salud en condiciones.

Muchas gracias.

La señora ALBÁS VIVES, PRESIDENTA DE LA COMISIÓN

—Gracias, señora Nieto.

Turno ahora de palabra del señor consejero. Le resta un poquito más de un minuto y medio.

El señor AGUIRRE MUÑOZ, CONSEJERO DE SALUD Y FAMILIAS

—Señora Nieto, vamos a la segunda pero, bueno, tampoco, a lo mejor no es tan resolutiva como usted piensa.

Señora Nieto, el 1 de marzo de 2016 la dirección general de Asistencia Sanitaria y Resultados en Salud, cuyo director general lo tenemos aquí también con nosotros, autorizó el programa funcional para la construcción de un nuevo consultorio en Santiponce con una superficie de 1.424 metros cuadrados construidos.

¿Cuál es la situación actual? Primero, el pasado 8 de febrero de 2019 se ha publicado en el Boletín Oficial de la Provincia la modificación del Plan General de Ordenación Urbana por el que se establece la calificación de servicio de interés público social sanitario a la parcela de la calle 28 de febrero, de la que antes hablé, y que tiene una superficie de 753 metros cuadrados. No nos consta que se hayan agregado las dos bandas de aparcamiento colindantes, a las que me refería anteriormente. En segundo lugar, a día de hoy no se nos han cedido los terrenos por parte del ayuntamiento para la construcción del centro médico. En conclusión: primero, la Consejería de Salud y Familias reafirma su compromiso de la construcción del nuevo centro de salud de Santiponce, ya que debemos abandonar lo antes posible las actuales dependencias prefabricadas para garantizar la debida calidad de asistencia sanitaria.

El ayuntamiento, de acuerdo con el protocolo de intenciones de 2010, debe ceder unos terrenos que se adecuen al programa funcional, aprobado en marzo de 2016, para el nuevo centro de salud. Por tanto, no se trata solo de ceder unos terrenos, sino que dichos terrenos sean aptos para la construcción del centro de salud planificado. Tercero, hasta que la cuestión de la cesión del terreno no esté resuelta no es posible, si somos rigurosos, establecer fechas para el inicio de la obra, etcétera, tal como formula la segunda pregunta suya.

Por todo ello, continuaremos trabajando con el ayuntamiento de Santiponce para que la construcción del nuevo centro de salud sea una realidad lo antes posible.

La señora ALBÁS VIVES, PRESIDENTA DE LA COMISIÓN

—Gracias, consejero.

11-19/POC-000028. Pregunta oral relativa a la próxima apertura del Hospital de La Janda (Cádiz)

La señora ALBÁS VIVES, PRESIDENTA DE LA COMISIÓN

—Pasamos a la siguiente pregunta, presentada por el Grupo Parlamentario Socialista, relativa a la próxima apertura del Hospital de La Janda en Cádiz.

Interviene la señora Ruiz Castro.

La señora RUIZ CASTRO

—Sí, muchas gracias, presidenta.

Y, señor consejero, ¿para cuándo tiene previsto la Consejería la apertura y el comienzo de la actividad asistencial en el hospital de La Janda, en la provincia de Cádiz?

La señora ALBÁS VIVES, PRESIDENTA DE LA COMISIÓN

—Gracias, señora Ruiz.

Señor consejero.

El señor AGUIRRE MUÑOZ, CONSEJERO DE SALUD Y FAMILIAS

—Señora Ruiz. Señora presidenta.

El proyecto de alta resolución de La Janda, en Vejer de la Frontera, es un ejemplo de un gran reto [...] — como usted sabe—, de una mala planificación, de retraso continuo, de promesas incumplidas y la no provisión de los presupuestos por la puesta en marcha. Vista su gestión, la apertura y comienzo de la actividad asistencial será lo antes posible, siempre y cuando se cumplan escrupulosamente las condiciones de legalidad y seguridad para su apertura.

Muchas gracias.

La señora ALBÁS VIVES, PRESIDENTA DE LA COMISIÓN

—Gracias, consejero.

Señora Ruiz.

La señora RUIZ CASTRO

—Sí, muchas gracias, señor consejero. Señora presidenta.

Y, señor consejero, a mí me gustaría llevarme hoy de aquí, de la Comisión de Salud, una fecha mucho más exacta, porque, de hecho, en la provincia de Cádiz los mismos compañeros de su gobierno y de su partido han sido mucho más certeros.

Nosotros..., sé aproximadamente que... Esperamos que sea aproximadamente, como dice la delegada del Gobierno, incluso en el próximo mes, pues, nos vamos a alegrar enormemente de que los 70.000 ciudadanos y ciudadanas de la comarca de Vejer, que son la población de referencia, pues puedan contar con esa infraestructura y esa asistencia sanitaria en breve.

Usted ha hecho una descripción, pues, a lo que yo venía a escuchar, pero no me negará usted que esto, el hospital de La Janda, el hospital de Vejer, pues también forma parte de esa herencia recibida de la que tanto ustedes hablan. Y yo me atrevería a decir que se ha encontrado usted con un hospital hecho, con un hospital puntero y con un hospital a la vanguardia de la asistencia sanitaria en la provincia de Cádiz, una herencia sin tener que pagar impuesto de Sucesiones y Donaciones, eso que tanto están ustedes vendiendo y que tanto, incluso no ha contado ni la verdad en ese lema del nuevo gobierno del cambio.

Y yo le digo, señor consejero, que si ustedes van a abrir el hospital de La Janda en breve, pues eso es gracias al esfuerzo que ha hecho el Gobierno socialista que hemos tenido hasta hace unos días. Un esfuerzo, un esfuerzo inversor, a pesar de esos desastres presupuestarios, de la mala planificación que usted ha dicho, frente al tacticismo político del alcalde de Vejer, precisamente un compañero suyo de partido. Y usted ha hablado de retrasos, pero ahora yo también le voy a dar esa oportunidad para que escuche los verdaderos retrasos que ha habido en la cuestión del hospital de Vejer, unos retrasos intencionados en cuanto a las obras y servicios que son competencia del ayuntamiento. Porque no dudará usted que la depuración de aguas, el suministro eléctrico, la licencia de apertura y la urbanización son competencia municipal. Y, en cuanto a la urbanización, señor consejero, tenía el ayuntamiento de Vejer un convenio con la Diputación Provincial de Cádiz que llegó incluso a retrasar en varias ocasiones, lo prorrogó hasta tres veces. Así que usted...

La señora ALBÁS VIVES, PRESIDENTA DE LA COMISIÓN

—Señora Ruiz, disculpe, tiene que ir finalizando, por favor.

La señora RUIZ CASTRO

—Sí.

... no me puede hablar de tacticismo político.

Y, señor consejero, ha llevado usted este tema de la construcción del hospital y la apertura al límite del sectarismo. Hemos visto en prensa que se ha reunido con el alcalde de Vejer y la delegada del Gobierno. Y mi pregunta es por qué no invitó a esa reunión y tuvo lealtad institucional y deferencia política, e invitar a la reunión al resto de los alcaldes de la comarca de La Janda, que también tienen que estar informados sobre las últimas noticias en cuanto a la apertura de este hospital.

Muchas gracias, presidenta.

La señora ALBÁS VIVES, PRESIDENTA DE LA COMISIÓN

—Gracias, señora Ruiz.

Señor consejero.

El señor AGUIRRE MUÑOZ, CONSEJERO DE SALUD Y FAMILIAS

—Gracias, señora presidenta.

Señora Ruiz, el 6 de octubre del año 2017 la Consejería de Salud esperaba que el hospital pudiera abrir para mediados del año 2018. El 8 de julio del año 2018 públicamente la Junta reafirma el compromiso de abrir este año, en el año 2018 el hospital. El 8 de octubre del 2018, vistos todos los incumplimientos, afirmaba su disposición para que se ponga en funcionamiento lo antes posible y de forma inmediata. Afirmaba que es un proyecto que está mal planificado. Tardaron 6 meses en que el SAS, como promotor de la obra, transfiriera el edificio a la agencia sanitaria Bajo Guadalquivir. La agencia, posteriormente, en las transferencias ha tenido que asumir estos costes: parte del mobiliario, infraestructuras, obra de sala de fisioterapia, hall de entrada, cocina, etcétera. No existe un borrado *software* en el sistema de climatización. Son algunos de los ejemplos que nos hemos encontrado cuando hemos llegado allí, y hemos llegado hace nada, hace nada más que un mes. No se ha contemplado tampoco el posible helipuerto, la no previsión de presupuesto de coste de su puesta en marcha. Debemos recordar que, por interés exclusivamente del PSOE, se adelantaron las elecciones, y que el anterior Gobierno no aprobó los presupuestos de 2019, por lo que no había presupuesto para eso, como sí hizo el señor Rajoy a nivel nacional.

Señoría, en la consejería y el ayuntamiento de Vejer, en 15 días, en el momento que llegó este..., que llegué yo a la consejería, viendo la necesidad de relanzarlo a la mayor brevedad posible, teniendo en cuenta que los profesionales estaban ya contratados, la importancia de lanzarlo a la mayor brevedad posible, me puse en contacto con el ayuntamiento de Vejer para solucionar cualquier problema que hubiera desde el punto de vista de traba administrativa. Puedo decirle que para pasado mañana el suministro eléctrico, para el viernes, estará ya operativo. Que la depuradora y el colector están al 100%. Que en los próximos 10 días se hará la prueba de funcionamiento de todos los equipos: imágenes, quirófano, TIC, ascensor, escaleras, climatización...

El faseado de la apertura va a ser muy rápido, y que para el 27 de marzo abriremos, en fase 1, el hospital de Vejer. Y que yo, como consejero, estaré muy pendiente e iré personalmente para que todo funcione a la perfección para toda la zona de Vejer.

Muchas gracias.

La señora ALBÁS VIVES, PRESIDENTA DE LA COMISIÓN

—Gracias, consejero.

11-19/POC-000031. Pregunta oral relativa al nuevo centro de salud de Montoro (Córdoba)

La señora ALBÁS VIVES, PRESIDENTA DE LA COMISIÓN

—Siguiente pregunta, también del Grupo Parlamentario Socialista, sobre el centro de salud de Montoro, provincia de Córdoba. Y la realiza el señor Durán.

El señor DURÁN SÁNCHEZ

—Gracias, presidenta.

Señor consejero, ¿qué previsiones tiene su consejería para la construcción de ese nuevo centro de salud en Montoro?

Gracias.

La señora ALBÁS VIVES, PRESIDENTA DE LA COMISIÓN

—Gracias, señor Durán.

Señor consejero.

El señor AGUIRRE MUÑOZ, CONSEJERO DE SALUD Y FAMILIAS

—Gracias, señora presidenta.

Señor Durán, como usted sabrá, esta es una de las reivindicaciones históricas del precioso municipio de Montoro, que es precioso, id a verlo, es una maravilla. Y es un nuevo caso de promesa incumplida también.

El ayuntamiento, gobernado por el Partido Socialista, hace 10 años aprobó un convenio en el que el ayuntamiento cedía los terrenos a la Junta, hace 10 años, y esta debía construir el centro de salud. El pasado año el ayuntamiento cedió los terrenos para la construcción del centro de salud a la Junta de Andalucía. Con fecha 2 de octubre del 2018 se firmó un protocolo general de actuación entre el Servicio Andaluz salud y el Ayuntamiento de Montoro para la construcción de un nuevo centro de salud en dicho municipio. Este compromiso histórico de la Junta pasa a convertirse en uno de los anuncios de precampaña del PSOE en las últimas elecciones autonómicas del pasado 2 de diciembre. Benditas elecciones y vaya compromiso. El Gobierno está comprometido a mejorar la asistencia sanitaria en el municipio de Montoro para dar mejor respuesta no solamente a Montoro: a Montoro, [...], Adamuz y Algallarín, y las zonas básicas de salud, sumando un total de 24.000 habitantes.

Muchas gracias.

La señora ALBÁS VIVES, PRESIDENTA DE LA COMISIÓN

—Gracias, consejero.

Señor Durán.

El señor DURÁN SÁNCHEZ

—Gracias, presidenta.

Señor consejero, no era otra la respuesta que yo esperaba porque, evidentemente, es la tónica generalizada de las respuestas que este Gobierno está dando a todas y cada una de esas preguntas. Pero, como usted no ha dado los datos ciertos y reales, yo le voy a dar los datos ciertos y reales. Es verdad, el 31 de julio, el Ayuntamiento de Montoro cedió, mediante la fórmula que actualmente es la legal, por la cesión demanial del subsuelo, gratuitamente a la Junta de Andalucía para que se pudiese construir ese hospital, ese centro de salud. Pero es que, además, le digo más: no solamente se firmó ese convenio, sino que se abrió el pliego de condiciones que se publicó en el perfil del contratante para la redacción de ese proyecto. Por cierto, el 20 de febrero lo elevaron a la gerencia del SAS, para que pudiesen firmar ya ese proyecto. Ya lo podría haber dicho en la primera intervención, porque evidentemente son datos que están ahí, que son públicos.

Pero mi pregunta es obvia. Es: ¿ya está todo en marcha?, ¿ya tenemos el proyecto adjudicado a la persona o al gabinete que va a realizar el mismo? Lo que le estoy pidiendo es que me diga usted cuáles son las previsiones que tiene su Gobierno, la Consejería de Salud, para poner en marcha todo este procedimiento. No le estoy pidiendo una fecha exacta, simplemente que me diga usted cuál es el procedimiento, el calendario que tiene previsto su consejería.

Porque, verá, Montoro, que es un pueblo maravilloso y precioso del Alto Guadalquivir cordobés, los ciudadanos no votaron el cambio a la derecha. Lo digo para que lo tenga usted en cuenta. No votamos tampoco en Córdoba el cambio a la derecha. Entonces, yo espero que esto no sea ningún óbice, ningún problema para que este proyecto, el proyecto que está ya en fase de poder ser redactado, sea una realidad. Fíjese que no le voy a poner tampoco una fecha muy allá, con que esté para esta legislatura creo que el pueblo de Montoro estaría realmente satisfecho. Ese fue mi compromiso como candidato al Parlamento de Andalucía en Córdoba y en Montoro.

Y, por cierto, dé usted un signo, al menos un signo, tiene el expediente de la cesión demanial del suelo de Montoro en el SAS, en su consejería. Eleve que ya está terminado ese proyecto a la Consejería de Hacienda y, de esa forma, acepte el Consejo de Gobierno el suelo y, de esa manera, podemos tener la certeza y la confianza de que, efectivamente, se va a realizar ese proyecto en Montoro.

Gracias, señora presidenta.

La señora ALBÁS VIVES, PRESIDENTA DE LA COMISIÓN

—Gracias, señor Durán.

Señor consejero.

El señor AGUIRRE MUÑOZ, CONSEJERO DE SALUD Y FAMILIAS

—Gracias, señor Durán.

Lo primero que digo es que ni esta consejería, ni este Gobierno van a tomar ningún tipo de medidas que no sean lo más objetivo y en beneficio de la población, y máxime desde el punto de vista sanitario.

Nosotros no pensamos, ni jamás seremos sectarios a la hora de tomar medidas, sobre todo en temas tan importantes como son los temas sanitarios. Eso, para dejarlo claro.

Le informo que la redacción del proyecto y la dirección de obras del nuevo centro de salud, de referencia, se encuentran en fase de adjudicación, como usted ha dicho. Así, tras haber solicitado el expediente para la contratación y redacción del proyecto y dirección de obras, habiéndose evaluado las distintas ofertas presentadas y revisados los correspondientes informes técnicos al respecto, la mesa de contratación, con fecha 20 de febrero de este año, de hace nada, del 2019, se elevó y aprobó la propuesta de adjudicación de dicho expediente. Y estoy hablando desde hace seis días.

Se procederá, una vez el adjudicatario propuesto presente la documentación necesaria, a dictar resolución de adjudicación, la cual pasará a publicarse en el perfil del contratante, otorgando un plazo legal de quince días hábiles para la presentación, si procede, de recurso especial en materia de contratación, previo a la formalización del contrato. La fecha estimada en caso de que no se presente recurso para la formalización del contrato sería a mediados del mes de abril.

La previsión es que durante el año en curso se proceda a redactar y supervisar el proyecto base y de ejecución del nuevo centro de salud de Montoro.

Como verá, objetivo sin sectarismo ninguno, nada más que mirando lo que es la salud y el bienestar de toda nuestra población.

Muchas gracias.

La señora ALBÁS VIVES, PRESIDENTA DE LA COMISIÓN

—Gracias, consejero.

11-19/POC-000032. Pregunta oral relativa al nuevo centro de salud de Salobreña (Granada)

La señora ALBÁS VIVES, PRESIDENTA DE LA COMISIÓN

—Pasamos a la siguiente pregunta, también formulada por el Grupo Parlamentario Socialista, y en esta ocasión interviene la señora Sánchez Rubio. Y la pregunta es sobre el centro de salud de Salobreña, provincia de Granada.

Tiene la palabra.

La señora SÁNCHEZ RUBIO

—Gracias, señora presidenta.

Señor consejero, todos los que estamos aquí, todas las que estamos aquí sabemos que no se va a construir en un mes ningún centro, ni ningún hospital, ni nada. Somos conscientes de eso y, por lo tanto, lo que estamos haciendo es la tarea que usted ha comentado anteriormente, que nos corresponde como oposición, que es hacer no solamente el control de sus acciones, sino también requerirle cuáles son los proyectos y si los proyectos en cuestión, de los que hablamos y por los que preguntamos, pues están dentro de la planificación que pueda tener su consejería, como nuevo Gobierno que son ustedes.

El Ayuntamiento de Salobreña, en sesión plenaria del 17 de agosto del 2018, en una sesión extraordinaria y urgente se reunió para ratificar el borrador de convenio que regulaba la cesión del solar que anteriormente se había acordado en pleno. Un convenio entre el Servicio Andaluz de Salud y la propia corporación municipal, al efecto de darle forma al tema de la construcción del nuevo centro de salud.

Usted conoce perfectamente Salobreña, sabe que hay unos picos de asistencia sanitaria impresionante en los meses de verano, y que es muy demandado por la población, y muy necesario para ella. Por eso, queremos saber exactamente cómo van ustedes a abordar este proyecto, que estaba ahora mismo, está en la mesa de la Junta de Andalucía. Ya llegó anteriormente, pero que fue a final de año.

Gracias, consejero.

La señora ALBÁS VIVES, PRESIDENTA DE LA COMISIÓN

—Gracias, señora Sánchez Rubio.

Tiene la palabra el señor consejero.

El señor AGUIRRE MUÑOZ, CONSEJERO DE SALUD Y FAMILIAS

—Gracias, señora presidenta.

Señora Sánchez, usted conoce perfectamente Salobreña, porque creo que la conoce bastante bien y sabe que esto es una reclamación reiterada en el tiempo por parte de todo el municipio y de todos los habitantes.

Por citar una de las últimas peticiones, en el mes de abril del año 2017 se aprobó una moción institucional en el municipio, solicitando la construcción del nuevo centro de salud.

El pasado 6 de junio del año 2016, del ayuntamiento adoptó un acuerdo de mutación demanial subjetiva de un solar municipal de 4.500 metros cuadrados de superficie para la construcción de un nuevo centro, que sustituye al existente.

Muchas gracias.

La señora ALBÁS VIVES, PRESIDENTA DE LA COMISIÓN

—Gracias, consejero.

Señora Sánchez Rubio, tiene usted la palabra por un tiempo no superior a un minuto.

La señora SÁNCHEZ RUBIO

—Sí.

Sé exactamente cuáles son los trámites y en qué fase está; lo que sí me gustaría saber es exactamente, con toda esa documentación y en la fase que entre usted y yo hemos descrito, cómo van a abordar ustedes la posible construcción, la construcción demandada y comprometida. Porque, al final, se ha realizado, se realizaron esa cesión y el plan director del centro y todas las cuestiones que eran necesarias para la construcción del mismo.

Se aprobó la aceptación del convenio entre el SAS y la corporación municipal, contaba con un código de inversión que es imprescindible para continuar esa tramitación, y, por lo tanto, vuelvo a insistirle: ¿en qué fase está?

Efectivamente, usted antes, en anteriores respuestas, al respecto de las inversiones, ha comentado las dificultades o el tiempo que llevan los proyectos. Bueno, yo le quiero decirle a usted que, durante la legislatura en la que su Gobierno estuvo a nivel central, tuvimos siete mil millones de euros menos en materia de Salud, y hemos tenido esas dificultades añadidas. Y además no solo eso, sino que finalmente las inversiones aquí se han seguido haciendo, y se han seguido haciendo en muchas ocasiones por proyectos europeos y de distintas formas.

Este proyecto estaba previsto y, por lo tanto, quería saber si ustedes lo retoman, lo valoran y lo van a continuar.

La señora ALBÁS VIVES, PRESIDENTA DE LA COMISIÓN

—Gracias, señora Sánchez.

Señor consejero.

El señor AGUIRRE MUÑOZ, CONSEJERO DE SALUD Y FAMILIAS

—Gracias, señora presidenta.

Señora Sánchez, todos somos conscientes de la infrafinanciación actual de la sanidad pública. Lucharemos a lo largo de esta legislatura por intentar llegar a unos niveles, a unos estándares de financiación, al menos, de la media del resto de las comunidades autónomas.

Usted conoce bien que, en el actual centro de salud, recientemente se incrementó el número de profesionales y se ha incorporado un nuevo equipo diagnóstico, como un ecógrafo y un retinógrafo. Somos conscientes de que el actual centro tiene una serie de disfunciones que se podrían subsanar con nuevo centro. El hecho de disponer de un único ascensor, la necesidad de integrar en un único espacio distintos servicios, como es el materno-infantil, la ampliación de las urgencias, habilitar espacios de cirugía menor, ecografía, radiología y el colapso que supone en verano el edificio.

En el mes de agosto del 2018, como usted ha dicho anteriormente, el ayuntamiento aprobó el borrador del convenio administrativo, que formalizó la cesión de la parcela de los 4.505 metros cuadrados para la construcción del nuevo centro de salud.

El pasado 30 de septiembre de 2018, la Dirección General de Asistencia Sanitaria [...], valida el programa funcional para el nuevo centro de salud, con una superficie construida estimada de 2.554 metros.

En estos momentos, debemos realizar dos cosas. Primero, antes de aceptar los terrenos, verificar que son adecuados para satisfacer el programa funcional validado por la Consejería el pasado septiembre de 2018. Y segundo, aprobar la planificación de las infraestructuras sanitarias, que nos permita establecer un calendario de las prioridades de las inversiones sanitarias mediante un plan de infraestructuras.

Una vez finalizados ambos estudios, nos permitirá establecer el orden en el que se deben acometer estos equipamientos sanitarios.

Muchas gracias.

La señora ALBÁS VIVES, PRESIDENTA DE LA COMISIÓN

—Gracias, consejero.

11-19/POC-000034 y 11-19/POC-000035. Preguntas orales relativas a falta de especialistas en el Sistema Andaluz de Salud

La señora ALBÁS VIVES, PRESIDENTA DE LA COMISIÓN

—Pasamos a la siguiente pregunta, presentada por el Grupo Parlamentario de Ciudadanos. Interviene su portavoz, el señor Samper.

El señor SAMPER RUEDA

—Muchas gracias, señora presidenta.

En los últimos años, ha surgido el debate sobre si en España faltan médicos. La respuesta es claramente que no, que lo que necesitamos son más especialistas. Cada año, salen de nuestras facultades de Medicina más de siete mil médicos, y para ejercer la medicina en España, lógicamente, en la inmensa mayoría de ocasiones hay que tener especialidad médica, bien de atención primaria u hospitalaria. Y estos son médicos, los especialistas, los que nos faltan. El programa MIR se ha mantenido en el tiempo con un amplio consenso, por su acceso, objetivos, y por la acreditación de centros, que ha permitido tener una formación de calidad.

Hay un problema, que es que en Andalucía no se han ofertado quizás todas las plazas de formación acreditadas —más de ochenta en hospitales y 53 de médicos de familia—. El número de plazas MIR las proponen las propias comunidades autónomas, al tener transferidas las competencias en sanidad, y deben ser aprobadas por la Comisión Nacional de Recursos Humanos, que en los últimos años ha aceptado todas las solicitudes de las comunidades autónomas. Resulta especialmente llamativo que, ante la falta de médicos de atención primaria que hay en Andalucía, no formemos a todos los especialistas que somos capaces.

Yo creo que hay que plantear soluciones, lógicamente; unas más urgentes, puesto que pueden atraer a los médicos que se fueron y retener a las promociones actuales de residentes, y las otras son medidas de planificación de la necesidad de médicos en nuestra comunidad autónoma vía MIR. Es prioritaria la estabilidad laboral. La Consejería de Salud debería establecer una periodicidad de ofertas públicas de empleo bianual. Estas oposiciones tendrían que alternar con concursos de traslados, permitiendo que, con esta medida, solucionar el gran problema de encontrar médicos, sobre todo para zonas de difícil cobertura, ya que la estabilidad de una plaza fija junto a la posibilidad de concursar para otra plaza mejor, haría atractiva a cualquier médico esta última opción.

Y la segunda medida es mejorar las condiciones laborales de los médicos en Andalucía. No solo estamos en la cola de la remuneración salarial, de pago por hora por guardias, sino que además hay un sistema instaurado en pocas comunidades autónomas, como es el complemento de exclusividad. No se puede pagar distinto por un mismo trabajo.

Es necesario atraer a aquellos médicos jóvenes que se fueron, pero también es imprescindible conocer cuántos médicos necesitaremos en el futuro. Para ello, hay que hacer una planificación sobre las necesida-

des de médicos en los próximos cinco o diez años, valorar los condicionantes anteriormente expuestos y, por lo tanto, convocar todas las plazas acreditadas y acreditar otras nuevas, si es preciso.

Nuestra pregunta es: ¿cuál es el actual déficit de profesionales especialistas en el Servicio Andaluz de Salud en Andalucía, tanto occidental como oriental?

Gracias.

La señora ALBÁS VIVES, PRESIDENTA DE LA COMISIÓN

—Gracias, señor Samper. Ha agotado su tiempo.

Señor consejero.

El señor AGUIRRE MUÑOZ, CONSEJERO DE SALUD Y FAMILIAS

—Gracias, señora presidenta.

Señor Samper, ha hecho un magnífico diagnóstico y un magnífico tratamiento de lo que es, desde el punto de vista de demografía sanitaria, cómo estamos y hacia dónde vamos. Es decir, voy a ir a la pregunta suya y voy a decirle las cifras, para que vea que puede ser un poco agobiante cómo estamos ahora mismo.

Tenemos un gran déficit de profesionales especialistas, lo reconocemos nosotros y el resto de las comunidades autónomas. ¿Qué lo ha provocado? Pues, lógicamente, el detrimento de las condiciones laborales y la ineficaz cobertura de las jubilaciones y vacantes, porque gran parte de ese déficit es sencillamente que han emigrado hacia otras comunidades autónomas o hacia otros países. Esta situación obligó a muchos profesionales a marcharse, de forma digna, a cualquier comunidad o a cualquier país.

Por otro lado, dentro del mapa andaluz, la mayor o menor disponibilidad de profesionales especialistas responde, en muchos casos, a las características de los centros sanitarios que requieren sus servicios y a unas características sociodemográficas, geográficas, de la ubicación de estos centros, lo que es dispersión geográfica. Así, los centros más deseados por los profesionales son los ubicados en los mayores núcleos de la población y en la costa, aunque está la excepción del Campo de Gibraltar. Por otro contrario, los centros con mayores dificultades para captarlos, son los pequeños municipios con mayor dispersión geográfica, sobre todo, en las zonas de las sierras de las diferentes provincias.

La temporalidad, los nombramientos eventuales de lunes a viernes, los contratos parciales del 30% al 50%, las peores retribuciones complementarias en comparativo con el resto de las comunidades autónomas, son los que nos llevan..., de esos polvos vienen estos lodos..., es lo que nos lleva ahora mismo a que el Servicio Andaluz de Salud tenga dificultades para encontrar profesionales especialistas. Las mayores dificultades, como usted sabe, las encontramos ahora mismo en medicina de familia y comunitaria y en pediatría, sobre todo a nivel de pediatría de atención primaria. Y también en facultativos especialistas de área, como radiodiagnóstico, trauma, anestesia, uro, oftalmología...

Por tanto, estableceremos medidas, por un lado, para fidelizar a los profesionales sanitarios al sistema sanitario público andaluz y, por otro lado, para tratar de recuperar a aquellos que se han ido fuera de nuestra comunidad autónoma. Tenemos que mejorar las condiciones sociolaborales, las condiciones retributivas,

DIARIO DE SESIONES DEL PARLAMENTO DE ANDALUCÍA

Núm. 34

XI LEGISLATURA

27 de febrero de 2019

el tipo de contratos. Y tendremos que crear —y vamos a crear un plan específico— de operación retorno, de cara a que tenemos el diagnóstico de dónde están nuestros profesionales e intentaremos traérmolos a nuestra Comunidad Autónoma Andaluza. ¿Sabe usted por qué? Porque nos hacen falta, porque desde el punto de vista demográfico las grandes jubilaciones van a ser de aquí a muy poquitos años, de cuando nosotros salimos de la Facultad de Medicina.

Muchas gracias.

La señora ALBÁS VIVES, PRESIDENTA DE LA COMISIÓN

—Gracias, consejero.

11-19/POC-000052. Pregunta oral relativa a protocolos de atención compartida de la demanda aguda

La señora ALBÁS VIVES, PRESIDENTA DE LA COMISIÓN

—Pasamos a la siguiente pregunta, registrada por el Grupo Popular, relativa a protocolos de atención compartida de la demanda aguda.

Para ello, tiene la palabra el señor Caracuel.

El señor CARACUEL CÁLIZ

—Sí. Muchas gracias, señora presidenta.

Desde el Grupo Popular, planteamos la siguiente pregunta, en relación a las actuaciones que se llevarán a cabo, que tienen previstas desde el Consejo de Gobierno, en relación a los protocolos de atención primaria..., de atención, perdón, compartida de la demanda aguda no demorable.

Muchas gracias.

La señora ALBÁS VIVES, PRESIDENTA DE LA COMISIÓN

—Señor consejero.

El señor AGUIRRE MUÑOZ, CONSEJERO DE SALUD Y FAMILIAS

—Señoría, los protocolos de atención compartida de la demanda aguda no demorable fueron puestos en marcha por el anterior Gobierno socialista, dentro de lo que es la estrategia de renovación de la atención primaria.

Hasta el momento, se han desarrollado ocho protocolos de atención compartida, que se utilizan tanto en las urgencias extrahospitalarias como en los centros de atención primaria. En principio, deberían estar relacionadas con problemas de salud, pero pueden ser resueltos con intervenciones de cuidados y de síntomas de baja complejidad, entre los que se encuentran hipoglucemia leve, cuadro catarral, diarreas, picaduras, dolor lumbar, quemaduras, traumas leves, vómitos...

No obstante, señoría, estos problemas de salud, que en un principio tienen una sintomatología banal —es decir, síntomas de baja complejidad—, pueden esconder un problema grave de salud.

Muchas gracias.

La señora ALBÁS VIVES, PRESIDENTA DE LA COMISIÓN

—Gracias, señor consejero.

Señor Caracuel.

El señor CARACUEL CÁLIZ

—Sí. Muchas gracias.

Pues gracias por la respuesta que ha dado el señor consejero. Nos alegra que se haga un análisis de lo hecho hasta el momento; además, que se tengan en cuenta aspectos tan claves en este ámbito como es la labor de la formación, lo que conocemos como un aspecto clave, la educación en salud, para potenciar los cuidados.

Del mismo modo, también hay aspectos claves, como podría ser la incorporación de los profesionales de los colegios sanitarios, que la pueden tener en cuenta.

Muchas gracias.

La señora ALBÁS VIVES, PRESIDENTA DE LA COMISIÓN

—Gracias, señor Caracuel.

Señor consejero.

El señor AGUIRRE MUÑOZ, CONSEJERO DE SALUD Y FAMILIAS

—Gracias, señora presidenta.

Señor Caracuel, la atención compartida de la demanda aguda no demorable es un tema entre profesionales de enfermería y profesionales de la medicina. Como he dicho antes, muchas veces, estos síntomas que parecen banales no son tan banales como parecen, y pueden esconder un problema grave de salud, y ese es el problema.

Mire, le quiero poner un ejemplo: si una enfermera tiene que atender a una persona con un síntoma de catarro —que puede llegar a mi consulta como médico de atención primaria—, está dentro del protocolo compartido. Pero ahí puede esconderse una neumonía, puede esconderse una bronquitis, puede esconderse una patología mayor, porque para el catarro hay que hacer anamnesis, exploración, diagnóstico y poner tratamiento. Si la enfermera se equivoca en ese diagnóstico, ¿quién asume la responsabilidad? ¿De verdad, eso está dentro de las competencias de enfermería?

Además, como muchas de las actuaciones del Gobierno socialista, estos protocolos no fueron consensuados con los colegios profesionales afectados, colegios de médicos y de enfermería, ni con los sindicatos de enfermería, ni los sindicatos médicos. Son sindicatos mayoritarios de la Mesa Sectorial de Sanidad. El Gobierno socialista dijo en su día que los nuevos roles competenciales que se incluían en esa demanda compartida de enfermería estaban avalados por el actual marco normativo sobre el desarrollo competencial, sin embargo, sacaron un programa formativo para enfermería para adaptar la formación a sus protocolos. Hubo improvisación, no se consensuó con los profesionales, no se actuó acorde con la Ley 44/2003, Ley de ordenación de las profesiones sanitarias. La profesión de enfermería aún aúna las máximas cotas, nadie lo duda, pero los protocolos de diagnóstico y el diagnóstico, según la Ley de ordenación de las profesiones sanitarias, corresponde a lo que es el médico. Habrá que llegar a puntos de consenso entre enfermería y médicos.

DIARIO DE SESIONES DEL PARLAMENTO DE ANDALUCÍA

Núm. 34

XI LEGISLATURA

27 de febrero de 2019

Lo que se llegue a punto de consenso entre los diferentes colegios será asumido, sin ningún problema, por parte de esta consejería.

Muchas gracias.

La señora ALBÁS VIVES, PRESIDENTA DE LA COMISIÓN

—Gracias, señor consejero.

11-19/POC-000053. Pregunta oral relativa a publicación de las listas de espera

La señora ALBÁS VIVES, PRESIDENTA DE LA COMISIÓN

—Pasamos a la siguiente pregunta, también registrada por el Grupo Popular, relativa a la publicación de las listas de espera.

Tiene la palabra el señor Candón.

El señor CANDÓN ADÁN

—Gracias, señora presidenta.

Buenas tardes.

Bien, el artículo 43 de la Constitución española establece el derecho a la protección de la salud de todos los españoles. Una vertiente de este derecho es garantizar a los ciudadanos una pronta respuesta en las intervenciones quirúrgicas programadas, en las primeras consultas, así como en los procesos de diagnóstico. En este sentido, Andalucía configuró en su día diferentes plazos de garantía para dar respuesta a estos tres diferentes procesos de asistencia.

En cuanto al plazo de respuesta de intervenciones quirúrgicas, el SAS está obligado a atender a los pacientes en no más de 180 días, plazo que se reduce a 120 días para técnicas más frecuentes. En cambio, si acudimos a los datos del propio SAS, que publicó en su web en julio de 2018, últimos datos registrados y disponibles, se comprueba en términos generales que se ha incumplido con casi cinco mil pacientes, y esto sin considerar la auditoría de listas de espera, como bien el señor consejero anunció aquí en su comparecencia.

En segundo el plazo de obligado cumplimiento para las primeras consultas es de 60 días. Si nos vamos también a los listados publicados por el propio SAS, insisto, sin auditar, se comprueba que hay un montante de 24.000 pacientes con los que el servicio sanitario público no ha cumplido.

Y, por último, en lo que se refiere a los procesos diagnósticos, existiendo un plazo de garantía de 30 días, se constata que hay cerca de once mil pacientes que han visto vulnerado su derecho a la protección de la salud. Insisto, esto sin considerar la auditoría de las listas que se está realizando y que anunció el consejero.

La publicación de estos datos de manera fidedigna y con cierta periodicidad tiene una clara incidencia en el Estado del bienestar, y el paciente pues tiene derecho a conocer en qué lugar de la lista de espera se encuentra.

De acuerdo con estos datos, señor consejero, ¿qué previsión tiene el Consejo de Gobierno para la publicación de las listas de espera quirúrgicas, diagnósticas y de primera consulta con el especialista en el Sistema Andaluz de Salud?

Muchas gracias.

La señora ALBÁS VIVES, PRESIDENTA DE LA COMISIÓN

—Gracias, señor Candón.

Señor consejero.

El señor AGUIRRE MUÑOZ, CONSEJERO DE SALUD Y FAMILIAS

—Gracias, señora presidenta.

Señor Candón, señoría, la lista de espera es un drama, partamos de esa premisa. Es un drama el tener ahora mismo cientos de miles de andaluces pendientes de un teléfono a que les llamen para una intervención quirúrgica o para ser vistos por un especialista. Eso es una prioridad para este Gobierno y tendremos que abordarlo de una forma clara y contundente.

Ha habido un aumento claro de listas de espera. ¿Por qué? Las causas... Primero hay que hacer un diagnóstico. La causa es quizá una atención primaria muy sobrecargada y con poca capacidad de resolución, de sobrecarga del segundo nivel, que es la atención especializada, unos hospitales muy desbordados y unas urgencias muy colapsadas.

Desde el Gobierno defendemos en nuestro ámbito los dos derechos de los pacientes: el derecho a saber en todo momento en qué lugar se está en la lista de espera —es decir, la máxima transparencia y evitar la opacidad en listas de espera—; y el segundo, que la lista de espera sea con unos datos reales, reales en Andalucía. En este Gobierno vamos a intentar llevar la transparencia hasta sus máximos en el tema de gestión, y entre ellos garantizamos lo que es el ejercicio de estos derechos fundamentales de los ciudadanos.

Como ya le avancé, y fruto de nuestro compromiso de verificar y auditar las listas de espera, estamos teniendo conocimiento de que las listas de espera reales son mucho más amplias de las que nos decía oficialmente el anterior Gobierno. Estamos trabajando en ello y cuando dispongamos de los datos e información se los daremos a conocer, que será en muy corto espacio de tiempo.

Hoy quisiera centrarme en los derechos a los que me refería, el de dar a conocer las listas de espera en seis meses, que es lo que viene establecido. De hecho, el ministerio publica cada seis meses las listas de espera de las comunidades autónomas; pero en realidad en Andalucía este periodo de seis meses se alargó hasta un año, y con un retraso de varios meses pasado el año. Nuestro compromiso electoral fue publicar las listas de espera cada seis meses, pero, tras estas semanas de análisis del nuevo Gobierno, nuestro compromiso será publicar en una primera fase las listas de espera cada tres meses, y en una segunda fase que las listas de espera sean mensuales. El objetivo es culminar que para la primera fase del primer semestre de este año, como máximo, esté todo disponible para darla mensualmente a partir del año..., a lo largo del año 2019.

Por otra parte, que tenga acceso el propio usuario a las listas de espera a través de certificado digital, o a través de su propio médico de cabecera pueda entrar perfectamente a ver en qué situación está dentro de la lista de espera.

Queremos la máxima transparencia, pero queremos la máxima realidad. Y de aquí a muy poquito espacio de tiempo daremos una rueda de prensa y os comunicaremos a todos ustedes la realidad actual de las listas de espera en Andalucía.

Muchas gracias.

La señora ALBÁS VIVES, PRESIDENTA DE LA COMISIÓN

—Gracias, señor consejero.

11-19/POC-000054. Pregunta oral relativa a eliminación de habitaciones con tres camas en los hospitales de Andalucía

La señora ALBÁS VIVES, PRESIDENTA DE LA COMISIÓN

—Pasamos a la siguiente pregunta, que en este caso es la última pregunta, formulada también por el Grupo Popular y relativa a la eliminación de habitaciones con tres camas en hospitales de Andalucía.

Tiene la palabra la señora Pérez.

La señora PÉREZ GALINDO

—Muchas gracias, presidenta.

Buenas tardes ya, querido consejero, señor consejero.

Desde hace ya demasiados años sufrimos en los hospitales andaluces una situación compleja puesto que merma el derecho a la intimidad de los pacientes y además ni siquiera es aconsejable, recomendable, en tanto a los casos de enfermedades infecciosas. Me estoy refiriendo a la existencia de tres camas por habitación, a tres pacientes, 18 metros cuadrados por habitación. Tres pacientes que pueden incluso..., o que se tornan en seis personas si tratamos además con los acompañantes.

Durante más de dos décadas hemos visto, oído, leído, compromisos del Partido Socialista sobre la eliminación de esta situación. Pero resulta que parece ser que todo han sido cantos de sirena. Y dedicándome solo y exclusivamente a la provincia de Sevilla, nosotros en la provincia de Sevilla contamos al menos con tres hospitales que siguen manteniendo esas tres camas por habitación. Sucede en el Virgen Macarena, en el Virgen de Valme y en San Lázaro.

La pregunta es qué medidas tiene previsto adoptar el consejero de Sanidad del nuevo Gobierno del cambio para la eliminación de las habitaciones con tres camas en los hospitales públicos de Andalucía.

Muchas gracias.

La señora ALBÁS VIVES, PRESIDENTA DE LA COMISIÓN

—Gracias, señora Pérez.

Señor consejero.

El señor AGUIRRE MUÑOZ, CONSEJERO DE SALUD Y FAMILIAS

[Intervención no registrada.]

—Por tanto, no es un modelo de sanidad pública que esté en nuestro Gobierno y que quiera para Andalucía.

Todos los hospitales... Aquí se ha vendido mucho humo con el tema de las habitaciones individuales, y leeré, más o menos, lo que se decía en el año 2000: «Todos los hospitales andaluces contarán con habitación de uso individual para los pacientes ingresados». Es una promesa, como usted sabe, del Partido Socialista, que se remonta a las elecciones autonómicas del año 2000, y que, como muchas otras, cayó luego en saco roto.

Sin embargo, 19 años después de aquella promesa, las habitaciones con tres camas siguen siendo una realidad en nuestro sistema público. Y le puedo poner, si quiere, un ejemplo: estamos hablando, concretamente, de 255 habitaciones con tres camas que tenemos ahora mismo detectadas dentro del sistema público. Y hablamos de Puerto Real, con 15 habitaciones triples; o estamos hablando de Motril, con 16 habitaciones triples; o el Virgen de las Nieves de Granada con 33; o en Jaén, el Hospital Universitario de Jaén, con 45; el hospital de La Merced de Osuna con dos; el Hospital Universitario Virgen de Valme —lo tenemos aquí al lado— con ocho; o el Macarena, que tiene 126 habitaciones, 126 habitaciones triples, 116 en el área médico-quirúrgica y 10 en el área pediátrica; o el hospital de San Lázaro, lo tenemos más cerquita todavía, que tiene —ahí al lado— 10 habitaciones triples.

Con esta situación de los citados hospitales públicos se hace muy complicada la gestión personalizada de camas, ya que se compromete lo que he dicho antes del confort, la intimidad y la seguridad de los pacientes.

Por tanto, siendo este Gobierno consciente de lo que supone una tercera cama, tenemos el compromiso de eliminar esas camas permanentes en los hospitales públicos de Andalucía que todavía las tienen.

Es decir, estamos hablando de acabar de una vez por todas con las habitaciones que cuenten con tres camas de forma permanente mediante acciones que se estimen oportunas. Asimismo, es una forma de garantizar la calidad y el confort, y también vamos a apostar por habitaciones individuales en determinadas patologías, patologías infecciosas, pacientes terminales. Hay un tipo de pacientes en los cuales, necesariamente, para calidad asistencial y para confort necesitamos esas habitaciones individuales.

Muchísimas gracias.

La señora ALBÁS VIVES, PRESIDENTA DE LA COMISIÓN

—Gracias, señor consejero.

Una vez finalizado el segundo punto del orden del día, si les parece, vamos a hacer un pequeño parón para despedir y agradecer al consejero la asistencia a esta comisión.

[Receso.]

11-19/PNLC-000005. Proposición no de ley relativa a creación de una comunidad terapéutica de salud mental para el Campo de Gibraltar

La señora ALBÁS VIVES, PRESIDENTA DE LA COMISIÓN

—Señorías, si les parece, retomamos la Comisión de Salud con el tercero y último punto del orden del día, que son las proposiciones no de ley.

Vamos a empezar, en primer lugar, por la primera proposición no de ley, presentada por el Grupo Parlamentario de Adelante Andalucía, relativa a la creación de una comunidad terapéutica de salud mental para el Campo de Gibraltar.

Sobre esta proposición no de ley del Grupo Parlamentario Popular ha presentado una enmienda que la portavoz del Grupo Parlamentario de Adelante Andalucía determinará si la acepta o no la acepta.

Tiene el turno de palabra para defender esta proposición no de ley la portavoz del Grupo Parlamentario de Adelante Andalucía, la señora Nieto.

La señora NIETO CASTRO

—Gracias, presidenta.

Efectivamente, como usted relataba, esta proposición no de ley trata de conseguir un acuerdo de la Comisión para la instalación de una comunidad terapéutica de salud mental en el Campo de Gibraltar.

Es una proposición no de ley que reproduce los términos de un acuerdo adoptado por unanimidad en todos los ayuntamientos de la comarca del Campo de Gibraltar gobernados, evidentemente, por formaciones políticas de distinto signo, pero traigo a colación esta circunstancia para hacerles ver a sus señorías el total grado de consenso y acuerdo que existe en la comarca sobre la necesidad de este recurso para poner a disposición de las personas que están aquejadas de problemas mentales.

Bien saben ustedes, lo referimos en la exposición de motivos, que la reforma legal que se hizo hace ya treinta y dos años y por la que se cerraron aquellas instalaciones a las que comúnmente nos referíamos como manicomios, abría una expectativa de dignificar la situación de las personas aquejadas por trastornos mentales. Para que esto hubiera llegado al objetivo que, efectivamente, se pretendía con aquella conversión normativa hubiera hecho falta un número de recursos suficientes como para atender a la población que tiene esta patología.

Ha habido, es innegable, recursos puestos a disposición de las personas enfermas mentales, pero ni los suficientes ni estos han crecido al ritmo que, lamentablemente, estas patologías siguen creciendo en la población.

Se da la circunstancia de que el problema de la persona que tiene una enfermedad mental no solo le afecta a él como paciente, sino que también es un problema que vive su entorno familiar más cercano.

Es complicado saber atender en casa y poder hacerlo en condiciones que no deterioren la calidad de vida ni de ese entorno familiar ni de la persona que tiene la enfermedad, y hacerlo sin el apoyo de unos recursos públicos adecuados.

En esa situación viven hoy día miles y miles de familias que no tienen el respaldo público de un recurso con el que poder contar y que haga más llevadera la enfermedad para quien la padece y más llevadera la convivencia con la misma para su entorno más cercano.

En la provincia de Cádiz, como también les trasladamos en la exposición de motivos, solo hay 35 plazas de comunidad terapéutica de salud mental en toda la provincia, y ninguna de ellas se encuentra en el Campo de Gibraltar. Sin embargo, lamentablemente, la prevalencia de estas enfermedades mentales en la comarca es grande, hay más de cinco mil personas afectadas y, por tanto, 35 para toda la provincia es un número, a todas luces, insuficientes. Es por esa razón que desde hace varios años hay un gran consenso social en torno a materializar una decisión del Ejecutivo que nos lleve a tener una comunidad terapéutica en el Campo de Gibraltar, con un número de plazas que aumente esa disponibilidad de recursos para la población que tiene estas enfermedades mentales y para sus familias.

Hay una campaña reciente, como les digo, no la única, pero sí la más reciente que hemos reproducido en este texto que ha hecho el sindicato Comisiones Obreras, que ha sido un manifiesto al que se han adherido todas las formaciones políticas y un sinnúmero de entidades sociales y que, como les digo, ha culminado con los siete acuerdos plenarios unánimes de los ayuntamientos del Campo de Gibraltar. Por tanto, solo quedaría que, en atención a estas circunstancias que les relato y que en modo alguno son desconocidas para ustedes ni para el Gobierno, y en atención a la unanimidad que trae la iniciativa y que la respalda, pues que hoy saliéramos con un acuerdo que permitiera que, efectivamente, en el Campo de Gibraltar se contase con una comunidad terapéutica de salud mental.

No voy a hacer referencia en esta primera intervención de la enmienda que ha hecho el Partido Popular, me parece más razonable, primero, oír a su portavoz y, después, en el cierre, pues valoraremos esa propuesta que nos traslada.

Muchas gracias.

La señora ALBÁS VIVES, PRESIDENTA DE LA COMISIÓN

—Gracias, señora Nieto.

Es turno de palabra hora del Grupo Parlamentario de Vox, que estima oportuno no intervenir y pasamos al siguiente turno de palabra que, en esta ocasión, es para el portavoz de Ciudadanos, el señor Samper, por un turno no superior a cinco minutos.

El señor SAMPER RUEDA

—Muchas gracias, señora presidenta.

Nuestro grupo parlamentario se ha reunido en diversas ocasiones con asociaciones dedicadas a los problemas de salud mental. En Andalucía existe un Plan de Salud Mental que es una prioridad para el Gobierno

andaluz. El Plan Integral de Salud Mental de Andalucía 2016-2020, aparte de un análisis de la situación de la salud mental, de él se extraen las siguientes conclusiones: cada persona debe ser la auténtica protagonista de su salud a lo largo de su vida, los problemas de salud mental ocupan el cuarto lugar en la carga de enfermedad. En el caso de la mujer, la carga de enfermedad pasa a ocupar el segundo lugar.

En torno al 25% de la población sufre un trastorno mental a lo largo de su vida. Andalucía se encuentra por encima de la media estatal en tasas de suicidios. Actualmente hay un incremento en los diagnósticos de ansiedad y depresión, más entre mujeres y personas con incapacidad permanente, y se ha incrementado muy mucho el consumo de antidepresivos y tranquilizantes.

La atención primaria desarrolla acciones de promoción y prevención en salud mental y juega un papel fundamental en la detección y atención precoz, el tratamiento y la recuperación de las personas con problemas de salud mental. La atención especializada representa casi el 15% de las consultas externas de la atención hospitalaria total y hay que seguir avanzando en la mejora del funcionamiento de los servicios de salud mental. En ambos niveles asistenciales es necesario un mayor y mejor uso de las diferentes herramientas disponibles que eviten una medicalización excesiva y favorezcan las intervenciones psicológicas que ayuden a la recuperación.

De cara a la recuperación de las personas con enfermedad mental, hay que aplicar la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia, hay que mejorar el sistema de información sobre los procesos y resultados en salud mental e incrementar la investigación epidemiológica, clínica y social.

El plan propone cinco líneas estratégicas orientadas a la consecución de unos objetivos, y para su elaboración se ha tenido en cuenta el marco normativo de la Organización Mundial de la Salud, de la Unión Europea y de la Junta de Andalucía. Se basa en principios que rigen la atención comunitaria orientada a la recuperación de las personas con enfermedad mental.

Estos principios se agrupan en los siguientes pilares: en primer lugar, protección de los derechos de las personas con problemas de salud mental; avances en la promoción del bienestar emocional y en la prevención de los problemas de salud mental para mejorar su calidad de vida; mejora en la calidad de las intervenciones para optimizar la detección, atención y recuperación de las personas afectadas por trastornos mentales y gestión adecuada de los recursos existentes.

Los aspectos más destacables de las cinco líneas estratégicas que engloban a los diferentes objetivos, acciones y resultados son:

En la primera línea, se abordan los aspectos de promoción y prevención de la salud, centrándose, sobre todo, en personas en situación de especial riesgo.

La segunda línea hace referencia a la detección precoz de problemas de salud mental y una atención de calidad centrada en la construcción o recuperación de un proyecto vital.

Se aborda la atención a la infancia y adolescencia, reforzando la colaboración con otros sectores implicados en la infancia-adolescencia, así como seguir avanzando en la cooperación sanitaria, especialmente entre pediatría y los servicios de salud mental.

Asimismo, hay que abordar la atención a la población adulta y mayor en tres bloques diferenciados: problemas de ansiedad, depresión y somatizaciones, atención prioritaria a las personas con trastornos mentales.

les graves, atención a varios grupos de problemas en salud mental, como trastorno de la conducta alimentaria, obsesivos, de personalidad y de adicciones.

Hay que proponer acciones de mejora en la atención a la salud mental de la población internada en centros penitenciarios, personas mayores, con discapacidad intelectual, personas sin hogar, inmigrantes y mujeres víctimas de la violencia machista.

La tercera línea estratégica se centra en la promoción de la igualdad, el respeto a los derechos de las personas con problemas salud mental y la participación de la ciudadanía y sus organizaciones en el cuidado de la salud mental. La cuarta, hace referencia a la dotación y gestión de los recursos de soporte, materiales, humanos, y organizativos, necesarios para alcanzar los objetivos del Plan. Y la quinta, hace referencia a la gestión del conocimiento, investigación, y evaluación de la salud mental.

En definitiva, la atención sanitaria en Andalucía realmente debe ser igual para todos, y no puede depender del código postal donde uno viva, para tener un acceso a una atención sanitaria de una forma u otra. Esta es la visión del Grupo Parlamentario de Ciudadanos y esa es la visión del Gobierno de la Junta Andalucía.

Muchas gracias.

La señora ALBÁS VIVES, PRESIDENTA DE LA COMISIÓN

—Gracias, señor Samper.

Turno ahora de palabra para el portavoz del Grupo Parlamentario Popular, el señor Candón.

El señor CANDÓN ADÁN

—Gracias, señora presidenta.

Bien, la provincia de Cádiz dispone de 35 plazas —como aquí se ha dicho— de comunidad terapéutica, para todas las unidades de gestión clínica de salud mental de la provincia, que ascienden a un total de cuatro. Estas plazas están distribuidas en dos dispositivos, ubicados uno en Jerez y otro en Puerto Real.

Históricamente, las necesidades de hospitalización de la comunidad terapéutica del Campo de Gibraltar han obtenido respuesta en estas dos comunidades terapéuticas: los pacientes procedentes de La Línea, en la de Jerez, y los de Algeciras, en la de Puerto Real. Existe un protocolo actualizado de distribución de las camas provinciales de comunidad terapéutica, por el que al Campo de Gibraltar le corresponden entre 6 y 8 camas del total de las existentes en la provincia. Para algunos pacientes de especial dificultad, de la Unidad de Gestión Clínica de Salud Mental del área de Gestión Sanitaria, el Campo de Gibraltar ha contado con plazas, también, en el Hospital San José de Málaga, en igualdad a todas las Unidades de Gestión Clínica de Andalucía. Con estos recursos se cubren adecuadamente las necesidades de atención a los pacientes que requerían una hospitalización de este tipo. Ahora bien, es preciso puntualizar que la incidencia de pacientes que requieren atención de la comunidad terapéutica es variable, dependiendo también de la asistencia comunitaria prestada; especialmente, a través de los programas de tratamiento asertivo comunitarios. Por ello, esperamos que la puesta en marcha de este programa, en la Unidad de Gestión Clínica de Salud Mental del Campo de Gibraltar, y el desarrollo de mayores y mejores recursos para la población con trastorno mental grave,

por parte de FAISEM, que es la Fundación Pública Andaluza para la Integración Social de personas con Enfermedad Mental, incluida, de manera positiva, en disminuir la necesidad de este tipo de dispositivos, como está ocurriendo en algunos sitios, en donde vienen funcionando estos programas.

Por otro lado, es necesario valorar también la eficacia de un recurso de estas características: una comunidad terapéutica no sería eficiente con menos de quince plazas de hospitalización. Si se abre una comunidad terapéutica en el Campo de Gibraltar, debería contar con quince camas para 227.000 habitantes, y el resto de la provincia de Cádiz dispondría de 35 camas para 980.000 habitantes, cosa que no sería lógica. En este aspecto, sería más eficiente atender la necesidad —ya expresada— de la mejora de la comunidad terapéutica en Jerez, y aprovechar la posibilidad de unas nuevas instalaciones e incremento de su capacidad a 20 plazas, sin requerir un incremento de recursos humanos, por otra parte.

La Unidad de Gestión Clínica de Salud Mental del Área de Gestión Sanitaria, del Campo de Gibraltar, al igual que otras unidades de Gestión Clínica de Salud Mental de Andalucía, requieren mejoras de sus recursos. De hecho, se contemplan en el proyecto de mejora del III PISMA, en el que se priorizan las necesidades con la finalidad de disminuir las desigualdades. Así pues, consideramos que la mejora de la atención comunitaria de los trastornos mentales graves, en la zona del Campo de Gibraltar y un mejor aprovechamiento de sus recursos disminuirá los requerimientos en este dispositivo.

Aunque ahora estamos en un proceso de análisis, por parte del nuevo Gobierno y, que, además, es lógico, por su nuevo trabajo, organización y la necesidad de tener en cuenta los distintos recursos asistenciales en el ámbito de salud mental, para analizar qué tipo de nuevos recursos y dónde deben establecerse. Por ello, la petición es realizar una evaluación previa de los recursos existentes y, en función de ellos y de las necesidades asistenciales, establecer qué recursos son necesarios y cuál es su prioridad; es la mejor manera de garantizar una eficiencia, dentro de nuestro sistema de salud.

Y termino, señora presidenta. Nosotros, bueno, compartimos esa necesidad; sabemos de las peticiones de los ayuntamientos, pero creo —y bien ha anunciado el portavoz de Ciudadanos, también—, creo que sería una situación de desigualdad con otras provincias. Y de ahí viene motivada la enmienda que hoy traemos aquí a la proposición no de ley del grupo de Adelante Andalucía.

Muchas gracias, señora presidenta.

La señora ALBÁS VIVES, PRESIDENTA DE LA COMISIÓN

—Gracias, señor Candón.

Turno ahora de palabra para el representante del Grupo Socialista, la señora Ruiz.

La señora RUIZ CASTRO

—Sí, muchas gracias, presidenta.

Voy a posicionar yo al Grupo Socialista en esta proposición no de ley que nos trae Adelante Andalucía, en relación a la creación de una Comunidad Terapéutica de Salud Mental, para el Campo de Gibraltar.

Como bien digo, es una iniciativa presentada por Adelante Andalucía, pero que fue promovida por Comisiones Obreras, en el marco de la conmemoración del Día de la Salud Mental, el 10 de octubre, y que ha sido refrendada por todos los ayuntamientos del Campo de Gibraltar; además, que ha sido refrendada por unanimidad de todos los grupos políticos presentes allí, en esos ayuntamientos. De hecho, en el Ayuntamiento de Algeciras, —es una simple curiosidad del que..., bueno, Algeciras, la ciudad de la señora Nieto— se presentó como una moción conjunta, firmada por todos los grupos: Partido Popular, PSOE, Algeciras Sí Se Puede, Ciudadanos e Izquierda Unida. Yo dudo, al oír las palabras del resto de portavoces, que hoy salga de aquí esa unanimidad. Y también dudo, al no oír incluso, las palabras de algunos que otros portavoces, que sí que me hubiera gustado saber cuál es la posición del Grupo Parlamentario Vox, en relación a esta iniciativa.

Dicho esto, nosotros valoramos también la colaboración de la sociedad del Campo de Gibraltar en esta demanda; asociaciones y entidades, que han respaldado y que han reclamado la creación de esta comunidad terapéutica. Esto vendría a ampliar las plazas existentes en la provincia de Cádiz, y completaría el dispositivo del SAS para atenderlo.

Aunque en la comarca —como bien he dicho— se presentó con motivo del 10 de octubre, y aquí ha llegado más tarde —por cuestiones que todos conocemos—, creo realmente que llega en el mejor momento para que el nuevo Gobierno —el nuevo Gobierno del cambio, como dice llamarse— pueda tenerlo en cuenta, de cara a la presentación del presupuesto para 2019, y nosotros estaremos muy atentos para que así sea. Ahora es cuando este Gobierno de las derechas tiene esa oportunidad de incluirlo en el Presupuesto, primero, porque está aprobado el III Plan de Salud Mental de Andalucía, 2016-2020, que contempla la mejora de los servicios; por tanto, tiene una planificación que lo avala. El Partido Popular también trajo otra iniciativa a la Comisión de Salud —la pasada legislatura— con motivo del 10 de octubre también, en defensa de la salud mental, en la que la que era portavoz de salud, en su día —que hoy es viceconsejera de salud—, pues decía, textualmente, en su intervención que “hay un limitado desarrollo de los dispositivos de media y larga estancia de asistencia, rehabilitación y atención psicosocial”. Pues, ¿qué mejor manera que cumplir con esta proposición no de ley? Así que lo único que tienen que hacer, a raíz de esto, pues es dar por presentadas estas propuestas, y por cumplir lo que antes han pedido y lo que sus propios compañeros han defendido en los ayuntamientos. Yo creo que habría que ir de la mano de los propios compañeros de partido en el resto de ayuntamientos del Campo de Gibraltar.

Y, también, el consejero, —por eso de retomar la palabra— decía, en las líneas estratégicas de su primera comparecencia, que querían impulsar un estudio de necesidades en infraestructuras, asistencia y servicios, en Andalucía para las personas con patologías en el ámbito de la salud mental y los trastornos alimentarios; eso coincide, plenamente con la enmienda que hoy presenta el Grupo Popular. Por tanto, me temo que el Partido Popular y Ciudadanos, se van a desdecir de lo que han dicho sus propios compañeros allá en la comarca, que demanda esta iniciativa. Por tanto, el Gobierno del cambio se va a quedar solamente, pues en el cambio de opinión con respecto a los temas que, realmente, les interesan a los ciudadanos.

Decir que el Partido Socialista, el Grupo Parlamentario Socialista, va a votar a favor. Estamos a la espera del presupuesto del nuevo Gobierno, que es el instrumento donde marcarán sus prioridades políticas y,

por tanto, sus prioridades para el área de sanidad. Y, realmente, esperamos que contemos con esta iniciativa, que es demandada por toda la sociedad del Campo de Gibraltar.

Muchas gracias, presidenta.

La señora ALBÁS VIVES, PRESIDENTA DE LA COMISIÓN

—Gracias, señora Ruiz.

Tiene, ahora, la palabra, la señora Nieto. Le recuerdo que tiene que posicionarse sobre la enmienda presentada por el Grupo Popular a su proposición no de ley.

La señora NIETO CASTRO

—Gracias, presidenta.

Bueno, algunas consideraciones al resto de portavoces, a los que agradezco su intervención. Desde la perplejidad más absoluta, pero, bueno, voy a entrar en esas consideraciones, porque, bueno, alguien tendrá que decir aquí las cosas como se perciben en la comarca del Campo de Gibraltar. Me parece de todo punto cínico que aquí se hable de la igualdad y de la necesidad de tratar exactamente igual a todas las personas, con independencia de dónde tienen su código postal, y se haga en nombre de formaciones políticas que se han hartado de pasearse por el Campo de Gibraltar hablando de la necesidad de una discriminación positiva para sacarla de sus índices superiores al resto del territorio en desempleo, en pobreza, en marginación, en narcotráfico, en personas con drogodependencia, en carencias de equipamientos sanitarios públicos, de equipamientos educativos públicos, con una servidumbre medioambiental muy preocupante por un polígono industrial con una actividad muy agresiva, etcétera. Hay un enorme cinismo en estas formaciones políticas que se han paseado por el Campo de Gibraltar, que luego han tenido la desfachatez de traducir en acuerdos institucionales su compromiso con elevar esos déficits del Campo de Gibraltar hasta igualarlos a la media que se disfruta en otros sitios con otros códigos postales.

¿Cuál es la manera en la que prioriza un gobierno, la que le dice a la gente con la calculadora de los votos? ¿Todo se perdona? ¿Todo cabe? ¿A ustedes les parece normal que se hable de que esto sería tratar de manera desigual al Campo de Gibraltar? ¿No es eso lo que han predicado el Partido Popular y Ciudadanos en el Campo de Gibraltar para que les votaran? El Partido Popular ha sido el cuarto en la provincia de Cádiz, ¿eh?, y tiene San Telmo con 26 diputados, no se vayan ustedes a morir de éxito, que las mentiras se acaban pagando. Y este es un ejercicio de cinismo político. No les puedo aceptar una enmienda que desvirtúa un acuerdo que alcaldes del PP en mayoría absoluta han votado a favor en el Campo de Gibraltar, y porque este texto lo ha preparado un sindicato con el que se han hecho fotos todos los partidos que hoy están hablando aquí de la igualdad de los códigos postales. No tienen ustedes vergüenza política ni se merece el Campo de Gibraltar que se utilice de moneda de cambio para generar expectativas en una población que lo pasa muy mal para que vote y luego ya no me acuerdo de ti. ¿Que ahora tienen ustedes que estudiar si hace falta aquí una comunidad terapéutica? ¿Ahora? Si el Partido Popular ha sido vehemente reclamándola. ¿Van a decir ustedes que es una discriminación para el Campo de Gibraltar tener 15 camas de una comunidad terapéutica

porque entonces el resto de la provincia no va a tener el mismo número? O sea, que los enfermos mentales y sus familias del Campo de Gibraltar pueden ir a Málaga a que les atiendan, pero una persona de Jerez y su familia no pueden trasladarse a Algeciras si así lo necesitaran. Ustedes no saben de lo que están hablando. O sí lo saben, y saben que lo que dicen aquí sale gratis y lo que dicen allí también.

Pero en lo que esté en las modestas manos de Adelante Andalucía no va a quedar una persona en el Campo de Gibraltar que no conozca esta capacidad que tienen ustedes de decir una cosa y la contraria, de hablar allí de discriminación positiva para mejorar la vida de gente que lo pasa tan mal, y venir aquí a hablar de estudios, venir aquí a hablar de evaluaciones y de códigos postales. Qué pena cómo está la política y qué pena que se incorpore la gente nueva de la derecha con los tics de la derecha de toda la vida.

Muchas gracias.

La señora ALBÁS VIVES, PRESIDENTA DE LA COMISIÓN

—Gracias, señora Nieto.

11-19/PNLC-000013. Proposición no de ley relativa a mejora del confort para pacientes y familiares en los hospitales públicos andaluces

La señora ALBÁS VIVES, PRESIDENTA DE LA COMISIÓN

—Pasamos a la siguiente proposición no de ley, en este caso propuesta por el Grupo Parlamentario Socialista, relativa a la mejora del confort para pacientes y familiares en los hospitales públicos andaluces.

Y, en este caso, intervendrá el señor Ruiz, por un tiempo no superior a siete minutos.

El señor RUIZ GARCÍA

—Gracias, señora presidenta.

Bueno, nosotros hemos elegido para esta primera comisión —que consideramos, tal como se está poniendo de manifiesto, que debe tener un tono de mayor consenso posible— una proposición no de ley que entendemos que va a gozar y va a tener el apoyo y el acuerdo de todos los grupos.

Es una evidencia que el concepto de calidad en general ha pasado desde la inicial calidad asistencial o clínica hasta la posterior calidad total o gestión de la calidad en nuestros hospitales, y que ha ido transitando desde aspectos meramente clínicos hasta incorporar otros que, se ha evidenciado posteriormente, son importantes para la recuperación del enfermo.

Mencionamos en esta exposición de motivos, y hay que decirlo, la incorporación de la unidad de nutrición clínica y dietética, porque es un elemento al que había que prestar muchísima atención. Inicialmente se consideraba dentro de aquellas características o parámetros del confort o de la hostelería, pero posteriormente se vio que tenía importantes efectos sobre la recuperación de los enfermos. Así sucesivamente se han ido incorporando elementos que han mejorado la estancia, la vida de los enfermos y, por tanto, su predisposición y también la de sus familiares. Quiero referirme también a los planes de acogida, que se han generalizado en el conjunto de los hospitales, y a algunos otros aspectos relacionados con lo que clásicamente se consideraba como hostelería: la elección de menús, etcétera.

Ahora traemos a la consideración de esta comisión el poder terminar un plan importante para la calidad que se presta en nuestros hospitales para la estancia, como decía antes, de los enfermos y sus familiares, que está relacionado con la extensión de la televisión gratuita también, el acceso a red wifi, aunque en la inmensa de los hospitales ya está disponible, y de la modificación, el cambio de los sillones, los conocidos como sillones de acompañantes. Es cierto que cada uno de nuestros hospitales tiene unas características distintas tanto en tamaño como incluso en estancia media, ocupación de habitaciones, etcétera; pero consideramos que todos los grupos que están aquí sin duda alguna pueden verse afectados tanto en sus provincias como en las personas que frecuentan, que tienen que verse hospitalizadas en uno de nuestros centros..., en que la necesidad de poder facilitar ese acceso gratuito a televisiones y el que los acompañantes, que tienen habitualmente que turnarse —en otros casos, ni siquiera eso— para acompañar a un enfermo puedan hacerlo con el mayor confort posible, con la idea de que, sin duda alguna, tal como se viene diciendo en esta

comisión, todos los grupos están por que nuestros hospitales públicos presten no solo una asistencia de calidad sino que también presten condiciones de humanización, de confort. Yo creo que es un objetivo compartido perfectamente por todo el mundo.

Y, habida cuenta de que gran parte del trabajo se había hecho en la anterior legislatura, de lo que se trata, de forma similar a como ha presentado esta mañana el consejero cuando ha hablado de la extensión completa del programa de cribado de cáncer colorrectal, es de que se cumpla que, efectivamente, este año 2019 pueda extenderse este programa —que, insisto, ya está en bastantes hospitales, en algunas provincias al completo— al conjunto de los hospitales públicos del sistema sanitario andaluz, no solo a los del Servicio Andaluz de Salud, sino también a los del conjunto de la agencia. Y que aquellas personas que tienen que estar unos días ingresadas en nuestros hospitales y sus familiares puedan disfrutar, puedan mejorar, amenizar su estancia tanto con los accesos a puntos de wifi como con la televisión gratuita, y en las mejores condiciones de confort para los familiares que tienen que acompañar a los enfermos, de modo que tengan unos sillones adecuados para permitir algo de descanso en esos días.

Hay que tener en cuenta, lo hemos dicho muchísimas veces, y yo creo que casi todos los que estamos aquí de alguna u otra forma lo hemos experimentado, que la experiencia de hospitalización para una persona es una experiencia que, desde luego, rompe con sus hábitos, rompe con sus modos de vida, en algunos casos supone un esfuerzo familiar importante porque requiere desplazamientos y porque cuando una persona ingresa en un hospital, evidentemente, es porque tiene un padecimiento. El que podamos atenuar, el que podamos mitigar, el que podamos hacer más confortable la estancia de los enfermos en los hospitales y de sus acompañantes forma parte de la responsabilidad de quien quiere ofrecer un sistema sanitario público que, además de universal y gratuito, es de la máxima excelencia.

Por eso esperamos contar con el apoyo del resto de grupos, a los que les agradeceré, como es natural, sus posicionamientos.

Muchísimas gracias.

La señora ALBÁS VIVES, PRESIDENTA DE LA COMISIÓN

—Gracias, señor Ruiz.

Comienza el turno de palabra del resto de grupos parlamentarios. En primer lugar, tiene la palabra la señora Piñero Rodríguez, portavoz del Grupo Parlamentario Vox.

La señora PIÑERO RODRÍGUEZ

—Buenos días.

Los pacientes, una vez que son ingresados, necesitan tener..., ya bastante padecen con su enfermedad como para que encima el hábitat donde están sea muy perjudicial, en el sentido de que no encuentren el confort ni ellos ni sus familiares, fundamentalmente el enfermo y, sobre todo, cuando es un enfermo crónico, que tiene que estar mucho tiempo hospitalizado. Porque se ha visto como incluso personas mayores mejoran

cuando llegan a su casa, las personas en el tema psiquiátrico, pues que ya tienen cierta demencia, y porque el hábitat donde están, pues, es inhóspito.

Entonces, ¿cómo podríamos hacer?

Yo creo que hay que mejorar... Los hospitales que se vayan haciendo nuevo, que tengan una situación más parecida..., un ambiente, un ambiente tanto de las habitaciones como del personal..., que se encuentren más cercanos a la casa.

Evidentemente, no es posible, eso no es sustituible nunca, pero sí que..., como digo, los crónicos tienen que tener tanto una mejora en la dieta, como una mejora en los servicios. Ahí están los niños oncológicos, a los que se les está dando escolarización, pero tiene que hacerse de forma mucho más extendida en los diferentes centros, tiene que encontrar ese respaldo de los familiares cercanos.

Entonces, creo que no es tanto..., el tema no va tanto en que tengo la televisión o que se mejore el sillón, sino en individualizar a cada paciente dentro de una habitación, de los mayores —me refiero—, para tener mejor calidad de vida dentro de su propia enfermedad.

También, formación a los profesionales, no solamente en los tratamientos, que eso lo saben hacer muy bien, sino en la afectividad que puedan transmitir al enfermo cuando se encuentra hospitalizado.

Y, bueno, no es tanto —como digo— el tema de lo que ya está, que hay que mejorarlos, sí. La televisión, todos los hospitales tienen televisión hoy día, sino en mejorar —como digo— el tema del ambiente. Y una habitación con menos pacientes pues va a influir en este trato y en esta calidad que vayan teniendo.

Muchas gracias.

La señora ALBÁS VIVES, PRESIDENTA DE LA COMISIÓN

—Gracias, señora Piñero.

Turno de palabra de la portavoz del Grupo Parlamentario de Adelante Andalucía, la señora García Casaucau.

La señora GARCÍA CASAUCAU

—Gracias, señora presidente..., presidenta.

Buenas tardes, señorías.

Pues, desde el Grupo Parlamentario de Adelante Andalucía, ya le adelanto que, como no podía ser de otra manera, nosotras sí vamos a apoyar esta propuesta presentada para continuar con el plan de mejora del confort para pacientes y familiares en los hospitales públicos andaluces.

No obstante, queríamos señalar otros factores que también tienen incidencia directa o indirecta sobre el confort de pacientes y familiares, y que a lo largo de todos estos años, como todas sabemos, no han tenido las respuestas necesarias.

Desde luego, que desde el punto de vista del paciente, se aprecia no tener que ir echando moneditas para poder ver la televisión de tu habitación. Lo que no era lógico es que en un hospital público se permitiera hacer negocio privado con la televisión. Aunque importante es el aspecto hostelero de los servicios sanitarios y

que, obviamente, tienen una incidencia positiva en la recuperación más temprana, las personas ingresadas tienen otras prioridades, pues, el tener a disposición de sus cuidados a una plantilla completa y no precarizada les va a ayudar de forma más eficaz en dicho confort, pues la idea es recuperarse sin contratiempos y en el menor tiempo posible. Para eso, es fundamental que las plantillas de trabajadoras y trabajadores de la salud pública no estén tan precarizadas, y ahí no se ha actuado. Es cuestión de prioridades, señoría.

¿O no es acaso confort para las y los pacientes que enfermería u otras categorías cuenten con una ratio adecuada? Pues es fundamental que nuestras trabajadoras sanitarias dispongan del tiempo suficiente para prestar una atención de calidad. Es insostenible casos, como los que hemos vivido en Málaga, de una enfermera que tuvo que renunciar a su puesto en el hospital clínico porque tenía que atender sola a 36 pacientes. Enfermeras y enfermeros que sufren, en el 82% de los casos, estrés. Y esto no lo decimos nosotras, de Adelante Andalucía, lo dice un sindicato médico.

¿O no es acaso confort para las y los pacientes unas urgencias que no estén saturadas, no tener que esperar horas y horas para ser atendidas? Porque ¿qué opinión les merece, desde el punto de vista del confort, estar en una camilla, en un pasillo hasta ser ingresado en planta? Por no hablar de los casos más extremos que hemos sufrido en Úbeda, Málaga y Antequera.

¿Es acaso confort perder la vida esperando en soledad en un box de urgencia? ¿Es confort tener a tres pacientes por habitación en hospitales como el Neveral, en Jaén?

El confort también pasa por disponer de mobiliario en buenas condiciones, pero la trayectoria del SAS ha pasado por la ausencia de una política de renovación, mantenimiento deficiente de habitaciones y dependencias comunes. Párquines totalmente saturados o de pago, como en el caso de Marbella, sistemas de señalización obsoletos, infraestructuras deterioradas por el paso del tiempo. Se está dejando morir el hospital marítimo de Torremolinos. Salas de esperas pequeñas y poco confortables. Persisten manifiestas dificultades de acceso en tiempos de espera para consulta y múltiples procedimientos diagnósticos y terapéuticos, y que son vividos por la población como uno de los problemas más importantes de nuestro sistema sanitario. Estoy hablando de listas de espera interminables, ya no solo quirúrgicas, sino también diagnósticas. Deterioro de la atención primaria, puerta de entrada al servicio sanitario de toda la ciudadanía, con una huelga con inicio en Málaga y que se extiende por toda Andalucía, y donde recibieron la llamada por respuesta. Servicios externalizados, vaya, privatizados, como la limpieza de hospitales, el mantenimiento, la lavandería, cocina donde se contrata cáterin de dudosa calidad, como en el Neveral.

El confort y la calidad que se ha prestado a pacientes, familiares y trabajadoras y trabajadores de la sanidad pública, ha dejado todo un mapa de reivindicaciones, manifestaciones, huelgas, mareas blancas, plataformas en defensa de la sanidad pública, asociaciones de vecinos, de pacientes que van a seguir exigiendo que la sanidad pública sea de calidad para todas y todos.

Muchas gracias.

La señora ALBÁS VIVES, PRESIDENTA DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señora García.

Turno ahora para el portavoz del Grupo Parlamentario Ciudadanos, el señor Samper.

El señor SAMPER RUEDA

—Muchas gracias, señora presidenta.

Bueno, hay que decir que con el anterior Gobierno se llevaron a cabo un conjunto de medidas para hacer más cómoda la estancia en los hospitales. Por ejemplo, la instalación de la televisión gratuita en los hospitales responde a una demanda de la ciudadanía.

Así, de manera paulatina, estaba prevista la incorporación de la televisión gratuita hasta hacerla extensiva a toda la red del sistema sanitario público andaluz, en el primer semestre de 2019.

Eso veo que la Junta de Andalucía debe poner el acento en la humanización, en la atención sanitaria, para mejorar la calidad en la práctica clínica y una mayor satisfacción entre profesionales y pacientes.

Son medidas para que los hospitales públicos andaluces sean más cómodos, efectivamente, más agradables, más humanos, más cercanos, sin barreras, con el objetivo de que tengan un mayor confort y favorezcan estancias más llevaderas, especialmente para aquellos pacientes con ingresos más prolongados.

Ha habido medidas para la atención a menores hospitalizados. Hay que incidir más en ese tipo de cuestiones, porque las asociaciones están aportando medidas de confort importantes para estos niños y sus familias. Una vez más, la sociedad civil ha ido por delante de la Administración, que muchas veces ha mirado hacia otro lado en años anteriores. Quizás, demasiados.

Campañas como «La azotea azul» han sido importantes para favorecer el desarrollo evolutivo del niño y contrarrestar las alteraciones, el desequilibrio que la propia enfermedad y hospitalización le producen con apoyo pedagógico y lúdico.

La renovación de mobiliario también es importante para mejorar la estancia en los hospitales. También se debe mejorar la atención a pacientes crónicos complejos, que es otra de las áreas en la que se trabaja, de forma especial, para desarrollar medidas que favorezcan la humanización de la asistencia prestada.

Así, hay que reforzar lo recogido también en el plan de alzhéimer, los equipos móviles de fisioterapia, la incorporación de la enfermería de práctica avanzada, los cuidados paliativos o la muerte digna, cumpliendo, efectivamente, lo que señala la legislación vigente, y por lo que el Defensor del Pueblo Andaluz, hace un año, sacó los colores al Gobierno de la Junta, del Partido Socialista, por sus reiterados incumplimientos.

Son algunos aspectos que han surgido en respuesta a demandas de la sociedad. También, teniendo en cuenta que la mejor medida de confort en hospitales, la rápida atención, por tanto, acabar con las listas de espera, y la más rápida atención en pruebas hospitalarias. Esa demanda y queja ciudadana debe ser solucionada por este nuevo Gobierno.

Tenemos que ir a hacia una sanidad pública, universal y de calidad, eso es cierto. Hay que reducir listas de espera, como ya se ha dicho, acabar con el colapso de las urgencias en el Servicio Andaluz de Salud a lo largo de la legislatura. Lo conseguiremos poniendo en marcha un plan de choque para la mejora de la calidad de la sanidad pública de Andalucía que incluya, entre otras, las siguientes medidas: la mejora de la transparencia en nuestra sanidad pública, garantizando la publicación de todos los resultados para impedir cualquier manipulación de los plazos de espera e intervenciones quirúrgicas, especialidades y pruebas de diagnóstico, habilitación gradual para libre elección de especialista por todos los usuarios, el refuerzo también de

la atención primaria, incrementando su presupuesto para alcanzar niveles previos a la crisis y estableciendo un Plan Diez Minutos de atención médico paciente.

Esto también es incidir en la calidad para los ciudadanos en cuanto a la sanidad andaluza y pedir al anterior Gobierno, del Partido Socialista, que no vuelva a crear alarmismo con un tema tan importante como es la sanidad. En treinta y siete años de Gobierno, hubo mucho tiempo para realizar este plan que proponen, con el mayor presupuesto de la historia de la sanidad.

Gracias.

La señora ALBÁS VIVES, PRESIDENTA DE LA COMISIÓN

—Gracias, señor Samper.

Turno ahora de palabra para el portavoz del Grupo Popular, el señor Caracuel.

El señor CARACUEL CÁLIZ

—Muchas gracias, señora presidenta.

Desde el Grupo Popular, en relación a la proposición no de ley que se nos plantea aquí, con el objetivo de que este plan de confort esté concluido en la totalidad de los centros hospitalarios antes del 2019, les debemos de decir a los proponentes, y ellos deberían saberlo, porque han estado hace unos meses, hasta hace unos meses en el Gobierno, que lo que piden y están reclamando es un imposible. Un imposible porque, en primer lugar, las medidas que pretenden impulsar, por las cuales, hasta el momento, se ha hecho muy poco, es imposible realizarlas en tan solo diez meses.

En segundo lugar, como deberían saber, para continuar con estas medidas se debería haber aprobado el presupuesto para el año 2019, y el Partido Socialista optó por su interés electoralista antes que priorizar el bienestar de los andaluces.

Y, en tercer lugar, es un imposible porque, para conseguir la gratuidad de los televisores, como indican, deberían saber que aún hay contratos en vigor, concretamente, en 18 hospitales: once de ellos, con un contrato administrativo especial que dura hasta el año 2023; seis de ellos, con una concesión de dominio público hasta el año 2022, y un caso especial en el hospital de Benalmádena. Para llegar a resolver estos contratos, se debería llevar a cabo un mutuo acuerdo y un pago de las indemnizaciones.

¿Saben ustedes cuánto se debería pagar por los 5.867 televisores que aún tienen contrato en vigor? Pues se debería hacer una inversión de nueve millones de euros para resolver dicho contrato. Además de añadirle unos 9.281 televisores, lo cual, tendría un coste de 3,3 millones de euros aproximados, para llevar a cabo esto que piden.

Actualmente, en la provincia de Cádiz, también hay tres hospitales que están sin servicio de televisión: el de Puerta del Mar, el de Puerto Real o el de Punta de Europa.

Nosotros, desde el Grupo Popular, le proponíamos una enmienda, en la cual se priorizara como primer paso para el confort la eliminación de esa tercera cama, de la que ya se ha hablado aquí hoy. Nos parecía una supresión de la tercera cama una enmienda coherente, la cual esperábamos que hubiese sido aceptada,

porque las habitaciones con tres camas provocan la pérdida de calidad, la propagación de enfermedades infecciosas o la violación de la dignidad y la intimidación de los pacientes y de los familiares.

Cito textualmente: «Todos los hospitales andaluces contarán con habitaciones de uso individual para los pacientes ingresados». Elecciones autonómicas del año 2000, propuesta electoral del Partido Socialista. Diecinueve años después, como ha dicho el consejero, 255 habitaciones, en nuestra comunidad autónoma, se encuentran con tres camas por habitación.

Pero vamos aún más lejos, y es que en febrero del 2017 se llevó a cabo una proposición no de ley, que fue aprobada en el Parlamento y el Gobierno socialista incumplió, como les decía el consejero, y facilitaba anteriormente datos, de esas 255 habitaciones con camas triples. Podríamos indicar que hay 15 en el Hospital Universitario de Puerto Real, 16 en el de Motril, 33 en el de Virgen de las Nieves, 45 en el de Jaén, 2 en el de la Merced, 8 en el Virgen de Valme, 126 en el Virgen Macarena o 10 en el de San Lázaro.

Yo creo que traer esto aquí y no aceptar esta enmienda, más que un tema de televisores, es un tema de telenovela.

Por lo que nosotros, desde el Partido Popular, pretendiendo llegar a ese consenso y a esa..., trabajar, como se pretendía en el inicio y en el esbozo de la proposición no de ley, por el confort y por el bienestar de los andaluces, les instamos a que en siguientes actuaciones tengamos de mutuo acuerdo la priorización de la eliminación de esa tercera cama, que estamos convencidos de que el Grupo Socialista, también muy pronto, estará de acuerdo en ello.

Muchas gracias.

La señora ALBÁS VIVES, PRESIDENTA DE LA COMISIÓN

—Gracias, señor Caracuel.

Turno ahora para el señor Ruiz, del Grupo Socialista.

El señor RUIZ GARCÍA

—Gracias, señora presidenta.

Intentaré ser muy breve.

Bueno, una cosa es que no se quiera aprobar y otra cosa es que se digan falsedades, cuando no tonterías.

¿Cómo es eso de que las habitaciones de tres camas favorecen las enfermedades infecciosas? Los enfermos con enfermedades infecciosas son ingresados en otro tipo de habitaciones. Es que estamos faltando el respeto a los profesionales facultativos, que son los que deciden el ingreso en una habitación con una, con dos o con tres camas. Vamos a dejar de decir tonterías, perdón, por no decir falsedades.

Igual que otra serie de cosas que vengo oyendo ya por segunda o tercera vez. Insisto, que nos hemos planteado esta PNL para no tener un debate del mayor consenso posible, pero es que parece que hay algunos grupos que no quieren extender este programa de humanización. Allá ellos, pero que lo digan, sin excusas, sin ambages.

Hombre, y otros grupos que dicen que van a apoyar —en concreto, Adelante Andalucía— la proposición no de ley, pero luego la mezclan con otras cosas. Supongo que la señora portavoz de Izquierda Unida planteará sucesivas iniciativas, si tan importante es todo aquello que ha dicho.

En cualquier caso, de lo que se trata es de decir si se quiere o no.

En primer lugar, los Presupuestos Generales están prorrogados, y si están prorrogados, significa que la Consejería de Salud, tiene la misma cantidad disponible de presupuesto que tenía el año pasado, y el año pasado ya asumió gran parte, más de la mitad de este programa. No veo el problema.

En segundo lugar, la enmienda que plantea el Partido Popular no es ni más ni menos que una especie de excusa para no aprobar esta PNL. Pero, además, es que es innecesaria, si es que ya no hace falta establecer, instar al Gobierno a que quite la tercera cama. Si es que ha dicho el consejero que la va a quitar, lo que aquí hace falta es que diga cuándo. Aun así, si el Partido Popular u otro grupo, que parece que se apoyan para decidir su voto o no en la aceptación o no de la enmienda, quieren presentar una proposición no de ley, con este mismo texto y con la fecha para terminar con las terceras camas, por supuesto que lo vamos a apoyar.

Es que ustedes no conocen la historia de los hospitales andaluces. Yo sí, sí, sí. Lo sabe usted, señora presidenta. Sí, sí, sí. Algunas es que son muy jóvenes. Es que en estos hospitales, en estos hospitales, ya en la época del Insalud, no solo había terceras camas, sino que había camas en los pasillos. Claro, evidentemente, ahora hay hospitales de una cama, hay otros que tienen dos camas y hay otros que tienen habitaciones, excepcionalmente, tres camas.

Y se lleva trabajando por todos los profesionales y los gestores, llevan trabajando en eliminar esa situación, y si el consejero dice que va a acabar con ellas, pues estupendo, pero eso no es una excusa para no aprobar esta proposición no de ley. Es como si dijéramos: estamos dispuestos a aprobar esta proposición no de ley, salvo en aquellos hospitales donde todavía hay habitaciones de tres camas; o estamos dispuestos a que el plan de acogida, o que la ludoteca, o que todo aquello que afecta al confort de los hospitales se lleve a cabo, salvo en aquellos que tienen tres camas. El confort de los enfermos y de los familiares hay que garantizarlo tenga la habitación una cama, dos camas o tres camas. Mientras menos camas tenga la habitación, mejor.

Por eso digo que hay que conocer un poco la historia de los hospitales. Pero, desde luego, lo que ustedes no están planteando es la voluntad de quitar, de mejorar el confort de los acompañantes de los enfermos.

La excusa no son los presupuestos, insisto, que están prorrogados. Tienen gran parte del trabajo hecho, llevan toda la campaña electoral diciendo que iban a mejorar los hospitales, que iban a mejorar la sanidad. Ahora tienen la posibilidad de hacerlo, no con especial esfuerzo; si no lo hacen es porque no quieren. Díganlo claramente, pero sin excusas, sin enmiendas que llevan a la trampa. Además, ya podían haber pactado con el consejero o no haber preguntado, precisamente, por las terceras camas y, luego, presentar una enmienda. El consejero ha dicho que las va a quitar, no es necesaria esa enmienda.

Por tanto, tienen ahora la posibilidad de decir si votan a favor de que todas las personas que son hospitalizadas y sus familiares tengan televisiones públicas, sí o no; que tengan mobiliario adecuado para descansar, o no. Voten en consecuencia.

La señora ALBÁS VIVES, PRESIDENTA DE LA COMISIÓN

—Gracias.

Señor Ruiz, de su intervención, deduzco que no acepta la enmienda presentada por el Grupo Popular, ¿verdad?

Pues, si les parece, vamos a comenzar con la votación a la primera proposición no de ley, presentada por el Grupo Parlamentario de Adelante Andalucía.

Se inicia la votación.

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

Pasamos a votar la segunda proposición no de ley, presentada por el Grupo Parlamentario Socialista.

Se inicia la votación.

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

Señorías, agradecer su asistencia y su tono en las intervenciones. Y nos vemos en la siguiente Comisión de Salud.

Gracias.

