

DIARIO DE SESIONES D S P A

DIARIO DE SESIONES



PARLAMENTO DE ANDALUCÍA

COMISIONES



Núm. 225

IX LEGISLATURA

5 de febrero de 2014

Presidencia: Ilma. Sra. Dña. Carmen Martínez Aguayo

Sesión celebrada el miércoles, 5 de febrero de 2014

ORDEN DEL DÍA

DEFENSOR DEL PUEBLO ANDALUZ

9-13/OIDC-000001. Informe especial del Excmo. Sr. Defensor del Pueblo Andaluz relativo a la situación de los enfermos mentales en Andalucía.

PROPOSICIONES NO DE LEY

9-13/PNLC-000040. Proposición no de ley relativa a la situación actual del transporte no urgente en el sistema sanitario de la provincia de Córdoba, presentada por el G.P. Popular Andaluz.

9-14/PNLC-000010. Proposición no de ley relativa a la retirada de todos los copagos sanitarios impuestos por el Gobierno de España, presentada por el G.P. Socialista.

COMPARECENCIAS

9-14/APC-000010. Comparecencia de la Excmo. Sra. Consejera de Igualdad, Salud y Políticas Sociales, a fin de explicar las medidas tomadas o que se van a tomar en relación con las dificultades pue-

tas por Instituciones Penitenciarias para el tratamiento con triple terapia a los internos afectados por hepatitis C y a los coinfectados por el VIH, presentada por el G.P. Izquierda Unida Los Verdes-Convocatoria por Andalucía.

9-14/APC-000024. Comparecencia de la Excm. Sra. Consejera de Igualdad, Salud y Políticas Sociales, a fin de informar sobre el Servicio Integral de Atención y Acogida a Mujeres Víctimas de Violencia de Género en Andalucía, presentada por los Ilmos. Sres. D. Mario Jesús Jiménez Díaz, D. José Muñoz Sánchez, Dña. Soledad Pérez Rodríguez, Dña. María Luisa Bustinduy Barrero, D. Alfonso Rodríguez Gómez de Celis y Dña. María Teresa Jiménez Vilchez, del G.P. Socialista.

9-14/APC-000039. Comparecencia de la Excm. Sra. Consejera de Igualdad, Salud y Políticas Sociales, a fin de informar sobre la evolución de la epidemia de gripe A en nuestra comunidad autónoma, presentada por el G.P. Popular Andaluz.

SUMARIO

Se abre la sesión a las diez horas, cuarenta y tres minutos del día cinco de febrero de dos mil catorce.

DEFENSOR DEL PUEBLO ANDALUZ

9-13/OIDC-000001. Informe especial del defensor del pueblo andaluz relativo a la situación de los enfermos mentales en Andalucía (pág. 5).

Intervienen:

D. Jesús Maeztu Gregorio de Tejada, Defensor del Pueblo Andaluz

Dña. María Luisa Bustinduy Barrero, del G.P. Socialista.

Dña. Rosalía Ángeles Espinosa López, del G.P. Popular Andaluz.

PROPOSICIONES NO DE LEY

9-13/PNLC-000040. Proposición no de ley relativa a la situación actual del transporte no urgente en el sistema sanitario de la provincia de Córdoba (pág. 22).

Intervienen:

Dña. Rafaela Obrero Ariza, del G.P. Popular Andaluz.

D. Manuel Baena Cobos, del G.P. Izquierda Unida Los Verdes-Convocatoria por Andalucía.

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

Votación: rechazada por 7 votos a favor, 8 votos en contra, ninguna abstención.

9-14/PNLC-000010. Proposición no de ley relativa a la retirada de todos los copagos sanitarios impuestos por el Gobierno de España (pág. 30).

Intervienen:

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

D. Manuel Baena Cobos, del G.P. Izquierda Unida Los Verdes-Convocatoria por Andalucía.

D. Rafael Vicente Valero Rodríguez, del G.P. Popular Andaluz.

Votación: aprobada por 8 votos a favor, 7 votos en contra, ninguna abstención.

COMPARECENCIAS

9-14/APC-000010. Comparecencia de la consejera de Igualdad, Salud y Políticas Sociales, a fin de explicar las medidas tomadas o que se van a tomar en relación con las dificultades puestas por Instituciones Penitenciarias para el tratamiento con triple terapia a los internos afectados por hepatitis C y a los coinfectados por el VIH (pág. 39).

Intervienen:

Dña. María José Sánchez Rubio, consejera de Igualdad, Salud y Políticas Sociales.

D. Manuel Baena Cobos, del G.P. Izquierda Unida Los Verdes-Convocatoria por Andalucía.

9-14/APC-000024. Comparecencia de la consejera de Igualdad, Salud y Políticas Sociales, a fin de informar sobre el Servicio Integral de Atención y Acogida a Mujeres Víctimas de Violencia de Género en Andalucía (pág. 45).

Intervienen:

Dña. María José Sánchez Rubio, consejera de Igualdad, Salud y Políticas Sociales.

Dña. Soledad Pérez Rodríguez, del G.P. Socialista.

9-14/APC-000039. Comparecencia de la consejera de Igualdad, Salud y Políticas Sociales, a fin de informar sobre la evolución de la epidemia de gripe A en nuestra comunidad autónoma (pág. 52).

Intervienen:

Dña. María José Sánchez Rubio, consejera de Igualdad, Salud y Políticas Sociales.

D. Rafael Vicente Valero Rodríguez, del G.P. Popular Andaluz.

Se levanta la sesión a las catorce horas, nueve minutos del día cinco de febrero de dos mil catorce.

9-13/OIDC-000001. Informe especial del defensor del pueblo andaluz relativo a la situación de los enfermos mentales en Andalucía

La señora MARTÍNEZ AGUAYO, PRESIDENTA DE LA COMISIÓN

—Buenos días todos y a todas. Si les parece, vamos a dar comienzo al orden del día de esta comisión, que, como saben, empieza, en primer lugar, con la comparecencia del defensor del pueblo, al que agradezco en nombre de todos la presencia en esta comisión, para hacernos conocedores del Informe especial relativo a la situación de los enfermos mentales en Andalucía.

Y, sin más preludios, tiene la palabra el defensor del pueblo.

El señor MAEZTU GREGORIO DE TEJADA, DEFENSOR DEL PUEBLO ANDALUZ

—Muchas gracias, señora presidenta de la Comisión de Igualdad, Salud y Política Social.

En relación con la presentación del Informe especial del Defensor del Pueblo Andaluz sobre los enfermos mentales en Andalucía, señorías, comparezco hoy en esta comisión de Igualdad, Salud y Políticas Sociales para dar cuenta del Informe sobre la situación de la salud mental en Andalucía, que ya presentó esta institución ante el Parlamento el pasado mes de abril de 2013. En diversas ocasiones, hemos expuesto en esta cámara la situación en la que se encuentran los distintos colectivos de enfermos en relación a la atención que reciben por parte de los poderes públicos, pero hoy me trae aquí un informe específico sobre la atención sanitaria y social que reciben las personas que padecen trastornos mentales. Un colectivo que, en la medida que padece una patología psiquiátrica grave y carece de un entorno social favorable, plantea la necesidad de un abordaje clínico y social que resulta extraordinariamente complejo.

Quiero recordarles que este informe se hace en 2012, coincidiendo con la finalización del II Plan Integral de Salud Mental 2008-2012, conocido como PISMA y, a tenor de las quejas presentadas en el Defensor del Pueblo Andaluz, alrededor de una media de 60 quejas al año.

No se trata, pues, de un diagnóstico del sistema de salud mental en Andalucía, no es un tratado científico ni sistemático o que contenga valoraciones de los modelos imperantes o propuestas rigurosas de implementación de las políticas sociosanitarias y específicas para estos enfermos. No pretendemos decir dónde están las soluciones, pero sí lo que demandan los afectados: los enfermos, los familiares y los profesionales. En ese sentido, no es una radiografía científica ni es ese el intento del informe especial, porque son a demanda de los afectados. Reflexionamos, pues, sobre lo que nos llega, lo que no funciona, lo que nos denuncian los familiares, los colectivos, el entorno social, los profesionales. Es una mirada que detecta lo que no funciona, lo que solicitan y lo que necesitan, y puede ser complementaria de otras.

Este informe representa un compromiso a la vez que una exigencia ética con los enfermos mentales y sus familiares, así como con los profesionales y con los movimientos asociativos de usuarios con los que la institución viene manteniendo permanente comunicación, en el convencimiento de que nuestra sociedad aún mantiene una deuda pendiente y no debidamente saldada.

Nuestra postura a la hora de afrontar el informe ha tomado como punto de referencia tres problemáticas estrechamente relacionadas y con identidad propia a la hora de abordar su solución. En primer lugar, el reconocimiento de la dignidad del enfermo mental y su derecho a una asistencia sanitaria y social, toda vez que, debido a su patología, las personas con trastorno mental siguen sufriendo problemas de exclusión social y de estigmatización y que en no pocos casos resultan vulnerados derechos constitucionales de la máxima relevancia.

En segundo lugar, el análisis de la evolución de los sistemas sanitarios y sociales afecto a la atención de esta patología y las consecuencias de la irrupción de la crisis de 2007 en el proceso de consolidación del modelo.

Y, finalmente, un tercer apartado que merece una especial atención ante la alta prevalencia de enfermos mentales en los centros penitenciarios andaluces, donde alrededor del 50% de la población reclusa está con tratamiento psicofármaco.

Todo ello, con un detalle del resumen de las quejas, que son las que mejor, mejor que nuestras palabras, expresan el drama humano y familiar que suele acompañar a estos enfermos, a sus familiares más directos y al entorno social en el que se desenvuelven sus sufridas vidas, sin hurtar la literalidad de sus exposiciones y pretensiones, de sus súplicas, del tono de ira que su impotencia trasluce ante tanto sufrimiento. Basta citar en el libro... este un ejemplo de esta literalidad de las quejas que recibimos.

Respecto de las unidades de hospitalización de salud mental, se refiere a centros malagueños, también es extensible a Huelva y Granada, han sido objeto... La asociación Afanes caracterizaba la situación de las unidades de hospitalización de la siguiente manera: «[...] los pacientes están hacinados por falta de espacio, falta de luz y ventilación en las instalaciones al encontrarse en un semisótano; zona de expansión que no se permite utilizar a los pacientes, al parecer por falta de seguridad; habitaciones diseñadas para dos personas y utilizadas por tres, sin acceso directo interior desde la unidad de agudos al servicio de urgencias del centro, con lo que es obligado salir a la calle para acceder al mismo; inundaciones en caso de lluvias; en ocasiones, las ratas y ratones campean por sus respetos; en el ascensor que llega hasta el semisótano no cabe una camilla, con lo que cualquier traslado a otra planta se hace con el enfermo en una silla o por sus propios medios o, en algún caso concreto, hay que salir a la calle y acceder por las otras entradas [...]».

La queja —también— 02/865 insistió en esta cuestión respecto del otro hospital de dicha ciudad: «[...] he tenido a un hijo de 20 años ingresado en esa unidad por un brote sicótico que se le ha desarrollado. He podido comprobar la falta de intimidad que tienen tanto los internos como los familiares que acudimos a visitar a nuestros enfermos. Hay una sala de visita donde los pocos sillones que existen están ocupados por los propios enfermos tendidos, ya que, al no poder acceder a sus habitaciones, lo hacen en el primer sitio que encuentran. Si llueve o hace frío se quedan en un pasillo, incluso los he visto con los pies mojados y pijamas de papel, el suelo lleno de esputos, etcétera.

»Los enfermos que padecen alucinaciones auditivas, como es el caso de mi hijo, que creen escuchar que quieren hacer daño a su familia y, por ello, intentan defenderse, la mayoría de las veces agraden a otros internos y a continuación son amarrados con grilletes a la cama. A partir de ahí son gritos y más gritos para que los dejen libres, y la ansiedad va aumentando. Mi hijo estuvo cuatro días en esa situación, pero sé de otros que han estado más de tres semanas, y esto es porque no cuentan con los medios necesarios.

»Cuando un enfermo está internado en un hospital, tiene derecho a estar en su cama o, si se le permite el problema por el que ha sido ingresado, a sentarse en un sillón. Estos son puestos en el patio a las ocho de la

mañana y, salvo una pequeña siesta, están hasta la hora de dormir en dicho patio. No hay espacio para caminar ni realizan una sola actividad que les pueda distraer, solo una mesa para jugar, que la mayoría de las veces está ocupada por un enfermo tendido sobre ella [...]».

El informe que hoy debatimos contiene un recorrido sobre la reforma psiquiátrica y un completo recorrido por los distintos aspectos que conforman los sistemas sanitarios y sociales vinculados a esta patología. Asimismo, analiza la atención psiquiátrica a la infancia y adolescencia, el epígrafe 9. La atención sociosanitaria de los enfermos mentales, con especial referencia a los programas de apoyo social, en especial el de Faisem, epígrafe 11. También en el epígrafe 12 y 13 analizamos dos sectores de enfermos psíquicos muy importantes y con mucha necesidad de apoyo y de recursos, los pacientes con patología dual y los recluidos en centros penitenciarios.

Como es obvio, una parte importante y específica del sumario, epígrafe 17 y siguientes, hacen referencia a la exposición de los casos que nos reflejan los ciudadanos y que están presentadas en el Defensor del Pueblo Andaluz. En ellas se refleja este drama humano y familiar, que baste con haber leído la queja en concreto, y representa, un poco también, el entorno social en el que se desenvuelven estos enfermos. Saben de ello los enfermos, sus familiares, los profesionales que los atienden y cuantos conformamos la Oficina del Defensor y también los miembros de este Parlamento, pues nadie está ajeno a esta realidad.

Y finaliza el informe con una serie de conclusiones: propuestas que apuntan a las medidas y recursos que se necesitan y nos demandan. En definitiva, señorías, quisiera que este informe sirviera de llamada de atención sobre un grave problema que padece un importante sector de la población y que aún está lejos de haber sido resuelta por parte de los poderes públicos.

Expuesta esta introducción quisiera detenerme, de los tres puntos, en el primer punto que les he citado, relacionado con la condición de estas personas con trastornos mentales. Es importante destacar que partimos de una realidad no asimilable a otros enfermos, pues en muchos casos ni reconocen la enfermedad ni siguen los tratamientos prescritos ni acuden a las citas programadas.

Esta realidad también determina las quejas presentadas en nuestra institución que las distingue de las del resto de las materias e, incluso, a las que nos trasladan enfermos por otras patologías no psiquiátricas. Primeramente, porque quien acude a la institución no suele ser el propio enfermo, sino un familiar que normalmente convive con él —que malvive sufriendamente habría que decir— y que nos suele referir un perfil de enfermo ciertamente complejo.

Pero, además esta particularidad, hay también otros rasgos característicos de este colectivo que les apunto muy brevemente: en algunos casos son los propios profesionales del sistema sanitario social los que nos remiten el caso del enfermo desasistido. Suelen traducir un complejo problema sociofamiliar, aparte de la problemática meramente clínica o social que presenten. En muchos casos se trata de personas en situación de desamparo ante el abandono por parte de las familias y la ausencia de seguimiento por parte de los servicios públicos de atención.

Suelen haber agotado un largo peregrinaje por los distintos recursos sanitarios y sociales, normalmente acompañados de fracasos terapéuticos o de convivencia en los servicios sociales. Suelen ser casos bien conocidos por los profesionales que los tratan, que en sus informes detallan los sucesivos abordajes terapéuticos y sus correlativos fracasos.

Su pretensión fundamental se centra, en la mayoría de los casos, en la obtención de un recurso de media-larga estancia donde los atiendan y estabilicen su situación. En muchos casos pretenden su definitiva institucionalización en este tipo de recursos, y en buena parte de los casos presentan a la enfermedad psiquiátrica de base una comorbilidad especialmente asociada al consumo de drogas y otras adicciones, lo que hemos denominado «patología dual». Esta fotografía requiere una actitud proactiva de las familias y de los profesionales que atienden a estos pacientes y, sobre todo, un compromiso por parte de los poderes públicos.

En cuanto al segundo punto. Este tiene que ver con la atención sociosanitaria que se viene prestando sin tener intención de hacer una valoración y menos aún una evolución de la reforma psiquiátrica en Andalucía, salvo la colación del histórico de la reforma solo para una mejor comprensión de los distintos avatares que se han producido a lo largo del tiempo.

Esta reforma psiquiátrica de la que les hablo se produce en nuestro país en los albores de 1984, con la creación transitoria del organismo Instituto Andaluz de Salud Mental, Ley 9/1984, cuyas funciones son asumidas en 1990 por el Servicio Andaluz de Salud, integrando, de esta manera, todos los recursos sanitarios públicos especializados en salud mental que con anterioridad se compartían entre la Administración autonómica y las diputaciones provinciales andaluzas.

En base al modelo denominado de atención comunitaria, se pretendía sustituir al anterior, basado exclusivamente en un sistema ambulatorio de neuropsiquiatría, dependiente de la Seguridad Social, con un total de 69 consultas, y manicomial, de institucionalización, los antiguos y ya finiquitados hospitales psiquiátricos dependientes de las diputaciones provinciales.

Este conjunto de dispositivos se mostraba, aparte de insuficiente, absolutamente, el anterior, vulnerador de la libertad y dignidad de la persona que sufrían trastornos mentales, y ya la reforma le pone fin, tras un largo periodo que culmina en 1994, completándose el modelo con la integración de los recursos sanitarios en el Servicio Andaluz de Salud y el posterior desarrollo de servicios sociales específicos para este colectivo, a través de la Fundación Andaluza para la Integración Social del Enfermo Mental, FAISEM.

Pues bien, aún habría que esperar a la década de los dos mil para que el modelo presentara ya su actual conformación, es decir, existe ya una red de atención primaria con las unidades de salud mental comunitarias, las unidades hospitalarias de psiquiatría de los hospitales generales, unidades de agudos, y otra serie de recursos sanitarios intermedios, comunidades terapéuticas, unidades de rehabilitación, etcétera, junto con la prestación de los servicios sociales específicos, articulados en torno a FAISEM, programa residencial de apoyo al empleo, etcétera.

Este proceso ha supuesto un enorme trabajo a la hora de dismantelar el anterior sistema manicomial, sustituyendo los anteriores, y escasos recursos, por otros sanitarios y sociales de distinta tipología en función del perfil y de las necesidades de los usuarios.

Ha sido un esfuerzo perceptible en su dato numérico y de calidad que no admiten comparación con la situación de antaño, que ha permitido disponer de una compleja red de recursos, cuya implantación ha llevado un cuarto de siglo, pero que aún hoy no está completada, especialmente lo que se refiere a plazas de media, larga estancia en salud mental y plazas residenciales específicas, casas-hogar, viviendas supervisadas y de una mayor coordinación entre los mismos.

Llegado al día de hoy, la crisis está marcando el actual estado de situación de los enfermos mentales. Diversos informes vienen destacando como el incremento de la pobreza y de los recortes en el gasto público, con especial crudeza en España y en otros países, desde el inicio de la crisis económica en el año 2007, han provocado un significativo detrimento de la salud mental de su ciudadanía.

La evidencia científica ha puesto de manifiesto, además, de forma indubitada, que las personas que sufren recortes en sus ingresos y conflictos familiares presentan, respecto a la población en general, un riesgo significativamente mayor de padecer algún tipo de problema de salud mental. En efecto, lo más notable respecto a la crisis económica es su reflejo en la salud mental. La relación entre crisis económica y salud mental es bidireccional, de tal modo que no solamente la crisis tiene un efecto negativo en la salud, incluida la salud mental, sino que los problemas en este último ámbito también tienen una repercusión grave en el desarrollo económico de los países de nuestro entorno europeo.

El análisis que desde nuestra particular perspectiva realizamos en este informe sobre la situación de la atención sanitaria y social de los enfermos mentales en Andalucía encuentra actualizada y redoblada justificación ante la simultánea eclosión de la crisis económica y del desarrollo del sistema de la dependencia. Así, las consecuencias de los recortes presupuestarios del gasto sanitario y la regresión a la que se ha sometido la denominada Ley de Dependencia está dificultando el acceso de estos enfermos a los distintos recursos sociales.

Basta, pues, una mera lectura del documento relativo a la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2006, su evaluación en 2008, en el que constan los puntos críticos de cada una de sus líneas estratégicas para situarnos en la actual realidad de nuestro sistema público sanitario de salud mental y hacer, pues, un diagnóstico de esta situación.

Por otro lado, nuestra propia experiencia, que plasmamos en nuestros informes anuales especiales y demás actuaciones generales o particulares que escalonan nuestro histórico de salud mental, conforman un auténtico registro e inventario de las distintas disfunciones e insuficiencias que, a nuestro juicio, adolece nuestro sistema de salud mental, sin que nuestra pretensión en este apartado quiera más allá de un recordatorio de los aspectos más sustanciales que desde la perspectiva de sus usuarios, familiares y ciudadanía en general se nos traslada en sus quejas y denuncias.

Debo decir aquí que nuestra experiencia en el día a día de nuestras actuaciones nos permite constatar que todavía existen deficiencias y disfuncionalidades que aún muestran nuestro sistema sanitario y de protección social especialmente en supuestos de especial gravedad. Hablamos de casos con trastornos mentales graves y cronificados en el tiempo y con perfiles de difícil manejo. La persistencia de estos perfiles descritos en la práctica cotidiana de la Oficina del Defensor aconsejó la creación de una comisión referida a los supuestos que se planteaban en la provincia de Sevilla, en la que están presentes los distintos estamentos intervinientes en la atención a este colectivo: salud mental, servicios sociales autonómicos y municipales, Faisem, fiscalía de incapaces, justicia, medicina forense, hospital psiquiátrico penitenciario de Sevilla, entre otros estamentos cuya actuación de manera individualizada y con los responsables públicos directamente afectados pretendíamos buscar una solución integral y continuada a cada caso particular que requiere una atención simultánea de los distintos servicios citados públicos, así como la necesaria protocolización de estos procesos.

Y fruto de ello, tras varias reuniones en la institución del Defensor de todos los estamentos implicados, ha visto la luz la propuesta de coordinación en los procesos de incapacitación relativos a personas con discapa-

ciudades psíquicas, que ha sido debatido en profundidad en dos jornadas que hemos celebrado en este último trimestre, una en Sevilla y otra en Jaén, con gran acogida de los sectores afectados, y que ya está el protocolo con todo lo que tienen que hacer coordinadamente todas las instituciones afectadas. Ya hoy disponemos en Sevilla de esto perfectamente coordinado, y ahora lo están extendiendo a todas las provincias de Andalucía.

Finalmente, un tercer punto en relación a los internos en centros penitenciarios. Para esta institución es un motivo de preocupación la alta prevalencia de enfermos mentales en los centros penitenciarios de Andalucía. Según un estudio de Faisem realizado en 2012, donde se analizan los problemas de salud mental en los centros penitenciarios, en torno al 50% de la población reclusa demanda un tratamiento psiquiátrico. Asimismo, indica el mencionado estudio que el número de personas afectadas por trastorno psicótico es cuatro veces mayor entre la población reclusa, 2% en la calle, 8% en los centros penitenciarios... El 4%. Lo importante, la importante prevalencia de los trastornos mentales y de las adicciones entre la población penitenciaria se conoce internacionalmente desde hace décadas y ha sido destacado en numerosos informes que corroboran esta tendencia. Entre estos informes destaca a nivel europeo el estudio del Instituto Central de Enfermedades Mentales de la Comisión Europea de 2007. En el mismo, en el mismo se constata que los trastornos mentales en los establecimientos penitenciarios son un problema creciente a nivel mundial, que no se encuentra debidamente afrontado ni dotado de los recursos necesarios, afirmando que el 12% de los internos de las prisiones europeas necesitaban tratamiento psiquiátrico especializado.

En nuestro país podemos citar el estudio elaborado en junio de 2007 por la Subdirección General de Sanidad, centrado únicamente en las prisiones dependientes del Ministerio del Interior. Dicho estudio señala que entre el 25% y el 27% de los internos en centros penitenciarios españoles presenta alguna patología psiquiátrica, con o sin adicción, si bien en el año 2010 el Subdirector General de Coordinación de Sanidad de la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias expresó que el 40% de los presos padecía una enfermedad mental que calificó de grave en el 4%, mientras que el 20% sufre además problemas vinculados a las drogas.

Dejando pues la particularidad que ofrece Andalucía al ubicarse en ella uno de los dos hospitales que hay, uno en Castellón, Alicante, y otro en un hospital psiquiátrico penitenciario en Sevilla, cuya gestión corresponde al Estado, la asistencia psiquiátrica en los centros penitenciarios andaluces evidencia graves carencias en circunstancias que hace conveniente evaluar el grado de cumplimiento de los convenios firmados entre la Junta de Andalucía. Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales e Instituciones Penitenciarias firmaron un convenio marco en el 1992, convenio de 1995 y en estos meses ya se ha logrado, por fin, firmar el último con el SAS.

Así, la complejidad del modelo radica en la concurrencia de dos administraciones distintas en los sucesivos niveles de actuación en el proceso asistencial del enfermo mental, lo que dificulta una actuación coordinada e integral. Si a ello unimos los defectos de organización y carencias de una y otra administración, no resulta extraño que, a pesar del gran número de estudios, programas, convenios y acuerdos sectoriales, el problema de salud mental de los internos persista por insuficiente asistencia y se cronifique en el tiempo.

Por lo tanto, es destacable el problema de la escasez de especialistas a disposición de los internos, debido a las dificultades del sistema sanitario público para desplazarse a los centros penitenciarios, a la escasez en la frecuencia de las visitas de los que sí lo hacen y a las dificultades en la obtención de citas y para los traslados a los usuarios a consultas fuera de prisión.

Y, por fin, terminamos con las conclusiones. Así, destacamos en el informe algunos de los déficits detectados a lo largo de nuestro análisis y nos circunscribimos en las siguientes conclusiones que vienen en el apartado de conclusiones, sugerencias y recomendaciones.

La primera es el alto grado de estigmatización que dificulta gravemente la integración de estas personas. El miedo, lastra y las falsas creencias lastran nuestra sociedad, estigmatizan al enfermo y tras el estigma viene la discriminación y la exclusión y vulneración de sus derechos.

La segunda es que los derechos fundamentales de estas personas pueden ser vulnerados bajo nuevas formas, tanto en el ámbito familiar como en los servicios sanitarios y sociales, por lo que requiere una mera..., una exigencia ética y legal, una mayor sensibilización por parte de la sociedad en general, como de la práctica de los profesionales que intervienen en la atención. En este sentido, quizá pueda ser conveniente instrumentar una especie de carta de derechos de las personas con enfermedad mental o una cartera de servicios o bien una especie de compendio o estatuto de la personas con enfermedad mental, en orden a reforzar la seguridad jurídica de las personas afectadas.

La tercera es que se registra una insuficiencia de programas de atención que contemplen una dimensión integral y multidisciplinar de la persona desde el punto de vista sanitario, social, educativo, del empleo y de la vivienda.

Y la cuarta conclusión, aun siendo conscientes de estos avances experimentados en los últimos años en materia de dispositivos sanitarios y sociales, su dotación e idoneidad hay que seguir reforzándola porque son insuficientes. Me refiero a estructuras intermedias tales como hospitales o centros de día, talleres, programas de prevención y promoción de la salud y rehabilitación, comunidades terapéuticas, pisos protegidos o viviendas tuteladas, centros ocupacionales, etcétera. Esta franja intermedia quizá sea la que haya que intensificar. Se trata de instrumentos que son indispensables para complementar la intervención o en las unidades comunitarias de salud mental o en unidades de hospitalización de corta estancia, con el fin de que la persona pueda llevar una vida lo más autónoma posible, acorde a sus necesidades.

La quinta conclusión es que resultan preocupantes demoras registradas en el reconocimiento y la aprobación de los expedientes de carácter social asociados al reconocimiento de la situación de dependencia de estas personas, en tanto en cuanto se ha convertido en la vía principal de acceso a dichos recursos.

La sexta conclusión es un significativo número de personas con enfermedad mental que presentan algún tipo de comorbilidad. La dependencia al alcohol, cannabis, cocaína, etcétera. Esta dificultad de tratar a pacientes con estas características, con patología dual, estriba en la existencia de dos redes, la de atención a la salud mental y la de atención a la drogodependencia, que no siempre están adecuadamente coordinadas.

Y, por último, la séptima es en relación a los internos en centros penitenciarios, que la alta prevalencia de este colectivo evidencia graves carencias en la atención sanitaria en los centros penitenciarios andaluces, circunstancia que hace conveniente que se refuerce el convenio al que acabo de hacer mención y felizmente firmado en estos meses.

Finalmente, señorías, creemos necesario que este Parlamento se ocupe, frente a la insuficiencia y falta de ritmo, de la reforma y a las restricciones del gasto sanitario y social, conformando un nuevo pacto o compromiso para la mejora de atención, convencido de que corresponde a este Parlamento retomar la iniciativa, como lo hizo hace casi tres décadas al comprometerse con la reforma psiquiátrica comunitaria.

Dentro del ajuste y dentro de los recortes que habría que hacer, en este punto sería en el último que habría que hacerlo. Saludemos pues los avances y la reforma psiquiátrica realizados. Esperamos pueda culminarse con la velocidad que le falta y los recursos intermedios citados porque, en definitiva, la percepción de la ciudadanía y nuestra no sólo es la insuficiencia de recursos en este tipo de pacientes sino el desfase del sistema de salud mental con respecto a los sistemas sanitarios públicos, que queremos que puedan ir a la par, y puedan confiar los ciudadanos en acudir a las unidades clínicas.

Muchas gracias por vuestra atención y acogida, y quedo a disposición de sus señorías para cuanto estiméis conveniente.

La señora MARTÍNEZ AGUAYO, PRESIDENTA DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias.

Y tiene la palabra la portavoz del Grupo Parlamentario Socialista, porque Izquierda Unida no está. No está, así que tiene la palabra la portavoz del Grupo Socialista.

La señora BUSTINDUY BARRERO

—Muchas gracias, presidenta. Buenos días y feliz año a todos los asistentes, a todos los miembros de esta comisión.

En primer lugar, quiero expresar, en nombre del Grupo Parlamentario Socialista, nuestro agradecimiento al defensor del pueblo y a todo su equipo, por el exhaustivo y denso trabajo que han realizado al abordar uno de los temas más complejos, tanto desde el punto de vista sanitario como social, como es la situación de los enfermos mentales en Andalucía. Informe que, como ya bien ha dicho usted y así lo dice el texto en su parte introductoria, se califica como la radiografía de un instante; pero que, sin embargo, realiza un recorrido histórico que abarca desde los primeros pasos de nuestra Administración autonómica hasta nuestros días. Bueno, en realidad hasta 2012, porque ya saben ustedes que los datos de 2013 se tendrán en este primer trimestre del año. Y el instante, señorías, comienza en 1984, momento en que la recién estrenada Administración autonómica comienza a poner los cauces para que nuestra tierra, Andalucía, saliera de una situación insostenible de abandono, desigualdad e injusticia social. Y es bonito. Yo quiero felicitar aquí a la Defensoría, porque es bonito que el comienzo del texto que nos trae aquí exprese la coincidencia en el tiempo de la creación de la figura del Defensor del Pueblo en Andalucía con la del Instituto Andaluz de Salud Mental, que es el germen de todo lo que ha ocurrido con la salud mental y de todas las reformas en nuestra tierra. Una coincidencia que el defensor atribuye al azar, pero que en nuestra opinión no es más que el exponente del compromiso de un Parlamento que se apresta a crear una institución, la Defensoría, para que vele por los derechos de los ciudadanos, al mismo tiempo, o en el mismo tiempo, que a destruir aquellas instituciones que vulneraban la dignidad y los derechos de quienes entraban en ellas, los manicomios.

Y es importante saber de dónde partimos para tener una buena perspectiva, sobre todo en unos momentos tan convulsos como los actuales, en los que el revisionismo de la derecha que gobierna en nuestro país pone en duda, o en quiebra, muchos de los derechos que con tanto esfuerzo habíamos alcanzado; sin ir más

lejos, la propia figura del Defensor del Pueblo. Perspectiva que es capaz de ofrecer este documento, que nos hace un recorrido por la reforma psiquiátrica de Andalucía, donde se han producido importantes avances desde el inicio, y que cuenta en su haber con logros como la desaparición de los hospitales psiquiátricos públicos, los llamados manicomios, cosa que se ha conseguido solo, hasta este momento, hasta el día de hoy, en tres comunidades autónomas: Andalucía, Asturias y Navarra.

La integración de la atención en salud mental dentro del sistema público sanitario de base y orientación comunitaria, y diversificada en recursos y modelos de intervención, ha sido una realidad. Y la implantación de una red de programas de apoyo social a personas con discapacidad y dependencia como consecuencia de una enfermedad mental grave también lo es. Y todo ello se ha hecho al objeto de garantizar una mejor atención y, por supuesto, mayores posibilidades de rehabilitación, pero también se ha trabajado para posibilitar la integración social. Y para ello se han desarrollado distintas iniciativas intersectoriales con las redes de servicios sociales y la atención a la dependencia. También se ha trabajado de manera coordinada con Empleo, Educación, Cultura, Deporte y Administración de Justicia. Es, por tanto, evidente, señorías, que el resultado ha supuesto un importante cambio, tanto desde el punto de vista cuantitativo como desde el punto de vista cualitativo, y no solo en los dispositivos sanitarios, sociosanitarios y sociales, sino también, como ya he dicho anteriormente, en otros que inciden en el carácter integral de la atención, como pueden ser, por ejemplo, el empleo o la protección jurídica de estos enfermos.

Los datos hablan por sí solos: de ocho hospitales psiquiátricos, llamados entonces manicomios, ocho centros de higiene mental, camas de agudos solo en dos hospitales universitarios en Andalucía y 69 consultas de neuropsiquiatría, que solo tenían dos horas y media de atención diaria en el año 1984, en la actualidad Andalucía cuenta con una amplia cartera de servicios, tanto de atención primaria como de atención especializada. Y dispone de los siguientes recursos: 77 unidades de salud mental comunitaria, 20 unidades de hospitalización de salud mental, 14 unidades de hospitalización infanto-juvenil, 9 unidades de rehabilitación de salud mental, 15 hospitales de día de salud mental, 14 comunidades terapéuticas de salud mental.

Y respecto a los recursos humanos, se ha hecho un esfuerzo importante por incrementarlos, y solo en los planes integrales de salud mental en Andalucía, los PISMA —en el 1, de 2003 a 2007, y el 2, de 2008 a 2012—, este esfuerzo ha supuesto un incremento de 600 profesionales, alcanzando los 2.760 profesionales en el año 2012.

Pero creo, señorías, que en este sentido es muy importante señalar que Andalucía se sitúa muy por delante en ratio de profesionales por habitante respecto al existente a nivel nacional. Así, en nuestra comunidad contamos con 5,66 psiquiatras por mil habitantes, mientras que a nivel nacional se cuenta con 3,6; con 3,02 psicólogos por mil habitantes, mientras que a nivel nacional se cuenta solo con 1,9; y con 7,02 por mil habitantes en enfermería, cuando a nivel nacional se cuenta solo con 4,2.

Además de ello, señorías, Faisem, que es la fundación pública andaluza para la integración social de personas con enfermedad mental, que es única a nivel nacional y que ha servido de referencia a otras comunidades autónomas para hacer sus reformas, sirve de ejemplo. Desde su fundación en 1993 ha ido consolidando una red de recursos de apoyo social, en su mayor parte de gestión directa, pero que también ha estado desarrollando a través de convenios colaboración con distintas instituciones, en la que desempeñan su actividad un total de 1.053 efectivos, a través de los cuales se vienen desarrollando programas de vivien-

da, de inserción laboral, de formación para el empleo, de atención a la población penitenciaria, programas de tutela y apoyo a entidades tutelares y de apoyo al movimiento asociativo. Y se trabaja con dos federaciones: Feafes-Andalucía, que agrupa a 17 asociaciones, y con la federación En Primera Persona, que cuenta con 11 asociaciones. Además de ello se desarrollan desde FAISEM programas de lucha contra el estigma, programas de actividad física y deporte y programas de arte y cultura.

Señorías, con estos recursos cuentan los enfermos de salud mental en nuestra tierra. Muchos, pero nunca suficientes, en salud mental nunca es suficiente. Porque hablamos de una problemática muy compleja que afecta de manera importante no solo a quien la padece sino también, y de qué forma, a quienes le rodean, a sus familiares, que en su gran mayoría buscan cobijo y ayuda en asociaciones para poder sentirse más fuertes a la hora de abordar su problemática y hacerlo de manera más y mejor organizada. Quiero, en nombre del Grupo Parlamentario Socialista, hacer un reconocimiento al trabajo que desarrollan y que los convierte en un puntal clave del sistema. Al mismo tiempo, también quiero hacer expreso nuestro reconocimiento a los profesionales que de manera abnegada se enfrentan día a día a situaciones difíciles de abordar, dando lo mejor de sí mismos para que sus pacientes y/o usuarios vivan con la mayor dignidad. Sin ellos no habría sido posible llegar hasta aquí.

Pero, señorías, voy a terminar como empecé. No estamos tan bien, no hemos conseguido todo lo que queremos. ¿Pero qué nos deparará el revisionismo, que el señor Rajoy llama reformismo, al que me refería al comienzo de mi intervención? Porque no solo está en riesgo la figura del Defensor del Pueblo, están en riesgo otras muchas cuestiones que afectarían de lleno a la problemática que hoy tratamos y que supondrían un importante salto atrás con el suma y sigue de pérdida de derechos. ¿Sabemos realmente qué va a pasar con los servicios sociales comunitarios, una vez que se desarrolle la Ley de la Reforma Local..., de la Administración Local?, ¿sabemos si han parado ya los recortes en las políticas sociales? Y el copago sanitario a enfermos crónicos, ¿lo van a eliminar ahora que estamos saliendo de la crisis y ya están bajando algunos impuestos, como el de la adquisición de obras de artes? ¿Mantendrá el Gobierno de España el raquítico 28% de financiación para la Ley de la Dependencia, obligando a las comunidades autónomas a financiar el resto, cuando solo les correspondía el 50%, o terminará muriendo la ley por inanición?

¿Saben ustedes que la mayoría de estos enfermos serían usuarios del grupo moderado de la Ley de la Dependencia, quedando por tanto fuera por imperativo del Gobierno del señor Rajoy hasta 2015? ¿Hasta dónde van a apretarnos con el objetivo del déficit?

Por último, señorías, ¿creemos realmente que podemos avanzar en la mejora de la calidad de la atención a la enfermedad mental si el Gobierno de España se empeña en ir justo en la dirección contraria a la hora de luchar contra el estigma social que esta enfermedad provoca?

La señora MARTÍNEZ AGUAYO, PRESIDENTA DE LA COMISIÓN

—Señora...

La señora BUSTINDUY BARRERO

—Termino inmediatamente, señoría.

En este sentido, me permito pedirle al defensor que se convierta en un aliado nuestro, porque... ¿cómo se explica, en una cuestión que no tiene nada de fondo económico, que es simple y llanamente ideológico, que aparezca el término «peligrosidad» aplicado a las personas con discapacidad mental en la reforma del Código Penal, además de otros aspectos que van contenidos en la ley y que ha provocado reacciones de familiares, profesionales y movimientos asociativos de los enfermos mentales?

¿Y cómo se explica que la Dirección General de Salud Pública tipifique la salud mental como riesgo de salud pública en el borrador «Intervención Sanitaria en Situaciones de Riesgo» que ha elaborado el Ministerio de Sanidad? ¿Es que nos quieren volver al siglo XIX? Si no es así, espero que el portavoz o la portavoz del Partido Popular que va a intervenir ahora nos lo explique.

Nada más y muchas gracias.

La señora MARTÍNEZ AGUAYO, PRESIDENTA DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señora Bustinduy.

A continuación, tiene la palabra la portavoz del Grupo Parlamentario Popular, la señora Espinosa.

La señora ESPINOSA LÓPEZ

—Sí. Gracias, señora presidenta. Señorías.

Señor defensor, muchas gracias por la exposición de un informe tan serio, tan importante, que afecta a tantas personas en Andalucía, que además contiene 21 sugerencias y recomendaciones que yo considero muy importantes, y que lamento muchísimo que no hayan sido analizadas y no se haya apostado por el Grupo Parlamentario Socialista por ninguna de ellas.

Y es que lamento muchísimo que la portavoz del Grupo Parlamentario Socialista haya acusado al Grupo Parlamentario Popular de no apostar por el defensor del pueblo andaluz, cuando el Defensor del Pueblo Andaluz es una figura que no tiene ni que apoyar el Partido Socialista ni el Partido Popular, porque es una figura, una institución estatutaria nacida de la soberanía de todos los andaluces. Y a todos los demás, los que estamos con el Estatuto, no se nos ocurre discutir sobre instituciones recogidas en el Estatuto y nacidas de la soberanía de los andaluces.

Así que, señora del Grupo Parlamentario Socialista, deje de defender al defensor del pueblo andaluz, porque el defensor del pueblo andaluz no necesita que lo defienda, está en el Estatuto de Andalucía, con el beneplácito, con el apoyo de todos los andaluces que hemos votado la reforma del Estatuto de Autonomía. Entonces, dedíquese a marear en otros..., en otras..., en otros sitios, porque aquí, con palabras tan poco serias, con palabras salidas de la demagogia, yo creo que no va usted a ningún sitio. Y nuestro presidente regional, Juan Ignacio Zoido, al minuto siguiente de requerírsele para nombrar un nuevo defensor, tuvo el señor defensor, que está aquí, su apoyo. Y el Partido Popular ha apoyado el Estatuto y ha apoyado esta institución, y la continuará apoyando. Así que deje de hacer políticas vacías sobre esto.

Y es una pena, le repito, es una pena y un insulto y un desprecio a todas las personas enfermas mentales de Andalucía y a sus familias que usted no se haya parado a valorar las sugerencias y recomendaciones que

hace el defensor para mejorar su asistencia, la situación en la que viven sus familias, la situación en la que viven estos enfermos, sino que usted se haya dedicado aquí, además, a hacer políticas de bajo nivel, faltando a la verdad y al Estatuto de Autonomía de Andalucía.

Dice que revisionismo de la derecha, revisionismo de la derecha... ¿No está poniendo en peligro la figura del Defensor del Pueblo Andaluz? Pero no es solo eso, sino que, gracias al Gobierno del Partido Popular, esta comunidad autónoma continúa funcionando y ha pagado las facturas de muchas personas —de muchas personas— a las que ustedes tenían asfixiadas por su falta de previsión, por su ineficacia y su política de derroche; de derroche, de malgasto, de pérdida o de mirar para otro lado. Y si no, ahí tiene usted el tema de los ERE para darse golpes de pecho, arreglando lo que todavía no he visto yo a ustedes hacer nada de eso, sino mirar para otro lado; más bien todo lo contrario.

¿Que Andalucía ha servido de ejemplo para muchas comunidades autónomas? Pues claro, pero de ejemplo para lo que no se debe de hacer en política y con la gestión del dinero público.

Y como yo sí les tengo mucho respeto a las personas que están... enfermas, que sufren algún tipo de enfermedad —a esas personas y a sus familiares—, yo sí me quiero detener en las sugerencias y recomendaciones que ha hecho el defensor del pueblo en su informe. Y quiero detenerme en las sugerencias y recomendaciones que ha hecho el defensor del pueblo en su informe para hacer justo lo contrario que usted: para decirle al defensor del pueblo que las hemos estudiado, que las estamos estudiando, que las vamos a apoyar y que muchas de ellas las vamos a convertir en iniciativas en esta comisión y en otras comisiones, para intentar solucionar los problemas de estas personas.

Quiero destacar solo algunas de estas 21 sugerencias y recomendaciones muy importantes..., muy importantes para el Grupo Parlamentario Popular: la creación de una comisión asesora, independiente, que pueda evaluar la situación de la salud mental en Andalucía, porque hay muchas cosas que evaluar y muchas cosas que mejorar. La elaboración de un estatuto o carta de derechos de las personas afectadas por trastornos mentales, en la que los familiares de estas personas yo creo que tienen que tener un protagonismo especial, porque, no nos engañemos, están sufriendo mucho. En el reforzamiento de las políticas de prevención y promoción de la salud mental, con un detenimiento especial en las personas, en los niños y adolescentes; las unidades de salud mental de muchos hospitales están llenas de personas..., de niños jóvenes, de muchachas jóvenes, de muchachos jóvenes con trastornos alimenticios y de todo tipo que requieren una atención especial, y que yo creo que solamente el hablar de estos problemas nos podría ocupar una comisión entera o un informe entero del Defensor del Pueblo Andaluz.

Igualmente, se tienen que incrementar las ayudas, y son necesarias las medidas de atención domiciliaria —eso ayuda mucho a los enfermos y también a las personas enfermas—. Los programas de rehabilitación. Revisar los procesos integrados en materia sanitaria, claro que sí. Crear unidades específicas con recursos asistenciales para cuando sea necesario; entre todos debemos intentar que sea necesario cada vez menos veces, pero sigue siendo necesario, y no hay bastante.

En el ámbito de la dependencia, hay que promover la formación específica de los cuidadores —está claro— y mejorar el acceso al derecho, como ha puesto de manifiesto el defensor, porque el acceso al derecho está paralizado, los expedientes están paralizados por la Junta de Andalucía, única responsable de los recortes en materia de dependencia para los enfermos mentales y para todas las personas, digan lo que digan.

Porque yo creo que a ustedes el cuento de este de «lío, lío, que yo no he sido», yo creo que se les va a acabar. Las personas estamos cada vez mejor informadas, las personas somos cada vez más conscientes de lo que han hecho unos y de lo que han hecho otros, y, si a ustedes cientos de millones de euros no se les hubiesen ido..., ido por el desagüe, en el tema de los ERE, dinero de los parados, ustedes estarían funcionando mucho mejor en muchas áreas.

¿Las unidades de salud mental? Hay que incrementarlas en toda Andalucía, lo vuelvo a repetir, es importantísimo, es importantísimo. Igual que es importantísimo financiar adecuadamente al tercer sector, a todas esas asociaciones que están dando un apoyo a las familias y a los enfermos y a todas las personas que necesitan..., más necesitadas, las personas más vulnerables de Andalucía y a las que ustedes tienen permanentemente asfixiadas con su impago, haciendo peligrar incluso miles de puestos de trabajo en Andalucía vitales para personas con este tipo de problemas y con otros..., con otros problemas. Es, concretamente, la recomendación número 21 del defensor del pueblo: «creación de marcos estables de participación y financiación con las asociaciones de familiares y personas usuarias de los servicios de salud mental y de los servicios de protección social, asegurando esa financiación como modo de hacer que estas personas tengan una oportunidad en esta sociedad».

Yo creo que habría sido importante que en esta comisión todos, Grupo Parlamentario Socialista y Grupo Parlamentario Popular, nos hubiésemos puesto de acuerdo en lo importante y, sobre todo, en acabar con el sufrimiento del denominado tercer sector, que tan..., que esa gran labor..., gran labor social, está haciendo, supliendo en muchas ocasiones la labor que tendrían que estar haciendo las administraciones, y en concreto la Administración competente en este caso, que es la Junta de Andalucía.

Yo lamento —y vuelvo a insistir—, lamento que la portavoz del Partido Socialista no se haya molestado en valorar esta situación, en hacer propuestas para mejorar esta situación, en llegar a acuerdos para que en esta comisión se presenten propuestas que salgan con el apoyo de todos para mejorar los medios y la situación de estos enfermos para mejorar la financiación del tercer sector, que es lo que hay que hacer aquí. Porque, para lo que ha hecho la señora portavoz del Grupo Parlamentario Socialista, quizás hay otros debates y otras intervenciones más adecuadas.

Nosotros sí que anunciamos que vamos a traer varias iniciativas a esta comisión y a otras comisiones para intentar apoyar, en la medida de nuestras posibilidades, impulsar la mejor situación de estas personas en Andalucía y, por supuesto, de darles voz en el Parlamento a estas personas y, por supuesto también, al Defensor del Pueblo, como comisionado parlamentario que es, y, repito, institución estatutaria absolutamente respetada por el Grupo Parlamentario Popular, a la que yo lamento, yo lamento que el Partido Socialista no la respete de la misma forma y la utilice como arma arrojada contra el Grupo Parlamentario Popular.

Muchas gracias.

La señora MARTÍNEZ AGUAYO, PRESIDENTA DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señora Espinosa.

Señor defensor, tiene la palabra.

El señor MAEZTU GREGORIO DE TEJADA, DEFENSOR DEL PUEBLO ANDALUZ

—Responder al Grupo de Partido Socialista. Es cierto, es cierto, es decir, el...

Nosotros hemos sido humildes, yo tengo que reconocer además que, bueno, por supuesto que continuo en la misma y asumo, y aquí estoy porque es un informe hecho el año pasado, es decir, que he presentado en abril y, por lo tanto, no corresponde a mi mandato, pero, evidentemente, tanto los que, los asesores presentes o adjuntos algunos y yo mismo hemos asumido, hemos profundizado, y además estamos en este semestre en la misma pelea, en la misma pelea sobre el número de quejas y sobre todo quejas que tienen un sufrimiento detrás. Tiene rostro, tiene lágrimas, tiene ira, tiene..., porque es un problema muy complejo, es un problema muy difícil. Si queremos en la, en lo que es cómo se va generando el trastorno en el entorno social, el trastorno grave de conducta, las depresiones, las ansiedades, la crisis económica. Va pasando por tantos estadios en la persona, que al final termina en lo que no queremos y que no queremos, que son el culmen del drama, o entra en prisión y ahí la comorbilidad es trágica, y por otro lado la patología dual refuerza todavía la problemática.

Son quejas muy dolorosas. Es decir, que si me..., no podría afirmar lo que 600 quejas de consumo me preocupen más que 60 quejas de enfermos mentales. Es verdad, y en ese sentido creo que en el 1984 hubo un antes y un después. Es más, yo estaba en el Defensor, como adjunto primero, como defensor en funciones, desde 1990 hasta 1996, cuando ya casi estaba, es decir, ya quedaban lejos los manicomios, las 69 unidades que usted citaba. Ya quedaba lejos. Y ahí empezó una reforma que yo terminaba en mi intervención diciendo: «Ojalá la ciudadanía no vaya a psicólogos privados y vaya a las unidades clínicas, porque hoy tengan confianza en que están a la par con el sistema público de salud». Es decir, es verdad que esto ha empezado muy mal, empezó muy deficitario, y ahora mismo coger el ritmo y la velocidad al sistema público de salud, que ya tiene una consagración y con todas las mejoras posibles, evidentemente ya tiene un respaldo ciudadano, todavía esto es, no sé si la Cenicienta, pero sí es..., porque es muy difícil, porque ya no es solamente el enfermo, sino que es el familiar del enfermo, es el profesional, y es, digamos, el entorno social, la estigmatización que tiene esta enfermedad. Entonces todavía hay gente que esta persona, y ahora me referiré a lo que usted decía de la carta de derechos. Yo creo que esto está claro. A partir de ahora, es decir, FAISEM hace el entorno social, y usted ha citado una serie de recursos y tal.

La constatación del informe es que..., y yo por la experiencia que tenía en la anterior etapa de mi responsabilidad en el Polígono Sur, siempre que allí, digamos, se unió con la droga y, por lo tanto, la patología dual era muy grave. Y ahí como además el enfermo tiene que ser voluntario, tiene que irse, no reconoce la enfermedad... Ahí había verdaderas luchas para atender a este tipo de personas. Las unidades de agudos, lo que eran hospitales eran seis días, una semana o dos semanas, y solamente había que acudir después, o en Málaga precisamente, que había ya una unidad mucho más estable hasta por seis meses.

Lo que dice el informe es que a raíz de eso, nosotros, es decir, a partir de ahora, con este deseo, nosotros notamos que todavía hay, es decir, hay un tema de acceso al reconocimiento por la vía de la dependencia con los problemas económicos que tiene, y en cierta manera, digamos, el trastoque ahora para entrar en el sistema una vez que ya ha habido un largo recorrido de enfermos, o de dependientes, y ahí hay un atasco que estamos luchando también desde la Defensoría para que ese reconocimiento de derechos se haga efectivo con las dificultades económicas, pero al mismo tiempo las estancias intermedias, o sea, no solamente las

demoras sino las estancias intermedias habría que desarrollarlas todavía más, es decir, estamos... FAISEM, ahí estamos trabajando. Nosotros hemos establecido mucho contacto en todas las jornadas, y porque además el año pasado todos los defensores del pueblo hicieron su jornada de coordinación con este monográfico, es decir, que... Y de ahí salió también después las propuestas de protocolo de proceso de incapacitación relativo a personas con discapacidad psíquica. Y al mismo tiempo casi todos teníamos la misma impresión. Es decir, ha habido, bueno, es decir, los que hemos..., que ha sido la reforma, las tres comunidades, yo en esto reconozco que no sabía el número de comunidades que han hecho este proceso. Pero en esta..., ahí coincidimos todos en la necesidad de, que va entorno a las recomendaciones, es decir, el entorno familiar, el entorno de los profesionales, la atención social y atención de salud, y creo que ahí tiene que haber una coordinación mejor porque las estancias intermedias, hemos pasado de una cárcel al hogar, hemos socializado al enfermo, pero este familiar tiene enfermos que todavía ni los puede llevar, en los casos en que no pueden atenderlos el entorno familiar, hay ahí un entorno en medio que los recursos no son suficientes. Entonces, por eso, le decíamos nosotros que hay que potenciar las estancias intermedias. Y creo que ahí tiene que haber una lucha, y por eso decía, y la crisis económica somos conscientes en el Defensor. No podemos decir, mira, es decir, aquí estamos, aquí estamos igual que antes, no, no. Hay una necesidad de austeridad, de contención del gasto, etcétera, pero evidentemente, donde menos recortaría es en el drama final de un entorno, de un familiar que llega a la institución llorando. No solamente ya descubríamos que son dos, uno, en la época esta, y otro, actualmente, de la madre que dice: quítemelo, quítemelo porque me está violando. Señores, llega el momento en que en esos dramas es en donde quería centrarme, ¿no?

Por lo tanto, hace falta —usted decía— que sigamos un importante esfuerzo, hace falta protección jurídica, los aspectos estos habría que reforzarlos. La labor de FAISEM, que nosotros valoramos, y estamos codo con codo con ellos en esta necesidad de conseguir que haya estas estructuras que posibiliten que cuando el familiar no puede, los mismos profesionales nos cuentan las dificultades que tienen muchas veces porque es un tema muy complejo, es un enfermo que no reconoce, no acude a citas, no se pone tratamientos..., de todos es conocido esta... Y, por lo tanto, en ese sentido estamos de acuerdo en que hay que ir por ese camino.

En cuanto a la intervención de la señora Espinosa, del Partido Popular, se ha centrado en las conclusiones. Yo he destacado siete, por no hacer el elenco, he querido que no, es decir, he querido decir más o menos dónde están los epígrafes fundamentales porque no se trataba en media hora de tener que tal... Yo quiero ser muy sincero en los dos aspectos que yo quería destacar por el tiempo que tengo. Primero, porque yo creo que las conclusiones yo he dicho que en el Parlamento hace tres décadas se hizo un compromiso con la reforma, y yo lo que sugería es que este Parlamento ahora haga otro pasito, otro paso de que juntos todos hagan un esfuerzo por mejorar, digamos, los problemas y las recomendaciones y conclusiones que están ahí. Esa es la petición, y yo creo que todo el mundo sabe lo difícil que es tratar este problema y que la sociedad, no quiero decir que hay muchos en las zonas marginales, hay muchos en las cárceles, pero después no, es decir, estamos hablando de un 8%, pero yo creo que, dada la sociedad, estos son muy agudos, son muy agudos. Entonces yo creo que el Parlamento hizo un buen paso antes, y yo ahora lo que le pediría al Parlamento es que se propusiera. Que a lo mejor hay que protegerlo también jurídicamente, porque yo creo que esa carta, nosotros ahí veríamos muy bien que hubiera un compromiso de carta de derechos para seguridad jurídica, que son enfermos, no son piltrafas, no son gente que hay que meter en sótanos, la misma sociedad a los

locos hay que apartados, no quiero verlos, hay familiares que no pueden, unos están cooperando muy bien, pero otros están cómo «quitenmelos de encima porque es muy molesto».

En ese sentido, yo creo que por ahí va la carta de derechos, la seguridad jurídica, que las demoras, que la atención a la salud mental y la atención a la drogodependencia no siempre están coordinadas, y yo creo que en ese sentido, señora Espinosa, yo creo que mejorar la asistencia y la de sus familias, van a apoyar iniciativas como la que me indicaba usted, de la veintiuna, de la comisión para la evaluación de esta situación, yo creo que sería todo esto bienvenido. Y el reforzamiento de las políticas de prevención, la atención domiciliaria, los programas de arbitación, yo estoy trabajando mucho en el acceso al derecho. Es verdad que hay, que ahí hay una realidad económica, es decir, Andalucía dio un despegue muy fuerte en la atención a la dependencia, pegó muy fuerte, hay una contención del gasto, hay un cambio de la contribución 50-50, 75-25, y eso se nota. Pero la ley está ahí y el derecho al acceso hay que, digamos, desengrasarlo, y yo estoy trabajando por que el derecho al acceso se vaya haciendo, quizá, poniendo los requisitos más duros, y a lo mejor los menos moderados puedan entrar en otro periodo, etcétera.

Y yo quiero también agradecer, y agradecerle especialmente a usted, y yo nunca he considerado que el Defensor del Pueblo andaluz esté en cuestión, el andaluz, acabo de venir de los defensores del pueblo en Madrid, lo hablábamos con la Defensora del Pueblo, hemos hecho un acta sobre este tema, y la propia acta pone que los defensores tienen pesar por los que han sido suprimidos, pero que quiere un respeto profundo a los defensores que son estatutarios, y que además están respetando las decisiones de los parlamentos, expresamente en el acta, en la cual yo estuve este viernes con la Defensora del Pueblo del Estado. Es decir, yo en Andalucía me siento..., es verdad que hay rumores, que hay periódicos, se habla siempre de algunas instituciones, no solamente de esta, yo tengo que decir que desde junio para acá, tanto el Partido de Izquierda Unida como el Partido Socialista, como el Partido Popular, y en boca, además, de su máximos dirigentes, yo me considero que me han dicho: «Ponte a trabajar, no hay problema con la Defensoría del Pueblo Andaluz, vamos a apoyar todo este trabajo», lo cual no quiere decir que me hagan todas las observaciones por si no lo hago bien, pero que, evidentemente, yo creo que esto es un programa estatutario de un Parlamento, hecho por unanimidad. Curiosamente, una anécdota por este tema, porque quiero terminar, decía una familia sobre el tema de la dependencia: «No lo conozco a usted, no lo conozco de nada, pero yo quiero, tengo aquí un problema de una asociación y tal...», y la recibí, ¿no?, y tal. Y dice: «Además, yo no sé, yo no sé porque no me fío tampoco mucho de usted porque como ha salido por unanimidad, algo tendrá usted, algo tendrá usted». En ese sentido no sabía yo que una interpretación de la unanimidad se veía por este lado, a la inversa, lo recibí, se puso colorada, han resuelto sus problemas, ahora hay un afán del Defensor del Pueblo Andaluz.

Yo les agradezco el apoyo que tengo. Yo me siento..., pues como no podía ser de otro modo; si no, evidentemente, no seguiría trabajando con la misma pasión, con el mismo interés, y yo me siento que en Andalucía en este tema nosotros ya hemos pasado página, y esperamos que, salvo un terremoto, que yo creo que..., y tal, y sobre todo con total obediencia a la madurez y al poder del Parlamento andaluz, pues sigamos trabajando, estamos a su disposición, y para esto y para todo lo demás yo incluso le he pedido al presidente del Parlamento que tengamos una mayor fluidez con los grupos parlamentarios para poder intercambiar y no sea solamente una vez al año, o de un informe especial.

Les agradezco, yo me siento en este terreno, y pido excusas porque quizá, digamos, no he podido expresar con suficiente claridad un deseo de que esta..., la enfermedad mental, tiene que cobrar el prestigio que tiene el Sistema Nacional de Salud, y, por lo tanto, que vaya a la par, que los profesionales también se sientan contentos, que haya mejoras y que este Parlamento haga las iniciativas en la línea de mejora de esta reforma psiquiátrica, que yo creo que todavía le falta el apoyo de esta pata de los problemas con discapacidades psíquicas.

Muchísimas gracias.

La señora MARTÍNEZ AGUAYO, PRESIDENTA DE LA COMISIÓN

—Muchísimas gracias, muchísimas gracias al defensor por su presencia. Le despedimos para poder seguir con el orden de la comisión, que es un orden del día un poco cargadito.

[Receso.]

9-13/PNLC-000040. Proposición no de ley relativa a la situación actual del transporte no urgente en el sistema sanitario de la provincia de Córdoba

La señora MARTÍNEZ AGUAYO, PRESIDENTA DE LA COMISIÓN

—Señoras y señores diputados, si les parece vamos a continuar con el turno de las proposiciones no de ley.

La primera es la proposición no de ley relativa a la situación actual del transporte no urgente en el sistema sanitario de la provincia de Córdoba, a petición del Grupo Parlamentario Popular.

Tiene la palabra la señora Obrero.

La señora OBRERO ARIZA

—Gracias, presidenta.

Bueno, pues señorías, traigo a debate, en la mañana de hoy, una propuesta que recoge las demandas y las reivindicaciones de más de trescientos taxistas en la provincia de Córdoba que han venido prestando el servicio sanitario no urgente. Lo han venido haciendo pues para pacientes que tuvieran prescrito facultativamente un tratamiento periódico o ilimitado de rehabilitación, diálisis u oncológico, pero que digo que en estos últimos años pues han visto recortados considerablemente los servicios por la nula autorización y la consiguiente retirada de subvención para los pacientes de este medio de transporte.

A esta situación, pues, bueno, se ha llegado de forma progresiva, pero también solapada, cosa que no significa que esto no sea un recorte sanitario en toda regla. Lo cierto y verdad es que ya en abril del año 2012 se llevó a cabo un recorte del 10%, cuando la consejería, esta consejería, decidió reducir el precio de los contratos con empresas del sector que mantenían servicios concertados tanto para transporte urgente como para el no urgente. En aquel momento, bueno, pues se aceptó esta medida, que, además, en todo caso, iba a tener un carácter temporal, por la corresponsabilidad, entendida por el sector, que veían que eran momentos de dificultad económica para la Administración andaluza, aun cuando las tarifas que se venían aplicando para el pago del servicio ya estaban a mitad de precio. Pero, bueno, como digo, recorte que después han dejado de ser temporal, porque ya se ha consolidado en el tiempo, y que, desde luego, no se ha recuperado ese porcentaje, como digo, que se estableció en abril de 2012.

Luego, en junio, también de ese mismo año, la decisión de utilizar el taxi compartido para varios pacientes a la misma vez también obligó a mermar la rentabilidad del servicio para el sector del taxi en torno a un 30%. Y luego, unos meses más tarde, en octubre, ya se eliminó directamente la posibilidad de utilizar el transporte no urgente prestado por taxis para los nuevos pacientes que requirieran el servicio, de manera que solo se mantenía para pacientes que ya llevaran tiempo en tratamiento de oncología, radioterapia o diálisis.

Desde entonces hasta ahora la situación ha empeorado aún más de lo que recoge la propia exposición de motivos de esta proposición no de ley, pues me han confirmado que actualmente ni siquiera se mantiene ya este servicio para los pacientes de radio o de quimioterapia, ni tampoco para los de rehabilitación, porque se ha ido terminando con los tratamientos y ya no se han ido incorporando pacientes nuevos. Tan solo se mantiene para personas enfermas de diálisis o personas trasplantadas, y con una limitación de transporte para tres meses.

Señorías, esto claro que tiene graves consecuencias en los pacientes, por ejemplo, de cáncer, que después de un tratamiento tan severo para su cuerpo, ¿no?, los efectos inmediatos de debilidad corporal, mareos y malestar generalizado, pues tengan que utilizar un transporte público o depender de sus propios familiares para poder desplazarse al hospital. O por poner otro ejemplo, para los pacientes que han de acudir a rehabilitación con problemas de movilidad, eso supone no poder utilizar un taxi para una mayor comodidad en el desplazamiento y un verdadero obstáculo e inconveniente para una mejor recuperación.

Por tanto, yo creo que esto era importante decirlo porque vemos que la Administración sanitaria está propiciando que haya pacientes de primera y pacientes de segunda. Pero también hay un grave perjuicio para los profesionales autónomos del sector del taxi, a los que la consejería de salud está ninguneando, imponiendo decisiones sin ningún margen de negociación y sin escuchar las propuestas que en muchas ocasiones los representantes de este colectivo han planteado en varias reuniones con responsables de esta consejería para seguir haciendo viable el servicio.

Lo cierto es que durante mucho tiempo los taxis han estado supliendo la falta de ambulancias, sobre todo en las zonas rurales y en localidades dispersas de nuestra provincia. De alguna forma estos trabajos han permitido también subsistir a los taxistas de pueblos de entre 4.000 y 10.000 habitantes, porque han completado la escasez de servicios que realizan, a diferencia de los taxis en la capital, donde, como todos sabéis, pues hay una mayor demanda y servicios que cubrir. Ahora los taxistas han visto mermado considerablemente el número de servicios prestados a pacientes en los hospitales de Córdoba, pero muy especialmente en el hospital Reina Sofía de Córdoba, suponiendo —fíjense ustedes—, suponiendo un 70% menos de facturación al mes y reduciendo a la mínima expresión, a tan solo un 10%, un 10%, los taxistas que prestan eventualmente algún servicio con el sistema sanitario para pacientes de diálisis. De forma que el sector del autotaxi, en general, está pidiendo a gritos, está pidiendo ya que se acople el transporte no urgente al sistema sanitario, con un respaldo presupuestario por parte de la Administración andaluza, en un marco, evidentemente, de negociación conjunta.

Esta petición tiene dos fundamentos importantes, básicos. El primero es que hay un Decreto 35/2012, de 21 de febrero, aprobado por la propia consejería, por la propia Junta de Andalucía, que aprueba el reglamento de los servicios de transporte público de viajeros y viajeras en automóviles, y que dice, expresamente, en el artículo 39.3, dice que el servicio de traslado de personas enfermas, lesionadas o de avanzada edad a centros sanitarios, asistenciales o residenciales se podrá efectuar a través de vehículos autotaxi, siempre que el traslado no requiera la prestación del transporte sanitario, pudiendo, además, la Administración andaluza fijar las condiciones del uso del servicio de taxi en los términos que se desarrollen en el decreto. Es decir, normativa...

La señora MARTÍNEZ AGUAYO, PRESIDENTA DE LA COMISIÓN

—Señora Obrero, lleva usted seis minutos.

La señora OBRERO ARIZA

—Termino inmediatamente, señora presidenta.

Normativa expresa, que regula la posibilidad de ese servicio a través del taxi. Y segundo, hombre, ese mismo decreto dice que hay que constituir en el plazo máximo de 12 meses, desde la entrada en vigor de ese decreto, el Consejo Andaluz del Taxi, como órgano de interlocución y participación con los profesionales. Y fíjense ustedes, ese decreto se aprobó el 12 de marzo de 2012, se publicaba en *BOJA*, y establecía un periodo máximo de 12 meses para constituir el Consejo Andaluz del Taxi. Bueno, pues ya llevamos dos años de retraso, en los que, como digo, se ha ninguneado al sector, porque ese órgano no se ha creado y no se ha escuchado ni se han tenido en cuenta las propuestas de este sector.

Por tanto, señoría, y termino, a la espera del segundo turno de intervención, diciendo que es necesario contar con el apoyo de los grupos con representación en esta Cámara, porque son muchos los intereses y los derechos lesionados, y porque se está, como digo, mermando considerablemente la calidad de la sanidad andaluza para los pacientes, y, en este caso, los cordobeses.

La señora MARTÍNEZ AGUAYO, PRESIDENTA DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias.

El señor BAENA COBOS

—Yo creo que en esta PNL se mezclan distintos campos. Lo primero que tendría que recordar es que la labor de la sanidad pública no es garantizar el mantenimiento de ninguna de las estructuras existentes en Andalucía, estructuras productivas, sino fundamentalmente garantizar la atención a los ciudadanos que pierden su salud o que están en riesgo de perder su salud.

La segunda parte... Eso entiendo que, bueno..., no olvidemos cuál es el objetivo fundamental, a ver si buscando objetivos secundarios vamos a abandonar el esencial.

Lo segundo es que en una sanidad pública, la española, que ha perdido en estos dos años 7.500 millones de aportación, pues imagino que los efectos se tienen que notar no solo en posiblemente una restricción de los viajes en taxi, que seguramente además, estoy de acuerdo con la señora Obrero, que afecta más a las zonas rurales que a las zonas urbanas y demás. Pero, mire usted, la gente está pagando medicinas cuando antes no pagaba, la gente está teniendo problemas para las prótesis, las órtesis, etcétera. O sea, hay una serie de limitaciones impuestas desde el Decreto 12/2012 en las que estamos inmersos todas las sanidades públicas españolas. Entonces, a mí no me parece mal que discutamos un día cómo se recorta, en qué sitios hay que recortar y en qué sitios no, pero no parece lógico que le digamos a un paciente que no vamos a poder atenderlo porque estamos satisfaciendo las necesidades de un sector que, efectivamente, nota estas restricciones en su desarrollo, pero que es secundario con respecto, como decía antes, al objetivo principal.

Y, finalmente, yo apoyaría que esta PNL se presentara en la Comisión de Fomento y Transportes y demás, ¿no?, parece más relacionada con un decreto que es necesario para el desarrollo de las actividades del taxi y del autotaxi, en el que se contemplen estas cosas, que desde Salud, que... lo más que podríamos sería decir: «bueno, instamos a la Consejería de Fomento a que desarrolle el Decreto 35/2012, de 21 de febrero, por el que se aprueba el Reglamento de los Servicios de Transporte Público de Viajeros y Viajeras en

Automóviles de Turismo». Por lo tanto..., no sé, mi propuesta sería que esta PNL se llevara a la comisión que entiende, precisamente, del transporte en Andalucía, más allá de que hagamos recomendaciones de que se atienda con especial atención las necesidades de desplazamiento de aquellos pacientes que viven en las zonas rurales de Andalucía.

Muchas gracias.

La señora MARTÍNEZ AGUAYO, PRESIDENTA DE LA COMISIÓN

—Muchísimas gracias.

Tiene la palabra el portavoz del Grupo Parlamentario Socialista, señor Ruiz.

El señor RUIZ GARCÍA

—Gracias, señora presidenta.

Con la brevedad que requiere el tiempo que tenemos, en primer lugar, para aclarar una cuestión de..., bueno, distinguir entre fondo y formas de la proposición no de ley. Hay una confusión, deseamos que no sea una confusión interesada, y es que en la proposición no de ley se habla de transporte sanitario y no urgente. Los desplazamientos entre sí no son transporte sanitario, no tienen esa consideración; todo lo contrario, el transporte sanitario viene perfectamente regulado a través de vehículos especiales, como son las ambulancias. El traslado en taxi es una prestación económica que facilita el Servicio Andaluz de Salud para que aquellos pacientes que no son precisados tras su traslado en ambulancia, cuya periodicidad del desplazamiento suponga un cierto quebranto económico, en función, precisamente, de sus niveles de renta, puedan tener una compensación.

Por tanto, en primer lugar, el transporte sanitario como prestación sanitaria no es objeto de esta proposición no de ley, por mucho que, en la redacción, el Grupo Popular..., insisto, que espero y deseo que no haya sido de forma interesada, porque en este caso estaríamos hablando de confusión. Por mucho que en la PNL la [...] no lo diga, estamos hablando de un transporte que no es sanitario. Y, por tanto, tampoco se puede decir, es faltar claramente a la verdad —que espero, insisto, que no sea de forma intencionada, aunque ya son muchas casualidades—, que es sustitutivo o que se usa el taxi porque hay problemas de ambulancia. No hay ningún tipo de problemas de ambulancia en nuestra comunidad autónoma, en ninguna provincia, está perfectamente regulada y son los facultativos los que determinan si un paciente debe ser trasladado en una ambulancia, asistida o no.

Por tanto, primer punto a tener en cuenta: la ordenación del transporte terrestre está perfectamente regulada. Y, por cierto, el Real Decreto Ley 16/2012, el famoso decreto de los recortes o del decretazo, que establecía el transporte sanitario no urgente..., sanitario, no en taxi, en la cartera común, suplementario del Sistema Nacional de Salud, estaba a punto de ser sometido a copago por el Gobierno del Partido Popular. Menos mal que parece que al final ha dado marcha atrás, entre otras cosas, no solo ya por la presión ciudadana y profesional, sino también por los informes negativos del Consejo de Estado. Por tanto, no estamos hablando de transporte sanitario.

Estamos hablando, como ha hecho mención el portavoz de Izquierda Unida, de un ámbito que excede el ámbito sanitario. Es una prestación de naturaleza económica que se imputa al capítulo IV, en concreto al artículo 48, «Transferencias a familias e instituciones sin fines de lucro», y que, una vez que el ciudadano abona, en este caso, el taxi o el transporte público de que se trate —en cualquier caso, transporte ordinario—, se produce un reembolso o lo que conocemos como reintegro de gastos.

Por tanto, el que en una gran parte de los casos el paciente autorice al taxista, delegue en él, a que perciba la indemnización, no significa en absoluto que ese sea el elemento esencial que lo haga configurar como un transporte sanitario ni muchísimo menos que haya una relación entre el Servicio Andaluz de Salud y el taxi. Sencillamente, que este intenta percibir el reembolso directamente.

Se trata de una prestación económica que está regulada en una orden de la Consejería de Salud, que tiene unos límites establecidos tanto por kilómetros como por tiempo de espera, y que inicialmente es cierto que hubo una serie de acuerdos, unos pactos hace unos años entre la Consejería y el sector, que el sector quedó, acordó que, transcurrido cierto tiempo de carácter transitorio, iban a reconvertirse, cosa que ocurrió en alguna provincia, como es el caso de Huelva, pero que no ocurrió en todas las provincias. Y, a pesar de eso, el Servicio Andaluz de Salud, a través de sus órganos gestores en los distintos centros de gastos, centros hospitalarios, ha estado prestando este servicio, muy especialmente de forma mayoritaria en las provincias de Córdoba, Sevilla y Jaén. Aunque la PNL se refiere a Córdoba, pero afecta a esas tres provincias, que acumulan el 86% del conjunto del gasto.

Tampoco es cierto que esta prestación no se esté dando en este momento. El que les habla tiene en este momento una relación con un paciente..., la máxima relación, oncológico, y estoy yendo a oncología y estoy yendo a radioterapia y, en absoluto, hay problemas de este tipo, ni los nuevos pacientes tienen problemas de accesibilidad a estos transportes. Ahora, es cierto que, dependiendo de los centros de gastos, establezcan medidas de uso eficiente de los recursos. ¿O no será que el Partido Popular defiende los recortes allí donde estos se producen y, sin embargo, no están de acuerdo con un uso eficiente de los recursos? ¿De qué estamos hablando? ¿De la defensa de un sector? Hombre, los taxistas se pueden defender desde otro ámbito, recuerdo que son autónomos y que como autónomos se han visto, precisamente, muy gravemente afectados por otro tipo de medidas de carácter económico y de Seguridad Social que ha adoptado el Gobierno del Partido Popular.

Por tanto, yo creo que no es la cuestión de fondo de forma acertada. No entiendo por qué la señora Obreiro ha escogido esta PNL..., por supuesto que está en su derecho, pero hay muchísimos asuntos, muchos temas que sí están relacionados directamente con la Consejería de Salud. Y, en este caso, bien es cierto que el Decreto 35 regula perfectamente la posibilidad de desarrollo, pero, desde luego, lo sería en el ámbito de otra Consejería, de la Consejería de Fomento.

La señora MARTÍNEZ AGUAYO, PRESIDENTA DE LA COMISIÓN

—Señor Ruiz, lleva usted seis minutos.

El señor RUIZ GARCÍA

—Termino en seguida ya, con nuestro posicionamiento.

Nosotros compartimos lo que ha dicho el portavoz de Izquierda Unida: sería recomendable que esta iniciativa se presentara en otro ámbito, porque no es, como ha quedado claro..., aunque se confunda a través del texto de la proposición no de ley, no es del ámbito sanitario. Y, por tanto, nosotros, aun compartiendo el interés por este y por cualquier otro sector económico, desde luego consideramos que no es una proposición no de ley que debamos aprobar en esta comisión.

La señora MARTÍNEZ AGUAYO, PRESIDENTA DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias.

Señora Obrero.

La señora OBRERO ARIZA

—Sí. Gracias, presidenta.

Bueno, en primer lugar, quería contestar a ambos portavoces con la crítica que me han hecho en cuanto a que este no es el ámbito o la competencia..., o que esta consejería no tiene la competencia para resolver esta proposición no de ley. Yo quiero decir, en primer lugar, que es la Mesa quien califica y quien determina a qué consejería va el debate de una determinada proposición no de ley según el contenido de la misma. Y, en segundo lugar, si esto fuese la Comisión de Fomento, sería reconocer un incumplimiento de un decreto, de una normativa que ya existe. ¿Qué quiere usted, que nosotros pidamos a la Consejería de Fomento que impulse el desarrollo del decreto? Si ya lo tienen hecho, si la normativa autonómica ya existe, ¿eh?

Y, en segundo lugar, viene a esta comisión le voy a decir por qué, señor Ruiz: porque es esta consejería..., es la Junta de Andalucía y esta consejería quienes tienen que establecer, tienen la libertad para establecer la fórmula de llevar a cabo este transporte, que está dentro de las prestaciones de la cartera complementaria del Sistema Nacional de Salud, no está fuera del ámbito sanitario, no señor, está dentro de la cartera complementaria del Servicio de Salud.

Y también la Junta determina cómo se gestiona el cobro, que se puede hacer tanto por ambulancia... —yo no lo niego, por Dios, yo no estoy faltando a la verdad—, tanto por ambulancia como por taxi o por el modelo que considere conveniente. Pero es que, además, la Junta también es la que determina el tipo de concierto, el contrato, el tiempo, la duración del mismo. Y esto lo saben muy bien, lo saben muy bien los taxistas: que es competencia de esta consejería.

Miren ustedes, yo creo que esta proposición no de ley tiene varias finalidades muy claras, muy claras, que están muy bien especificadas en el texto de la exposición de motivos.

Primero, que hay que impulsar el desarrollo de ese decreto en el ámbito del servicio de autotaxi para el transporte sanitario no urgente, crear el Consejo Andaluz del Taxi, porque, como digo, es simplemente exigir que la Junta cumpla su propia normativa.

Segundo, consensuar y negociar con los representantes del sector las condiciones para prestar este servicio.

Y, tercero, desbloquear la situación de parálisis. Usted dice que esto es mentira. Mire usted, llame al representante, al presidente de la Asociación de Taxis de Córdoba, es que usted no se ha molestado. Usted se

ha limitado a hablar con un amigo, a un conocido que está en tratamiento de oncología. Pero, mire usted, yo le estoy diciendo que está totalmente paralizado, que para que se conceda este tipo de servicios, que se está concediendo con cuentagotas, con cuentagotas, yo no digo que de forma excepcional se lo estén dando a algún paciente porque tenga una prescripción facultativa médica, pero la regla general, y siguiendo instrucciones de la propia consejería, no se está autorizando el transporte sanitario no urgente.

Y ustedes no querrán verlo, ustedes no quieren ver esto, pero el negar la realidad lo único que están haciendo es un flaco favor a la Consejería de Salud y un flaco favor a la defensa de los intereses y los derechos de estos taxistas también que están trabajando, que son autónomos, que están aportando a nuestra comunidad, y que ustedes los están desamparados normativa y económicamente.

Y le digo más: usted ha hecho referencia a la merma de la calidad del servicio de los taxistas, pero eso tiene una traducción económica, que usted no la conoce, porque, como digo y repito, no se ha puesto en contacto con los representantes del sector. Fíjese usted si han mermado económicamente la capacidad económica de estos autónomos que de facturar 170.000 euros al mes se ha quedado en 45.000 euros al mes. Usted me dirá, usted me dirá si eso en la provincia de Córdoba no supone un impacto económico importante y no supone un impacto importante en la reducción de taxistas que sigan prestando los servicios, y fundamentalmente en las zonas rurales, que son las que quedan más desamparadas.

Y, miren ustedes, yo esperaba que hoy otra vez volviera a salir el discurso de que el Gobierno de Rajoy tiene la culpa de todo, y también de que esté pasando esto en Andalucía con el transporte sanitario no urgente.

La señora MARTÍNEZ AGUAYO, PRESIDENTA DE LA COMISIÓN

—Señora Obrero, lleva usted cuatro minutos.

La señora OBRERO ARIZA

—Termino inmediatamente, señora presidenta.

Pero yo tengo que decirle algo, señor Ruiz, y es que en diciembre del 2013, en el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud se acordó, por la ministra Ana Mato, junto con todas las comunidades autónomas, que se descartara el copago para el transporte sanitario no urgente. Por tanto, los usuarios o pacientes de ese servicio no tienen que aportar nada, nada, corre a cuenta de las comunidades autónomas el pago efectivo del mismo, y, como digo y repito, le deja la libertad para establecer el convenio y la fórmula para la gestión del mismo.

Por tanto, señorías, yo creo que ya no les quedan argumentos para seguir echando balones fuera, ya no les quedan más argumentos para cumplir con los andaluces y con los cordobeses, y darles soluciones. Porque les tengo que decir algo: esto es un recorte en toda regla. Y siento hacer demagogia de esto, pero es que ustedes en dos años ya han hecho más de mil cien millones de recortes en sanidad, y esto es un recorte solapado. Mientras que ustedes no sean capaces de sentarse con ellos, negociar y consensuar la forma de impulsar y abrir el grifo de este servicio, mucho me temo, mucho me temo que se va a seguir mermando la calidad del sistema sanitario, que los pacientes cordobeses van a seguir sufriendo la ineficacia de este Gobierno an-

DIARIO DE SESIONES DEL PARLAMENTO DE ANDALUCÍA

Núm. 225

IX LEGISLATURA

5 de febrero de 2014

daluz. Y eso lo van a ver en el día a día, lo saben ellos y lo saben también los taxistas, a los que, desde luego, les voy a hacer llegar la intervención de este debate y el DVD si hiciera falta, para que conozcan y se lo trasladen a todos los autónomos taxistas de la provincia de Córdoba.

Nada más y muchas gracias.

La señora MARTÍNEZ AGUAYO, PRESIDENTA DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias.

9-14/PNLC-000010. Proposición no de ley relativa a la retirada de todos los copagos sanitarios impuestos por el Gobierno de España

La señora MARTÍNEZ AGUAYO, PRESIDENTA DE LA COMISIÓN

—Pasamos, a continuación, a la siguiente proposición no de ley relativa a la retirada de todos los copagos sanitarios impuestos por el Gobierno de España.

Tiene la palabra, por un turno de siete minutos primero, el señor Ruiz.

El señor RUIZ GARCÍA

—Gracias, señora presidenta.

Efectivamente, parece, pareciera que era una continuidad este debate del anterior, pero nada más lejos de nuestra intención. Lo que pasa es que cuando hablamos de proposición no de ley en defensa de la sanidad pública tenemos que hablar de iniciativas en contra de los recortes de los copagos, de la reducción de derechos, del regreso al pasado, que está protagonizando, lamentablemente, en nuestro país las medidas del Gobierno del Partido Popular, que siguen bajo el paradigma del austericidio, ahora que la señora Merkel ha descubierto que no es precisamente el mejor camino, y que vienen desmantelando con esa excusa, pretenden desmantelar el Sistema Nacional de Salud, y, lamentablemente, reducir derechos, cuando no excluir a personas en el acceso, por tanto, disminuyen o acaban con la equidad en el acceso al sistema sanitario.

Nosotros traemos una proposición no de ley que, por cierto, está también relacionada con una proposición de ley que nuestro grupo va a presentar, ha presentado ya, ha registrado en el Congreso de los Diputados, mediante la que planteamos la retirada absoluta del conjunto de copago, algunos de ellos es que ni siquiera han sido puestos en práctica, por ejemplo, el tan intencionado y aludido en el debate anterior, al transporte sanitario no urgente, que era intención de la ministra Mato establecer un copago, pero que ha sido, ha recibido un enorme varapalo por parte del informe del Consejo de Estado, y que ha venido a decir lo que venimos diciendo nosotros durante mucho tiempo: que el establecimiento de los copagos no solo es injusto, sino que es absolutamente ineficaz, es decir, es contrario a la eficiencia del sistema. La mayoría de los copagos que ha impuesto el Partido Popular, impuesto por tanto, lo ha hecho de espaldas a las comunidades autónomas, de espaldas a los profesionales, de espaldas a las asociaciones de pacientes, de espaldas a los principios más básicos y más elementales de la gestión sanitaria. Y en el conjunto de los casos iban destinados a generar confusión, a disminuir las rentas familiares de las personas más necesitadas, por tanto, a castigar la equidad del sistema sanitario, su gratuidad, por tanto, la justicia social del sistema sanitario en tanto que es apoyo del sistema del bienestar, el conjunto del sistema del bienestar. Y, desde luego, han ido orientados a mejorar, a generar una transferencia de rentas de las familias hacia la industria farmacéutica. El copago establecido para los pensionistas, la primera vez en España, ni siquiera en la época de la dictadura franquista los pensionistas tenían que copagar los medicamentos, el copago que ha querido establecer para las farmacias hospitalarias, que, afortunadamente, no ha sido seguido ni siquiera por las comunidades autónomas que gobierna

el Partido Popular, y del que tuvimos ocasión ya de hablar en el Pleno de esta Cámara. Todo ello, insisto, con la supuesta intención de ahorrar dinero, cuando en realidad lo que se ha producido, lo que se está produciendo, como luego, si acaso, en el siguiente turno, tendré oportunidad de demostrar, es un incremento del gasto farmacéutico, un incremento que repercute precisamente en las familias, en aquellas personas, como los pensionistas, aquellas personas que tienen enfermedades crónicas, que tienen parte de su renta dedicada, ahora más que antes, al gasto sanitario, y un incremento que podría no bien haberse producido si el Partido Popular no se hubiera empeñado en, precisamente, boicotear todas las medidas de eficiencia y ahorro sanitario que se han llevado a cabo en otros lugares, como, por ejemplo, en la comunidad autónoma, donde hemos lo contrario, producimos una transferencia desde los beneficios de la industria farmacéutica hacia las familias, y, desde luego, con carácter absolutamente redistributivo. ¿Por qué? Porque la evolución del gasto sanitario, y específicamente el gasto farmacéutico en nuestro país, solo ha sido contenida en los últimos años precisamente por iniciativas como la de la Junta de Andalucía, en que hemos obtenido el nivel más bajo de gasto farmacéutico por receta y hemos obtenido las reducciones en gasto farmacéutico más importantes de todo el territorio. Fíjense, si el gasto medio por receta fuera en España como en Andalucía, es decir, por término medio un euro menor, por término medio, se produciría un ahorro cercano, superior a los ochocientos cincuenta millones de euros, por tanto, un euro por receta, estaríamos hablando de un ahorro muy superior al que se pueda producir a través de cualquier copago.

Hay otro hecho muy relevante en el caso de los copagos farmacéuticos, que son los que están teniendo un mayor impacto sobre las familias, y es que además el Partido Popular ha excluido un gran número de principios activos de la prestación farmacéutica, y eso ha hecho que los precios se eleven, justo al contrario de lo que tenía que haber hecho el Partido Popular, y es que tenía que haber actualizado los precios de referencia, que lleva más de dos años sin actualizarlos, y que eso le está costando, en términos de coste de oportunidad, a las arcas públicas, más de 400 millones de euros.

El Partido Popular tiene ahora la oportunidad de recoger el reto del conjunto de la sociedad, de reconocer que se ha equivocado con los copagos, que no se lo tenga que decir la ciudadanía, a través de las mareas, a través de las manifestaciones, que no se lo tengan que decir los jueces, o que no se lo tenga que decir el Consejo Consultivo, como está ocurriendo con las privatizaciones de Madrid o como está ocurriendo con los recortes sanitarios. Ahora tiene una oportunidad. Si, tal como se ha oído en esta cámara tantas veces, tanto en pleno como en comisión, hace unos minutos, sin ir más lejos...

La señora MARTÍNEZ AGUAYO, PRESIDENTA DE LA COMISIÓN

—Señor Ruiz, lleva seis minutos.

El señor RUIZ GARCÍA

—Termino enseguida.

... el Partido Popular está por los ciudadanos, está precisamente por los derechos de los ciudadanos, tiene una oportunidad para retirar todos los copagos sanitarios tal como se le va a proponer, se le ha propues-

to ya, en el Congreso de los Diputados. Y en este caso, a través de esta proposición no de ley, en mostrar su rechazo a todas las medidas de copago que han sido impuestas en los últimos años.

Muchas gracias, señora presidenta.

[Intervención no registrada.]

El señor BAENA COBOS

—Muchas gracias, señora presidenta.

Lo más significativo del copago es que forma parte de una serie de medidas que cambian el concepto que habíamos pactado los españoles con respecto a lo que queríamos que fuera nuestra sanidad pública. Y es la sanidad entendida como un derecho universal, un derecho de los ciudadanos, y por tanto que se sufragaba con los impuestos de todos los ciudadanos y ciudadanas, que fue el paso que se dio importante, tras el abandono del sistema de aseguramiento que existía cuando teníamos el seguro obligatorio de enfermedad. Se pasó de eso a una sanidad que atendía a todos los ciudadanos y que era universal y gratuita. Es verdad, y sé que lo van a decir, que los activos siempre han pagado parte de los medicamentos que consumían. Dependiendo, ¿no?, porque había determinado tipo de medicamentos que sí que tenían otro tipo de consideración y que se pagaban prácticamente enteros por la administración, dependiendo de la gravedad del proceso y de la seriedad de este proceso, ¿no?

Claro, una de las medidas ha sido plantear incluso, con las diferencias de renta... La concepción de sanidad pública es que la sanidad pública es gratuita para todos, para los ricos, para los pobres y para los de en medio. Que a los ricos no se les va a exigir que paguen más por ser ricos, ni que paguen menos. Que eso ya se les descontará en los impuestos, si los impuestos son justos, y los impuestos sí plantean progresividad. Pero luego no tendría por qué haber otro tipo de discriminación a la hora del acceso al sistema público de salud. Bueno, pues con esto siguen poniendo restricciones a esa consideración de sistema público y de derecho consagrado en la Constitución. Y curiosamente, ya ha hecho alguna referencia el portavoz del Partido Socialista, con unos efectos no conseguidos. En septiembre del año 2013, el importe del gasto farmacéutico fue de 744.426.033 euros, mientras que en septiembre del año anterior fue de 678.283.493 euros. O sea, que después de un periodo en el que efectivamente se bajó la factura sanitaria, esa factura, factura de medicamentos, esa factura ha vuelto a subir. Es verdad que tenemos que esperar varios meses para ver si eso es una tendencia que se mantiene, o es una tendencia..., o es un hecho casual. Pero más adelante se ha vuelto a comprobar que ese gasto sigue subiendo. O sea, que esa supuesta justificación del ahorro que planteaba esa medida no se ha visto reflejada en la práctica, y a eso hay que sumarle, como ha planteado también el portavoz del Partido Socialista, la eliminación de 400 medicamentos del petitorio del sistema de salud pública, ha significado su venta libre en farmacias y una subida de precios muy importante. Teniendo en cuenta, además, que suelen ser medicamentos como los más utilizados —antigripales, antitusígenos, etcétera, etcétera—, pues, estamos cargando sobre la renta familiar las ineficiencias..., y sobre todo la falta de compromiso con intentar que aquellos que más ganan con este procedimiento sean los que pierdan algo, en concreto los laboratorios farmacéuticos, que hay numerosos estudios que demuestran el nivel de sus beneficios, numerosos estudios que demuestran cómo esos beneficios no se reinvier-

ten en investigación sino que van fundamentalmente dirigidos a un incremento de los procedimientos de márketing por parte de dichas entidades. O el hecho absolutamente..., no sé, llamativo, de que sus ratios de beneficios son superiores a los de las empresas financieras. Parece que no es un sector que esté en una debilidad a las que medidas de racionalización del gasto público en medicamentos pudieran afectar. Y entendemos que desde Andalucía se ha planteado un método que puede ser efectivo, que es el método de la subasta de medicamentos, para que en el petitorio del sistema público, pues, dispongamos de aquellos medicamentos que a igualdad de efectos tengan un menor coste para la ciudadanía en su conjunto, o sea, para la administración.

Por tanto, lo hemos dicho antes, lo volvemos a decir, sabéis que además en Izquierda Unida nos gusta llamarlo «repago» más que «copago», porque entendemos que eso está pagado ya con nuestros impuestos. Curiosamente, impuestos en los que este año la participación de la renta del trabajo ha sido superior a la renta del capital, que está demostrando un poco cómo se van distribuyendo las cargas y los beneficios de esta supuesta crisis que se prolonga artificialmente para, de camino, eliminar pues muchos de los derechos que habíamos conseguido en los primeros años de la democracia española. Y, bueno, pues estamos en contra del repago, estamos en contra del copago y entendemos que los pasos que hay que dar son los de racionalización del uso del medicamento, son la subasta de medicamentos, que sería mucho más efectiva si se hiciera a nivel estatal, porque evidentemente el nivel de compra sería mayor. Y no cargar, como están haciendo, como se está haciendo, sobre los ciudadanos y las ciudadanas, pues, el compromiso que parece que el Gobierno de la Nación mantiene con la industria farmacéutica.

Muchas gracias.

La señora MARTÍNEZ AGUAYO, PRESIDENTA DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias.

Señor Valero.

El señor VALERO RODRÍGUEZ

—Muchas gracias, presidenta.

Señorías, asistimos de nuevo a un ejercicio de cinismo e hipocresía, que no es ni más ni menos que esa dialéctica vacía de contenidos y llena de palabrería y de demagogia. Y en el que pretenden defender políticas públicas y de bienestar que en Andalucía brillan por su ausencia. ¿Cómo puede ser que ustedes defiendan, y critiquen..., perdón, cómo puede ser que ustedes critiquen unas medidas, cuando la mayor decadencia de la historia de la sanidad andaluza ha sido provocada en treinta..., más de treinta años de Gobierno socialista? De tal manera que, habiendo dejado una deuda de 2.700 millones, que gracias a un gobierno serio, responsable y eficaz, ha sido el que ha puesto la cuenta a cero. Sin hablar de los 13.000 millones que han aportado para evitar la quiebra de Andalucía. Y después de esa puesta a cero, a pesar de la opacidad y la falta de transparencia a la que estamos acostumbrados, creo que la deuda asciende de nuevo a 1.700 millones, que se les debe a las proveedoras, a Farmaindustria y a Fenin.

Y la mayor muestra evidencia de cómo está la sanidad andaluza se ha protagonizado en estas últimas semanas, en las que se han sucedido un escándalo detrás de otro, y en el que se ha sido portada un día sí y el otro también. Y se ha comenzado con la destitución del gerente del SAS. Y le puedo poner algunos ejemplos de la provincia a la cual represento, de mi provincia, de Granada, en el que en maternidad no había biberones ni había pañales, en urgencias del hospital Virgen de las Nieves no hay ni ibuprofeno ni agujas intravenosas, algo esencial en cualquier consultorio. Se han contratado matronas sin la cualificación y sin los estudios específicos para ello. Se ha llegado al intrusismo, porque contratan a enfermeras para que realicen trabajos que no les corresponden, ya que no están cualificadas para ello. Nos hemos encontrado urgencias colapsadas, de lo que hablaremos luego, posteriormente, con la presencia de la señora consejera. Se ofrecen contratos basura, de gran precariedad, a profesionales de la sanidad. Quince días, solamente, a razón de dos horas; igual que a facultativos se les están ofreciendo contratos para solamente fines de semana y también para guardias. Y todo esto no lo digo yo, sino que lo dicen los sindicatos y los profesionales.

Con este panorama, ¿cómo pueden ustedes querer eliminar una serie de medidas que no han traído más que una oxigenación a la economía de la sanidad andaluza, que han racionalizado el consumo de medicamentos? Por tanto, ustedes siempre son críticos con las soluciones cuando son los corresponsables y los coautores de la situación de ruina y bancarrota en la que nos encontramos. Y las medidas que ha adoptado el Gobierno central no han hecho más que sacarles las castañas del fuego, ya que son responsabilidad de las propias comunidades autónomas, y que aquí en Andalucía la situación es verdaderamente dramática. Son medidas impopulares, que no estaban en nuestro programa del Partido Popular, que no se desean, pero de no ser por ellas la situación se haría insostenible.

Gracias al Gobierno de Rajoy, el sistema de aportación a la farmacia es igual para todos, es más justo porque se hace en función de la renta de cada cual. Gracias a él, se ha acabado con la fea costumbre de no pagar. Gracias al Decreto 16/2012, se han ahorrado más de tres mil millones, que corresponden 300 millones a Andalucía. También ha descendido lo que es la aportación, la entrega de medicamentos a los puntos Sigre en más de cinco mil toneladas, se han facturado 200 millones de recetas menos... Se ha fomentado, por tanto, un sistema equitativo y solidario en el que aportan más lo que más tienen. Y se ha puesto coto a los abusos del turismo sanitario, con un ahorro anual de más de 1.000 millones. Son un ejemplo estas medidas de política responsable, de equidad y de solidaridad. Por primera vez en la historia más de un millón de parados no tienen que pagar nada por los medicamentos, cero euros. Eso es política social. Tampoco van a pagar nada las personas que perciben una renta de integración social, aquellos que perciben una renta, una pensión no contributiva. También no pagan nada los afectados del síndrome tóxico y también los tratamientos derivados de accidentes de trabajo y enfermedad profesional. Y para el resto de rentas, las pensiones... Los pensionistas tienen un límite máximo al mes de gasto para pagar sus medicamentos, en el que, por poner un ejemplo, para aquellos que tienen una renta superior a cien mil euros tienen que pagar como máximo 60 euros. ¿Les parece eso a ustedes un atropello cuando está contribuyendo al sostenimiento del propio sistema? Es decir, se cumple lo de que se reparte la riqueza entre los que menos tienen mientras que la fuerza impositiva recae en los que más tienen. Debiera de sonarles ese discurso, ese discurso que ustedes siempre quieren abanderar pero que son incapaces de poner en práctica. Y ha tenido que venir el Partido Popular para ponerlo en práctica.

La señora MARTÍNEZ AGUAYO, PRESIDENTA DE LA COMISIÓN

—Señor Valero, seis minutos lleva usted.

El señor VALERO RODRÍGUEZ

—Gracias, presidenta.

En cuanto a las medidas de farmacia hospitalaria, hablamos de una aportación simbólica de un 10%, que nunca superará 4,20 euros. Y no deben ustedes mentir, ya que la asistencia sanitaria es gratuita y va a seguir siendo gratuita mientras gobierne el Partido Popular. Pero es que los tratamientos que se aplican en la estancia en el hospital también son gratuitos. Por tanto, estas medidas cumplen precisamente lo que ustedes venden a bombo y platillo, que es la equidad y la igualdad en el acceso a los servicios públicos de calidad, garantizando la sostenibilidad de un sistema que viene lastrado por el derroche y por una nefasta gestión de ocho años de gobierno, que es lo que nos ha derivado a esto, en el que nos hemos encontrado, el Partido Popular, una deuda de 16.000 millones de euros. Solamente del año 2009 al 2011 creció un 173%, con el gobierno de Zapatero. Y estas medidas pretenden proteger al paciente, fomentar una pedagogía del uso adecuado del medicamento...

La señora MARTÍNEZ AGUAYO, PRESIDENTA DE LA COMISIÓN

—Señor Valero, ha agotado su tiempo.

El señor VALERO RODRÍGUEZ

—... mejorar la gestión del seguimiento farmacoterapéutico y racionalizar el gasto, así como terminar con esos hogares que albergaban botiquines completos sin necesidad de ello.

Y la alternativa que ustedes han presentado es una subasta ruinosa que solo ha generado desabastecimiento e inseguridad, y que además han limitado los medicamentos, los han eliminado prácticamente, muchísimos medicamentos para enfermedades graves como es el cáncer, y que además solo permiten un principio activo por cada patología. Y han eliminado la capacidad decisoria del facultativo y de prescripción.

Por tanto, estos esfuerzos no miran ni al presente ni al pasado, sino al futuro y a un sistema de sostenibilidad que tenemos que dejar a nuestros hijos y a nuestros nietos. Porque tenemos que hablar y tenemos que ser sensatos y no podemos mirar hacia otro lado.

Y ya voy terminando, presidenta.

Tenemos que hablar de esos estudios científicos que demuestran que en los tratamientos crónicos el 50% de medicamentos no se consumen. Tenemos que hablar del preocupante envejecimiento de la población española y de la gran deuda anual que se produce con los fármacos, que son 14.000 millones cada año, de los cuales un tercio es de farmacia hospitalaria. Tenemos que hablar de alfabetización en salud y de la [...] terapéutica. Que no quieren hablar, que por fin ya se está poniendo remedio a ello, teniendo en cuenta que el

90% de los mayores en Andalucía toman pastillas, que más de medio millón de andaluces toma más de cinco pastillas diarias y más de sesenta mil andaluces toman más de diez pastillas.

No sé qué le produce, señor Ruiz, hilaridad y de qué se ríe. La situación es muy grave para frivolar con ella, bastante grave.

Porque tenemos que hablar de la cronicidad medicamentosa, igual que tenemos que hablar también de la sobrecarga medicamentosa, que es lo que se pretende poner remedio a ello.

Por tanto, el Partido Popular, que está comprometido con una sanidad pública universal, gratuita, de calidad y sostenible, va a votar en contra de esta PNL porque solo pretende la confrontación y solo pretende no solucionar los problemas de la sanidad que ustedes mismos han provocado después de 30 años de gobierno.

Muchísimas gracias.

La señora MARTÍNEZ AGUAYO, PRESIDENTA DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señor Valero.

Señor Ruiz.

El señor RUIZ GARCÍA

—Gracias, señora presidenta.

Verdaderamente la intervención del señor Valero es para reír, pero por no llorar, porque dan ganas realmente de llorar. Pero ahora se entiende por qué esa obsesión del Partido Popular, al menos por boca del señor Valero, en volver tres décadas atrás. Ha hecho referencia a que echaba de menos la sanidad que había hace 30 años. Se refería a la época del Insalud. Según esas palabras tendríamos que cerrar todos los hospitales y todos los centros de salud que, afortunadamente, se han abierto desde entonces.

Yo creo que esta Cámara requiere un mínimo respeto para decir las cosas como son, decir la verdad y hablar claro. Y hablar claro con datos. No estamos hablando de..., creo que ha dicho el señor Valero «palabrería», no sé a qué se refería si a su discurso o a qué otra cuestión.

Hay que hablar claro. Lo hemos dicho antes pero lo vamos a repetir: el crecimiento sostenido que ha registrado el gasto farmacéutico en nuestro país, creciendo incluso por encima del producto interior bruto, no se combate con recortes que generan más desigualdad, que ponen en peligro la salud de los ciudadanos, que hacen que la Comisión Europea nos diga que atentamos contra los derechos humanos, o que el *New England Journal of Medicine* diga que hay riesgo para la salud de los ciudadanos. Así no se arregla, señor Valero, ni con medidas que lo que pretenden es disminuir la ya deteriorada renta familiar de las familias más desfavorecidas. Porque los españoles tienen por término medio un gasto en medicamentos que va entre los cuatrocientos y los seiscientos euros. Ni sirve, ni es de recibo el que se empleen términos como aportación simbólica. Se parece usted a aquella que hablaba del precio de la taza de café y del *relaxing cup*. No, no, no se trata de hacer bromas con todo esto, señor Valero, señores del Partido Popular. Estamos hablando de la salud de los ciudadanos, estamos hablando del gasto sanitario público, universal y gratuito. Y lo que han pretendido, entre otras, las medidas de copago impuestas por el Partido Popular es acabar pre-

cisamente con esa universalidad, con esa gratuidad y con la equidad del sistema. Y por ahí los españoles ya le han dicho que no están dispuestos a pasar. No están dispuestos a pasar ni en Burgos, ni en Madrid, ni en Andalucía, ni en ningún lugar de España. Y, desde luego, no en este Parlamento. Si lo que pretenden es generar una nueva burbuja de 50.000 millones, del 5% del producto interior bruto, favoreciendo a sus amigos de la industria farmacéutica, nosotros no vamos a colaborar en eso. Y, como le decía antes, tienen ustedes ahora la oportunidad de corregir un error histórico. No pasa nada por que corrijan, no pasa nada por que se den cuenta de que el ahorro, supuestamente sanitario, por los copagos que estaban generando está produciendo precisamente un cambio de signo. En los últimos meses el gasto farmacéutico ha encadenado subidas consecutivas. Y lo he dicho antes y lo vuelvo a repetir, ya podrían haber aprendido de la disminución del gasto sanitario y en concreto el gasto farmacéutico en Andalucía, a la que ustedes le quitan 1.500 millones de euros para el presupuesto del 2014, mucho más del equivalente a una provincia andaluza en el gasto sanitario total, en salud pública y en asistencia sanitaria. Ya podían haber aprendido de la subasta de medicamentos. Si hubieran extendido la subasta de medicamentos, habrían conseguido un mayor ahorro sin perjudicar ni la salud ni la renta familiar de los más desfavorecidos, sin poner en peligro la universalización y la gratuidad de nuestro sistema sanitario. Pero, claro, si hacen eso, entonces perjudican a sus aliados, a sus amiguitos del alma, a esos que día tras día hacen, les inducen a que cambien las normas para favorecerles, para que produzcan esas transferencias...

La señora MARTÍNEZ AGUAYO, PRESIDENTA DE LA COMISIÓN

—Señor Ruiz, lleva cuatro minutos.

El señor RUIZ GARCÍA

—Termino enseguida.

... esas transferencias social y económica desde las rentas familiares hasta los beneficios de las sociedades.

Pues, una vez más, tienen la oportunidad de hacerlo ahora. Pero, si no lo hacen, se lo haremos hacer, los ciudadanos se lo harán hacer. Seguramente los ciudadanos no van a olvidar todas las tropelías que ustedes están cometiendo con el sistema del bienestar, también, y especialmente, con el sector sanitario. Y, desde luego, los andaluces siguen sin olvidar cómo es su forma de gobernar y que aquí hay otra forma de hacer las cosas, a pesar de los recortes, a pesar de las exigencias de déficit, y eso sin necesidad de acudir al almuerzo que, por lo visto, hoy van a tener para decidir su futuro, en el que supongo que usted no estará, señor Valero.

Gracias, señora presidenta.

La señora MARTÍNEZ AGUAYO, PRESIDENTA DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias.

Si les parece, a continuación vamos a pasar a las votaciones.

DIARIO DE SESIONES DEL PARLAMENTO DE ANDALUCÍA

Núm. 225

IX LEGISLATURA

5 de febrero de 2014

Comenzamos la votación de la primera proposición no de ley, relativa a la situación actual del transporte no urgente en el sistema sanitario de la provincia de Córdoba.

Señorías, se inicia la votación.

¿Votos a favor?

¿Votos en contra?

Queda, pues, rechazada la proposición no de ley.

Siguiente votación relativa a la proposición no ley relativa a la retirada de todos los copagos sanitarios impuestos por el Gobierno de España.

Señorías, se inicia la votación.

¿Votos a favor?

¿Votos en contra?

Queda aprobada la proposición no de ley.

Muchas gracias.

Si les parece, vamos a recibir a la consejera para empezar con el siguiente punto del orden del día.

[Receso.]

9-14/APC-000010. Comparecencia de la consejera de Igualdad, Salud y Políticas Sociales, a fin de explicar las medidas tomadas o que se van a tomar en relación con las dificultades puestas por Instituciones Penitenciarias para el tratamiento con triple terapia a los internos afectados por hepatitis C y a los coinfectados por el VIH

La señora MARTÍNEZ AGUAYO, PRESIDENTA DE LA COMISIÓN

—Bien, pues vamos a seguir con el siguiente punto del orden del día, dándole la bienvenida a la consejera y pidiéndole disculpas por el retraso que llevamos en el orden del día de hoy.

Vamos a empezar con el punto número 3, comparecencia de la excelentísima señora consejera, a fin de explicar las medidas tomadas o que se van a tomar en relación a las dificultades puestas por Instituciones Penitenciarias para el tratamiento con triple terapia a los internos afectados por hepatitis C en las prisiones, ¿no? Tiene una redacción que no se lee bien.

Para comparecer, tiene la palabra la consejera por un turno de 20 minutos.

La señora SÁNCHEZ RUBIO, CONSEJERA DE IGUALDAD, SALUD Y POLÍTICAS SOCIALES

—Gracias, señora presidenta. Señorías.

Comparezco, en primer lugar, a petición del Grupo Parlamentario de Izquierda Unida para informar sobre las medidas impulsadas por la Junta de Andalucía frente a las dificultades por parte de Instituciones Penitenciarias para el tratamiento con triple terapia a los internos afectados por hepatitis C y a los coinfectados con el VIH.

Este asunto, como saben sus señorías, fue objeto de una pregunta parlamentaria en Pleno, formulada por un miembro del mismo grupo parlamentario, hace poquito más de un mes. Como recordarán, ya en aquella ocasión tuve la oportunidad de explicar que, según la propia Constitución española, corresponde al Ministerio de Interior desempeñar las funciones de planificación, dirección y gestión del régimen penitenciario; en concreto, una de las competencias del Ministerio es velar por la vida, integridad y la salud de la población reclusa en centros dependientes de la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias. Así se establece en la Ley Orgánica 1/1979, la Ley General Penitenciaria.

Para garantizar esa asistencia, la atención a la población reclusa de Andalucía, así como el resto de las comunidades autónomas, se desarrolla en base a los compromisos contraídos en varios acuerdos entre el Ministerio y la Administración autonómica. Así, en marzo de 1992 se firmó el primer convenio de colaboración entre el Gobierno andaluz y el Ministerio de Justicia, que regula esas relaciones institucionales entre ambos órganos en materia penitenciaria en el territorio de la Comunidad. En 1995 se firmó otro convenio ya de carácter específico entre la Consejería competente en materia sanitaria, a través del SAS, y la Secretaría de Estado de Asuntos Penitenciarios del Ministerio de Justicia e Interior, en el que se abordan las obligaciones y compromisos del sistema sanitario público en Andalucía y de la Administración penitenciaria, en relación, precisamente, con la atención sanitaria a la población reclusa.

En función de este convenio, que se ha ido renovando hasta la actualidad, la Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales tiene encomendadas las actuaciones en materia de medicina preventiva, salud ambiental, formación, salud mental, consultas entre especialidades e ingresos hospitalarios. Más concretamente, la cláusula cuarta del convenio establece que las obligaciones de la Administración sanitaria de la Junta de Andalucía, en lo que tiene que ver con la asistencia hospitalaria, son: establecer un hospital de referencia en los centros penitenciarios; gestionar las consultas de especialidades en los hospitales de referencia para internos en centros penitenciarios, y realizar protocolos conjuntos que especifiquen los tipos de patología y criterios de derivación de los pacientes desde los centros penitenciarios a las consultas de los hospitales.

Nos consta que todos estos compromisos se han ido cumpliendo de manera adecuada y satisfactoria, funcionando todo ello sin deficiencias.

Por otro lado, también hay dispuesto en Andalucía una reserva específica de camas para garantizar los ingresos necesarios que provengan de los centros penitenciarios, que, por razones de seguridad, tienen que tener determinadas características esas plazas de reserva. Es decir, que desde Andalucía, desde la firma del primer convenio hasta el día de hoy, se viene cumpliendo escrupulosamente con las competencias que marcan la ley y la Constitución Española. Y se están cumpliendo con garantías y en los mismos términos de calidad con que se presta la asistencia sanitaria al resto de la población. Ahora bien, según esos mismos acuerdos firmados y la legislación vigente, corresponde a los servicios médicos de prisiones, es decir, a Instituciones Penitenciarias, la administración de todo tipo de medicamento fuera del régimen de hospitalización, aunque esto sea suministrado en las farmacias de los hospitales, pero, los que son, que no estén específicamente vinculados a la hospitalización, independientemente de que esos fármacos estén clasificados como de uso, o no, hospitalario. De hecho, los retrovirales para el tratamiento del VIH los adquiere el ministerio, los adquiere el ministerio de forma centralizada, y son suministrados por los servicios médicos de las propias prisiones, es decir, que los adquiere el ministerio y se suministran en las prisiones. No ha habido problema ni polémica sobre el suministro de medicamentos de uso hospitalario en los centros penitenciarios hasta que se han comenzado a indicar estos nuevos tratamientos para la hepatitis C, que, como ustedes saben, pues, anteriormente había dos fármacos asociados, ahora se ha incluido un tercero que parece que tiene más, más garantía de éxito respecto a la lucha contra el virus, pero que ha sido ahí cuando surge el problema. Unos tratamientos que, como ustedes saben, son, y si no pues lo vamos a ver ahora, que son de un coste bastante elevado. Ya que este tema ha sido objeto también de diversas iniciativas presentadas por el grupo, por el propio grupo de Izquierda Unida en el Congreso de los Diputados, al respecto del gobierno de España, en concreto, dirigidos a Instituciones Penitenciarias, y están poniendo obstáculos, se están poniendo obstáculos para la correcta administración de este tratamiento. En concreto, se han establecido cupos limitados para el acceso a las terapias, que generan, pues, como es lógico, listas de espera, sino que además el ministerio solo facilita los fármacos en el ámbito del hospital Gregorio Marañón de Madrid, que es lo que nosotros también pusimos de manifiesto como respuesta a su pregunta. Es decir que eso obligaría a ir a recoger los medicamentos a los internos de todos los centros penitenciarios de este país al Gregorio Marañón, donde, además, hay disponible un número reducido de camas para esta población reclusa.

Esta decisión, por lo tanto, ha provocado que sean pocas las personas internas que efectivamente están recibiendo esta triple terapia, ya que se está generando un cuello de botella que eterniza la espera para ac-

ceder a estos nuevos fármacos. Se trata de una situación que también le preocupa mucho a nuestro gobierno. De hecho, le informo que desde la Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales hemos remitido una misiva al ministro de Interior para trasladar esa preocupación por la situación de estos internos.

En dicha carta, además, se ha solicitado explícitamente a la secretaría general de Instituciones Penitenciarias, como órgano competente en esta materia, que establezca cuáles son los cauces necesarios para dar respuesta a esta situación. Del mismo modo, nos hemos puesto además a disposición del ministerio para colaborar en el marco de las competencias que ellos tienen para buscar una solución definitiva, es decir, respetando el marco competencial y los acuerdos que tenemos en los convenios para darle solución. En este momento estamos a la espera de una respuesta por parte del ministerio, una respuesta que, en el momento que nos llegue les informaré, le informaré a su grupo también, incluso a nivel individual, y le informaré a su señoría.

Efectivamente, para nosotros es importante buscar una solución, buscar un acuerdo dentro del marco de esos acuerdos que hasta ahora hemos venido manteniendo. Yo le garantizo que la consejería seguirá, como hasta ahora, haciendo efectivos los compromisos adquiridos en estos acuerdos, y le informo, además, que en estos momentos, y por lo tanto puede ser una oportunidad, estamos en plena negociación con el Gobierno y con el ministerio para definir los términos en que se va a renovar el convenio, que debo decirles a sus señorías que finalizó el 31 de diciembre de 2013. Por lo tanto, estamos en un momento de renovación del convenio, que puede darnos margen a ver qué soluciones se les podría dar.

Durante esta negociación, Andalucía va a proponerle al gobierno de España plasmar en el nuevo texto posibles vías de solución para garantizar que todas las personas internas reciban los tratamientos que necesitan. Y decirles también que hay que hacerlo no solamente con la responsabilidad respecto a la salud, sino con la sensibilidad que colectivos que difícilmente pueden buscar otro tipo de solución, porque ya por el hecho de estar privados de libertad, eso lo tendrían prácticamente imposible, pero además también, pues, que son muchas de ellas personas que, desde el punto de vista económico, bajo ningún concepto nunca podrían afrontar un tratamiento de este tipo.

Decirles que nosotros, dentro de ese marco de convenio en el ámbito de la prevención incluimos a los centros penitenciarios en nuestro programa y en nuestras campañas. Incluso desde el Servicio Andaluz de Salud se les está ofreciendo a las personas internas participar en programas que no pueden ser cubiertos desde Instituciones Penitenciarias, como es el cribado de cáncer de mama y cuello de útero a la población de mujeres reclusas. Se está incluyendo en materia de prevención o lo que es en el campo de la salud ambiental, con la misma consideración, como si fuera otro establecimiento público, o en cuanto a la formación que incluyen los diversos programas, se está incluyendo a todo el personal sanitario que hay en Instituciones Penitenciarias, dándoles la misma posibilidad que a nuestros propios profesionales. Incluso en el ámbito de salud mental, hay líneas de trabajo dedicadas expresamente a la atención de personas reclusas en estos momentos, o algo que es muy importante que se está ahora mismo pilotando y que creemos que puede dar buenos resultados que es la telemedicina en los centros penitenciarios vinculado a nuestros hospitales, los que son de referencia de las Instituciones Penitenciarias. Hay un programa que es muy interesante y que está dando buenos resultados, que tiene que ver con las personas con discapacidad que están, que están en la cárcel, que es un tema, bueno, bastante complejo, y en muchas ocasiones duro. Y entonces, estas personas que es-

tán en estas situaciones, a través de un convenio con FEAPS, con la federación de discapacidad intelectual, se está trabajando con ellos. Incluso están saliendo de las instituciones para ir a nuestros propios centros.

Es decir que incluir a esta población en el ámbito de nuestras políticas, tanto en salud como políticas sociales, es un tema que hasta ahora se ha hecho en colaboración con Instituciones Penitenciarias, pero sí que es cierto que ha surgido este tema y que creemos directamente que sería un buen momento, como le comentaba a usted precisamente, para ver cómo se puede incluir en el ámbito del nuevo convenio.

Muchísimas gracias.

La señora MARTÍNEZ AGUAYO, PRESIDENTA DE LA COMISIÓN

—Perfecto, muchísimas gracias, consejera.

Tiene la palabra el señor portavoz.

El señor BAENA COBOS

—Sí, muchas gracias, señora consejera.

En la Agencia Española del Medicamento ha aceptado la triple terapia como una terapia de elección a la hora de hacer frente a la hepatitis C, para evitar su evolución a cirrosis o a hepatocarcinoma. Es más, la Agencia Española del Medicamento también ha planteado la idoneidad de utilizar esa triple terapia en los casos de coinfectados por hepatitis C y de virus del sida. Son tratamientos que están a disposición de los españoles, sufragados por la Administración pública, sufragados por la sanidad pública y que nos hace pensar que la situación de interno en una prisión no tiene por qué implicar ninguna pérdida de derecho más allá de la pérdida de la libertad. El resto de los derechos están asegurados para todos los internos en la prisión. Por ejemplo, el derecho de atención a la salud, un derecho de atención a la salud adecuado.

El 10 de enero murió un interno en la prisión de Sevilla por hepatocarcinoma provocado por la evolución de su hepatitis C que no fue tratada con la triple terapia. Es más, durante el mes de enero también se utilizó una figura que existe en las prisiones que es que cuando un enfermo tiene una enfermedad terminal, pues se le da la libertad, y, de hecho, al interno que provocó un revuelo que se llevará al juzgado el tema y demás, pues, lo han puesto libre y ahora la responsabilidad de su tratamiento recae directamente en la Consejería de Salud y no en Instituciones Penitenciarias, que será la Consejería de Salud ahora la que tenga que suministrar el tratamiento.

Yo he..., o nosotros, con respecto a estas cuestiones, pensamos dos cosas que se podrían hacer: una primera, hay que ir a la justicia y exigir que se cumpla la ley y que se cumplan los acuerdos. Vamos a ver, el responsable de Instituciones Penitenciarias está condenando a muerte a un sector de la población andaluza, y entiendo que la Administración andaluza tiene que velar por todos sus ciudadanos, sean cual sean las circunstancias en que se encuentren y, por tanto, llevar a los tribunales esa actitud con los datos que tenemos de defunciones y de dificultad, como la consejera ha expresado, para poder acceder a ese tratamiento en el que se ha creado, como se ha dicho, un cuello de botella que disuade a los internos de pedir integrarse en este tratamiento, primero porque van a tardar mucho, y en estos ca-

Los tiempos es fundamental a la hora de plantear el tratamiento, y otro de los motivos es porque les obliga a desplazarse a una prisión madrileña para estar no se sabe cuánto tiempo hasta que el Gregorio Marañón pueda proceder a su atención. Entonces, yo creo que tiene que haber medidas judiciales, o sea, medidas de instar a la justicia a que intervenga en este caso, que supone un incumplimiento de los derechos que los internos tienen y, en segundo lugar, como ha dicho, pues en la revisión de los convenios y demás habrá que plantearse los traslados..., que eso no ha funcionado nunca, los traslados desde las prisiones a los hospitales públicos por numerosas excusas —«no tenemos personal», «ahora no podemos», «no puede ser» y demás—, y que está afectando también al tratamiento, al diagnóstico y al tratamiento del personal interno en prisiones. Sería el momento de exigir que aquello que venía en el convenio se cumpla tal como el convenio determinaba y que haya posibilidad de asistencia especializada ambulatoria para los internos.

Por otra parte, recordar que la administración de la triple terapia es una administración que se hace de manera ambulatoria, se toma por la boca y la gente se la toma en el sitio y se va a su casa después de eso. O sea, que no exige grandes medidas y demás.

Y, finalmente, otra propuesta sería —y yo creo que eso sí tiene capacidad la sanidad pública andaluza para hacerlo— un estudio epidemiológico del nivel de repercusión de esa enfermedad en nuestras prisiones y de las posibles repercusiones que los penados libres por su situación puedan tener en el resto de la sociedad andaluza. Estamos liberando a pacientes con hepatitis C y a pacientes con hepatitis C y con el virus de la inmunodeficiencia y, bueno, sin tratamiento y sin posibilidad de enlentecer o impedir el desarrollo de sus procesos. Por tanto, yo creo que son responsabilidades que tenemos como Administración andaluza, la de la defensa de los derechos de todos los andaluces, incluso los internos. Y la segunda pues un campo que sería el del campo epidemiológico para entender realmente cuál es el volumen del problema y sus posibles repercusiones sobre la población sana andaluza.

La señora MARTÍNEZ AGUAYO, PRESIDENTA DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias.

Señora consejera.

La señora SÁNCHEZ RUBIO, CONSEJERA DE IGUALDAD, SALUD Y POLÍTICAS SOCIALES

—Gracias, presidenta.

Señoría, bueno, yo coincido con usted fundamentalmente en que lo importante es enmarcar el tratamiento en función de las recomendaciones profesionales y de las necesidades terapéuticas que se tengan con ese paciente. No todas las personas que tienen hepatitis C con VIH reciben el tratamiento, el triple tratamiento, no todas, estén o no en prisiones y, por lo tanto, si lo tienen que recibir, pues, estén o no en las instituciones penitenciarias, si es lo que conviene desde el punto de vista terapéutico, lo deben recibir. Ese triple tratamiento, como usted sabe, se ha estado administrando de manera compasiva hasta hace relativamente poco, ahora se ha extendido y, bueno, no siempre procede, pero sí procede administrarse.

Yo creo que eso es lo importante que debe quedar fijado en el convenio. Usted sabe que el convenio, como le comentaba anteriormente, se ha venido realizando durante diecisiete años, finalmente el convenio se interrumpió a raíz del Decreto 16/2012, famoso decreto en el que desaparece el criterio de universalidad del sistema, finalmente se ha vuelto a relanzar ese convenio, es decir, se ha vuelto..., en agosto de este año ha accedido el ministerio a volver a suscribir un nuevo convenio —eso es siempre una buena noticia— y, por lo tanto, vamos a ver cómo queda marcado para que, en fin, en ese convenio se establezca de qué forma puede quedar garantizado que, una vez que desde el punto de vista de recomendación terapéutica por parte de los profesionales se decida que lo mejor para ese paciente, esté interno o no, es administrarle este tratamiento, pues que se le haga. Yo creo que en eso..., nosotros lo que ponemos es a disposición lo que hasta ahora venía reflejado en el convenio para que, igual que se ha hecho anteriormente con otro tipo de tratamientos, también con este se puede hacer. Es decir, que suministren el tratamiento para que se les pueda aplicar en el ámbito de instituciones penitenciarias y nosotros seguir haciendo pues todos los compromisos que teníamos establecidos anteriormente en relación con la Administración de Instituciones Penitenciarias.

Yo me comprometo, señoría, a seguir trabajando duro con los instrumentos que tenemos a nuestro alcance para continuar defendiendo esa sanidad pública universal en el ámbito de nuestro territorio, aunque ese espacio de territorio sea un territorio que tiene unas normas diferentes por razones obvias. En concreto, yo reitero que desde el Servicio Andaluz de Salud vamos a seguir cumpliendo las competencias en ese ámbito de asistencia sanitaria, el que se presta a la población reclusa, y este tema, que creemos que habrá que buscarle finalmente una solución, que podría venir en la misma línea que hasta ahora se ha estado haciendo para otro tipo de tratamiento, también para esta patología. La única diferencia es que, efectivamente, se ha incluido un nuevo producto que encarece muchísimo, pero, bueno, yo creo que finalmente lo conveniente es decidir qué es lo mejor terapéuticamente y seguir haciéndolo igual que se hacía anteriormente con dos o como se hacía antes con los tratamientos antes de que existieran estos.

Gracias.

La señora MARTÍNEZ AGUAYO, PRESIDENTA DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias.

9-14/APC-000024. Comparecencia de la consejera de Igualdad, Salud y Políticas Sociales, a fin de informar sobre el Servicio Integral de Atención y Acogida a Mujeres Víctimas de Violencia de Género en Andalucía

La señora MARTÍNEZ AGUAYO, PRESIDENTA DE LA COMISIÓN

—Pasamos a la siguiente comparecencia, comparecencia que se hace a petición del Grupo Parlamentario Socialista, a fin de informar sobre el Servicio Integral de Atención y Acogida a Mujeres Víctimas de Violencia de Género en Andalucía.

Tiene la palabra la consejera para hacer su intervención.

La señora SÁNCHEZ RUBIO, CONSEJERA DE IGUALDAD, SALUD Y POLÍTICAS SOCIALES

—Gracias, señora presidenta.

Y muchísimas gracias, señoría, porque la petición de comparecencia nos permite también hacer un análisis de cómo estamos abordando el tema, fundamentalmente cómo se ha hecho a lo largo de 2013. Como usted bien sabe, el informe que en su momento presentamos en el Pleno del Parlamento, que incluía también este tema, era referencia a la Memoria de 2012, que saben ustedes que, sin embargo, la petición de comparecencia en estos momentos nos permite hacer un análisis de nuestra intervención a lo largo de 2013, y eso siempre es una oportunidad pues para reflexionar sobre un tema tan importante como lo que tiene que ver con el Servicio Integral de Atención y Acogida a Mujeres Víctimas de Violencia de Género en nuestra comunidad.

Se trata de una cuestión de enorme relevancia para nuestro Gobierno, también para todos los diputados y diputadas, estoy segura, de esta comisión. Como saben, la violencia de género es un gravísimo problema, constituye un gravísimo problema que afecta al conjunto de la sociedad, una lacra contra la que el Gobierno andaluz ha venido trabajando y viene trabajando, articulando medidas que ayuden a erradicar esta situación difícil, compleja, por qué desaparecen unos factores y se introducen otros y al final estamos trabajando, por un lado, en todo lo que tiene que ver con las políticas preventivas, pero en realidad usted me está preguntando cómo actuamos ya una vez que las personas se encuentran en nuestros centros, en nuestros dispositivos.

En la comunidad autónoma ya se asumió, a través de..., por nuestro Estatuto de Autonomía, el compromiso de erradicación de la violencia..., de lucha para erradicar la violencia de género, se establece así en nuestro artículo 16, que las mujeres tienen derecho a una protección integral contra la violencia de género. Una atención que, como novedad o como..., me parece a mí que como un criterio importante, incluye la visión global y multidisciplinar contra la lacra social de la violencia de género, no solo para erradicarla sino también para proteger a las víctimas de la violencia.

Debo recordarles que el Instituto Andaluz de la Mujer se creó ya hace veinticinco años y, por lo tanto, estamos en las bodas de plata de nuestro instituto, fue pionero en todo nuestro país, nos situamos en vanguardia de aprobar planes y programas específicos para la igualdad real de oportunidades y fuimos también la primera administración que puso en marcha planes para la erradicación de la violencia. El Instituto Andaluz

cuenta con una red de recursos, una red referente en España, entre los que se encuentra el Servicio Integral de Atención y Acogida a las Mujeres Víctimas de Violencia de Género en Andalucía.

A través de este servicio, que es el objeto de su petición de comparecencia, durante el año 2013 fueron atendidas 1.027 mujeres y 1.074 niños y niñas, lo que supone un total de 2.101 personas. Desde el inicio de su creación en 1998, hemos atendido a un total de 41.000 personas, que ha sido importante, porque finalmente son personas que tuvieron un ámbito de protección que posiblemente de no ser así hubieran podido estar en situaciones graves de riesgo. Comparando con el año 2012, se ha producido un incremento de mujeres atendidas; concretamente, ha habido en torno a veintiuna mujeres más, lo que supone un 2% de incremento. Se debe, sobre todo, a la mayor concienciación de las víctimas a la hora de buscar ayudas, también a una situación de más precariedad desde el ámbito económico de las mujeres que se encuentran con dificultad para buscar esa solución fuera de lo que es una estructura que se le pueda ofrecer desde la propia Administración.

Sin embargo, la cifra de menores ha disminuido, posiblemente tenga que ver con que la unidad familiar, también el número de hijos y de hijas, es menor. Y no vemos ningún otro tema que pueda tener que ver con eso.

Contamos en total con 471 plazas, son las que contamos en Andalucía, que están distribuidas entre los centros de emergencia, casas de acogida, pisos tutelados, que suponen 78 centros de acogida repartidos por toda la geografía andaluza.

De centros de emergencia tenemos nueve, uno por provincia más Algeciras, que son centros que dan cobertura inmediata a las necesidades de protección y seguridad de las víctimas de violencia de género, centros que atienden 24 horas al día los 365 días del año. En 2013 atendimos en estos centros de emergencia a 1.441 personas, entre mujeres y personas dependientes de estas mujeres. El periodo medio de estancia es de unos diez días, que es el tiempo en que se va reorientando hacia qué recursos tendrían que ir estas mujeres.

Tenemos ocho casas de acogida, compuestas por 52 pisos, que proporcionan las herramientas en cuanto a la acogida y a los servicios de atención jurídica, psicológica y social para salir de esta situación. Atendimos en estas casas de acogida a 606 personas durante el 2013 entre las mujeres y los niños y niñas dependientes de ellas. Suele ser alrededor de tres meses la estancia que suelen estar estas mujeres en nuestras casas de acogida.

Y después tenemos 17 pisos tutelados. Hablamos de viviendas independientes para uso familiar a las que acceden una vez que han pasado por los centros de emergencia y por las casas de acogida. Es un paso más hacia la incorporación, nuevamente, de la mujer en el ámbito social. Y en 2013 accedieron a este recurso 54 personas.

Es importante recordar que el acceso a estos centros se activa a través, o de los centros provinciales del Instituto Andaluz de la Mujer, o de nuestro teléfono de información gratuita, el 900 200 999, que atiende las demandas solicitadas en cualquier momento y de manera urgente durante 24 horas los 365 días del año. Y, asimismo, las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado, los servicios sociales sanitarios, los juzgados, los centros municipales de información a la mujer, los puntos de información a la mujer; es decir, desde cualquiera de estos tipos de recursos también tenemos una puerta de entrada.

En relación con estos centros de acogida, emergencia y los pisos tutelados, les puedo informar, y creo que es conveniente pues que se conozca, de que una elevada proporción de usuarias que presentan problemática coexisten..., es decir, presenta problemáticas que coexisten con las derivadas de la violencia de género, lo que dificulta el logro de objetivos planteados y alarga, en muchas ocasiones, el periodo de estancia.

Porque el problema de la violencia de género no es solo ese problema, a veces sí, pero suele estar vinculado con muchísimos problemas de índole económica, de índole social, asociados a problemas de vivienda, problemas de empleo; es decir, una situación muy compleja. Y a eso hay que añadirle, además, la dificultad, como les comentaba, pues para encontrar salida a estos temas en estos momentos, donde buscar un empleo para que las mujeres puedan tener su propia independencia. Y eso, pues eso va..., lo estamos teniendo que complementar pues con otro tipo de ayudas económicas que permiten que puedan empezar a caminar fuera de nuestros propios recursos.

Recordar que junto a esta situación de malos tratos, pues les comentaba antes, esa dependencia económica, los ingresos familiares, el miedo a abandonar precisamente las casas por no tener después expectativas y salida... Esa falta de expectativa ante el empleo está dificultando especialmente esta situación. Necesario, por tanto, que... Todos los recursos que se pongan son pocos para poder proteger a estas mujeres. Es necesario que el primer paso para superar esta problemática sea lograr esa autosuficiencia económica y con ella recuperar no solo la autoestima sino la capacidad de una vida autónoma por parte de las mujeres que han sido víctimas de violencia.

Contamos con ayudas económicas, como les comentaba anteriormente, para mujeres víctimas de violencia que estén acogidas a nuestro sistema integral de violencia, para aquellas personas que carecen de ingresos económicos o que estos ingresos sean inferiores al salario mínimo interprofesional. Ayudas, por un lado, que proporcionan un apoyo para gastos generales, como pueden ser transporte, alojamiento, manutención. En 2013 se concedieron 59 ayudas, de las que 21 han sido para mujeres que tienen especiales dificultades porque se les añade pues que son mujeres inmigrantes que no tienen ninguna red, ningún tejido familiar de apoyo. Durante el 2013 el presupuesto destinado a estas ayudas fue de 123.000 euros y en 2014 vamos a mantener estos recursos.

Por otra parte, existe un sistema de ayudas económicas directas para mujeres que no tengan ingresos. Estas ayudas van dirigidas a facilitar la integración social de las mujeres. Durante el 2013 se han concedido 63 ayudas, que suponen 18 meses de subsidio por desempleo. Han rondado los quinientos mil euros.

Yo quisiera destacar, por otro lado, la importancia que tiene la formación para las mujeres víctimas de violencia de género. Existe un convenio firmado entre el IAM y el Centro de Estudios Adams que ha permitido que se concedan 30 becas de formación para la realización de cursos. Y a las becas hay que añadir un incentivo económico de 200 euros, impulsado por AGISE, para participar en esta formación, que es la agencia andaluza con la que trabajamos en los centros de acogida.

Durante el 2013, 12 usuarias del servicio han realizado estos cursos y estamos hablando también de situaciones que afectan, fundamentalmente, no solamente a las mujeres sino a todo lo que es el entorno de las mujeres, porque al final el sacarlas del entorno para protegerlas supone después volver a reincorporarse a su entorno sin que vuelvan a estar las mismas causas que produjeron precisamente su ingreso. Es un esfuerzo que hay que hacerlo de manera integral. Yo quiero destacar, por lo tanto, el esfuerzo que se está haciendo por parte del instituto, por parte del Gobierno de Andalucía en el Servicio Integral de Atención y Acogida a las Mujeres Víctimas de Violencia de Género. En definitiva, una herramienta que es imprescindible para poder dar respuesta a estas mujeres que se encuentran en una situación especialmente vulnerable y que requieren una actuación inmediata por parte de las administraciones para proteger sus vidas.

Tal como ha asegurado la presidenta de la Junta de Andalucía, y que yo recojo y que recogemos como un compromiso en el área de gobierno que en estos momentos me ocupa como consejera, el Gobierno no va a abandonar a estas mujeres y a sus hijos y a sus hijas, que están luchando fundamentalmente por la vida, porque realmente es lo que se están jugando.

Así que, en ese sentido, nuestro compromiso.

Gracias, señora presidenta.

La señora MARTÍNEZ AGUAYO, PRESIDENTA DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias.

Señora Pérez, tiene usted la palabra.

La señora PÉREZ RODRÍGUEZ

—Sí, gracias, presidenta.

Muchas gracias, consejera, por su comparecencia para dar cuenta de este servicio, de este servicio integral para la protección a mujeres víctimas de la violencia de género en Andalucía.

Empezamos 2014 y lo primero que tenemos que decir, desde el Grupo Socialista, es que el 2013 fue un año negro para la igualdad, fue un año negro para las mujeres en este país. Lo podemos denominar retroceso, lo podemos denominar involución, pero lo cierto es que nuestro país ha pasado del ranquin número 10, hace tan solo seis años, en el ranquin del Foro Económico Mundial, al puesto número 30.

Por lo tanto, imposible parar la violencia si no avanzamos en igualdad. Imposible parar la violencia si no avanzamos en igualdad y si, además, tenemos la amenaza de un Anteproyecto de Ley de protección de la vida al concebido y de los derechos de la mujer embarazada, una denominación absurda que quita libertades individuales a las mujeres y priva de derechos; una Ley Orgánica de la Mejora de la Calidad Educativa, que quita, precisamente, la asignatura de Educación para la Ciudadanía, donde se profundizaba y se avanzaba en la violencia de género, y donde, además, se apuesta por la segregación por sexo de niños y niñas; impedir a mujeres solas, mujeres solteras el acceso a la reproducción asistida, seguir con la brecha salarial, etcétera, etcétera. Y estos recortes y retrocesos del Gobierno central también llegaron y han llegado a la violencia de género. Las partidas, de hecho, de los Presupuestos Generales del Estado para 2014, para violencia de género, han disminuido un 1,45%, un 28% desde que el Partido Popular llegó al Gobierno de España. Y además, y además, se nos ha vendido recientemente, consejera, una estrategia nacional para la erradicación de la violencia de género contra la mujer 2013-2016, con un presupuesto de 1.558 millones de euros, de los cuales casi 400 —357— lo aportan las comunidades autónomas, con una memoria económica de un folio, de este folio, donde ni siquiera se detallan partidas, donde ni siquiera se profundiza en dónde están cada una de las partidas anuales, donde no se hace una calendarización de este presupuesto y que ha sido definido por diversas comunidades autónomas como un proyecto poco trabajado, abstracto, ambiguo y sin concreción.

Además, esta estrategia estatal, que entendemos que deberíamos estar absolutamente todos y todas las comunidades autónomas, además cuenta con una reducción de las transferencias que recibimos pre-

cisamente las comunidades autónomas. Usted ha mantenido el presupuesto en igualdad, ha mantenido el presupuesto en violencia el Gobierno de Andalucía, no solamente en su consejería, en la Consejería de Justicia también, pero desgraciadamente nos hemos encontrado con una reducción de las transferencias del 24,77% de las cantidades que recibimos del Gobierno de España, precisamente, para mantener esos programas que ustedes mantienen. Por lo tanto, se encuentran casi con un 25% de financiación menos estatal, mantienen los servicios, mantienen las prestaciones, mantienen el presupuesto. Y, además, nos encontramos con, recientemente, los datos del Consejo General del Poder Judicial, donde en Andalucía se incrementan las denuncias mientras que descienden a nivel estatal. Descienden a nivel estatal y se incrementan en Andalucía.

Desde el Grupo Socialista hacemos una valoración, aunque parezca paradójico, de estos datos, consejera, y hacemos una valoración positiva que tiene que ver con ese incremento de mujeres atendidas a las que usted hacía mención, esas 2.101 personas en 2013. Y hacemos una valoración positiva en el sentido de que las víctimas en Andalucía piensan y sienten que salir de la pesadilla es posible en Andalucía. Y es posible porque siguen denunciando más, por lo tanto sigue habiendo confianza no solamente en este Gobierno, sino también en la Administración de Justicia en Andalucía. Y sigue habiendo recursos, y las víctimas saben que sigue habiendo recursos; de hecho, se atienden más a más mujeres en el 2013.

Por lo tanto, despertar de la pesadilla de la violencia de género es posible. Las víctimas en Andalucía saben que hay una estrategia en esta comunidad autónoma a favor de las mujeres y que hay una clara apuesta por las políticas vitales. Y esta es una de las políticas vitales, porque además nos jugamos la vida de mujeres y de niños.

Usted antes hacía mención a que el Instituto cumple 25 años. Este recurso de atención a mujeres víctimas creo que está cerca de cumplir los 15 años. Y además algo que es muy importante, y es en lo que a mí y a mi grupo nos gustaría que usted profundizara. Usted ha hecho mención a la atención que se presta a mujeres y niños y a la dificultad, precisamente, de recuperar a las víctimas. Un mensaje positivo, precisamente, salir de las casas es tan importante como llegar a ellas. Llegar a ellas es importante, pero salir todavía lo es más. Y lo es gracias a esa atención, sobre todo una atención multidisciplinar, pero especialmente una atención psicológica, a los niños, a las niñas y a sus madres. Y, recientemente, hemos tenido conocimiento, consejera, de que, en esta propuesta del Gobierno de Andalucía de incrementar servicios, incrementar derechos y aumentar en confianza a las víctimas, el Gobierno de Andalucía ha incrementado un servicio y ha mejorado, incluso, esperemos que así sea, un servicio novedoso, que fue el de la atención psicológica a hijos e hijas de mujeres víctimas de violencia de género, y que incluso lo han ampliado a las zonas rurales y que pretenden acercarlo a las comarcas y a la atención territorializada de esos niños..., donde viven esos niños y niñas, donde, efectivamente, esas madres muchas veces, por problemas económicos, no se pueden desplazar a las capitales de provincia desde las provincias donde viven. Por eso nos gustaría que profundizara usted, en lo posible, en ese tema en su segunda intervención.

Y simplemente, consejera, para cerrar este tema, el Grupo Socialista tiene que pedirle encarecidamente que sigan trabajando en la línea en la que está trabajando el Gobierno de Andalucía, que siga haciendo llamamientos no solamente contra la violencia de género, sino a favor de la igualdad de oportunidades de mujeres y hombres, que es la única forma de acabar con la violencia de género, yendo a la raíz del problema; y la raíz del problema es la desigualdad. Por lo tanto, sabemos que en esto es importantísimo que lo que hace-

mos en violencia de género vaya acompañado de lo que hacemos para prevenir la violencia y para también trabajar por la igualdad de oportunidades entre mujeres y hombres.

Así que, nada más, muchas gracias por sus datos, por su intervención, por su trabajo y, por supuesto, por su compromiso, porque esto también es un tema de compromiso compartido, pero también la suma de compromisos individuales.

Muchas gracias.

La señora MARTÍNEZ AGUAYO, PRESIDENTA DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias.

Señora consejera.

La señora SÁNCHEZ RUBIO, CONSEJERA DE IGUALDAD, SALUD Y POLÍTICAS SOCIALES

—Gracias. Señorías.

Bueno, yo creo que..., al respecto de su primera reflexión, yo creo que es importante destacar cuáles son las causas. Porque estamos hablando de qué servicios están a disposición de las mujeres, de sus hijos, de sus hijas... para atender las consecuencias, por eso es tan importante trabajar en igualdad. Porque, en realidad, las causas profundas que hay detrás de esta violencia tienen que ver con un criterio profundo, arraigado, de desigualdad entre las mujeres y los hombres. Por eso, abordarlo de manera integral es tan importante, es tan importante. Y es muy importante hacerlo desde el ámbito educativo, no solamente en las escuelas, sino desde el ámbito educativo en las casas y en todos los sitios.

Y al final, el éxito final, para que no existan estas cifras tan terribles y esta lacra no se vaya cronificando socialmente, tiene muchísimo que ver con que consigamos establecer esos parámetros de igualdad, en los que realmente vemos que a veces se dan pasos hacia atrás y, después, solamente con pararse se retrocede, pero si además das algún paso hacia atrás, es terrible, ¿no? Es terrible, porque es una lucha de muchísimos años.

Desde aquello de «te maté porque eras mía», ¿vale?, a todo lo demás..., a que no haya ningún sentido de culpa por el maltratador..., todo eso tiene muchísimo que ver con la concepción de propiedad que tienen estos hombres sobre sus mujeres, parejas... Y es un tema muy específico. No se comporta como otro tipo de violencia. Y yo creo que eso, en esta comisión, ya sus señorías lo saben, y creo que lo comparten.

Sí que es verdad que en esa línea de hacerlo de manera integral, desde el Instituto, y ya trabajando con las consecuencias de, el Instituto empieza a trabajar con los programas destinados a las hijas y a los hijos de mujeres de víctimas. Se puso en marcha en 2009. Es un programa importante. También hay un refuerzo en materia socioeducativa para los niños que están en edad escolar. Pero han sido 842 los menores, hijos e hijas, que han sido atendidos durante el año 2013, 842.

Y en eso que usted planteaba de la intervención psicológica, de la terapia individual, ha habido 5.800 casi sesiones de terapia individual, un trabajo que, además, es muy necesario porque las mujeres se quedan marcadas. Pero no se nos olvida nunca que los hijos y las hijas también sufren la violencia de género, también los niños y las niñas.

Asimismo, quiero reseñar que en este servicio se trabaja también el papel y el vínculo entre los hijos y las hijas y las madres para reforzar esos vínculos, también para reforzar el crecimiento de los hijos y las hijas que pasan estas situaciones tan apuradas. Y entonces, se ha atendido y asesorado a 604 madres, por los datos que... —es verdad que no se lo había comentado a usted anteriormente—; 604 madres que precisan tener orientación de cómo trabajar el tema al respecto de sus hijos.

Hemos trabajado en intervenciones no familiares, y en asesoramiento con las madres, y a nivel educativo y a nivel también de ocio, porque es importante buscar espacios de ocio en vacaciones, algunos programas específicos, y trabajar también en el ámbito de la animación a la lectura, de la vinculación socioeducativa. Es decir, yo creo que esa línea que se abre en el 2009 es importante, porque, efectivamente, la violencia no solo la padecen las mujeres, que por supuesto son las que la padecen, y, en el entorno de esa violencia, sus hijos e hijas igualmente.

Yo creo que hay que seguir trabajando en la protección, en la incorporación de las mujeres, pero, fundamentalmente, hay que seguir trabajando en reforzar la igualdad, y para eso hay que reforzar la parte educativa, como pasaba con Educación a la Ciudadanía, lo que tiene que ver con los centros de información municipal a la mujer. Nosotros, en estas políticas específicas que están en el entorno de esta comparecencia, tenemos un presupuesto, desde el Instituto Andaluz de la Mujer, entorno a los seis millones de euros. Yo creo que es un esfuerzo importante que se mantiene independiente del presupuesto que tiene la propia Consejería de Justicia e Interior en el ámbito de las competencias de la consejería, que, por supuesto, no les he descrito yo, porque no tenía que ver con la comparecencia que nos traía hoy aquí.

Muchísimas gracias por la oportunidad que nos da, pero creo, finalmente, que este tema siempre tenemos que tener como la sensación de que si aunando esfuerzos es la única manera que va a poder salir y, sobre todo, cambiando, cambiando el criterio que hay reforzando profundamente el criterio de igualdad entre mujeres y hombres.

La señora MARTÍNEZ AGUAYO, PRESIDENTA DE LA COMISIÓN

—Muchísimas gracias, consejera.

9-14/APC-000039. Comparecencia de la consejera de Igualdad, Salud y Políticas Sociales, a fin de informar sobre la evolución de la epidemia de gripe A en nuestra comunidad autónoma

La señora MARTÍNEZ AGUAYO, PRESIDENTA DE LA COMISIÓN

—Pasamos a la tercera solicitud de comparecencia, esta vez a petición del Grupo Parlamentario Popular, a fin de informar sobre la evolución de la epidemia de gripe A en nuestra comunidad autónoma.

Señora consejera, tiene la palabra.

La señora SÁNCHEZ RUBIO, CONSEJERA DE IGUALDAD, SALUD Y POLÍTICAS SOCIALES

—Muchísimas gracias.

Ustedes disculpen toda la rapidez que hemos tenido hasta ahora, pero dada la hora yo he seguido las recomendaciones de la señora presidenta. Y espero que, no obstante, tengan ustedes la información en función de la petición de su comparecencia. Gracias, presidenta, por tanto.

Y, señorías, comparezco a continuación, a petición del Grupo Parlamentario Popular, para informar sobre la evolución de la epidemia de gripe A en nuestra comunidad autónoma.

Yo tendría, en primer lugar, que decir no ha llegado a nivel de epidemia, porque los datos que tenemos en cuanto a la tasa, ahora se lo explicaré, tal y como está definido, no llega esa tasa, en ningún momento ha llegado, ha sido elevado, ya se lo comentaré a ustedes, y, fundamentalmente, ha sido la cepa de la gripe A, ha habido también gripe B, es decir, que ha sido..., está siendo una temporada compleja, pero que está en el mismo marco y en la evolución con características similares a lo que pudo..., incluso más baja, ahora lo comprobarán ustedes, que lo que ocurrió con una cepa similar en el año 2010.

Decirles que vamos a hacer un balance lo más riguroso posible teniendo en cuenta que hasta dentro de un par de semanas no tendríamos todos los datos, puesto que estamos, hemos bajado ya el pico de gripe en algunas provincias. Estamos prácticamente reduciendo en todas, pero todavía no podemos decir que se ha terminado la temporada de la gripe. Yo les voy a informar a ustedes de la realidad en este momento en el que ustedes piden mi comparecencia.

La vigilancia epidemiológica y virológica de la gripe en Andalucía se realiza a través de la Red de Médicos Centinela del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Andalucía, el SVEA, en el que participan 117 facultativos, médicos generales y pediatras, distribuidos con representatividad poblacional en centros de atención primaria de salud. Forman parte de esta red el laboratorio de referencia para gripe, que está ubicado en el hospital Virgen de las Nieves, de Granada, que es el encargado de la confirmación y del tipado y subtipado de los virus presentes cada año en las muestras que se van recogiendo.

Con este procedimiento, conseguimos adelantarnos a un posible aumento de la frecuentación en consulta y urgencias y activar en tiempo y forma en todos los consultorios, en los centros de salud, hospitales y empresas de emergencia sanitaria el Plan de Alta Frecuentación del Sistema Sanitario Público de Andalucía, que después les voy a ir detallando.

En este sistema de vigilancia se realiza también un seguimiento de los casos graves que se han confirmado de gripe, y que nos permite además determinar la virulencia de los virus de la gripe circulante en cada temporada y también comparar, sistemáticamente, la gravedad de la enfermedad con temporadas previas de gripe y cómo evoluciona también en cada provincia, porque, finalmente, a pesar de ser el mismo virus, la población de riesgo en la mayoría de los casos no evoluciona tampoco igual en todas las provincias en algunas ocasiones.

Este protocolo de vigilancia epidemiológica ayuda, por tanto, a determinar el impacto de las formas graves de gripe que tiene sobre los servicios sanitarios y, además, proporcionar una información más completa a las autoridades locales y nacionales para la prevención y el control de la gripe, de forma que cada semana nosotros transmitimos la información al Sistema Nacional de Salud que configura, con la información de todas las comunidades, la información.

En esta red de vigilancia, participan estos hospitales centinelas designados por cada comunidad autónoma, y, en concreto, la vigilancia de casos graves en Andalucía se realiza a través de los servicios de medicina preventiva de los centros hospitalarios, es decir, en el ámbito de cada hospital lo que tiene que ver con la medicina preventiva.

Forman parte de esta red un hospital de cada provincia: el Torrecárdenas, en Almería; el Virgen de las Nieves, en Granada; el hospital regional de Málaga; el complejo hospitalario de Jaén; el Reina Sofía, de Córdoba; el Virgen del Rocío, en Sevilla; el Infanta Elena, de Huelva, y el Puerta del Mar, en Cádiz.

No obstante, durante la actual temporada de gripe, por las características epidemiológicas que presentó el virus de la gripe en Andalucía, en la segunda semana se activó una recogida aún más exhaustiva de información, que es lo que les comentaba yo a ustedes anteriormente, que incluye los casos graves de gripe que están ingresados en el conjunto de los hospitales del sistema sanitario. No solo de los hospitales centinelas, sino del total de los hospitales públicos. Se ha hecho un esfuerzo precisamente, como aparecía, ante la posible gravedad.

Es una medida que nos diferencia de otras comunidades que no se ha hecho en otras comunidades, y que nosotros entendemos que nos da también una visión más clara de cuál es la realidad de la evolución del virus.

Como saben, el virus A, el H1N1, que conocemos como gripe A, emergió como virus nuevo para el ser humano en el 2009, que fue cuando fue más virulento. Adquirió el carácter de pandemia en aquel momento y desplazó en ese momento la circulación del resto de los virus gripales estacionales, provocando esa pandemia que fue a nivel mundial, y que aquí pues tuvo unas consecuencias también importantes, y fue difícil, fue duro.

Una vez más, terminada esa pandemia, y como ha sucedido en pandemias anteriores, este virus se convirtió en un virus estacional que desde entonces ya comparte cada temporada de gripe su circulación con otras cepas. Es decir, que ese carácter que en aquel momento se produjo, después, dio lugar también a reforzar todos los temas de vacuna en este tema, y, por lo tanto, se va incorporando, como les comentaba anteriormente a ustedes, comparte con otro tipo de virus, aunque, finalmente, sí que ha sido más el virus de la gripe A prácticamente de manera mayoritaria.

Durante la temporada actual de la gripe, una parte importante de los virus circulantes identificados en el laboratorio de esta Red de Médico Centinela de la gripe son del virus A, gripe A, sin que ello suponga, sin embargo, pues ninguna sorpresa para los profesionales, porque ya, igualmente en el 2010, ha sido de ma-

nera recurrente. De hecho, desde el año 2009 hemos experimentado cuatro ondas estacionales de gripe, la primera, después de la pandemia, la del 2010 y 2011, y la actual, 2013-2014. Hasta el momento se han caracterizado por una contribución mayoritaria, como les comentaba a ustedes, del virus de la gripe A. Por lo tanto, la situación que se está dando en esta temporada de gripe, desde el punto de vista epidemiológico, no es nueva ni es inesperada. De hecho, la experiencia de temporadas previas nos permite adelantarnos a su evolución. Y, por otra parte, yo creo que es importante, señorías, todos los virus caracterizados hasta ahora, incluidos los de la gripe A, están cubiertos por la vacuna de esta temporada, que es la que está recomendada por la Organización Mundial de la Salud. Y esto es importante, porque, finalmente, las personas fundamentalmente de riesgo, que la temporada de vacunas a la que nos dirigimos, estaban protegidas con la vacuna.

La onda epidémica de gripe este año hasta la semana cuatro, la semana cuatro del 2014, que es el periodo que evaluamos para traer hoy aquí, se mantiene tanto en su evolución como en el tiempo en el nivel de intensidad dentro de lo que son los límites habituales, es decir, está dentro de los límites habituales hasta la semana cuatro. Si hay alguna novedad de aquí hasta que finalice, pero creo que no, porque ya el pico está bajando, y provincias donde ya, directamente, el pico ha pasado, el pico de gripe.

Habitualmente este pico máximo de la onda epidémica suele presentarse a finales de enero o principios de febrero, y la incidencia durante esta semana, que previsiblemente ha coincidido con el pico máximo de la onda, alcanzó 251 casos por 100.000 casos en Andalucía; 251 casos por 100.000 habitantes en Andalucía, que fueron 293 por cada 100.000 en España. Es decir, que siendo alto fue inferior al pico en el resto de España. En otras comunidades, como Aragón, Castilla y León, este índice ha estado por encima, y por eso es por qué la muestra media de las comunidades autónomas estaba por encima del pico nuestro de gripe.

Desde el inicio de la temporada de gripe la tasa acumulada es de 662 casos de gripe por cada 100.000 habitantes en Andalucía, frente a los 1.065 casos por 100.000 habitantes en el conjunto de España. Por lo tanto, esa intensidad de la actividad gripal de esta temporada tiene un nivel medio en Andalucía en relación con el conjunto de España, incluso más bajo respecto al conjunto de España. De hecho, el Centro Nacional de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias, dependiente del ministerio, ha expresado que la evolución del virus está dentro de lo que esperaba el ministerio que podía evolucionar una vez que el virus empieza a dar la cara.

Cierto, señorías, que el virus de la gripe A presenta una sintomatología clínica que es más agresiva y de mayor afectación de los pacientes jóvenes o de edades medias con patologías crónicas, entre las cuales aumenta la letalidad, que es lo que quizás da esa sensación que puede ser de alarma, pero que entra dentro de los parámetros de comportamiento normal. Además, si comparamos las últimas cuatro temporadas de gripe, la tasa de hospitalización y el número de casos graves hospitalizados por 100.000 habitantes, es claramente más elevada la temporada 2013-2014, y 2010-2011, en la que circuló de manera dominante el virus de la gripe A. Es decir, que en este sentido se ha producido, por lo tanto, una sensación de que la situación podía ser peor pero en realidad el virus estaba evolucionando como se puede esperar que evolucione un virus de estas características.

También es cierto, por otra parte, que entre los pacientes que han necesitado un ingreso hospitalario, por presentar cuadros graves de gripe, el porcentaje de ingresos en unidades de cuidados intensivos es algo inferior al de temporadas previas. En su mayoría, el 71% de los casos en Andalucía, los casos graves

de gripe presentaban factores de riesgo previos. Es importante..., es importante esto para que lo conozcamos, pero es importante esto para que las personas que están en la población de riesgo se vacunen, se vacunen, que la recomendación de la vacuna es absolutamente pertinente, porque el 71% de los casos de gripe presentaban factores de riesgo. De hecho, el 99% de las personas que han fallecido por gripe esta temporada presentaban alguna enfermedad crónica subyacente, que era una enfermedad base que complicada con la gripe daba lugar al final trágico, como cáncer, inmunodeficiencia activa, obesidad mórbida, insuficiencia renal o enfermedad hepática crónica. Y es importante también destacar que el 80% de las personas que han fallecido no se habían vacunado. Y que la letalidad del virus ha sido este año menor que la se registró en la temporada 2010-2011.

Por otro lado, las infecciones graves afectan a todos los grupos de edad, pero las producidas por gripe A, y es otra de las particularidades de este tipo de virus, se vienen manifestando en mayor proporción respecto a otro tipo de virus, en adultos jóvenes y de mediana edad, entre los 15 y los 64 años. Es decir, que se presenta con más virulencia.

Estos son, a grandes rasgos, señorías, los datos de la evolución del virus de la gripe en esta temporada.

¿Cuál ha sido la respuesta asistencial? Pues nuestro sistema sanitario, con más de cien mil profesionales, tiene una amplia experiencia en la gestión de las campañas de la gripe estacional, una experiencia que nos permite no solo dar una respuesta eficaz y diligente a nivel asistencial, sino también adelantarnos al comportamiento del virus. Durante la actual temporada de gripe, como ya he mencionado al principio de la intervención, en la semana segunda se activó de manera excepcional una recogida exhaustiva de información, que la hicimos llegar a todos y cada uno de nuestros centros hospitalarios, sobre casos graves de gripe ingresados en nuestro sistema.

A nivel de tratamiento, también decirles que el suministro precoz de antivirales en las primeras 48 horas desde el inicio de la sintomatología ha dado un resultado eficaz. Por otro lado, en esta temporada de gripe, señorías, dada la alta demanda de asistencia sanitaria que se ha generado, se ha activado también el Plan de Alta Frecuentación de los Centros Sanitarios. Un plan de alta frecuentación que ha supuesto reforzar en personal, con una media de unos 250 profesionales, que ha tenido en momentos contrataciones de 290, 300 profesionales, en otros momentos más bajo, en función de la saturación o de la demanda que se podía producir en nuestros centros.

Pero si hay un factor de protección que previene la enfermedad, y yo creo que eso es importante, decirles que fundamentalmente, insisto, la vacuna antigripal, que permite evitar en torno al 50 o el 60% de las hospitalizaciones y el 80% de los fallecimientos. Es decir, que puede ser que personas que estén vacunadas estén con una situación de gripe, pero que la evolución es totalmente diferente y las consecuencias también son menos dramáticas.

Aprovecho también, por lo tanto, esta comparecencia para incidir una vez más en la necesidad de prevenir ese posible..., no solo la gripe, con la vacunación, prevenirla, sino también el contagio. La concienciación para conseguir que las personas que forman parte de este grupo de riesgo se vacunen y después prevenir también los posibles contagios.

Como ya he dicho, todos los virus caracterizados esta temporada están cubiertos por la vacuna recomendada por la Organización Mundial de la Salud, que es la que se ha utilizado en Andalucía, una vacuna que ha

demostrado su capacidad protectora, tanto para el virus AH1N1, gripe A, como frente a otros virus estacionales de la gripe, un segundo de tipo A y otro de tipo B, que también han estado circulando. Se ha vacunado, para recordarle, a más de 920.000 personas, en 1.548 puntos asistenciales en todo el territorio andaluz, se han adquirido 1,2 millones de vacunas, y la campaña de vacunación, como cada año, ha sido dirigida a la población de riesgo: personas mayores, personas con problemas crónicos de salud, complicaciones respiratorias severas..., bueno, pues todo lo que son los objetivos, personas de riesgo, para el tema de la gripe.

Este año, por primera vez, las personas mayores de 65 años han podido pedir cita a través de la oficina virtual Intersas, además de poder utilizar los servicios de Salud Responde. Y todos los teléfonos operativos de respuesta a la ciudadanía. Los enfermeros y enfermeras que trabajan en estos servicios han podido indicar fármacos de manera telemática para aliviar los síntomas gripales, en aquellos casos de pacientes, pues, con síntomas, como es lógico, leves.

Y termino, señorías, no sin antes hacer una llamada que yo creo que es importante en estos casos, a la calma y a la tranquilidad. A nosotros nos preocupa muchísimo que, en situaciones como puedan ser estos casos de gripe, se genere una alarma, se genere una situación que desborde la realidad..., que desborde la realidad y que camufle la realidad. Lo importante es dar la información adecuada, que la gente esté informada, pero no que la gente esté alarmada. Es decir, porque eso finalmente no contribuye. Si bien es cierto que el virus de la gripe A ha presentado cierta agresividad esta temporada en la sintomatología, su incidencia ha sido similar a la de años anteriores, y su gravedad ha estado dentro de lo esperado en los casos del virus de la gripe A, que comenzó a circular por primera vez durante la pandemia de 2009, les recuerdo nuevamente. Los datos están dentro de lo esperable, la intensidad del virus se está manteniendo por ahora en un nivel medio equiparable a los niveles que registran el resto de las comunidades autónomas, un poquito por debajo. Y nuestro sistema sanitario, señorías, está sobradamente preparado y ha dado una respuesta. Ha habido que..., una vez que empezaron los casos, que se duplicó la entrada en algunos casos, que superó en las urgencias, establecer el Plan de Alta Frecuentación, que no ha tenido límite en cuanto a la contratación. No ha habido ningún límite en el ámbito presupuestario para contratar en función de las necesidades.

Y muchísimas gracias, presidenta, y perdone, pero era muy complicado...

La señora MARTÍNEZ AGUAYO, PRESIDENTA DE LA COMISIÓN

—Estupendo, estupendo, consejera.

A continuación tiene la palabra el portavoz del Grupo Popular, señor Valero.

El señor VALERO RODRÍGUEZ

—Muchas gracias, presidenta.

Ante todo, disculpar a mi compañera parlamentaria, Ana María Corredera, lo que me da la posibilidad de intervenir en esta comparecencia.

Y, ante todo, agradecer a la consejera su información, pero también lamentar el que inicialmente nos haya tachado de oportunistas y de alarmistas, cuando la propia situación ya se entiende que después de una trein-

tena de fallecidos, pues la verdad es que no podíamos hacer, cuando menos, que saber qué ha ocurrido y cuál es la verdad al respecto de una situación tan dramática desde el punto de vista sanitario. Y lógicamente no íbamos a hacer esa comparecencia, ni a pedirla, en septiembre o en octubre, ni mucho menos, precisamente cuando estaba el brote de lo que estamos, lógicamente, ante una epidemia de gripe. Que solamente ver las imágenes, ver todo lo que ha ocurrido, el hacinamiento, las denuncias de los propios profesionales, de los propios pacientes, pues la verdad es que crea una verdadera alarma. Pero creemos que somos los suficientemente serios y rigurosos como para tratar este tema sin crear alarmas innecesarias a los ciudadanos. Estamos totalmente de acuerdo. Pero no hay cosa que pueda preocupar más y pueda crear mayor alarma que la falta de información, en la que se ha generado mucha incertidumbre, porque no se ha informado. Y si se ha informado, se ha ido dando la información con cuentagotas y sin contar datos fundamentales para conocer cuál ha sido la evolución de la epidemia, saber cómo teníamos que actuar y a qué nos estábamos enfrentando.

La gripe se presentó como todos los años. El que dijo «es que ha venido la gripe»..., esa es una obviedad, que viene en estas fechas. Y, por tanto, queremos conocer cómo se ha producido el aumento progresivo de la incidencia, cuál es la tasa de incidencia en la población, cuál es la onda epidémica que ha alcanzado, si se ha alcanzado su punto álgido y comienza ya su descenso. Y también saber qué es lo que queda por venir, como se suele decir coloquialmente.

Señora consejera, hemos sabido por la prensa que el virus predominante, de los muchos tipos de virus que aparecen, el predominante ha sido el grupo A, el cual nos sorprende que está incluido en la vacuna contra la gripe que se está administrando en esta campaña. Y ahí viene nuestro primer elemento de preocupación: ¿cómo personas que han sido vacunadas, o que aquellas que no han sido vacunadas, cómo ha presentado este índice, esta incidencia tan virulenta y con tanto dramatismo patológico? Sabemos, y también hemos oído, que ha habido un descenso de la dotación presupuestaria para la compra, para la dotación de lo que son las vacunas, en el que se ha pasado a la mitad, en el que se ha descendido el 50% con respecto a la campaña de 2011-2012, donde se adquirieron, por valor de 8 millones de euros, 1,5 millones de dosis. Y ahora, en esta campaña, ha sido un gasto de 4,5 millones para la adquisición de 1.200.000 dosis.

Por tanto, entendemos... Y no se ha informado al respecto de los problemas de desabastecimiento que ha habido, que creemos que también es algo importante. Y también puede que coincida en que aparezca falta de credibilidad cuando se niega la mayor. Se ha negado que había colapso, que había una situación de saturación, quizás nunca conocida. Y esas imágenes son demoledoras, en las que los colapsos y la situación, pues, lógicamente, pues crean una gran alarma.

Han sido mucho los escándalos que hemos vivido en estas últimas semanas. Nosotros, la provincia a la que represento y de la que también usted procede, no ha habido día que no hayan sido portada los escándalos en la prensa, un día sí y el otro también, donde hemos comenzado con la destitución del gerente del SAS, el cual también hacemos alusión al gran problema de inoportunidad, ¿no? No es el mejor momento, creemos, para que haya que hacer esa reordenación administrativa y de planificación, ya que puede crear muchísima más alarma, puede crear un caos bastante más acuciante. Hemos sabido por la prensa, precisamente, que en maternidad, por ejemplo, no había biberones ni había pañales; en urgencias del hospital Virgen de las Nieves, pues, tampoco había ni ibuprofeno ni agujas intravenosas, que son elementos esenciales en cualquier consultorio. También hemos sabido que se ha contratado a enfermeras, contribuyendo al intrusismo, perso-

nas..., profesionales que no tenían la titulación específica, no estaban especializadas, para que ejerzan como matronas. También hemos sabido que se hacen contratos de 15 días a razón de dos horas por día, con lo cual estamos contribuyendo a que exista una situación de indignidad por parte de los profesionales, una gran desmotivación. Y creemos que haya podido contribuir de alguna manera, también, como un elemento causante de lo que ha sido este gran colapso, de bastante preocupación. Y no sé cómo se han negado esos colapsos y se ha negado la mayor, cuando la propia presidenta en el último pleno pues ya ella misma, presidenta Díaz, ya admitió esa realidad, y dijo textualmente que no estaban ciegos: «Este Gobierno no está ciego ante esta realidad». Pero parece ser que no solo se está ciego sino también sordo y mudo, porque ha habido bastantes requerimientos y propuestas para que no ocurra una situación como esta. Por eso creemos importante la comparecencia, para conocer la evolución temporal, saber si está dentro de lo esperado o si hay alguna circunstancia especial que debamos de tener en cuenta.

Pero también hay elementos que nos preocupan muchísimo más, como es la orden de limitar las radiografías, por saturación, con lo cual algo que no se ha desmentido, y nos parece no solo grave, cuesta creer que eso ha ocurrido así. Pero además se ha dado la orden de suspender los tratamientos a diabéticos y a hipertensos. Por tanto, nos resulta bastante extraño, pero nadie ha salido a desmentirlo, lo que pone de manifiesto esa falta de información que quizás haya contribuido a no solo no tranquilizar a los ciudadanos sino también a crear ese clima de alarma.

Hemos hablado de, en pleno brote, que si es oportuno hacer los cambios en la dirección del SAS, y creemos que no se puede ser más inoportuno. O es un error de planificación, o es una verdadera crisis en toda regla. Y cuesta creer que en pleno colapso, con las urgencias saturadas, sea el momento de reordenar esas urgencias, que solo crea el caos que se ha visto en esas imágenes tan dramáticas.

Y también nos preocupan los problemas de hacinamiento, que continúan, porque es difícil solucionarlos si la reordenación no lleva consigo más recursos y refuerzos de personal. No vamos a hablar en este momento de lo que es la política de recursos humanos...

La señora MARTÍNEZ AGUAYO, PRESIDENTA DE LA COMISIÓN

—Señor Valero, su señoría lleva ocho minutos.

El señor VALERO RODRÍGUEZ

—Bien, pues ya voy terminando.

En cuanto a recursos humanos, no se puede ser con más despropósito, porque no vamos a nombrar de nuevo las ratios que hay en cuanto a médicos, que estamos por cien médicos menos por cada 100.000 habitantes que la media de España, y también estamos por más de 100 profesionales de la enfermería, como media, en España. Con lo cual se contribuye lógicamente también, otro elemento causante de esta situación de tanta irresponsabilidad. Y que el culmen ha sido que se han anulado los aislamientos para ganar en camas. ¿Cómo es posible? Se ha visto en Córdoba cómo se juntaban lo que eran los enfermos de gripe, se han juntado con niños, de infancia, lo cual, pues también ha contribuido a esa gran preocupación y esa gran alarma.

Esto pone de manifiesto que no ha habido previsión, no ha habido planificación, y por eso hemos pedido la comparecencia. Porque no nos ha contestado. ¿Por qué ha ocurrido ese colapso? ¿Cuáles han sido los factores determinantes y causantes de ese gran elemento jamás conocido en otras épocas también de gran saturación? Queríamos saber cómo se está actuando, qué medidas preventivas e informativas, pues, se han llevado a cabo, cómo se está abordando la epidemia y a qué nos vamos a ver que pueda ocurrir, y también qué refuerzos y medios técnicos se han puesto en marcha. Ahora tiene la oportunidad de informar, de tranquilizar a la ciudadanía y de garantizar que se hace lo correcto. Dudamos que... A tenor de los hechos y ante la gran falta de credibilidad, es posible que no se contribuya a esa tranquilidad y a esa serenidad que requerimos, y porque se ha puesto de nuevo en evidencia que estamos viviendo lo que es la peor decadencia de la historia de la sanidad andaluza.

Muchísimas gracias.

La señora MARTÍNEZ AGUAYO, PRESIDENTA DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señor Valero.

Señora consejera.

La señora SÁNCHEZ RUBIO, CONSEJERA DE IGUALDAD, SALUD Y POLÍTICAS SOCIALES

—¿Sabe usted lo que pasa cuando hay falta de rigor? Pues pasa eso, que uno empieza a decir cosas que no responden a la realidad. Y al final seguro que hay cosas que decir, que no han funcionado, que terminan absolutamente camufladas, cuando todo se dice tipo catástrofe, porque la gente está en la calle y la gente va a los hospitales y hay situaciones que hay que corregir, pero la gente sabe...

En primer lugar, no ha habido un colapso de las urgencias: ha habido un problema puntual en algunas urgencias, que además fue al inicio del proceso, fue al inicio, y que, por lo tanto..., por lo tanto, cuando se duplicó la entrada, se activó el sistema de alta frecuentación, incluso se reorganizaron los espacios. Claro que sí, que se reorganizan los espacios.

Cuando se establece el Plan de Alta Frecuentación, que fue solamente en Sevilla y en un espacio en concreto de Sevilla, lo que se hace es..., con esa..., se activó en toda Andalucía, pero en el tema de la alta frecuentación fue necesario decir: «si ahora mismo tenemos esta entrada mayoritaria, porque es lo que contempla el Plan de Alta Frecuentación, se paraliza lo ordinario y se actúa aquí y se mantiene lo urgente». Y a las veinticuatro..., exactamente no llegó ni a las cuarenta y ocho horas, vuelta a la normalidad. Pero eso es lo que se hace habitualmente.

No hay epidemia, no hay epidemia. Los datos son de una tasa de frecuentación de 251 casos por 100.000 habitantes en Andalucía y 293 casos por 100.000 habitantes en España; pasados los 300, ya se empieza a hablar, pero no hay epidemia.

Por otra parte, el comportamiento de..., del virus de la gripe A está siendo el normal; de hecho, en 2010..., en 2010, que fue de similares características, tuvo más letalidad que ha tenido en esta ocasión, tuvo más letalidad. Por lo tanto, no es cierto, es decir, es que no responde a la realidad. Y usted puede preguntarlo hospi-

tal por hospital..., a cada hospital, porque yo he estado estos días viajando por Andalucía, yendo a hospitales, y había determinadas cosas, en un momento determinado, puntualmente, que se iban resolviendo. Hubo un problema, que lo estuvimos viendo en la pediatría del Poniente, después hubo algún tema..., puntualmente, que, claro, con la saturación de la primera entrada de la gripe, pero se va reordenando y se va reorganizando con normalidad, con normalidad. Y a la gente no se le puede generar esa alarma. ¿Sabe usted por qué? Porque, al final, había mucha gente que inmediatamente acudían al sistema desde que estaban estornudando, porque estaban con una preocupación enorme.

Por otra parte, se han comprado las vacunas necesarias; y, de hecho, tenemos..., y de hecho, a lo largo de este proceso, las personas a las que sus médicos les han dicho que aún se podían vacunar, pues se han ido vacunando; aún tenemos vacunas. ¿Que hemos gastado menos en vacunas? Pues claro que sí, porque hemos comprado las vacunas de manera eficiente, y no les ha pasado, como les ha pasado a ustedes a nivel de otras comunidades y del Gobierno de España, que no están ahorrando, y se lo acaban, además, de decir a nivel nacional, que tienen que hacer más economía en el ámbito de la adquisición de medicamentos, porque nosotros las hemos comprado, las tenemos a servicio y las tenemos a disposición.

¿Y sabe usted de lo que yo me di cuenta a mitad de la semana cuando empecé...? Me extrañó a mí todo lo que se estaba diciendo al respecto por parte de ustedes y de algunos medios de comunicación. Pues de pronto pasó lo de Madrid y se tumbó la privatización por parte del Tribunal Superior de Justicia de Madrid, y entonces me pareció, a todas luces, que estábamos tapando esa privatización con el tema de la gripe de Andalucía, porque no respondía a la realidad.

Hay cosas que son puntuales que hay que arreglar, y las reconocemos, y ustedes vienen y nos la dicen y yo tengo que reconocerlo, ahora, cuando ya esto es un caos, esto es que aquí hay una epidemia, esto es que está todo colapsado..., pues como la gente está yendo por los sitios y está viendo que hay problemas en algunos sitios, en otros no, algunos que son los normales de las urgencias, otros que se complica... Pero que eso no es así, para nada.

Entonces, nosotros hemos tenido una alta frecuentación de las urgencias. Se han contratado a 250 profesionales de media —inicialmente, hicimos una previsión de 200 y hemos contratado a 250 profesionales—. Solo hemos tenido que tener pendientes algunas pruebas durante dos días, porque había habido una entrada mayor de problemas de tipo respiratorio y problemas que precisaban algún tipo de pruebas, pero se ha vuelto a normalizar y ahora seguimos funcionando.

Respecto a la letalidad, respecto a la vacunación..., hay vacunas disponibles..., ha habido vacunas disponibles, sigue habiendo vacunas disponibles. No ha habido, en ningún momento, escasez de vacunas en ningún momento, no han faltado vacunas. Y, en estos momentos, nosotros estamos en disposición siempre de ir comprando las vacunas que sean necesarias.

Es decir, yo creo, finalmente, que hay cosas que corregir cuando hay una entrada masiva en las urgencias; de hecho, la presidenta lo comentó. El Plan de Alta Frecuentación, a lo que la presidenta se comprometió —y se hizo— es que, tal y como estaba contemplado no: más lo que haga falta. Y así se ha hecho. Y, realmente, en algunas urgencias hay que resolver problemas que no solo son de la entrada de las personas y de los profesionales que atienden, sino también de los espacios, que hay algunas..., algunas urgencias que necesitan más espacios. Hemos reordenado los espacios hasta poder resolverlos definitivamente. Pero yo

creo que no responde a la realidad de lo que ha ido ocurriendo durante estos días esa sensación de alarma al respecto del sistema.

Nosotros, en estos momentos, vuelvo a insistir, tenemos una tasa de doscientos cincuenta y un casos por 100.000 habitantes. La letalidad es inferior a la letalidad de 2010, que es la cepa similar, y el comportamiento estaba siendo similar de la gripe. Las personas que han sido atendidas, la mayoría, no habían sido vacunadas... Y no es que sea nada extraordinario, es que en todos los sitios, en España, y en todos los sitios, hay personas que, estando vacunadas, tienen problemas, porque no hay enfermedades, sino enfermos y enfermas. Entonces, yo es que creo que es importante reconocer eso.

Y, después, si nos centramos y focalizamos los problemas, pues nosotros podremos responderles dando soluciones. Si lo magnificamos y lo sacamos... y lo descontextualizamos, pues, al final, se pierden un poco las razones y el argumento, ¿no?

La señora MARTÍNEZ AGUAYO, PRESIDENTA DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias.

Pues, con esa intervención de la consejera, ponemos fin al orden del día de hoy.

Quiero darles a todos las gracias por la disciplina tan importante demostrada con los tiempos.

Muchas gracias.

