

del gobierno, lo estuvo después, cuando un año después de asumir usted la responsabilidad de la cartera y la *conselleria* de agricultura, tuvimos algún encuentro con los responsables y expertos en la materia, entre ellos, los de la propia *conselleria* que avisaron de lo que se avecinaba.

Entonces, el miedo que tenemos nosotros es que aquí se pueda producir algo parecido. Es decir, nos avisan..., los expertos nos dicen que se producen hechos –que usted misma ha reconocido– sobre el reconocimiento de que la plaga en algunos casos pudiera ya introducirse en los puertos de la comunidad..., de la Unión Europea y, por lo tanto, llegar y terminar en la Comunidad Valenciana. Por lo tanto, eso nos preocupa especialmente.

Y ha dicho una cosa que yo quisiera que me aclarara porque a lo mejor no lo he entendido bien. Dice que ha instado el control en origen. ¿Cómo se produce el control en origen –entiendo que la propia República Sudafricana– y cómo constatan ustedes que ese control se ha producido? ¿Cómo llegan ustedes al convencimiento...? ¿Quién lo dice? ¿El ministerio correspondiente, la embajada...? ¿Cómo se produce ese control? Nada más.

Gracias, señora *consellera*.

La senyora consellera d'Agricultura, Medi Ambient, Canvi Climàtic i Desenvolupament Rural:

Gracias.

Estos controles..., por ejemplo, en el caso de Estados Unidos es el propio gobierno de Estados Unidos, el departamento... –ahora no me acuerdo cómo se llama– quien manda técnicos, inspectores al lugar de origen. Eso sería de forma equivalente lo que se ha pedido para el caso de Sudáfrica, técnicos, ya sean de España, porque tenemos los mejores técnicos en sanidad vegetal de cítricos, y acompañados desde luego por la Comisión Europea, porque nosotros el hecho de estar en una unión aduanera nos hace que tengamos que seguir estos procedimientos.

En cualquier caso, también es importante en esta cuestión, que podríamos estar hablando horas porque el comercio internacional no solo tiene fronteras geográficas, sino también a veces de tiempo de explicar. Ha habido un hecho diferencial importante, y es el acuerdo que se aprobó preferencial con Sudáfrica en el que se ampliaban los contingentes y las fechas de entrada de cítricos en la Unión Europea; sobre todo, naranjas. Sudáfrica exporta sobre todo naranjas.

Es importante tener en cuenta que la mayor parte de importación de cítricos en la Unión Europea entra por Holanda y por Reino Unido, que es donde presuponemos –no podemos afirmar– que esos controles fitosanitarios en frontera son menos estrictos, son algo más laxos de lo que son, por ejemplo, en la península..., en España o de los que nosotros podemos tener una cierta supervisión, como de hecho tenemos. Por eso es una cuestión importante también y por eso es importante trasladarlo a la Comisión Europea en todos los frentes a través del ministerio, pero también en aquellos cauces que podamos impulsar.

Por otro lado, hemos reforzado el plan de vigilancia fitosanitaria citrícola, el que tenemos nosotros, que podemos actuar nosotros. En el caso de la *Xylella*, como sabe, también habíamos hecho un plan de contingencia específico ya desde el verano de 2016.

Por supuesto, estamos trabajando con el ministerio para impulsar acuerdos, como se llegó con otros países, como Austria, Chipre, Francia, Grecia, Italia, Malta o Portugal, para establecer determinadas listas de productos de alto riesgo para intentar que se limitara o se prohibiera la importación de Sudáfrica de esos productos.

La primera noticia no ha sido muy alentadora, porque se han excluido de esa exportación permitida determinados productos, pero el caso de los cítricos lo ha dejado fuera la Comisión Europea.

Por tanto, aquí veo que..., y entiendo que no se le escapará que hay muchos... grandes y poderosos intereses comerciales y unas dinámicas de comercio interior nacional que son muy difíciles de controlar. De todas formas, en cualquier caso, nosotros trabajamos con el sector mano a mano para trasladar todas esas reivindicaciones y esas necesidades.

Y, desde luego, a ustedes, a su grupo, que tienen grupo parlamentario además en el congreso y en el Senado...

La senyora vicepresidenta primera:

Consellera.

La senyora consellera d'Agricultura, Medi Ambient, Canvi Climàtic i Desenvolupament Rural:

...pues si todos vamos juntos y exigimos este mayor rigor y control en fronteras en toda la Unión Europea, algo habremos conseguido.

Muchas gracias. (*Aplaudiments*)

La senyora vicepresidenta primera:

Gracias, señora *consellera*.

Passem a la pregunta 1.147, que formularà el diputat Manuel Pineda, del Grup Parlamentari Socialista, a la consellera de sanitat.

Senyor Pineda, quan vullga.

El senyor Pineda Cuenca:

Gracias, presidenta.

Buenas tardes, señora *consellera*.

Como usted sabe, el desarrollo de la atención primaria en España tiene como momentos fundamentales, por una parte, la apuesta en funcionamiento de la especialidad de medicina familiar y comunitaria en el año 1983 y, también, la creación de las estructuras básicas de salud en el año 1984.

Se inspiró en la declaración de la OMS, en Alma-Ata, y fue un gobierno socialista –cómo no, el de Felipe González– quien impulsó la reforma con Ernest Lluch como ministro de sanidad. Y allí, fruto de ello, surgió la ley de sanidad, que es la que ha puesto definitivamente las bases de este modelo.

Surgió lo que es la organización del trabajo en equipo –los equipos de atención primaria– y los logros ya no solo eran del médico, sino también de las enfermeras, de las auxiliares, celadores, administrativos... de todos y todas.

El balance es claramente positivo. Miles de profesionales, varias generaciones han dejado su vida en ello. Estaban convencidos de que el reto merecía la pena.

Nuestra asistencia primaria está reconocida a nivel internacional como una de las mejores del mundo. Precisamente a principio del siglo, la OMS eligió a España para conmemorar el 25 aniversario de su Declaración de Alma-Ata.

Actualmente, las sociedades científicas abogan por el mantenimiento de un sistema nacional de salud universal, público, gratuito, equitativo, eficiente, que es por el que trabaja el *botànic*, con una atención primaria fuerte.

También señalan en sus informes las sociedades científicas las carencias y, también, la necesidad de aumentar el personal y el presupuesto destinado a la atención primaria.

En esta legislatura se ha trabajado mucho por mejorar sus infraestructuras y la dotación de personal necesario, pero la infrafinanciación y los pufos del Partido Popular han sido importantes lastres.

Consellera, habrá podido comprobar que la atención primaria sigue o está muy necesitada. Me consta que ha visitado la mayoría de departamentos. Y le habrán hablado de las consecuencias de los recortes de personal que realizó el gobierno del Partido Popular y que se han traducido: en poco tiempo de atención al paciente, necesidad de médicos, necesidad de enfermeras, no solamente para realizar cuidados propios y necesarios, sino también para las tareas de promoción y prevención fundamentales en este nivel asistencial y a veces olvidadas.

Su apuesta por eliminar la precariedad laboral, también en este nivel, ha sido valorada muy positiva por los sindicatos y las sociedades científicas. Pero insisten en el desarrollo profesional, garantizar la tasa de reposición, la formación y, también, más equipación para ser más resolutivo. Hablan de una iniciativa en la que usted está trabajando como es la introducción de la ecografía en la atención primaria.

En la actualidad se impone una reflexión sobre el modelo de atención primaria actual. Hay que avanzar con una perspectiva anticipada para disminuir la morbimortalidad.

Hay nuevos retos planteados que la atención primaria ha de solucionar. Los usuarios tienen más información y, por

lo tanto, se generan nuevas necesidades en salud. Hay un aumento de la población asegurada, de inmigrantes, hay un aumento de la morbimortalidad asociada a los estilos de vida no saludables, el envejecimiento progresivo de la población, la cronicidad, la dependencia, los cambios de la estructura familiar, la irrupción de nuevas tecnologías.

Consellera, hay que dar una solución con una atención primaria valenciana del siglo XXI, fundamentada en el ciudadano y en su entorno. Y es necesario además que el ciudadano comprenda, acepte y sienta esta atención.

Señora *consellera*, ¿qué mecanismos y decisiones tiene la *conselleria* para potenciar la asistencia primaria como eje vertebrador del sistema sanitario público valenciano?

Muchas gracias. (*Aplaudiments*)

La senyora vicepresidenta primera:

Muchas gracias, señor Pineda.

Consellera, cuando quiera.

La senyora consellera de Sanitat Universal i Salut Pública:

Gracias, presidenta.

Gracias, señor Pineda.

Mire, en efecto, la atención primaria, siempre decimos, es la puerta de entrada al sistema de salud y, por tanto, requiere toda nuestra atención. Entre otras cosas, porque una buena atención primaria también nos ayuda a mantener buenos índices de salud y, sobre todo, también nos evita a veces los colapsos en las urgencias hospitalarias.

Y por eso, desde esta *conselleria* –y lo dije en mi primera intervención– tenemos como objetivo hacer un esfuerzo sobre la atención primaria.

Le voy a explicar algunas de las medidas que ya se han adoptado, que pueden parecer insuficientes, pero que seguimos trabajando en ello porque no se puede corregir lo que se ha hecho durante veinte años, más que las medidas que estamos poniendo y las que pensamos en el futuro implantar.

Primero estamos actualizando la cartera básica de forma programada y progresiva. Desde el 2016 se han venido haciendo con cirugía menor, con formación específica en el EVES, e implantando en los centros de salud la tecnología e infraestructuras necesarias. Y en 2019 tenemos previsto hacerlo en ecografía.

Seguimos potenciando el acceso a todas las exploraciones complementarias, facilitando tecnología como retinógrafos o espirómetros, que permitan no depender de revisiones a otras especialidades.

Estamos impulsando acciones dirigidas a la comunidad, acciones agrupales, consejos de salud, comisiones de salud

comunitaria, actividades en centros escolares y en coordinación con las asociaciones ciudadanas y asociaciones de pacientes.

Estamos, además, priorizando la atención a los pacientes crónicos complejos, especialmente los pacientes con necesidades paliativas, reorientando también la atención primaria y adecuando la conexión y sistemas de alerta en los sistema de información.

La ley de muerte digna, como usted bien sabe, otorga también un papel fundamental a la atención primaria, como lugar básico de atención a estos pacientes. Y ya se han realizado cursos de formación en atención paliativa, 190 profesionales en el año 2017 y 200 profesionales en el año 2018.

Y seguimos interviniendo invirtiendo en tecnología, porque una de las cuestiones que siempre nos ha preocupado también es la dispersión que tenemos geográfica y los pequeños municipios que están ubicados y alejados de los centros de atención primaria.

Por eso hemos invertido en el programa Remot, para capacitar al personal médico y de enfermería en la atención de urgencias y emergencias, permitiendo, con unos equipos que estamos entregando a estos profesionales, la estabilización del paciente crítico hasta la llegada de las unidades del servicio de emergencias sanitarias.

Seguimos, además, potenciando los apoyos a centros o residencias de pacientes crónicos complejos, como centros de educación especial, donde se ha implantado la presencia de una enfermera, como usted muy bien sabe, o las residencias de ancianos, permitiendo la proactividad y la implantación de medidas preventivas.

Estamos además trabajando en un plan de vulnerabilidad, en un mapa de vulnerabilidad, que tendremos listo para el primer trimestre del 2019, con indicadores socioeconómicos, para poder priorizar las zonas de esa vulnerabilidad.

Y seguimos adecuando también los sistemas de información a las necesidades de los ciudadanos con la informatización. Usted sabe que *l'app* «Más salud» remite a los ciudadanos el poder obtener... en las recetas médicas poder escanearlas, poder pedir consulta telefónica con su médico o con su enfermera.

Y, por tanto, también estamos concienciando a los ciudadanos que utilicen las aplicaciones, porque también evitamos que luego tengan que ir por olvidos otra vez a su médico, por ejemplo, para obtener una nueva receta porque ha terminado el plazo.

Como me queda muy poco tiempo, le diré que, señor Pineda, estamos convencidos, como usted, de que la primaria es uno de nuestros objetivos, y en ello estamos, y yo creo que en los presupuestos, como ya anunció el presidente Ximo Puig, queda también reflejado. (*Aplaudiments*)

La senyora vicepresidenta primera:

Gracias, *consellera*.

A continuación, la pregunta 1.566, que formula el diputado Ignacio Subías también a la *consellera* de sanidad.

Señor Subías, cuando quiera.

El senyor Subías Ruiz de Villa:

Muchas gracias, señora presidenta.

Señora *consellera*.

Vamos a ver. Entre los temas que tiene que afrontar el sistema sanitario van a estar los cambios demográficos, el envejecimiento de la población, la cronificación de muchas enfermedades, el afrontar las nuevas tecnologías y los nuevos tratamientos, la atención primaria, el sistema sanitario a pacientes crónicos, la sostenibilidad del sistema y la accesibilidad, es decir, las esperas.

Es evidente que uno de los temas que más preocupa a los ciudadanos en sanidad son las listas de espera. De hecho, cada vez que se hace una cuesta, cada vez que se hace una pregunta está entre las preocupaciones más importantes.

Rompen la equidad del sistema, pues es evidente que el perfil socioeconómico del paciente y su entorno determina también la posibilidad de escapar del problema. Las personas se encuentran ante un futuro incierto, con la incertidumbre de no saber qué les va a pasar o cuándo se les va a solucionar. Y todo ello afecta a la organización de la propia vida de la gente y a la de su entorno, afectando también muchas veces a la dignidad de las personas.

Durante muchos años el Partido Popular negó la realidad, aplicando una de sus máximas en políticas, que es el no reconocimiento de los problemas. Recuerdo aquellas contestaciones que me daban cuando les preguntaba qué pasa con las listas de espera en consulta o en explicaciones, y me decían: «Estamos trabajando en el modelo para poder saberlo.» Y me lo repetían una vez, y otra vez un año y otro año. Maquillaban las esperas, las listas de espera, y (*inintel·ligible*)... entre la lista de espera estructural, es decir, aquella que no puede ser remitida a otro centro por sus propias condiciones, la lista de espera no estructural, aquella que sí que se podía remitir.

Entre aquellas que se podían remitir, les mandaban una carta a los pacientes para decir si querían o no querían, tenían cuarenta y cinco días para contestar. A partir de ese momento, si decían que sí, entre dos y tres meses, más o menos, se le podía operar. Pero si decían que no, volvían a su lista en el centro público correspondiente enfrentándose a su suerte. Y había mucha gente que estaba esperando, pero que no estaba en lista de espera, señora *consellera*.

El PP que tanto le gusta dar datos y que últimamente revisa las memorias de gestión de, por ejemplo, la del 2017, ahora se pueden ver las memorias globales porque se publican. Antes era muy difícil porque no se publicaban las globales.

Y entonces, curiosamente, se les ha pasado por alto algún tema, se les ha pasado por alto algún tema. Se les ha pasado por alto que la lista de esperar quirúrgica en el 2015 era de 120 días, eso no lo han comentado; que la lista de espera