

# *Diario de Sesiones de la Asamblea de Madrid*



---

Número 751

18 de febrero de 2015

IX Legislatura

---

## COMISIÓN DE SANIDAD

### PRESIDENCIA

Ilma. Sra. D.<sup>a</sup> Marta María Escudero Díaz-Tejeiro

Sesión celebrada el miércoles 18 de febrero de 2015

### ORDEN DEL DÍA

**1.- PNL-108/2014 RGE.8754.** Proposición No de Ley del Grupo Parlamentario de Izquierda Unida-Los Verdes, con el siguiente objeto: la Asamblea de Madrid insta al Gobierno de la Comunidad de Madrid a dotar una partida presupuestaria en el programa de la Consejería de Sanidad para poner en marcha un Plan Regional de Fibromialgia en la Comunidad de Madrid que contenga los apartados que se relacionan en el escrito.

**2.- PCOC-2/2015 RGE.7.** Pregunta de respuesta oral en Comisión, a iniciativa del Ilmo. Sr. D. Enrique Normand de la Sotilla, diputado del Grupo Parlamentario Unión Progreso y Democracia en la Asamblea de Madrid, al Gobierno, sobre por qué en la Comunidad de Madrid los niños menores de 16 años están excluidos de los conciertos con clínicas privadas para la rehabilitación del daño cerebral reversible.

---

**3.- PCOC-98/2015 RGEP.443.** Pregunta de respuesta oral en Comisión, a iniciativa del Ilmo. Sr. D. Eduardo Raboso García-Baquero, diputado del Grupo Parlamentario Popular en la Asamblea de Madrid, al Gobierno, sobre actuaciones que realiza la Comunidad de Madrid en relación con las enfermedades raras.

**4.- PCOC-201/2015 RGEP.727.** Pregunta de respuesta oral en Comisión, a iniciativa del Ilmo. Sr. D. José Manuel Freire Campo, diputado del Grupo Parlamentario Socialista en la Asamblea de Madrid, al Gobierno, sobre opinión que le merece al Gobierno la situación en el Hospital Universitario La Princesa.

**5.- PCOC-203/2015 RGEP.729.** Pregunta de respuesta oral en Comisión, a iniciativa del Ilmo. Sr. D. José Manuel Freire Campo, diputado del Grupo Parlamentario Socialista en la Asamblea de Madrid, al Gobierno, sobre parámetros del cuadro de mando de las urgencias hospitalarias.

**6.- PCOC-205/2015 RGEP.731.** Pregunta de respuesta oral en Comisión, a iniciativa del Ilmo. Sr. D. José Manuel Freire Campo, diputado del Grupo Parlamentario Socialista en la Asamblea de Madrid, al Gobierno, sobre racionalidad que inspiró el último examen para Medicina de Familia en la Comunidad.

**7.- PCOC-214/2015 RGEP.764.** Pregunta de respuesta oral en Comisión, a iniciativa del Ilmo. Sr. D. Enrique Normand de la Sotilla, diputado del Grupo Parlamentario Unión Progreso y Democracia en la Asamblea de Madrid, al Gobierno, se pregunta cómo justifica el Gobierno de la Comunidad de Madrid la campaña publicitaria que están haciendo con el lema "La mejor Sanidad y los mejores Servicios hacen de Madrid una gran Comunidad".

**8.- C-32/2015 RGEP.439.** Comparecencia del Ilmo. Sr. Viceconsejero de Asistencia Sanitaria, a petición del Grupo Parlamentario Popular, al objeto de informar sobre actuaciones y planes de futuro del Servicio Madrileño de Salud. (Por vía del artículo 210 del Reglamento de la Asamblea).

**9.- Ruegos y preguntas.**

**SUMARIO**

	<b>Página</b>
- Se abre la sesión a las 16 horas y 6 minutos. ....	41067
— <b>Modificación del orden del día:</b> Tramitación en primer lugar, del punto séptimo, PCOC-214/2015 RGEP.764.....	41067

<p>– <b>PCOC-214/2015 RGEF.764. Pregunta de respuesta oral en Comisión, a iniciativa del Ilmo. Sr. D. Enrique Normand de la Sotilla, diputado del Grupo Parlamentario Unión Progreso y Democracia en la Asamblea de Madrid, al Gobierno, se pregunta cómo justifica el Gobierno de la Comunidad de Madrid la campaña publicitaria que están haciendo con el lema "La mejor Sanidad y los mejores Servicios hacen de Madrid una gran Comunidad".....</b></p>	41067
<p>- Interviene el Sr. Normand de la Sotilla, formulando la pregunta. ....</p>	41067
<p>- Interviene el Sr. Secretario General Técnico, respondiendo la pregunta.....</p>	41067
<p>- Intervienen el Sr. Normand de la Sotilla y el Sr. Secretario General, ampliando información.....</p>	41067-41069
<p>– <b>PNL-108/2014 RGEF.8754. Proposición No de Ley del Grupo Parlamentario de Izquierda Unida-Los Verdes, con el siguiente objeto: la Asamblea de Madrid insta al Gobierno de la Comunidad de Madrid a dotar una partida presupuestaria en el programa de la Consejería de Sanidad para poner en marcha un Plan Regional de Fibromialgia en la Comunidad de Madrid que contenga los apartados que se relacionan en el escrito. ....</b></p>	41069
<p>- Interviene el Sr. Bejarano Ferreras en defensa de la proposición no de ley. ....</p>	41069-41073
<p>- Intervienen, en turno de portavoces, el Sr. Normand de la Sotilla, el Sr. Aguado Arnáez y el Sr. Raboso García-Baquero. ....</p>	41073-41078
<p>- Intervienen el Sr. Freire Campo y el Sr. Raboso García-Baquero comunicando las sustituciones de sus Grupos.....</p>	41078-41079
<p>- Votación y rechazo de la Proposición no de Ley. ....</p>	41078-41079
<p>– <b>PCOC-2/2015 RGEF.7. Pregunta de respuesta oral en Comisión, a iniciativa del Ilmo. Sr. D. Enrique Normand de la Sotilla, diputado del Grupo Parlamentario Unión Progreso y Democracia en la Asamblea de Madrid, al Gobierno, sobre por qué en la Comunidad de Madrid los niños menores de 16 años están excluidos de los conciertos con clínicas privadas para la rehabilitación del daño cerebral reversible. ....</b></p>	41079
<p>- Interviene el Sr. Normand de la Sotilla, formulando la pregunta. ....</p>	41079-41080
<p>- Interviene el Sr. Director General de Atención Especializada, respondiendo la pregunta. ....</p>	41080-41081

- Intervienen el Sr. Normand de la Sotilla y el Sr. Director General, ampliando información.....	41081-41083
<b>— PCOC-98/2015 RGEF.443. Pregunta de respuesta oral en Comisión, a iniciativa del Ilmo. Sr. D. Eduardo Raboso García-Baquero, diputado del Grupo Parlamentario Popular en la Asamblea de Madrid, al Gobierno, sobre actuaciones que realiza la Comunidad de Madrid en relación con las enfermedades raras.</b> .....	41083
- Interviene el Sr. Raboso García-Baquero, formulando la pregunta.....	41083
- Interviene el Sr. Director General de Atención al Paciente, respondiendo la pregunta. ....	41083-41087
- Interviene el Sr. Raboso García-Baquero, ampliando información. ....	41087-41088
<b>— PCOC-201/2015 RGEF.727. Pregunta de respuesta oral en Comisión, a iniciativa del Ilmo. Sr. D. José Manuel Freire Campo, diputado del Grupo Parlamentario Socialista en la Asamblea de Madrid, al Gobierno, sobre opinión que le merece al Gobierno la situación en el Hospital Universitario La Princesa.</b> .....	41088
- Interviene el Sr. Freire Campo, formulando la pregunta. ....	41088-41089
- Interviene el Sr. Director General de Atención Especializada, respondiendo la pregunta. ....	41089-41091
- Intervienen el Sr. Freire Campo y el Sr. Director General, ampliando información. ...	41091-41093
<b>— PCOC-203/2015 RGEF.729. Pregunta de respuesta oral en Comisión, a iniciativa del Ilmo. Sr. D. José Manuel Freire Campo, diputado del Grupo Parlamentario Socialista en la Asamblea de Madrid, al Gobierno, sobre parámetros del cuadro de mando de las urgencias hospitalarias.</b> .....	41093
- Interviene el Sr. Freire Campo, formulando la pregunta. ....	41093-41094
- Interviene el Sr. Director General de Atención Especializada, respondiendo la pregunta. ....	41094-41096
- Intervienen el Sr. Freire Campo y el Sr. Director General, ampliando información. ...	41096
<b>— PCOC-205/2015 RGEF.731. Pregunta de respuesta oral en Comisión, a iniciativa del Ilmo. Sr. D. José Manuel Freire Campo, diputado del Grupo Parlamentario Socialista en la Asamblea de Madrid, al Gobierno, sobre</b>	

<b>racionalidad que inspiró el último examen para Medicina de Familia en la Comunidad.....</b>	41097
- Interviene el Sr. Freire Campo, formulando la pregunta. ....	41097
- Interviene el Sr. Director General de Recursos Humanos, respondiendo la pregunta. .	41098-41099
- Intervienen el Sr. Freire Campo y el Sr. Director General, ampliando información. ...	41099-41102
<b>— C-32/2015 RGEF.439. Comparecencia del Ilmo. Sr. Viceconsejero de Asistencia Sanitaria, a petición del Grupo Parlamentario Popular, al objeto de informar sobre actuaciones y planes de futuro del Servicio Madrileño de Salud. (Por vía del artículo 210 del Reglamento de la Asamblea). ....</b>	41102
- Interviene el Sr. Raboso García-Baquero, exponiendo los motivos de petición de la comparecencia.....	41102
- Exposición del Sr. Viceconsejero de Asistencia Sanitaria. ....	41103-41109
- Intervienen, en turno de portavoces, el Sr. Normand de la Sotilla, el Sr. Freire Campo y el Sr. Raboso García-Baquero. ....	41109-41117
- Interviene el Sr. Viceconsejero, dando respuesta a los señores portavoces. ....	41117-41120
<b>— Ruegos y preguntas. ....</b>	41121
- No hubo ruegos ni preguntas. ....	41121
- Se levanta la sesión a las 19 horas y 25 minutos. ....	41121



*(Se abre la sesión a las dieciséis horas y seis minutos).*

La Sra. **PRESIDENTA**: Buenas tardes, señorías. Se abre la sesión. Esta Presidencia propone una alteración del orden del día de la presente sesión, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 107.3 del Reglamento de la Asamblea de Madrid: el séptimo punto pasaría a sustanciarse en primer lugar. ¿Están sus señorías de acuerdo con la propuesta? *(Asentimiento.)* Queda aprobada por asentimiento.

**PCOC-214/2015 RGEF.764. Pregunta de respuesta oral en Comisión, a iniciativa del Ilmo. Sr. D. Enrique Normand de la Sotilla, diputado del Grupo Parlamentario Unión Progreso y Democracia en la Asamblea de Madrid, al Gobierno, se pregunta cómo justifica el Gobierno de la Comunidad de Madrid la campaña publicitaria que están haciendo con el lema "La mejor Sanidad y los mejores Servicios hacen de Madrid una gran Comunidad".**

Ruego al secretario general técnico don Francisco Lobo que ocupe su lugar en la mesa. *(Pausa.)* Tiene la palabra el señor Normand. Bienvenido a esta Comisión.

El Sr. **NORMAND DE LA SOTILLA**: Muchas gracias, Presidenta. Agradezco la presencia en esta Comisión del Secretario General Técnico para responder a esta pregunta de mi Grupo Parlamentario. Señor Secretario General Técnico, ¿cómo justifica el Gobierno de la Comunidad de Madrid la campaña publicitaria que están haciendo con el lema "La mejor sanidad y los mejores servicios hacen de Madrid una gran Comunidad? Muchas gracias, Presidenta.

La Sra. **PRESIDENTA**: Muchas gracias, señoría. Tiene la palabra el señor Secretario General Técnico.

El Sr. **SECRETARIO GENERAL TÉCNICO** (Lobo Montalbán): Buenas tardes, Presidenta. Por supuesto, agradecer la alteración del orden del día para intentar cumplir todos los compromisos de esta tarde; muchas gracias.

Efectivamente, en el ejercicio 2014 iniciamos dos expedientes de contratación de una campaña de difusión que tenía un doble objeto: difusión de programas de prevención y la información sanitaria. El contenido que se estableció eran acciones de información sobre dos acciones concretas: en primer lugar, un programa de detección precoz de cáncer de colon y, en segundo lugar, una campaña de difusión de medidas de prevención y mejora de salud en atención primaria, especializada, investigación y docencia. Esas dos campañas eran a realizar en los ejercicios 2014 y 2015 y tenían una serie de contenidos que están en los pliegos de condiciones de ambos contratos. Muchas gracias.

La Sra. **PRESIDENTA**: Muchas gracias, señor Lobo. Tiene la palabra el señor Normand.

El Sr. **NORMAND DE LA SOTILLA**: Muchas gracias, Presidenta. El objetivo de la campaña publicitaria debía ser, como usted ha dicho, según los pliegos del concurso, la difusión de –abro

comillas- “mensajes de utilidad pública de interés general para la población” –cierro comillas- y –abro comillas- “transmitir los planes de prevención y mejora de la salud destinados a la población madrileña” –cierro comillas-. Pero todos, o probablemente casi todos, hemos oído la campaña en la radio, hemos visto los anuncios en el metro o en la televisión, y la realidad es que los mensajes han sido –abro comillas-: “Hospitales y centros de salud mucho más cerca”, “Los mejores profesionales, hospitales universitarios y ocho prestigiosos institutos de investigación”, o el meritado lema: “La mejor sanidad y los mejores servicios hacen de Madrid una gran Comunidad” –cierro comillas-. Yo, personalmente, no he visto ni oído ningún mensaje sobre cáncer de colon; a lo mejor han existido y yo no los he visto. El hecho es que, si uno escucha las cuñas en la radio o ve los anuncios que hay en el metro, estos mensajes muestran un evidente objeto de ensalzamiento del Gobierno de la Comunidad y, por tanto, un uso partidista de 1,4 millones de euros de dinero público a pocos meses de las elecciones. Recuerdo a sus señorías que esta campaña se complementa con la campaña para alardear de que en Madrid se pagan menos impuestos que en otras comunidades autónomas - también pagada con dinero público- y con la campaña -que ya he escuchado esta mañana en la radio- sobre lo buenísima que es la educación en Madrid según el PP.

Que al menos queden claras dos cosas, señorías: la primera, que esta campaña es ilegal ya que incumple el artículo 4 de la Ley 29/2005, de 29 de diciembre, de Publicidad y Comunicación Institucional, de carácter básico y, por tanto, de aplicación en la Comunidad de Madrid, que prohíbe expresamente las campañas institucionales de publicidad y/o comunicación que tengan como finalidad destacar los logros de gestión o los objetivos alcanzados, como la presente campaña. Y, la segunda, que esta campaña es un despilfarro de dinero público mientras se está restringiendo el acceso a fármacos innovadores contra la hepatitis C, la lista de espera quirúrgica está en cifras récord y se ha reducido el número de profesionales sanitarios en los hospitales de gestión directa del Servicio Madrileño de Salud.

Por último, Presidenta, quiero que quede constancia de que el portavoz del Grupo Unión Progreso y Democracia en esta Asamblea don Luis Velasco ha remitido un escrito al Gobierno de la Comunidad de Madrid en el que solicita la paralización de esta campaña. Muchas gracias, Presidenta.

La Sra. **PRESIDENTA**: Muchas gracias, señoría. Tiene la palabra el señor Lobo.

El Sr. **SECRETARIO GENERAL TÉCNICO** (Lobo Montalbán): Muchas gracias de nuevo, Presidenta. Esta campaña, efectivamente, ha tenido dos fases. Como he dicho, la campaña se inicia en el año 2014 y, por lo tanto, creo que se está refiriendo en toda su intervención a su última fase. Este expediente se inicia en el verano de 2014 y hubo una primera fase en la que, insisto, se hizo una campaña de comunicación y de difusión de un programa de prevención: el de detección precoz del cáncer de colon; campaña que fue difundida a final del ejercicio 2014. Insisto en que es parte indisoluble de este contrato porque he establecido que había un doble plano: en primer lugar, esa campaña concreta de prevención de una enfermedad, como he mencionado, y, además, una difusión de información sanitaria, puesto que consideramos que no solamente es un derecho sino un deber de los poderes públicos el comunicar determinadas cuestiones que son de interés social para el conjunto

de los ciudadanos en la Comunidad de Madrid. En ese sentido, estamos informando de que, por ejemplo, se puede pedir cita previa en el médico de familia vía aplicación de móvil, que es una cuestión novedosa; estamos dando información sobre los hospitales universitarios o sobre los institutos de investigación, es decir, sobre un conjunto de medidas que coadyuvan a que tengamos, como digo, el sistema que tenemos.

Usted parte de una premisa acerca de este expediente. Es cierto que tengo constancia de que el Portavoz de su Grupo ha presentado un escrito al Consejero, al que daremos debida respuesta; me imagino que no es casualidad el que se haya presentado coincidiendo con esta intervención en el seno de la Asamblea –así lo entiendo- y, evidentemente, nosotros no estamos en absoluto de acuerdo con que vulnere el artículo 4 de la ley que ha mencionado su señoría. Aquí no hemos establecido ningún logro de gestión; estamos haciendo difusión, insisto, en un caso concreto, sobre una enfermedad muy puntual, y le recomiendo que lo revise porque, efectivamente, se ha producido así. Además, en su escrito mencionan solamente la cláusula tercera del mismo, pero el objeto general del contrato, incluido en su cláusula segunda tiene un contenido más amplio. También le tengo que decir que, como en toda campaña de publicidad –y así se dice también en los pliegos y en el contrato-, los objetivos son siempre orientativos y, por lo tanto, están sujetos a las condiciones que se puedan establecer en el marco de la ejecución. Por lo tanto, insisto, en primer lugar, no estamos nada de acuerdo en que vulnere el artículo 4; en segundo lugar, esta campaña ha tenido esas dos fases que le he mencionado, y, en tercer lugar, aunque es cierto que el escrito que se nos ha presentado solicitaba la conclusión o paralización de la campaña, esa campaña ha concluido ya, lo que creo también un dato relevante a efectos de mi intervención. Muchas gracias.

La Sra. **PRESIDENTA**: Muchas gracias, señor Lobo. A continuación pasamos al siguiente punto del orden del día.

**PNL-108/2014 RGEP.8754. Proposición No de Ley del Grupo Parlamentario de Izquierda Unida-Los Verdes, con el siguiente objeto: la Asamblea de Madrid insta al Gobierno de la Comunidad de Madrid a dotar una partida presupuestaria en el programa de la Consejería de Sanidad para poner en marcha un Plan Regional de Fibromialgia en la Comunidad de Madrid que contenga los apartados que se relacionan en el escrito.**

Tiene la palabra el portavoz del Grupo proponente señor Bejarano por tiempo máximo de quince minutos.

El Sr. **BEJARANO FERRERAS**: Muchas gracias, señora Presidenta. En primer lugar, me gustaría comunicar al resto de Grupos Parlamentarios la necesidad que tenemos los miembros de mi Grupo Parlamentario de abandonar la sesión en un breve espacio de tiempo -se lo hemos comentado directamente a la Presidenta de la Comisión- por motivos de importancia para este Grupo; lo decimos porque no podremos asistir a la última comparecencia, que es la del señor Viceconsejero. En ese

sentido, trasladar nuestras disculpas porque no es lo habitual en nuestro Grupo Parlamentario, pero hemos intentado cambiar el orden del día y no ha sido posible.

En segundo lugar, nos gustaría saludar a tres representantes –que nos acompañan hoy en la Comisión- de la Asociación FibroParla; una asociación más de las varias entidades sin ánimo de lucro que trabajan cada día por mejorar las condiciones de los pacientes con fibromialgia que existen en nuestra Comunidad Autónoma.

Como decía la señora Presidenta, mi Grupo Parlamentario presenta esta iniciativa porque cree que es importante acabar la Legislatura abordando esta enfermedad. Concretamente el Grupo Parlamentario Izquierda Unida cree que es necesaria la puesta en marcha de un plan regional sobre esta enfermedad en la Comunidad de Madrid para garantizar la igualdad en la calidad y la accesibilidad a los recursos del sistema público de salud por parte de las personas afectadas en las mismas condiciones que cualquier persona que sufra otra enfermedad crónica. En ese sentido, mi Grupo quiere aprovechar esta proposición no de ley para solicitar un programa integral de atención sociosanitaria dirigido a los pacientes madrileños que sufren esta enfermedad; es una de las asignaturas pendientes de nuestro sistema: mejorar la atención sociosanitaria, buscar entre todos y todas mecanismos de mejora entre dos servicios que están condenados a entenderse, por así decirlo; mejorar y unir todo lo que son programas asistenciales desde el punto de vista de la sanidad y de los servicios sociales, al tiempo que queremos que se incrementen los recursos destinados a la investigación de esta enfermedad incapacitante con el fin de ayudar a mejorar la detección precoz.

Como establecemos en la parte expositiva de nuestra proposición no de ley, y como saben sus señorías, la fibromialgia es una enfermedad crónica caracterizada por un dolor musculoesquelético generalizado, que en algunos casos puede llegar a ser invalidante, de etiología desconocida, de evolución variable, que con frecuencia va asociado a otras patologías, para lo que no existen criterios comunes sobre el diagnóstico y el tratamiento. Como saben, sobre todo señorías que además son profesionales sanitarios y que nos acompañan en esta Comisión, la causa de la fibromialgia es desconocida, se estudian posibles factores en el origen del trastorno, pero a día de hoy no existe una confirmación concluyente para ninguno de ellos; entre los más estudiados se encuentran: el trastorno del sueño, anomalías musculares, algunas disfunciones en el sistema inmunitario o posibles alteraciones en el sistema hormonal y en los neurotransmisores.

El síndrome fibromiálgico es una dolencia que afecta mayoritariamente a la población femenina y que no ha sido incorporada hasta el año 1992 al Catálogo de Enfermedades reconocidas por la Organización Mundial de la Salud. Hay que decir –y es importante este indicador- que estamos ante una enfermedad que afecta entre el 2 y el 4 por ciento de la población; es decir, en términos generales y con indicadores estatales, afecta a más de un millón de personas. La gran cantidad de síntomas de fibromialgia hace que sea difícil de diagnosticar; esto crea una larga fase de indefinición, que resulta muy dura psicológicamente no solo para los enfermos que padecen la enfermedad sino también para algunos profesionales sanitarios. En la actualidad hay varios criterios concretos: presencia del dolor generalizado durante tres meses o dolor producido por la presión digital en once

de los dieciocho puntos sensibles a lo largo de todo el cuerpo. Hay que decir que a quienes padecen esta dolencia, a pesar de ser calificada clínicamente como benigna, les causa gran afectación en su cuadro general, con sensación de cansancio y agotamiento de energía vital. La enfermedad cursa, además, con otros padecimientos como fatiga, trastorno del sueño y colon irritable.

Desde que se comienza con los primeros síntomas de esta enfermedad hasta que se obtiene un diagnóstico preciso de la misma transcurre mucho tiempo, con frecuencia incluso hasta años, por el hecho de que es frecuente este trastorno de salud no muestra evidencia en analíticas o en radiologías o se presenta asociado a otros padecimientos. Una vez obtenido el diagnóstico comienza la fase terapéutica, en la que el adecuado manejo de la depresión frecuente, de los estados de ansiedad, es una de las cuestiones de capital importancia; por eso, desde nuestro Grupo Parlamentario, igual que cuando hacemos referencia a enfermedades similares, consideramos que es importantísimo y primordial fomentar desde la Administración Pública y desde la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid campañas de sensibilización social. Los pacientes de fibromialgia tienen derecho a ser reconocidos como enfermos crónicos dado que es una enfermedad incapacitante, como estamos diciendo, y ya nos gustaría –se ha aludido en el anterior punto del orden del día- que gran parte de esa cantidad de dinero, de esos recursos públicos, que se destinan durante estos días -y mucho nos tememos que se incrementarán en estos meses que quedan de Legislatura- a esas campañas que, a bombo y platillo, nos están diciendo desde el Gobierno la Comunidad de Madrid que nuestro sistema sanitario es fabuloso; ya nos gustaría que gran parte de esos recursos que se destinan para estas campañas de publicidad se destinarán, por ejemplo, a campañas de sensibilización social, sobre todo para estas enfermedades y concretamente a la enfermedad a la que estamos haciendo alusión.

Igualmente que se tienen que destinar recursos para campañas de sensibilización social, nosotros creemos que se deben fortalecer también recursos para la investigación de esta enfermedad y para que el progreso científico alcance cotas suficientes en la concreción diagnóstica y terapéutica de esta enfermedad y que el entendimiento social haga caer los muros de la incomprensión que frecuentemente separa a estos enfermos del resto de los ciudadanos y ciudadanas. Esa es la cruda realidad del día a día que tienen que padecer los enfermos y enfermas de fibromialgia y la situación además dramática, incluso injusta, que sufren en muchos puestos de trabajo estos pacientes. Es verdad que la Comunidad de Madrid que a través de la Consejería de Asuntos Sociales, apoya y financia a entidades sociales; un servicio de orientación y atención a estos enfermos y a sus familias que les permite reconocer su dolencia, que les permite también entenderla, compartir experiencias, recibir también asistencia psicológica y fisioterapéutica, entre otras posibilidades. Pero nosotros creemos -y así lo queremos transmitir al resto de Grupos Parlamentarios- que tenemos que hacer un esfuerzo y que se debe fortalecer la parte asistencial sanitaria de los enfermos y enfermas.

Ante esta situación, lo que proponemos hoy en esta Comisión de Sanidad son cinco aspectos muy claros, muy sencillos y muy concretos y contundentes a la vez: en primer lugar, aumentar la atención sanitaria en la red de hospitales públicos que tenemos en la Comunidad de Madrid estableciendo protocolos unificados que garanticen la igualdad en la calidad y accesibilidad a los

recursos y servicios del sistema público de salud en igualdad de condiciones que cualquier otra enfermedad crónica.

En segundo lugar, proponemos crear un programa unificado de fisioterapia, hidroterapia, psicología, psiquiatría y tratamiento del dolor, en los centros sanitarios públicos, para todos los enfermos y enfermas diagnosticados de fibromialgia.

En tercer lugar, incrementar los recursos destinados a la investigación de fibromialgia que ayude a una mejor detección precoz, diagnóstico y tratamiento de esta enfermedad.

En cuarto lugar, como comentábamos desde nuestro Grupo, es imprescindible realizar una campaña de sensibilización social; una campaña que nosotros creemos que puede realizar la Consejería de Sanidad en colaboración con otras Administraciones Públicas y otras instituciones. Concretamente, nosotros creemos que hay una Administración Pública clave para este tipo de campañas, como son los ayuntamientos, que son unas entidades públicas con las que parece que la Consejería de Sanidad no quiere colaborar mucho en algunas gestiones que son básicas. En los grandes ayuntamientos que tenemos en la Comunidad de Madrid hay recursos materiales y humanos para colaborar en este tipo de campañas. Bueno, pues nosotros proponemos que se realice una campaña de sensibilización social con los ayuntamientos de la Comunidad de Madrid dirigida no solo a los profesionales sanitarios sino también a todas las instituciones, entidades sociales y a todos los ciudadanos y ciudadanas en general para dar a conocer esta enfermedad y sus efectos en la sociedad.

Por último, la quinta cuestión que trasladamos en esta parte propositiva de la PNL son iniciativas de colaboración, también con el Gobierno del Estado, también con la otra gran Administración, como es el Ministerio de Sanidad, para garantizar los mecanismos de acceso al mundo laboral acorde con las circunstancias de los pacientes de fibromialgia, adaptando los puestos de trabajo a sus posibilidades y también buscando nuevas fórmulas de inserción laboral, porque este es uno de los grandes problemas que tienen los pacientes de fibromialgia; es decir, no solo lo que están sufriendo en muchos puestos de trabajo de muchas empresas sino también las dificultades para la inserción laboral en el momento que se conoce que un posible candidato a ocupar un puesto de trabajo lamentablemente padece esta enfermedad.

Esto es lo que proponemos desde el Grupo Parlamentario Izquierda Unida-Los Verdes, haciendo un llamamiento a todos los Grupos Parlamentarios para que se unan a esta proposición; son cinco aspectos muy concretos. Y termino haciendo una llamada expresa y concreta al Grupo Parlamentario Popular: nos tememos y creemos que no van a apoyar la proposición no de ley y esperamos que, fruto del debate, sean conscientes de que es una iniciativa importante, que se unan a esta proposición no de ley. Y si no es así, señor Raboso, lo vamos a lamentar mucho, porque son cinco aspectos muy concretos; se trata de apoyar, de fomentar los servicios sanitarios destinados a esta enfermedad. Y si se tiene que hacer una modificación presupuestaria, como lo hace nuestro Gobierno, la dirección política que dirige nuestra Consejería de Sanidad a lo largo de todo el desarrollo del presupuesto, pues merece la pena que antes de que acabe esta Legislatura hagamos un esfuerzo

y de hoy salga un compromiso de todos los Grupos Parlamentarios y que le llegue a nuestro Gobierno regional para que, lo antes posible, hagan esa modificación presupuestaria para poner recursos, tanto materiales como humanos, para mejorar el servicio sanitario a estos pacientes.

Repito que hay un indicador importante; estamos en una horquilla entre el 2 y el 4 por ciento, son muchos los madrileños que padecen esta enfermedad. Por lo tanto, les decimos sinceramente a los miembros del Grupo Parlamentario Popular que tienen dificultades para votar no, incluso para abstenerse, a esta proposición no de ley. Y al igual que al resto de los Grupos, al Socialista y a UPyD les pedimos que se unan a esta proposición. Muchas gracias, Presidenta.

La Sra. **PRESIDENTA**: Muchas gracias, señoría. Al no haberse presentado enmiendas, procede a continuación el turno de los representantes de los restantes Grupos Parlamentarios no proponentes ni enmendantes. Tiene la palabra el portavoz del Grupo Parlamentario Unión Progreso y Democracia por tiempo máximo de quince minutos.

El Sr. **NORMAND DE LA SOTILLA**: Muchas gracias, señora Presidenta, seré breve. En primer lugar, agradezco al Grupo Parlamentario Izquierda Unida-Los Verdes la presentación de esta iniciativa, así como la presencia de representantes de la asociación FribroParla, a los que también ha saludado el señor Bejarano.

Como se ha dicho, la fibromialgia es una enfermedad poco conocida y, como también se ha dicho, en muchos casos incomprendida. Por ello, nos parece oportuno el plan autonómico de fibromialgia que propone el Grupo Parlamentario Izquierda Unida, si bien es cierto que intentar reforzar la atención a la fibromialgia es algo que se podría hacer desde los planes estratégicos de especialidad –esos planes de los que tanto han alardeado desde el Gobierno de la Comunidad de Madrid pero que, en nuestra opinión, han servido para bastante poco- desde alguno de estos planes estratégicos se podía haber potenciado la asistencia y la atención a los pacientes con fibromialgia. Como esto no ha sido así, nos parece oportuno el plan autonómico que propone el Grupo Parlamentario Izquierda Unida, así como la idea de un presupuesto específico que, aparte de aportar mayor transparencia en la gestión, de alguna manera permitiera comprender mejor a qué se dedican los recursos sanitarios en la Comunidad de Madrid, lo que hoy por hoy, como tantas veces hemos dicho desde la oposición, es bastante complicado. Nada más. Dejando claro el voto a favor de UPyD termino, Presidenta.

La Sra. **PRESIDENTA**: Muchas gracias, señoría. Tiene la palabra el portavoz del Grupo Parlamentario Socialista señor Aguado.

El Sr. **AGUADO ARNÁEZ**: Muchas gracias, Presidenta. Quiero dar las gracias al Grupo Izquierda Unida y, en concreto, a su portavoz, por haber traído este tema. También agradezco a mi Grupo que me dé la oportunidad de intervenir en esta sesión por mi doble condición de interesado y de enfermo de fibromialgia, motivo por el que creo que es oportuno que, cuando menos, se trate.

Vista la proposición no de ley, comenzaré casi como terminaba el portavoz de Izquierda Unida: no se entendería que no hubiera un apoyo, porque es una propuesta razonable, entendible, que no conlleva un gasto que pudiera ser insostenible por el sistema público de salud; no tiene ningún sentido que no cuente con un apoyo porque, entre otras cosas, lo que se propone es mayor formación, mayor información, mayor sensibilización, y en eso estamos de acuerdo todos. Evidentemente, nuestro Grupo va a apoyar esta proposición no de ley, y además me sumo a esa invitación que pudiera salir del común de todos –ni siquiera tiene una cuantificación económica–: hágase lo posible para que el tratamiento de esta enfermedad en la Comunidad de Madrid se haga mejor.

Evidentemente, se hacen cosas, pero quisiera exponer algunas características sobre la información que nos ha dado el portavoz de Izquierda Unida. Se trata de una enfermedad que tiene un reconocimiento tardío, en 1992, por la Organización Mundial de la Salud. Por su tratamiento, por su visión en la sociedad, podría definirse como una enfermedad bastante machista, dado que se suele decir que ocho de cada nueve pacientes son mujeres; en mi caso, me tocó ser el décimo. La enfermedad se incrementa además en muchos casos en momentos cercanos a la menopausia, asociándose con cosas de la mujer y, como si por el hecho de ser mujer el sufrimiento o el dolor no fueran una molestia suficiente, se ha ido posponiendo y retrasando. Es verdad que no se conocen a ciencia cierta las causas; es verdad también que hay avances en materia de inmunología, y parece que por ahí apunta, así como por otro tipo de factores. En cualquier caso, es de las pocas enfermedades cuya sintomatología es evidente: el dolor es evidente, aunque no se sepa por qué se tiene; el agotamiento es evidente, aunque no se sepa por qué se tiene; la rigidez articular también lo es, así como otro tipo de síntomas múltiples que tiene esta enfermedad que son claramente detectables. Otra cosa es que no se sepa el origen; pero cuando a una persona le duele, sabemos que le duele, y a los que nos duele sabemos lo mucho que nos duele, por lo que aunque a veces no haya una prueba diagnóstica clara o un análisis de sangre no quiere decir que no sea una enfermedad. Por tanto, su sintomatología es amplia, conocida y sufrida.

Respecto a las enfermedades, muchas veces se hace uso del número de personas a las que afecta para dar muestra de su importancia; creo que todos estamos de acuerdo también –y desde luego no es la intención de la propuesta que hace el Grupo Izquierda Unida– en que aunque afecte a pocos es injusto que un sistema público de salud no atienda incluso a los pocos que tienen una afección, ya sea de las que denominamos enfermedades raras o cualquier otro tipo de afección. El sistema debe ser equitativo y justo y debe atender, en la medida de lo posible, a aquellos que tienen un trastorno. En este caso, además, hay muchos: se estiman 200.000 personas, principalmente mujeres, en nuestra Comunidad.

Existe también la duda de si es una enfermedad que se da más en mujeres o es que hay más diagnóstico en mujeres; los hombres somos más reacios, en general, a reconocer determinado tipo de dolor y también a acudir al médico... (La Sra. **FERNÁNDEZ SANZ**: *Sois más quejicas.*) Que nos quejamos más, dice mi compañera; pues también será. Hay que tener en cuenta y sumar todo esto. Desde luego, es una enfermedad que da esa visión y creo que es importante.

¿Dónde nos encontramos? Creo que un factor complementario a la intervención de Izquierda Unida es que tiene un diagnóstico medio de entre ocho y nueve años hasta que se diagnostica como tal; el peregrinaje de la persona y todo su sufrimiento es bastante complejo, y si obviamos eso, que ya es importante, el coste para el sistema público de salud es tremendo: las pruebas diagnósticas, medicación, etcétera, un peregrinaje de ocho o nueve años sin tener un diagnóstico como tal. Esta es una de las claves; el diagnóstico tendría mayor certeza en el tratamiento, mejora de la calidad de vida del paciente y un ahorro de costes en el sistema público de salud muy considerable. Por tanto, ahí debemos hacer uno de los esfuerzos mayores.

También es importante la unificación de criterios. En general, suele ser una enfermedad tratada por reumatólogos, pero hay un montón de especialistas que trabajan sobre ello. Se da una importancia vital al apoyo psicológico; el dolor y el agotamiento tienen, entre otras cosas, lógicamente un perjuicio en el estado de ánimo -situaciones de depresión, etcétera- muy importante, pero los recursos en materia psicológica, como hemos llevado en otro tipo de enfermedades en nuestra región no están tan bien atendidos como otros aspectos en el sistema público de salud. Los centros de salud mental, que podrían dar apoyo de psicólogos y de psiquiatras, al menos para el tratamiento médico inicialmente, son muy escasos en recursos y no pueden atender; de hecho, generalmente el tratamiento psicológico que se da es privado, el que se puede dar aquel o aquella que se lo puede pagar. Con lo cual, ahí tendremos que hacer también otro esfuerzo importante. Y el terapéutico, exactamente igual. No se distingue entre personas con una enfermedad crónica, en general, y otras que no lo tienen, por ejemplo para que reciban algún tipo de fisioterapia, que debe ser generalmente siempre complementada con el bolsillo del paciente.

Un factor considerablemente importante es que, si es una enfermedad incapacitante temporalmente, en muchos casos las cifras nos dicen que un 20 por ciento de las personas tan solo evolucionan favorablemente, y un factor importante es que se interrumpe la actividad laboral en un 50 por ciento de las personas que lo padecemos y entre un 17, así como que un 25 por ciento se jubilarán anticipadamente. Necesitamos información y asesoramiento legal, pero se necesita también dar información y asesoramiento a los entornos judiciales, que son los que pueden ayudar también a esta incapacitación porque, si no, se queda en criterios arbitrarios. Es verdad, por ejemplo, aquí sí, que los jueces especializados en incapacidades laborales han avanzado mucho tanto en capacitación como en concienciación sobre esta enfermedad y otras incapacitantes y ya no es tan difícil como hace tan solo seis o siete años, pero sigue siendo compleja o difícil esa formación. Ahí es donde la Comunidad de Madrid debe mejorar, o en este caso aumentar.

También es cierto que en investigación, en I+D+i, no hay ahora mismo en el ámbito de la Comunidad de Madrid grandes experiencias, grandes apoyos. La sanidad catalana, por poner un ejemplo que a veces se cita, tienen ahora mismo más proyectos activados de investigación tanto en tratamiento como en el origen, incluso auspiciados por la Unión Europea, que la Comunidad de Madrid, tanto en la medicación como en el tratamiento directamente en la sintomatología.

Dicen los profesionales que un recurso importante a veces... Muchas veces en política se nos ocurre que para solucionar un problema hacemos un centro de referencia: un observatorio y un centro de referencia. No es tan importante esto como, en este caso –o eso nos dicen-, un centro de referencia o de apoyo a los propios profesionales, especialmente en atención primaria. Es importante que en atención primaria, donde se realiza ese diagnóstico, los profesionales tengan el mejor conocimiento posible para poder acortar ese tiempo de retraso en el diagnóstico. Ahí es donde creemos que, una vez más, los recursos no serían muy amplios pero sí vendría bien un recurso formativo e informativo en el ámbito del sistema público de salud que pudiera ayudar y orientar, utilizando además los recursos tecnológicos que existen, a los profesionales de la salud específicamente en atención primaria.

Finalizo. Evidentemente, vamos a apoyar la PNL. Quiero recordar que existe un plan nacional de fibromialgia y síndrome de fatiga crónica. Se aprobó en el último Ministerio de Sanidad gestionado por el Partido Socialista a nivel nacional. Creo que era un trabajo de bastantes años, de bastante diálogo, aunque no se pudo implementar al cien por cien. Es un buen plan; es de ese tipo de planes que no tiene sentido que esté guardado en los cajones. Lo haya hecho quien lo haya hecho, participaron muchos profesionales de la salud, muchas entidades como la que hoy nos acompaña, como Afibrom en la Comunidad de Madrid, etcétera, y creemos que ese trabajo debe ser puesto en práctica; se le cambia la portada y se pone el nuevo Ministerio, eso sería lo de menos, si es una cuestión de protagonismo, pero que no quede en los cajones un trabajo hecho durante muchos años que tiene mucha validez.

Por todo esto que planteo, yo también tendría la esperanza que nos ha trasladado el portavoz del Grupo Izquierda Unida, porque no tendría mucho sentido, en este caso, que el Grupo mayoritario, el Grupo Popular, no apoyara esta propuesta ya que, dicho todo esto, la proposición no de ley del Grupo Izquierda Unida es sensata en su contenido, factible en su capacidad de llevarse a cabo, económicamente no supone ningún dispendio ni nada por el estilo y, por encima de todo, beneficia a muchas personas sin que vaya en detrimento de nada; es el tipo de medidas que se puede adoptar y beneficia la calidad de vida de las personas, y para eso estamos en política. Muchísimas gracias.

La Sra. **PRESIDENTA**: Muchas gracias, señoría. Tiene la palabra el portavoz del Grupo Parlamentario Popular señor Raboso.

El Sr. **RABOSO GARCÍA-BAQUERO**: Muchas gracias, señora Presidenta. Quiero agradecer al señor Bejarano la presentación de la moción a la que el Grupo Popular ha dado lectura atenta y ha contrastado con las acciones realizadas y promovidas por la Consejería en relación con iniciativas para mejorar la salud y el bienestar de los pacientes afectados por una enfermedad que ha sido también descrita por el propio señor Bejarano. En este sentido, cabe destacar en los últimos cinco años las numerosas acciones formativas realizadas, fundamentalmente jornadas de sensibilización y motivación para profesionales, en numerosas ediciones, sobre fibromialgia y síndrome de fatiga crónica, todas ellas aproximadamente desde el año 2007 y con el objetivo de actualizar los conocimientos de los

profesionales acerca de esta enfermedad, definir criterios diagnósticos y también criterios asistenciales homogéneos que permitan un diagnóstico uniforme de la entidad en nuestra Comunidad. Se ha editado una monografía acerca de esta entidad, en concreto en una edición de 500 ejemplares que tuvo un gran éxito entre los profesionales; se han tomado numerosas iniciativas para promover la seguridad de los pacientes, y se ha colaborado en diversas jornadas de formación y promoción del tratamiento integral de pacientes con fibromialgia.

Quiero recordar aquí que todas estas iniciativas fueron merecedoras de un premio otorgado por una de las principales asociaciones de pacientes con fibromialgia el 7 de junio de 2013, y premiaba en concreto la acción de la Dirección General de Atención al Paciente en favor de los pacientes con fibromialgia. Desde un punto de vista asistencial, por tanto, parece que las capacidades terapéuticas, asistenciales y sociales desplegadas satisfacen las necesidades de la población afectada, como parece indicar el muy notable descenso en el número de reclamaciones presentadas por los afectados y recibidas por la Consejería. Todo esto teniendo siempre en perspectiva el hecho desgraciado de que estamos todavía muy lejos de conocer las bases etiopatogénicas de la enfermedad y, por supuesto, de disponer de un tratamiento que sea algo más efectivo que el meramente sintomático; ya digo que por desgracia.

Quisiera resaltar aquí que los que nos dedicamos a la profesión médica podemos recordar todavía el inicio del conocimiento o de la definición clínica de esta enfermedad, cómo al principio se discutía contundentemente que esto fuera una realidad clínica y cómo ese criterio fue cambiando poco a poco, definiéndose unos parámetros clínicos que, sin duda, serán extraordinariamente útiles para conseguir un tratamiento efectivo y etiológico de la enfermedad. Ha habido que vencer muchas reticencias de muchos profesionales y de muchas instituciones para que al final la enfermedad conocida como fibromialgia sea reconocida como tal.

Creo que la Comunidad de Madrid ahora mismo tiene un nivel de sensibilización hacia esta enfermedad muy notable. También quiero destacar la importante cooperación que existe entre las asociaciones de afectados y la Consejería de Salud; ya digo que esta cooperación, incluso, ha sido merecedora de un premio por parte de una de las asociaciones. No obstante, no creo que esté todo hecho; por supuesto que quedan cosas por hacer hasta que esta enfermedad no encuentre una solución satisfactoria y definitiva, como poco a poco se van encontrando para otras enfermedades, isiempre quedarán cosas por hacer!

¿Qué podríamos destacar como intención de la Consejería para, seguir mejorando la situación de estos pacientes? Por supuesto, la elaboración de nuevos cursos de formación a profesionales que avancen en la sensibilización y uniformización de criterios de derivación y diagnóstico; mejorar la coordinación asistencial entre los diferentes niveles asistenciales, en concreto entre atención primaria y atención especializada, poniendo en valor el indiscutible papel de la atención primaria para la detección de los pacientes, y facilitando y agilizando la remisión de esos pacientes a atención especializada para que sean atendidos por los profesionales que deban atenderlos en todo

momento. También sería deseable terminar la elaboración del texto de recomendaciones en fibromialgia, que se inició en el año 2013 y que está pendiente de finalización.

Si la propuesta del Grupo Parlamentario Izquierda Unida hubiera ido en este sentido, y esto hubiera sido fruto de un diálogo entre las fuerzas políticas, esto hubiera sido perfectamente asumible y crea que hubiera sido de un claro beneficio para los pacientes a efectos de esta enfermedad. Pero como no nos sentimos cómodos es apoyando iniciativas que dejen inmersas a las diferentes enfermedades en una especie de gueto asistencial, destinando una presupuestación específica sin una justificación clarísima que merezca tal discriminación positiva, porque, si vamos a discriminar positivamente una enfermedad asignándole una presupuestación o una acción determinada, tiene que ser perfectamente asumible por la totalidad de la población, especialmente por aquella parte de la población que está afectada por otras enfermedad crónicas, y tiene que existir una necesidad perceptible por todo el mundo que requiera esa presupuestación y esa acción de Gobierno específica.

Y, en estos momentos, consideramos que el estatus asistencial de los pacientes con fibromialgia, está lejos de ser satisfactorio desde un punto de vista médico, porque, como ya digo, hoy por hoy no se dispone de un tratamiento etiológico definitivo que resuelva de una vez la situación, más allá de un mero control, -además, no muy satisfactorio- de los síntomas, y no consideramos que la propuesta de Izquierda Unida vaya a suponer una mejora sobre los planes de acción y las iniciativas realizadas por la Consejería en los últimos años, y que tiene toda la voluntad de seguir realizando en el futuro. Por tanto, debo decir que el Grupo Popular votará en contra de la moción, pero con el convencimiento y la tranquilidad de que creemos que no supone el más mínimo avance para el confort y la salud de los pacientes.

Por otra parte, de forma muy importante y para terminar, deseo transmitir a las asociaciones de afectados la disposición reiterada de la Consejería y, sobre todo, de la Dirección General de Atención al Paciente para recibirles y atenderles regularmente para valorar nuestras capacidades, la asistencia recibida y todas aquellas indicaciones e inquietudes que consideren oportunas para elaborar soluciones a aquellos escollos que encuentren en su interacción con la Consejería de salud y, sobre todo, transmitirles la garantía de que sus necesidades asistenciales, sanitarias y sociales serán siempre atendidas con el máximo interés por el Gobierno de la Comunidad. Nada más y muchas gracias.

La Sra. **PRESIDENTA**: Gracias, señoría. Antes de iniciar la votación, solicito a los Grupos Parlamentarios que manifiesten las sustituciones. ¿Hay alguna sustitución en el Grupo Parlamentario Unión Progreso y Democracia? (*Denegaciones.*) ¿Y en el Grupo Parlamentario Izquierda Unida-Los Verdes? (*Denegaciones.*) ¿Y en el Grupo Parlamentario Socialista? (*El señor Freire pide la palabra.*) Tiene la palabra señor Freire.

El Sr. **FREIRE CAMPO**: Gracias, señora Presidenta. El señor Aguado Arnáez sustituye a doña Laura Oliva.

La Sra. **PRESIDENTA**: Gracias. ¿Y en el Grupo Parlamentario Popular? *(El señor Raboso García-Vaquero pide la palabra.)* Tiene la palabra, señor Raboso.

El Sr. **RABOSO GARCÍA-BAQUERO**: Gracias, señora Presidenta. Don José Luis Fernández Quejo, sustituye a doña Ana Abella y doña Ana Camins sustituye a don Esteban Parro.

La Sra. **PRESIDENTA**: Muchas gracias. Pasamos a la votación de la proposición no de ley. *(Pausa.)* En consecuencia, con 8 votos a favor y 10 en contra, queda rechazada la Proposición no de Ley 108/14. Pasamos a la siguiente pregunta.

**PCOC-2/2015 RGEF.7. Pregunta de respuesta oral en Comisión, a iniciativa del Ilmo. Sr. D. Enrique Normand de la Sotilla, diputado del Grupo Parlamentario Unión Progreso y Democracia en la Asamblea de Madrid, al Gobierno, sobre por qué en la Comunidad de Madrid los niños menores de 16 años están excluidos de los conciertos con clínicas privadas para la rehabilitación del daño cerebral reversible.**

Para su contestación, ruego al director general de asistencia especializada señor Alcaraz que se incorpore a la mesa. *(Pausa.)* Tiene la palabra el señor Normand.

El Sr. **NORMAND DE LA SOTILLA**: Muchas gracias, señora Presidenta. Agradezco la presencia en esta Comisión del Director General de Hospitales y de las madres de niños afectados por este problema, que han promovido una recogida de firmas por internet en "change.org/dcs", mediante la cual han conseguido, a fecha de hoy, más de 230.000 apoyos.

Señorías, el daño cerebral reversible o daño cerebral sobrevenido se puede producir por varias causas: un accidente cerebrovascular, un traumatismo craneoencefálico por falta de oxígeno, una infección encefálica o un tumor cerebral. Estas lesiones, una vez pasada la fase aguda, podrían dejar secuelas que requieran medidas de neurorehabilitación para poder recuperar total o parcialmente algunas funciones, como el habla o la movilidad.

En Madrid, actualmente, solo se benefician de esta neurorehabilitación los mayores de 16 años, pues los conciertos existentes con tres clínicas privadas excluyen a los menores de dicha edad y el Servicio Madrileño de Salud no dispone de centros propios o concertados específicos para atender a menores con daño cerebral reversible o sobrevenido.

La dejación de la Consejería de Sanidad ha llevado a que exista incluso, una sentencia judicial que condena a la Comunidad de Madrid a devolver a algunos de los padres el coste del tratamiento que han tenido que asumir por sus propios medios. Por eso, señor Alcaraz, desde Unión Progreso y Democracia le preguntamos: ¿por qué en la Comunidad de Madrid los niños menores de 16 años están excluidos de los conciertos con clínicas privadas para la rehabilitación del daño cerebral reversible? ¿Por qué han esperado hasta la reunión del Consejo de Administración del Servicio

Madrialeño de Salud de ayer para aprobar una unidad de neurorehabilitación en el hospital del Niño Jesús? Muchas gracias, señora Presidenta.

La Sra. **PRESIDENTA**: Muchas gracias, señoría. Tiene la palabra el Director General, señor Alcaraz.

El Sr. **DIRECTOR GENERAL DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA** (Alcaraz Esteban): Muchas gracias, señora Presidenta. Señores diputados, señor Normand, gracias por permitirme aclarar el motivo de su pregunta, y especialmente le aclararé la última parte. Mire, voy a describir en primer lugar cuál es la situación de la rehabilitación del daño cerebral en nuestra Comunidad.

La Comunidad tiene para los procesos de rehabilitación de niños entre 3 y 14 años un concurso abierto de rehabilitación de niños y adolescentes que, en su lote 2, oferta la rehabilitación ambulante para 230 niños de edades comprendidas entre 3 y 14 años para enfermedad neurológica, anomalías congénitas y trastornos mentales. Yo creo que coincide con el perfil clínico que usted definía. Esto es lo que venía teniendo y tiene la Comunidad de Madrid para estos procesos de rehabilitación. Este centro, que no son los tres centros a los que usted aludía –usted aludía a “la Beata”, a la Clínica San Vicente y a la Clínica San José, cuyos sus conciertos lo son para mayores de 14 años- y yo me estoy refiriendo al perfil de entre 3 y 14 años. Este centro Dionisia Plaza cuenta además, durante todo el horario de apertura, con una rehabilitación integral y algo muy importante, que es de un área escolar, absolutamente necesaria para la educación –que no la rehabilitación, que va por el otro lado-, de este tipo de pacientes.

Para niños de 0 a 6 años se dispone en la Comunidad de Madrid de otro servicio llamado centro de atención temprana, que depende de la Consejería de Asuntos Sociales, y que simplemente lo cito.

Luego, para niños mayores de 14 años hay otro acuerdo: el acuerdo marco de rehabilitación 2013 para daño cerebral adquirido, en el cual entramos en la fase de la edad comprendida entre los 14 y los 65 años.

Bien es verdad que percibimos en la Comunidad de Madrid –hay que reconocer que es así- que podíamos dar un valor añadido a una prestación que probablemente no estaba totalmente incluida en lo que era el acuerdo o el concurso abierto con el centro Dionisia Plaza, y es que hay una parcela absolutamente importante que es la rehabilitación neuropsiquiátrica o la rehabilitación cognitiva, absolutamente fundamental en este grupo etario, y es por ello que decidimos –no ya sacar a concurso sino poniendo nuestros propios medios-, instar a que algún hospital de la Comunidad de Madrid –y, desde luego, no hay mejor hospital en la Comunidad de Madrid para la atención pediátrica que el Niño Jesús- se pusiera a trabajar –y desde hace meses- para llegar a lo que finalmente llegamos, como usted bien dice –absoluta casualidad-, hace cuatro días a... (*Risas.*) Es que es así; es así porque esto no se hace en cuatro días; y en cuatro días no se presenta una propuesta, no se va a visitar el hospital, no se ven los recursos que se necesitan, y se decide poner una unidad para la atención integral a pacientes de seis a catorce años con daño cerebral adquirido, en el Niño Jesús,

que contemple tres aspectos fundamentales: la fase aguda, mientras el niño pueda estar ingresado; la fase ambulante, para que, una vez que el niño supere la fase de hospitalización, pueda seguir y continuar la escolarización, puesto que el hospital Niño Jesús, como ustedes conocen, tiene un colegio público de educación especial integrado en el propio hospital y, evidentemente, la parte que hay que poner para dotar a esta unidad de esa faceta de atención integral de la atención neuropsiquiátrica. Ese es el motivo por el cual se pondrá inmediatamente en marcha, en el hospital Niño Jesús, esta unidad para atender a este tipo de pacientes. Aprovechamos una gran parte de la capacidad asistencial que tiene el Niño Jesús y le dotaremos de los recursos que precise para prestar este tipo de atención. Muchas gracias.

La Sra. **PRESIDENTA**: Muchas gracias, señor Director General. Tiene la palabra el señor Normand.

El Sr. **NORMAND DE LA SOTILLA**: Muchas gracias, señora Presidenta. Gracias, señor Director General, por la información que nos ha dado. Efectivamente, existe el centro Dionisia Plaza, es incuestionable, pero, como usted ha dicho, no está completamente adaptado y, de alguna manera, por los hechos, están ustedes reconociendo que había un problema que, desde ayer, van a empezar a intentar resolver.

Quiero que conste en el diario de sesiones que desde UPyD hemos esperado un tiempo para que la Consejería pudiera dar una respuesta satisfactoria a este problema y, al ver que esta respuesta no llegaba hemos tramitado esta iniciativa. Nos alegramos de que, en la medida de nuestras posibilidades, hayamos promovido que la Consejería de Sanidad acabe con esta discriminación que afecta a niños y familias que merecen un trato mejor al que han recibido. Nos alegramos de la casualidad a la que ha aludido el señor Director General. Siempre nos quedará la duda de si en el Consejo de Administración del Sermas de ayer se hubiera tomado la decisión de aprobar la creación de la unidad del hospital del Niño Jesús de no saber que usted tenía que venir hoy a responder esta pregunta de UPyD, pero, insisto, nos alegramos de la casualidad.

Creemos que la creación de esta unidad es una buena noticia. Le pregunto, señor Director General, si nos puede ampliar la información: ¿esperan que empiece a funcionar en los tres meses que quedan de Legislatura? ¿En qué medida es una reordenación de recursos y en qué medida son recursos humanos y materiales nuevos? No nos ha dado estos datos por ahora. ¿La decisión del número de plazas se basa en alguna estimación de la demanda que existe? Por aportar solo algún dato oficial, la estrategia en ictus del Sistema Nacional de Salud del año 2009, del Ministerio de Sanidad y Política Social, dice: se estima que la incidencia anual, solo del ictus -que es una de las potenciales causas del problema que estamos debatiendo- oscila entre 2,3 y 13 casos por cien mil niños y año; por lo tanto, si esta estimación es correcta, serían entre 20 y 117 niños en la Comunidad de Madrid; con lo cual, probablemente 19 plazas no serían suficientes. *(El Sr. Raboso García-Baquero pronuncia palabras que no se perciben.)* Bueno, es que no solo es ictus... Es que me están aquí... ¡Presidenta, cállemelos a estos del PP! *(Risas)*.

La Sra. **PRESIDENTA**: Señorías, no entren en un debate; dejen intervenir.

El Sr. **NORMAND DE LA SOTILLA**: Gracias, Presidenta. Como decía, la decisión del número de plazas y la estimación. ¿Son plazas ambulatorias o de hospitalización? También le agradeceríamos que nos diera esta información.

Desde Unión Progreso y Democracia instamos a la Consejería de Sanidad, además de a la creación de la unidad mencionada, a modificar los criterios de inclusión de pacientes en el concierto con clínicas privadas para que incluya también a los niños menores de 16 años, porque, como puede ocurrir, si la unidad del Niño Jesús no fuera suficiente, sería necesario recurrir a un concierto.

Por último, señor Director General, sin poner en duda su palabra, le pido que en los próximos tres meses invite a los diputados de la oposición a la inauguración de dicha unidad, cuando ya esté operativa, para poder comprobar que se han cumplido las expectativas que usted ha generado hoy aquí. Muchas gracias, Presidenta.

La Sra. **PRESIDENTA**: Muchas gracias, señoría. Tiene la palabra el Director General.

El Sr. **DIRECTOR GENERAL DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA** (Alcaraz Esteban): Muchas gracias, señora Presidenta. Señor Normand, espero que esto esté en marcha antes de tres meses y, si es posible, no tendré ningún inconveniente en proponer que acudan a verlo y a presenciarlo directamente.

Desde mi punto de vista, está perfectamente dimensionada y la dotación extra de la que debe disponer el hospital Niño Jesús, que ya tiene mucho recurso, en principio, desde luego, es un neuropsicólogo, porque es la parte fundamental y, de alguna manera, es valor añadido que tiene esta unidad respecto a lo que estaba ofreciendo, y está ofreciendo el centro Dionisio Plaza, y hay que dotarlo también con un fisioterapeuta y con un logopeda como recursos adicionales, extraordinarios si usted quiere, de redistribución, como me ha parecido entender que ha comentado, sino recursos adicionales al hospital Niño Jesús para atender esta unidad, que, inicialmente está dimensionada para atender a 20 pacientes al año; si se requiriesen más pacientes al año ya estaríamos hablando de otro problema; ya lo iremos viendo, porque no toda la incidencia que usted ha comentado afecta, evidentemente, a la edad de la que estamos hablando; lo iremos viendo, señor Normand. Ahora vamos a dar el paso, vamos a abrir esta unidad, vamos a empezar a atender y vamos, sobre todo, a dar esta parte del tratamiento que, de alguna manera, faltaba, y que habíamos comentado.

Respecto a la coincidencia –y ahí están algunos de los representantes de la asociación-, hace dos o tres eses tuvimos una primera reunión con ellos. Nos hicieron percibir que podía existir este problema; en ese momento tomamos nota, y dijimos: vamos a poner a trabajar y vamos a ver qué solución le damos. Y la solución llega, y si llegó ayer o antes de ayer y hoy confirmamos que se pone en marcha, permítame que insista en que es una casualidad.

No sé qué más preguntas concretas así, concretas y claras me ha querido formular usted; le he dicho que hay un compromiso de que lo ponemos en marcha ya... (El Sr. **NORMAND DE LA SOTILLA**: *¿Son plazas ambulatorias o de hospitalización?*) Inicialmente, ambulatorias. Una de las características que le queremos dar es la continuidad, porque, ahora mismo, en el centro Dionisio Plaza hay niños que pasan al centro -puesto que solo da atención ambulatoria- después de estar un tiempo, habitualmente prolongado, en un régimen de hospitalización; con lo cual, hay un desfase: tras cuatro, cinco, incluso seis meses de hospitalización en un centro, el niño, después, pasa a régimen ambulatorio en otro centro. Pretendemos que haya continuidad, que se comienza precozmente, mientras el niño ya está hospitalizado y que cuando el niño reciba el alta pase al régimen ambulatorio; de este modo, el niño sigue escolarizado y recibiendo desde un principio la rehabilitación cognitiva o neurorehabilitación que comentábamos. Muchas gracias.

La Sra. **PRESIDENTA**: Muchas gracias, Director General. Pasamos al siguiente punto del orden del día.

**PCOC-98/2015 RGE.P.443. Pregunta de respuesta oral en Comisión, a iniciativa del Ilmo. Sr. D. Eduardo Raboso García-Baquero, diputado del Grupo Parlamentario Popular en la Asamblea de Madrid, al Gobierno, sobre actuaciones que realiza la Comunidad de Madrid en relación con las enfermedades raras.**

Para su contestación, ruego al director general de Atención al Paciente don Julio Zarco que ocupe su lugar en la mesa. (*Pausa.*) Buenas tardes, señor Director General. Tiene la palabra el señor Raboso.

El Sr. **RABOSO GARCÍA-BAQUERO**: Muchas gracias, señora Presidenta. Quisiera agradecer ante todo la presencia de don Julio Zarco. La pregunta que deseo plantear es si puede aclarar las actuaciones que realiza en estos momentos la Comunidad de Madrid en relación con las enfermedades raras. Muchas gracias.

La Sra. **PRESIDENTA**: Muchas gracias, señoría. Tiene la palabra el Director General.

El Sr. **DIRECTOR GENERAL DE ATENCIÓN AL PACIENTE** (Zarco Rodríguez): Muchas gracias, Presidenta. Señor diputado, muchísimas gracias por esta pregunta. Voy a tratar de poner de manifiesto con pinceladas muy cortas y concisas la inmensa mayoría de actuaciones que se están llevando a cabo desde la Consejería, y más concretamente desde la Dirección General de Atención al Paciente, en materia de tratamiento, manejo y acercamiento con las enfermedades poco frecuentes.

En aras de agilizar de la contestación, me van a permitir ustedes que lo lea; no está en mi naturaleza leer cosas, pero creo que, como son muchas las acciones, de esa manera se va a poder concretar mucho más cuáles son las acciones que se están llevando a cabo en la Comunidad de Madrid. En la Comunidad de Madrid existen profesionales y unidades de experiencia probada en la

atención a estas enfermedades. El Servicio Madrileño de Salud, a través de la Dirección General de Atención al Paciente, ha priorizado las acciones en las líneas de información, prevención y atención, teniendo en cuenta los siguientes aspectos: primero, el conocimiento dispar y muchas veces escaso acerca de estas patologías entre los propios profesionales, con las consiguientes dificultades en el diagnóstico. Segundo, la necesidad de reconocer por parte de los ciudadanos y profesionales sanitarios que los atienden los centros hospitalarios donde se concentra la atención de un mayor número de casos de estos enfermos y los profesionales implicados en estas patologías -es lo que nosotros denominamos unidades de experiencia de la Comunidad de Madrid-; para ello se ha articulado -lo veremos después- la guía de enfermedades poco frecuentes. Tercero, la necesidad, en muchos casos, de efectuar seguimientos multidisciplinarios que precisan de varios especialistas a la vez, con lo cual la organización interna del hospital tiene que adaptarse lógicamente a las necesidades de estos pacientes y sus familias. Cuarto, tender a la convergencia en pocos centros en coherencia con el planteamiento global que la Unión Europea y entidades como Eurordis ha considerado para la atención a estos pacientes y familiares.

En definitiva, salen más de trece acciones, pero voy a decir simplemente las cuatro o cinco que creo más relevantes. La primera, como acabo de mencionar, es la Guía de enfermedades poco frecuentes o Guía de enfermedades raras; la estrecha colaboración entre la Dirección General de Atención Especializada y la Dirección General de Atención al Paciente ha permitido desarrollar un mapa de unidades de experiencia llamado oficialmente Guía de enfermedades poco frecuentes. Con esta guía, la Consejería de Sanidad crea un espacio dinámico que se actualiza periódicamente, en el que se incluye un listado de enfermedades raras y para cada una de ellas se visualizan sobre un mapa de la Comunidad de Madrid los hospitales del Servicio Madrileño en los que se atiende el mayor número de casos de cada una de las enfermedades que se contemplan en este listado inicial, incluyendo a la vez los enlaces a la página web de la asociación correspondiente o a la Federación de Enfermedades Raras, Feder; es decir, tratando de facilitar que las asociaciones formen parte como un recurso sanitario más para la sociedad. Esta guía también cuenta con la estrecha colaboración, como acabo de decir, de la delegación de Madrid, de la Federación Española de Enfermedades Raras, Feder Madrid, y recoge la voz de los pacientes al atender una demanda de incluir diferentes entidades nosológicas de forma progresiva en la citada guía. Antes de publicar los centros hospitalarios con más experiencia para cada enfermedad, la Dirección General de Atención al Paciente, una vez recibidos los datos de los hospitales, los contrasta y consensua con Feder Madrid para que esos datos sean los que se corresponden también con los datos que tiene la propia asociación. Asimismo ese trabajo es sumamente útil para la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid a la espera de que se definan los CSUR en enfermedades raras por parte el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. A lo largo de la próxima semana, concretamente el día 23 de febrero, se incluirán ocho enfermedades más en la guía de enfermedades poco frecuentes; en total son 29, y las iremos ampliando sucesivamente. A su vez se incluirá no solamente el hospital donde se atienden más enfermedades raras sino el servicio clínico y hasta un total de tres profesionales que atienden, nominalmente -con nombres y apellidos-, en ese servicio hospitalario, en ese hospital. Por lo tanto, como pueden ver, la inclusión de estos profesionales garantiza fundamentalmente la accesibilidad de

los ciudadanos a saber en qué hospital, en qué servicio hospitalario y qué profesionales son los que atienden esas patologías.

En segundo lugar, hay que destacar el gestor del caso. ¿Qué entendemos por gestor del caso y cómo se está gestionando? A lo largo del año 2012 se comienza a trabajar en la figura del gestor del caso de enfermedades raras. Esta figura es fundamental en las enfermedades raras y supone un trabajo interdisciplinar importante, con implicación de varios especialistas y distintos departamentos del hospital. Este es el caso que he comentado antes de que son patologías de alta complejidad donde a veces se involucran hasta cinco y seis servicios hospitalarios diferentes. Por lo tanto, es muy importante, desde la burocracia y la Administración, desde gestionar de manera coherente y unificada citas hasta el abordaje integral de todos estos profesionales y todos estos servicios en atención al paciente. Entre el año 2013 y 2014 se han implementado gestores de casos de: distonías, en el hospital clínico San Carlos; síndrome de Apert, en el hospital universitario Doce de Octubre; neurofibromatosis, en el hospital universitario La Paz; enfermedad de Steiner, en el hospital universitario Infanta Sofía, y en este momento estamos con la implantación del quinto, que es narcolepsia, en el hospital Gregorio Marañón.

En tercer lugar, aparte del gestor del caso, es importante el programa de cribado neonatal universal. Es preceptivo mejorar el diagnóstico precoz, incluido el prenatal, facilitando el acceso y la agilización de los procesos de derivación a los servicios clínicos con experiencia en la atención a este tipo de enfermedades. Por ello, la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid acordó la ampliación del programa de cribado neonatal universal incorporando la detección de catorce enfermedades metabólicas congénitas de aminoácidos, ácidos grasos y ácidos orgánicos, mediante una nueva tecnología que comenzó a aplicarse ya hace algunos años; permite realizar, en una única extracción de sangre y a partir de las 48 horas, el análisis de estas metabolopatías.

En aras, nuevamente, de la rapidez en la respuesta y en relación con la necesidad de productos sanitarios, hay muchas enfermedades que necesitan productos sanitarios concretos. Por ejemplo, en el caso de los pacientes de epidermolisis bullosa se detectaron las necesidades de productos sanitarios coadyuvantes, materiales de cura y otros dispositivos médicos como gasas, vendas, etcétera. Para ello, la Dirección General de Atención al Paciente desarrolló un registro de pacientes afectados por la citada enfermedad, con la relación de productos sanitarios necesarios para su cura. En este sentido, se ha contado con la colaboración de dos especialistas dermatólogos expertos en la materia pertenecientes a los hospitales La Paz y Niño Jesús. Asimismo la Dirección General de Atención Primaria ha facilitado que el suministro de estos productos específicos sea una realidad.

Les resumo más aún: registro de enfermedades raras. Desde el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad surge la iniciativa de ir trabajando en un registro de enfermedades raras en la Comunidad de Madrid. Este trabajo está siendo liderado en estos momentos por la Dirección General de Atención Primaria, concretamente por la Subdirección de Prevención y Promoción de la Salud; para ello se va a percibir una subvención proveniente de dicho Ministerio de alrededor de

44.862 euros -presupuesto de 2014, fecha contable 13 de noviembre de 2014-. En el momento actual se están llevando a cabo reuniones entre la Dirección General de Atención Primaria Especializada y la Dirección General de Atención al Paciente, con lo cual esperamos que posiblemente en breve, en un mes o dos como mucho, podamos ya tener un registro de enfermedades raras vinculado al registro nacional del Ministerio de Sanidad.

Siguiente cuestión: hoteles hospitalarios. Desde el pasado mes de octubre, la Consejería de Sanidad ha desarrollado un convenio de colaboración que permite facilitar en determinados hoteles a los familiares de primer grado de pacientes que van a ser intervenidos en determinados centros sanitarios del Servicio Madrileño de Salud; es decir, familias, bien del extrarradio de Madrid, bien incluso de fuera de Madrid, que pueden utilizar determinados hoteles que sean cercanos al centro hospitalario y puedan beneficiarse de la cercanía y la agregación familiar.

Siguiente cuestión: tríptico de cuidadores de pacientes. Fruto de las actividades subvencionadas por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, las Direcciones Generales de Atención al Paciente y Atención Primaria y la Oficina Regional de Cuidados Paliativos han elaborado dos documentos en formato tríptico destinados a facilitar y mejorar la calidad de vida de los cuidadores de pacientes. Por este motivo, la Dirección General de Atención al Paciente consideró especialmente oportuno, en este último caso muy brevemente, hacer llegar a la Federación de Enfermedades Raras, Feder, 1.500 ejemplares de este documento para su difusión entre sus asociados.

Si la Presidenta me permite treinta segundos -para, insisto, no engordar la intervención-, diré que tenemos otras actuaciones como, por ejemplo, las que van encaminadas a la sensibilización de profesionales sanitarios y población general. Saben ustedes que tenemos una página web, que es "Portal Salud", que va destinado a todos los ciudadanos de la Comunidad de Madrid, en la que hay un espacio concreto que se titula "Sabías qué" donde vienen reseñas sobre enfermedades raras, recursos sociales, recursos de las asociaciones de pacientes, etcétera. Sin lugar a dudas, también se está realizando una importante labor en las iniciativas de investigación y formación a profesionales; de hecho, se está realizando formación a médicos de familia y a médicos de atención especializada y pediatras sobre el tema de detección precoz de enfermedades raras. Se han realizado múltiples cursos a lo largo de este último año, en total y afortunadamente 25 o 26 cursos, muy especialmente en epidermolisis bullosa porque se había detectado que existía una importante, digamos, laguna formativa.

Por último -y ya termino-, unidad pediátrica de enfermedades raras del hospital Doce de Octubre. Esta unidad atiende a pacientes con enfermedades raras y, además, cuenta con la incorporación de un psicólogo para el apoyo a estos pacientes. La Ley de Libertad de Elección permite que los pacientes puedan optar por dicho centro sanitario. En casos como aniridia, que es una patología poco frecuente -en el Programa Niño Sano, como ustedes saben, está incluida la detección precoz de la agudeza visual-, la Asociación Española de Aniridia solicitó la colaboración de la Dirección General de Atención al Paciente para la difusión de material informativo relacionado con la detección

precoz de problemas visuales en los centros de salud de atención primaria y hospitales con servicio de neonatología. Asimismo la Dirección General participó en la difusión de la campaña: sobre Aniridia, "Míranos, mírales" con motivo de la celebración del Congreso Nacional de la Sociedad Española de Oftalmología.

Respecto a la microsomnia hemifacial y síndrome de Apert, decir que se han efectuado las gestiones oportunas tendentes a la administración de tratamientos de ortodoncia en pacientes afectados dado que se considera que la ortodoncia en estos casos, por motivos médicos, no estéticos, es un servicio incluido en la cartera de servicios; en este caso destacan los tratamientos provistos por el hospital universitario Doce de Octubre.

Podría seguir con otras múltiples acciones; estoy a su entera disposición. Lo único que quiero comentarles que todo esto ha sido posible por la estrecha relación entre la Dirección General de Atención al Paciente y Feder, tanto nacional como madrileña, aproximadamente en estos últimos seis meses hemos tenido diez reuniones de trabajo, existe una comisión mixta de trabajo donde todas las acciones sobre enfermedades raras pasan por el filtro y la decisión conjuntamente del Sermas y de la Federación de Enfermedades Raras. Y también quiero decir que en estos momentos estamos ultimando la creación de un posible convenio marco entre Feder y el Servicio Madrileño de Salud para meter todas estas iniciativas y generar una hoja de ruta en los próximos cuatro años para volver lógicamente a potenciar que en vez de que nuestro mapa tenga 29 enfermedades tenga muchas más, que multipliquemos los cinco gestores del caso, etcétera.

Simplemente quiero decir, señora Presidenta -y de verdad termino, no es mentira- que somos la única Comunidad que, efectivamente, tiene un mapa de enfermedades poco frecuentes, que tenemos 29 recursos de momento y que somos la única Comunidad con gestor del caso, como ha pedido Feder en su punto 2 de reivindicaciones de asuntos que se deben abordar. Muchísimas gracias, señora Presidenta.

La Sra. **PRESIDENTA**: Muchas gracias, señor Director General. Nunca he visto 30 segundos más largos. Tiene la palabra el portavoz del Grupo Parlamentario Popular.

El Sr. **RABOSO GARCÍA-BAQUERO**: Muchas gracias, señora Presidenta. Quisiera comenzar mi intervención denunciando la usurpación de mis funciones realizada por el portavoz del Grupo Parlamentario Unión Progreso y Democracia trayendo al Director General de Atención Especializada a hablar aquí de los logros de la Consejería y de los avances en una cuestión tan importante como el daño cerebral y la recuperación del daño cerebral reversible, lo que, evidentemente, es una usurpación de mis funciones. Por otra parte, quiero agradecerle que me ayude a disminuir mi carga de trabajo.

Por lo demás, y pasando al tema por el que le he convocado a esta Comisión, señor Director General de Atención al Paciente, quiero ante todo que quede constancia de que para el Grupo Parlamentario Popular en la Asamblea de Madrid las enfermedades raras son una cuestión de salud absolutamente prioritaria por muchos motivos: en primer lugar, porque es un grupo extremadamente

heterogéneo, con unos requerimientos asistenciales muy variados, muy intensos, y con unas necesidades de soporte francamente importantes no ya asistenciales sino también a nivel social. Por tanto, señor Director General, nos va a permitir usted que, como ya viene siendo habitual, el Grupo Parlamentario Popular le convoque regularmente para que nos comunique cuáles son las innovaciones y las aportaciones del Gobierno de la Comunidad para mejorar la calidad de vida de los pacientes con enfermedades raras.

Me han llamado la atención varias de las cosas que usted nos ha comunicado: la elaboración de guías de enfermedades raras, que me parece absolutamente fundamental; los abordajes multidisciplinarios que para las patologías complejas suponen una filosofía médica absolutamente irrenunciable hoy en día, y que probablemente marcan el futuro de la asistencia sanitaria de este tipo de pacientes; la convergencia de centros de referencia; la colaboración entre la Dirección General de Atención Especializada y la Dirección General de Atención al Paciente para identificar capacidades en centros y profesionales; la colaboración estrecha con las asociaciones; la figura del gestor del caso, que me parece algo sencillamente clave y excepcionalmente importante para los pacientes con enfermedades raras; las múltiples medidas específicas para diversas entidades específicas; el registro de enfermedades raras, que es un punto de inflexión para estos pacientes; y cosas como, por ejemplo, los hoteles hospitalarios, que, evidentemente, mejoraron mucho la vida de los familiares de los pacientes. Pero lo más importante de todo es que cada vez que se le convoca a usted a esta Comisión para comentarnos los avances en el manejo de pacientes con enfermedades raras nos trae usted nuevas iniciativas que superan y complementan a las previas, lo que, evidentemente, confirma que la Consejería no se conforma con lo que ya ofrecen a estos pacientes sino que tiene el máximo interés en que la asistencia que se les presta sea cada vez más y mejor. Muchísimas gracias.

La Sra. **PRESIDENTA:** Muchas gracias, señoría. Pasamos al siguiente punto del orden del día.

**PCOC-201/2015 RGEF.727. Pregunta de respuesta oral en Comisión, a iniciativa del Ilmo. Sr. D. José Manuel Freire Campo, diputado del Grupo Parlamentario Socialista en la Asamblea de Madrid, al Gobierno, sobre opinión que le merece al Gobierno la situación en el Hospital Universitario La Princesa.**

Para su contestación, ruego de nuevo al señor Director General de Atención Especializada, señor Alcaraz, que ocupe su lugar en la mesa. *(Pausa.)* Tiene la palabra el señor Freire.

El Sr. **FREIRE CAMPO:** Gracias, señora Presidenta. Buenas tardes, señor Director General. Como nunca suele venir el Consejero, le doy a usted la bienvenida aquí.

Pregunto hoy, en nombre de mi Grupo, sobre la situación del hospital universitario La Princesa. Como usted sabe, todos los jefes de servicio, menos uno, han firmado una petición de que el Sermas, la Consejería, destituya al Director Gerente. Creo recordar que, en diciembre, un grupo de

médicos del hospital se entrevistó con el entonces consejero Javier Rodríguez; parece ser que hace unos días -si no ayer, anteayer- el Consejero ha estado también visitando el hospital, con lo que, indudablemente, existe un malestar y una tensión en el hospital, y mi pregunta es: qué le pasa a ese hospital, cómo lo ven ustedes, qué piensan hacer para que ese hospital recobre la paz espiritual y el ritmo de trabajo normal.

La Sra. **PRESIDENTA**: Muchas gracias, señoría. Tiene la palabra el Director General.

El Sr. **DIRECTOR GENERAL ATENCIÓN ESPECIALIZADA** (Alcaraz Esteban): Muchas gracias, señora Presidenta. Buenas tardes nuevamente, señorías. Señor Freire, muchas gracias también por traer esta pregunta de absoluta actualidad y candente.

Como usted bien ha dicho, hace poco, hará dos o tres meses, efectivamente se recibió esa carta en la que, de manera poco clara, se solicitaba la dimisión del Gerente, sin más. Evidentemente, cuando eso ocurre, lo primero que hay que hacer es reunirse con los firmantes y aclarar exactamente qué es lo que está pasando y qué es lo que ocurre en el hospital La Princesa, cosa que yo no sé si el anterior Consejero o no, porque no lo recuerdo, pero sí recuerdo que hemos tenido una reunión el viceconsejero Manuel Molina y yo mismo con los representantes de esa numerosa carta. Asimismo, hemos tenido una reunión el Viceconsejero y yo con la junta técnico-asistencial del hospital y el Consejero actual ha tenido una reunión también. ¿Por qué? Es lo principal desde mi punto de vista: porque hay que hablar, entendernos, que nos trasmitan directamente qué es lo que ocurre y analizar y conocer cuál es la situación.

Usted ha terminado diciendo "para que recupere la actividad asistencial normal". Esas han sido sus palabras. Yo le voy a dar a usted algunos datos para que nos situemos en cuál es la situación, porque a mí es una de las cosas que más me preocupan. Evidentemente, lo primero que me preocupa de un hospital es que tenga actividad asistencial. Por eso, le voy a dar algunos datos comparativos de actividad del hospital La Princesa del año 2010 antes de "la crisis concreta" -no hablo de la crisis económica que hemos tenido sino la crisis particular que sufrió el hospital La Princesa-, porque un hospital la sufre cuando se modifica, se le va a cambiar y se le va a definir, como ocurrió con el hospital La Princesa -si no me equivoco, en el año 2012- su perfil asistencial.

Los datos son los siguientes: en el año 2010 tenía una población asignada de 327.000 habitantes; en el año 2014, 312.000. En el año 2010 atendió 89.600 urgencias; en el año 2014, 89.500. En el año 2010 tenía 550 camas instaladas; en el año 2014, 564. En el año 2010 dio 15.340 altas; en el año 2014, 14.960. En el año 2010 tenía una estancia media de 9,6; en el año 2014, de 9,07. En el año 2010 hizo 13.995 intervenciones quirúrgicas; en el año 2014, 14.577. En el año 2010 hizo 113.000 primeras consultas; en el año 2014, 120.000. Le voy a dar los datos sobre la actividad del hospital de día oncohematológico; no le voy a dar datos de toda la actividad del hospital de día porque no son comparables, porque se incluyó en estos años la actividad del hospital de día psiquiátrico. (El Sr. **FREIRE CAMPO**: *Yo no le pregunto por eso.*) Le voy a decir cuál es el nivel de actividad asistencial que tiene, porque usted dice: para que recupere. La recuperación asistencial se

ha producido ya ahora mismo porque está en los mismos indicadores asistenciales que tenía en el año 2010, incluso más. Termino con estos datos. Desde el punto de vista de exploraciones, en el año 2010 hizo 9.800 resonancias y en 2014, 12.500; 18.000 escáner en 2010 y 22.000 en 2014; 2.700 mamografías en 2010 y 4.600 en 2014, porque se incorporó una parte del programa Deprecam. En cuanto a la radiología intervencionista, entre diagnóstica y terapéutica, en el año 2010 hicieron 2.800 y en 2014, 4.400 intervenciones.

Desde el punto de vista asistencial, no me preocupa. En cuanto al clima que se vivía, los jefes nos transmitieron la preocupación por la incertidumbre en la que vivían; que seguían teniendo la sospecha de que por parte de la Comunidad se fuera a cambiar el perfil del hospital de la Princesa. Evidentemente, hablamos con los profesionales y les transmitimos tranquilidad, seguridad y datos de que eso no iba a ser así. Creo que se ha recuperado, quiero pensar que se está recuperando, aunque, evidentemente, se han analizado algunas circunstancias –ahora las voy a comentar también, señor Freire- que, de alguna manera, habría que ir corrigiendo.

Miren, desde el punto de vista de infraestructuras, en estos últimos cuatro años se ha hecho una inversión de cerca de 10 millones de euros en el hospital de la Princesa; todo ello con cargo al propio presupuesto del hospital. Se ha hecho una reforma integral y del equipamiento del área de reanimación quirúrgica; se han remodelado las áreas de hospitalización. Es un hospital viejo que precisa remodelación integral en cuanto a suelos, electricidad, fontanería, etcétera, y ha afectado exactamente a los controles de enfermería de nueve plantas. Asimismo, se ha instalado un nuevo acelerador lineal, un nuevo TAC de 64 cortes, una nueva gammacámara y toda la monitorización central de la UVI.

En proyectos de innovación, el hospital de la Princesa siempre ha estado a la cabeza. Este hospital ha sido uno de los primeros en poner en marcha ese concepto de hospital sin papeles, con el concepto de la historia clínica electrónica que estamos implantando en todos los hospitales; el primero en implantar el hospital sin papeles fue el hospital de La Princesa. Tiene otros proyectos, como el Promete y el Paper para la asistencia domiciliaria; el de telemedicina para que los pacientes que después del ingreso puedan ser monitorizados, para hacerles el seguimiento ambulatorio. También ha puesto en marcha una unidad de terapias biológicas que ha permitido optimizar y garantizar mejores rendimientos y más eficiencia en los tratamientos farmacológicos con este tipo de terapias. Por supuesto, participa en el código infarto, en el anillo de la radiología intervencionista. También lleva a cabo proyectos pioneros y actualmente se están implantando consultas no presenciales, interconsultas y consultas de atención primaria vía telemática.

En cuanto a calidad, también es un hospital que sigue siendo innovador; tiene certificado el servicio de medicina interna, tiene certificado el servicio de análisis clínicos, el banco de sangre, y acreditada la unidad de ensayos clínicos en fase 1. (El Sr. **FREIRE CAMPO**: *Yo no pregunto por eso.*) La recuperación del hospital de la Princesa es el hospital de la Princesa. En cuanto a seguridad, tiene planes de absoluta primera línea. Y, en investigación, tiene el instituto de investigación, acreditado por el Instituto Carlos III.

En cuanto a recursos humanos, que es una de las cosas que nos tocaba analizar y evaluar, puedo decirle que durante el año 2014 todas las jubilaciones que se han producido se han solicitado y se han autorizado; que se ha cubierto exactamente el 90 por ciento de las bajas por IT en el personal facultativo y más del 60 por ciento de las bajas por IT en el resto del personal, y que, fruto de las últimas reuniones que hemos tenido con los profesionales, hemos analizado la necesidad de incrementar algunos recursos humanos. En concreto, se van a poner en marcha algunos planes para reforzar algunos servicios tanto de personal facultativo como de personal de enfermería en una primera fase, hasta un total de 36 profesionales que hay que incrementar. Solo en el año 2014 se sustituyó el cien por cien de las jubilaciones, pero evidentemente algunos servicios necesitaban algún tipo de refuerzo. Es por ello por lo que estimo que, si bien había esa sensación de temor sobre el hospital de la Princesa de: nos van a cambiar, nos van a desmantelar –palabra que no me ha gustado nunca, y lo he dicho más veces en este estrado; no me gusta la palabra desmantelar para referirse a un hospital-, pues ni muchísimo menos, ni desmantelado ni abandonado. El hospital La Princesa es un hospital de primera línea y seguirá prestando la atención sanitaria que, como ha visto, creo que está alcanzando y que está prestando.

La Sra. **PRESIDENTA**: Muchas gracias, Director General. Tiene la palabra el señor Freire.

El Sr. **FREIRE CAMPO**: Gracias. A tenor de lo que ha dicho usted, señor Director General, constato que los jefes de servicio están muy desorientados. Resulta que piden la dimisión del Gerente; la piden y firman todos, cosa absolutamente insólita, de la que nunca he tenido noticia que ocurriera en ningún otro hospital de Madrid ni de ningún otro lugar. ¡Y a usted le parece que todo está normal! Resulta que se reúnen con el Consejero anterior y con todos los altos cargos de la Consejería varias veces y continuamente y todo está normal. Señor Director General, usted viene aquí a responder a las preguntas que le hace un diputado modestamente, no a decirnos unas cifras que no tienen nada que ver. Me parece una falta de respeto. Los jefes de servicio de este hospital tienen un problema con la gerencia del hospital, y usted no me dice nada. Usted puede decir: mire, prefiero no responder.

Díganme ustedes por qué mantienen a un gerente de un hospital respecto al que personal tan importante como los jefes clínicos de servicio firma que se tiene que ir. Dígame usted qué pasa, por qué ese malestar, por qué ese desconcierto. ¿Cómo está actuando la Gerencia? ¿Qué hay? Porque a mí me han contado algunas cosas y algunos detalles –lo sabe usted-; por ejemplo, de las actitudes del gerente, del equipo directivo. Pues viene usted al Parlamento para decir esto, no para marear la perdiz.

¿Cuál es el problema? ¿Es un problema de plantilla? ¿Es un problema de presupuesto? Ciertamente, hay un problema de plantilla; se lo plantean ellos. Tengo aquí una copia de una carta que les manda a ustedes la junta el día 15 de enero en la que dicen: “Por la presente, le comunicamos que el martes, 13 de enero de 2015, hemos informado a todos los jefes del hospital del resultado de esta reunión mantenida en la Consejería el día 23 de diciembre.” ¿Piensan ustedes recibir a todos los equipos directivos, a todas las juntas asistenciales de todos los hospitales de Madrid? ¿No hay algo excepcional en lo que sucede en este hospital que les llame la atención? ¿Por qué criterios

nombraron a este director gerente y por qué se resisten a cesarlo? ¿Qué pasa? Tal como parece ser el caso, estamos a final de Legislatura y no quieren escándalos. ¿Quiere usted más escándalo que el que todos los jefes de servicio, sin excepción pidan que se vaya el gerente? Solo conozco una excepción, es amigo mío, cirujano torácico; entiendo sus motivos y le honran, porque el agradecimiento es algo que debe ser valorado siempre.

Señor Director General, no venga a aquí, a la Asamblea, cuando le planteo un problema, a contarme cuentos sobre cuál es el nivel de actividad. Si yo miro la memoria del hospital de 2013 sabría comparar; hasta ahí llegamos, y conozco las excelencias de ese hospital, que es el que corresponde por cercanía y por otras cosas. Estamos planteando una cosa: hay un problema con un equipo directivo y con su gerente, por el que todos los jefes de servicio clínico... Pero ¿qué clima cree usted que puede haber en un hospital donde todos firman en contra del gerente? Hay un problema si usted dice: no puedo hablar. En la Consejería hemos decidido que esto no se comenta. ¡Dígalo! ¡Dígalo, no pasa nada, yo lo entendería! Como entienden todos los médicos del hospital que estamos a final de ciclo electoral, quedan menos de cien días para las elecciones y no quieren desmonta... He traído aquí más de una vez y les he planteado al principio de la Legislatura el único acuerdo que tiene sentido para los ciudadanos entre partidos políticos, es un acuerdo sobre las reglas. En representación de mi Grupo, lo primero que le planteamos al Partido Popular en la oposición propositiva que hemos hecho a través de las mociones es un acuerdo para cambiar el método de gobierno en los hospitales, para que el director del hospital no sea alguien a quien se le nombra a dedo por afinidades, sean políticas, familiares, propias o ajenas –insisto: familiares, propias o ajenas-, sino que sea en base a sus méritos, a su capacidad; que no tenga que dar cuentas ante el que le ha nombrado, sino que dé cuentas ante un órgano colegiado como sucede en todo el mundo.

Señor Director General, nuestros médicos, este hospital, hace la misma medicina que se hace en Estocolmo o en Londres, pero tiene una estructura organizativa su hospital que no me atrevo a ponerle país, pero ciertamente no es una estructura europea. Desde mi Grupo hemos planteado en la Asamblea cambiar esto; lo llevaremos en nuestro programa. Y ustedes están viendo en este caso -y en otros más que saltarán próximamente, se lo garantizo, señor Director General- que nombrar a los directores de hospital a dedo, como hacen ustedes, haberse negado a acordar lo único que es importante para los ciudadanos, que lleguen a acuerdos los partidos políticos, que son reglas de buen gobierno, no sirve. Además, resulta que ustedes a este hospital les han quitado del presupuesto, respecto al año pasado, creo recordar que 4,5 millones. Por otro lado, según veo, las diferencias en los presupuestos no casan nunca, y hay un problema, pero no es un problema de plantilla o de dinero, que sí, es un problema de confianza en un tipo de gestión que, señor Director General, es hora de que acabe. Y si usted sabe que existe un consenso profesional, también técnico, de que los hospitales, la sanidad pública se gobierne de otra manera. Y esto creo que es de lo que irán las elecciones de mayo, no de que ahora mantengan contra viento y marea, contra la firma de todos los profesionales a un director de hospital que, cuando ha ofendido de tal manera -lo que fuere- a gentes tan relevantes y que quieren tanto a su hospital, ustedes deberían cesar. Muchas gracias.

La Sra. **PRESIDENTA**: Muchas gracias, señor Freire. Tiene la palabra el Director General.

El Sr. **DIRECTOR GENERAL DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA** (Alcaraz Esteban): Muchas gracias, señora Presidenta. Señor Freire, en primer lugar, en absoluto he querido faltar al respeto, de ninguna manera. Sé que es lenguaje coloquial. Usted me pregunta por la situación del hospital, y a mí la situación del hospital que primero me preocupa es la asistencial. Y usted también ha hecho referencia en su primera intervención a ello cuando pregunta si la situación asistencial del hospital está recuperada.

El debate sobre los nombramientos de los gerentes, si se tienen que hacer una manera de otra, evidentemente no nos corresponde planteárnoslo ahora. En absoluto vamos a discutir cómo hay que hacer o cómo no hay que hacerlo. Hoy los gerentes de los hospitales son cargos de confianza, y le puedo a usted asegurar que, percibida en esa nota la desconfianza que existía –porque así nos lo hicieron ver en una carta, como usted bien ha dicho–, nosotros los primero que hicimos fue reunirnos con todos los firmantes Junta Técnico Asistencial -los que lo han firmado–, hablar con ellos y plantear una salida a esa situación. Y la salida a esa situación es un análisis de cuáles eran los principales problemas que había que motivaban esa falta de confianza y que uno de ellos era –y usted lo ha comentado–, evidentemente, que parecería que estábamos en inferioridad de condiciones de trato respecto –es lo que nos planteaban– a cómo se están manejando los recursos humanos en otros hospitales. Hemos analizado exhaustivamente ese planteamiento en cuanto a qué recursos se necesitan, y en una primera fase se están corriendo y con participación absoluta de los profesionales y de la dirección del hospital, que es la que nos está haciendo las propuestas, puesto que la dirección del hospital se ha reunido con todos y cada uno de los jefes de servicio. Por mi parte, nada más, señor Freire. Muchas gracias.

La Sra. **PRESIDENTA**: Muchas gracias, señor Director General. Pasamos al siguiente punto del orden del día.

**PCOC-203/2015 RGEP.729. Pregunta de respuesta oral en Comisión, a iniciativa del Ilmo. Sr. D. José Manuel Freire Campo, diputado del Grupo Parlamentario Socialista en la Asamblea de Madrid, al Gobierno, sobre parámetros del cuadro de mando de las urgencias hospitalarias.**

Para formular la pregunta, tiene la palabra el señor Freire.

El Sr. **FREIRE CAMPO**: Gracias, señora Presidenta. Gracias de nuevo, señor Director General. Sabe usted que siempre hemos apreciado en esta Comisión tanto mi Grupo como yo su talento y sus buenos modales. Mi pregunta es simple y clara. Sabe que mañana hay una interpelación al Consejero de la que saldrá una moción sobre Urgencias, por lo tanto, como en general en esta Asamblea los diputados preguntamos por unas cosas y se nos responde otra, he querido aclarar únicamente un extremo, que es el siguiente. Hemos debatido en alguna otra ocasión el tema de las urgencias en la Asamblea de Madrid, exactamente en marzo de 2014 registré una pregunta al Gobierno por escrito sobre la copia del cuadro de mandos de los servicios de urgencias de dos

hospitales de la red de utilización pública del Sermas de 2013 y de los meses de enero y febrero de 2014. Hacía esta petición en marzo de 2014 en formato hoja de cálculo reutilizable por el usuario, que es lo civilizado, lo que nosotros haremos si gobernamos y lo que yo les pedía. Bien, me contestan ustedes el 27 de agosto y me llega a mí el 2 de septiembre de 2014 la siguiente respuesta – literalmente-: “En relación con la iniciativa referencia, se informa que en estos momentos se está desarrollando una herramienta de gestión importante para los servicios de urgencia que son los cuadros de mando, los cuales recogen los principales indicadores y los presentan de modo claro y útil.” Estos cuadros de mandos nos informan de la evolución de los parámetros fundamentales de las urgencias, –punto y aparte-. Asimismo, permiten la comparación de la actividad y calidad de la atención de los centros de forma transparente y la valoración de las posibilidades de mejorar los mismos, -punto y aparte-.

Por lo tanto, una vez terminado, serán herramienta de enorme valor en la atención sanitaria de la población de la Comunidad de Madrid.”

Este diputado pide exactamente lo que dice la pregunta: ¿cuáles son estos datos que entran en los parámetros en el cuadro de mando? ¿Los tiene elaborados? ¿Dónde estaban? ¿Cuáles son? ¿Qué datos tienen? ¿Cuándo lo hicieron? Este tipo de cosas. Así yo, mañana evito preguntar al Consejero estos detalles tan técnicos, como me dirá él, y puedo hablarle de cosas con más sustancia.

La Sra. **PRESIDENTA**: Muchas gracias, señoría. Tiene la palabra el Director General.

El Sr. **DIRECTOR GENERAL DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA** (Alcaraz Esteban): Muchas gracias, señora Presidenta. Poco más le puedo decir que la contestación que tiene de septiembre de 2014. Le puedo aportar y aclarar alguna cosa más, pero poco más. Mire usted, hay un documento, “Estándares y recomendaciones”, del Ministerio de Sanidad, del año 2010, que especifica que el objetivo de ese documento, que es un documento de estándares y recomendaciones, es que al menos el 90 por ciento de todos los pacientes que acudan a las urgencias hospitalarias tengan resuelto su problema en las primeras cuatro horas. Para ello, es evidente para conseguir este objetivo -y vamos a él- lo primero que tenemos que saber en qué punto estamos en la Comunidad de Madrid, para lo cual tenemos que ponernos a trabajar en el cuadro de mandos, que se lleva trabajando desde hace aproximadamente dos años, porque yo en mi anterior cargo, en un hospital en el que trabajaba con el sistema informático Selene, trabajé con el cuadro de mandos completo de Selene; una de las parcelas era el cuadro de mandos del servicio de urgencias, luego conozco cuánto tiempo y desde cuándo se estaba haciendo.

En este momento está disponible el cuadro de mandos de los servicios de urgencia para los hospitales, Selene. Bien es verdad que está en una fase de validación. Los primeros datos –y tengo aquí algunos y se los puedo dar luego si usted los pide- nos hacen que tengamos que validarlos, porque la información que se está metiendo, en algunos casos, no es congruente con lo que nosotros entendemos que deber ser, y luego le puedo dar algunos datos que no son compatibles. Para ello, lo primero que hay que hacer es formar a todos los profesionales que manejan el programa Selene,

puesto que estamos centrándonos en dicho programa, en cómo hay que meter los datos y cómo hay que explotar los mismos para que la información facilitada en el cuadro de mandos sea coherente. Como usted sabe, en este momento se está informatizando por otro programa, el HCIS, otros siete hospitales, y a la vez se está implantando en otros –si no me equivoco, en cuatro hospitales- el programa de triaje Manchester, que es absolutamente fundamental para homogeneizar los datos que obtengamos del cuadro de mandos de los servicios de urgencia de los hospitales.

Usted me pregunta por indicadores. Yo le voy a dar el nombre de algunos, y luego le puedo dar algunos datos. Los parámetros que se utilizan y con los que se está trabajando son más de 20 con los que se puede manejar; a partir de estos 20 se pueden explotar algunos de ellos y sacar bastantes más resultados. Evidentemente, el primero es el número de urgencias; el segundo son las urgencias pediátricas, es decir, número de urgencias en menores de 14 años; porcentaje de urgencias que recibe un hospital respecto a la población asignada –no quiero hablar de la población de su área-; la frecuentación anual, pacientes que acuden a urgencias respecto a población asignada; la frecuentación diaria; el tiempo de la primera asistencia facultativa. Y entramos en temas muy concretos de indicadores que van enfocados directamente a conseguir ese objetivo de saber cuánto tiempo y ver el objetivo -si podemos llegar a él- de que el paciente esté dado de alta en las primeras cuatro horas: tiempo de atención; tiempo de permanencia en el servicio de urgencias; urgencias con tiempo de observación; tiempo de estancia de los pacientes en el área de urgencias; porcentaje de urgencias triadas; porcentaje de urgencias con tiempo de primera asistencia superior al estándar; tiempo de espera para ingreso; porcentaje de pacientes no atendidos; porcentaje de ingresos; porcentaje de ingresos sobre urgencias de los pacientes que están en observación; tasa de retorno a urgencias; tasa de mortalidad en urgencias; tiempo de triaje, y número de urgencias con estancia mayor de 24 horas.

Para los hospitales HCIS, que actualmente se está terminando de... (El Sr. **FREIRE CAMPO**: *¿Terminando?*) Bueno, nos queda un año y pico, señor Freire, pero son siete y es un gran objetivo de la Comunidad informatizar siete hospitales enteros. Es muy complejo y usted lo sabe. Evidentemente, no tenemos el cuadro de mandos estandarizado. Cada hospital tiene su propio cuadro de mandos, pero no tenemos un cuadro de mandos estandarizado y homogéneo.

Le puedo dar algunos datos si usted quiere. Pídame usted alguno, porque los tengo; se los puedo enseñar y se los puedo dar. Si usted quiere, le puedo decir, sobre 415.000 urgencias, los tiempos de espera por hospital según el tipo de hospital, el tiempo de triaje, cuánto tiempo tarda un paciente en ser visto una vez que es triado y en función de en qué nivel se ha clasificado. Y también le puedo dar datos que particularmente me han sorprendido y por eso quiero validarlos: el tiempo medio que están los pacientes en urgencias. Estamos muy cerquita de las cuatro horas, señor Freire; pero claro, estamos hablando de tiempos medios y los números se manejan como sabemos. Si le doy los tiempos medios y le meto todos los pacientes que acuden a urgencias, es evidente que me estoy acercando a las cuatro horas, incluso bajando; si le doy los tiempos que un paciente acude al servicio de urgencias y tiene que estar en observación, y si lo hago solo por el tiempo que tiene que estar en observación y no incluyo el tiempo que tiene que estar en observación, a lo mejor, en algún caso, en

algún hospital y en algún momento, pendiente de recibir cama, también lo vamos a tener con los parámetros que le he dicho.

Esperamos -espero, y así me lo han hecho saber en Informática- que en este semestre, una vez que tengamos el problema del tiraje resuelto en los hospitales que nos faltan, podamos tener validado el cuadro de mandos en los hospitales Selene; en los hospitales HCIS -como ya le he comentado- podemos tardar algo más porque hay que terminar de informatizar y de tener la historia clínica electrónica en estos hospitales.

La Sra. **PRESIDENTA**: Gracias, señor Director General. Tiene la palabra el señor Freire.

El Sr. **FREIRE CAMPO**: Muchas gracias, señor Director General. Constato que la Comunidad Autónoma, efectivamente, no tiene un cuadro de mandos general para urgencias hospitalarias. Hay otro tema relacionado con este, y es que pedí por escrito, petición de información 116/14 R253, literalmente, -comillas-: "Copia del acuerdo relativo a la atención de urgencias en los contratos programa de todos los hospitales responsabilidad del Sermas que tienen estos servicios". Es decir, todos los hospitales tienen un contrato programa, las urgencias es una de las actividades más importantes que hay en los hospitales -quiero recordar que en el año 2013 hay más de 2,8 millones de urgencias hospitalarias-, y entonces pido qué objetivos hay en el contrato programa en relación a este servicio tan importante. La respuesta, señor Director General, es -comillas-: "En relación con la iniciativa de referencia, se comunica que no es posible facilitar la información solicitada ya que no se dispone de los datos señalados." -cierro comillas-.

Señor Director, mi pregunta es simple y clara, y con esto terminamos por mi parte la comparecencia: ¿es cierto que en los contratos programa de los hospitales no hay ningún epígrafe relacionado con los servicios de urgencia hospitalaria? Si me dice sí o no, o un matiz, por mi parte hemos terminado. Gracias.

La Sra. **PRESIDENTA**: Gracias, señor Freire. Tiene la palabra el señor Director General.

El Sr. **DIRECTOR GENERAL DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA** (Alcaraz Esteban): Gracias, señora Presidenta. Le contesto un poco de memoria. Datos concretos no hay (*El señor Freire campo muestra un documento a la Cámara.*), o sea que está contestado, no voy a decirle yo lo contrario de lo que se le dice por escrito. Creo que en alguno de los objetivos de calidad -lo voy a mirar- sí que se hace referencia a la atención en urgencias, objetivos relacionados con la calidad, sinceramente; datos concretos. Usted pregunta: ¿Y este hospital tiene como objetivo concreto que la estancia media de los pacientes o que sean atendidos en un tiempo inferior a? No hay datos concretos, como así se lo hemos hecho saber en la contestación por escrito. Pero de calidad, si no me equivoco, sí que hay alguno. Muchas gracias.

La Sra. **PRESIDENTA**: Muchas gracias, señor Director General, por su comparecencia en esta Comisión. Pasamos al siguiente punto del orden del día.

**PCOC-205/2015 RGEF.731. Pregunta de respuesta oral en Comisión, a iniciativa del Ilmo. Sr. D. José Manuel Freire Campo, diputado del Grupo Parlamentario Socialista en la Asamblea de Madrid, al Gobierno, sobre racionalidad que inspiró el último examen para Medicina de Familia en la Comunidad.**

Para su contestación, ruego, por favor, que ocupe su puesto en la mesa el Director General de Recursos Humanos, don Armando Resino. *(Pausa.)* Buenas tardes, señor Resino. Para la formulación de su pregunta, tiene la palabra el señor Freire.

El Sr. **FREIRE CAMPO**: Gracias, señora Presidenta. Doy la bienvenida al señor Director General de Recursos Humanos, no sin antes lamentar que no sea el Consejero quien venga a responder a las preguntas de los parlamentarios. Mi pregunta al Gobierno es sobre la racionalidad que inspiró el último examen para Medicina de Familia en la Comunidad.

Ciertamente, en este caso, dado que pregunto sobre la racionalidad que inspiró el examen, creo, señor Director General, que usted tiene una excelente cualificación, por todo lo que he oído, en términos de normativa y otras cosas relacionadas con política de personal, pero me sorprende que no venga usted acompañado del Director General de Atención Primaria, que debería ser quien diera algunas explicaciones sobre el contenido de las preguntas o sobre qué buscaban ustedes al hacer las preguntas de este tipo.

Debe usted saber que este concurso-oposición en el que se convocaban las plazas que usted sabe ha sido objeto de enormes críticas por parte del personal médico; en concreto, por lo que hace relación a uno de los aspectos, que es la racionalidad de las preguntas, al hecho de que, como había anunciado el sindicato AMYTS, el 46 por ciento de ellas sean hechas en forma inversa o negativa, el que haya preguntas que sencillamente están mal puestas, otras que hacen relación a cosas que no tienen nada que ver con la práctica médica, y otras que sencillamente preguntan sobre los errores de sistemas que tiene implantados el Sermas. Me gustaría que usted respondiera a estas preguntas.

Hay otro aspecto al que quizá pueda responder más porque usted, después de todo, firma la resolución. La resolución por la que se convoca al examen, en primer lugar, hace referencia a una oferta de empleo del año 2009. Señor Director General, aunque esto no tiene que ver con la pregunta, sería muy interesante para todos los que puedan leer su respuesta saber por qué una OPE de 2009 termina examinándose en septiembre de 2014. En dicha resolución, además, vienen a decir ustedes que para aprobar se necesita tener 30 puntos y acaban ustedes de publicar una resolución en la que admiten a personas con menos de 30 puntos. Ciertamente, eso es muy llamativo. Como digo, espero sus respuestas.

En relación con otros temas, primero, me gustaría que me contestara a la pregunta tal como estaba redactada: la racionalidad de este examen que han planteado ustedes, y también que contestara al segundo aspecto, relativo al hecho de que su resolución incumpla las condiciones con la que se hizo la convocatoria. Muchas gracias.

La Sra. **PRESIDENTA**: Muchas gracias, señoría. Tiene la palabra el Director General, señor Resino.

El Sr. **DIRECTOR GENERAL DE RECURSOS HUMANOS** (Resino Sabater): Generalmente cuando se formula una pregunta aquí, en la Comisión, la fórmula que empleamos por cortesía todos los comparecientes es agradecer la oportunidad que su señoría me brinda para contestar a esta pregunta. Yo, en este caso, sería un cínico si realmente le dijera que agradezco su pregunta, entre otras cuestiones, porque no entiendo la pregunta, y, claro, difícilmente puedo agradecer la pregunta que me formula si no la entiendo. Yo me he hecho este planteamiento y desde el jueves, cuando ustedes me mandaron la pregunta, estoy dándole vueltas, porque últimamente el señor Freire, que no en el caso de otros compañeros míos, me pregunta cosas que tienen un grado de dificultad y a mí me cuesta contestar; a lo mejor es un problema mío y no es un problema del señor Freire. En el último debate que tuvimos tuve que estar averiguando con el diccionario de la Real Academia de la Lengua, lo que usted me quería preguntar y, claro, esto es un problema para mí, porque me genera una sensación de agobio. (El Sr. **FREIRE CAMPO**: *Yo le facilité mi teléfono por si me quería llamar.*) Ya, pero usted ya sabe que yo estoy muy ocupado y tengo muchas cosas que hacer. De verdad, no es falta de cortesía, que no se desprenda de aquí que yo tengo falta de cortesía con usted porque usted sabe que soy una persona enormemente educada. Entonces, claro, usted me pregunta sobre la racionalidad; usted me pregunta sobre un concepto filosófico. ¿Qué es la racionalidad? Para mí es un concepto filosófico; de hecho, Engels habló sobre la teoría de la racionalidad, que usted lo habrá leído como yo. (La Sra. **FERNÁNDEZ SANZ**: *¡Y Hegel!*) Sí, y Hegel también; o sea, ambos dos, porque me he dedicado a estudiar los temas de la racionalidad para poder contestar a su pregunta. De verdad, le doy mi palabra, no estoy engañándole.

En segundo lugar, en el mundo en el que vivimos hay actuaciones o comportamientos que para unos son racionales y para otros son irracionales. No quiero ponerle ejemplos; no quiero ponerle ejemplos, y a lo mejor recientes, de dentro y de fuera de España. Lo que para unos puede ser considerado como racional, para otros puede ser considerado como irracional. Por tanto, no puedo entrar en un debate filosófico aquí. Yo soy un técnico, nombrado por decreto del Gobierno de la Comunidad de Madrid, y de lo que le puedo hablar es de procedimiento, y a lo que me tengo que atener, e intentaré hacerlo con todo el respeto del que soy capaz, es a contestar su pregunta para que no me diga usted que me escabullo de la pregunta y que no la contesto. Estoy dispuesto a hablar con usted de procedimiento, pero no de filosofía.

La Sra. **PRESIDENTA**: ¿Ha terminado su exposición inicial?

El Sr. **DIRECTOR GENERAL DE RECURSOS HUMANOS** (Resino Sabater): Sí, Presidenta. (El Sr. **FREIRE CAMPO**: *No ha contestado a una pregunta simple que le he planteado de por qué, por ejemplo, habiendo puesto un límite de puntuación... ¡Eso es de procedimiento!*) Perdona, ahora mismo le voy a demostrar cómo es usted el que no conoce el procedimiento. (El Sr. **FREIRE CAMPO**: *¡Me lo podía haber contado usted antes!*) Pero es que a mí me han dicho que el procedimiento aquí es

que yo contesto con un minuto, usted me pregunta y yo... (El Sr. **FREIRE CAMPO**: *¡Usted no me ha contestado; usted me ha dado racionamientos genéricos!*) Pero, ivamos a ver!

La Sra. **PRESIDENTA**: Señor Freire y señor Director General, por favor. El Director General tiene un segundo turno. Entonces, usted ahora tiene su turno y luego él considerará cómo le contesta. Él ha considerado que esa es la contestación que va a dar a su pregunta y, ahora, usted le responde.

El Sr. **FREIRE CAMPO**: En fin. Creo que el personal sanitario de Madrid va a entretenerse intelectualmente con la altura de los debates que nos trae aquí el señor Director General cuando yo le pregunto cosas. Lástima que la Legislatura toca a su fin y, entonces, la cultura política, señor Director General, no va a poder continuar, porque leyendo sobre racionalidad y otras cosas, realmente podría haber hecho usted una carrera muy provechosa de filosofía o de otras cosas.

Han convocado ustedes una oposición para cubrir plazas en la atención primaria de médicos de familia. Se supone que hacen ustedes un examen para, de alguna manera, discriminar en base a conocimientos y fijar un orden de preferencia en la asignación de las plazas que convocan. Sucede que hacen ustedes un examen que todos los profesionales -que les he leído, y se lo digo textualmente para que no me lo atribuyan- han dicho: se trata de un examen complejo, farragoso, puntilloso, incluso pijotero, si se nos permite la expresión; dicen esto médicos que firman con su nombre y apellido. Cuando uno sigue leyendo, incluso cosas técnicas, ve que en las preguntas inversas, el 46 por ciento de las preguntas, se trata de buscar cosas falsas, que no tienen nada que ver con el conocimiento médico. Plantean ustedes preguntas que tienen que ver con el contrato programa 2014, cuando más de un 40 por ciento de los que se presentan al examen no vienen de Madrid y el contrato programa es de Madrid, y además es medio clandestino porque no se conoce. Plantean ustedes preguntas que tienen una resolución que lo único que evidencia es que hacen ustedes las cosas mal, y luego puedo entrar en detalles.

Pero voy a la parte que usted controla, porque quiero entender que usted no pone las preguntas porque no tiene usted competencia técnica para fijar qué deben saber o no saber los médicos; competencias jurídicas -si me lo explica, porque a lo mejor estoy yo en un error, pero le diré que están en este error la inmensa mayoría de los médicos de Madrid. Usted saca una resolución el 28 de agosto de 2012, de su Dirección General, por la que convocan pruebas selectiva, y en esa resolución dicen que, por Decreto 23/2009, de marzo, del Consejo de Gobierno, se aprobó la oferta de empleo público 2009. Ya estaría bien que explicara usted por qué de una oferta pública de 2009 terminan examinándose en septiembre de 2014; no estaría mal. También estaría bien que explicaría cómo a una oposición de médicos, que están trabajando en el sector -le recuerdo que normalmente, y yo también soy médico- entra en las facultades de medicina la gente con los mejores currículum académicos, pasan luego el examen MIR, hacen la residencia, etcétera- se presentan al examen que ustedes hacen 4.446 profesionales y resulta que no logran pasar su prueba más allá de 153, que luego tienen que rebajar los datos que dan. Entonces, resulta que algo funciona mal. La racionalidad tiene que ver con la lógica entre medios y objetivos, que es lo que ustedes pretendían. ¿Qué medios

ponen para ello? ¿Qué preguntas hacen para ver qué resultados quieren obtener? Eso es lo que le pregunto, señor Director General.

Tendrían que dar respuesta a dos cosas. Por un lado, ¿por qué hacen un examen tan absurdo, tan mal puesto, tan poco profesional, tan poco técnico, tan insultante para los médicos que se han presentado al mismo? ¿Quién es el responsable de eso? ¿Por qué en ese examen no se ha contado con nadie de ninguna asociación profesional, de sociedades científicas, que las hay, o de médicos de familia? Digo lo que denuncian los médicos. Y, por otro lado, tiene usted que explicar por qué ponen unas condiciones que luego no se cumplen. Prueba de que usted ha hecho un trabajo – qué quiere que le diga- de rutinas es que entre los requisitos para los aspirantes a una plaza de médico pone: tener cumplidos dieciséis años. Esto quiere decir que hacen ustedes copia y pega de papeles varios y esto no tiene, como le digo, racionalidad. Me gustaría que explicara por qué hacen este examen; por qué someten a los profesionales, a los médicos, a esta humillación profesional; por qué hacen un examen que no sirve para discriminar en ningún caso qué clase de médicos buscar.

La Sra. **PRESIDENTA**: Señor Freire, vaya terminado, por favor. Esto no es una comparecencia.

El Sr. **FREIRE CAMPO**: Y por qué faltan ustedes a sus propias normas, a las normas de la convocatoria, de lo que usted es directamente responsable (*Denegaciones por parte del señor Director General de Recursos Humanos.*); no le hago responsable de las preguntas, pero sí debe ser usted responsable de la puntuación de corte y de por qué poniendo una puntuación de corte luego se la saltan. Estas son mis cuestiones. Muchas gracias.

La Sra. **PRESIDENTA**: Muchas gracias, señor Freire. Tiene la palabra el señor Director General por un tiempo de cinco minutos.

El Sr. **DIRECTOR GENERAL DE RECURSOS HUMANOS** (Resino Sabater): Gracias. Señor Freire, yo comprendo que usted no entienda determinadas cosas; usted es médico y no se dedica a esto. Voy a tratar de explicarle la serie de cuestiones que ha planteado aquí que evidentemente se corresponden, con todos mis respetos hacia su persona, con el desconocimiento de estos temas, cosa que, por otro lado, me sorprende por lo que le voy a decir a continuación.

Como usted sabe, en mi comparecencia anterior, en la que tuvimos un debate de similares características en tanto en cuanto no entendía el contenido de su pregunta –pero ya me he remitido a eso-, le dije claramente que el sistema de selección de personal estatutario en el Servicio Nacional de Salud no me servía y que había que tomar otros canales y dar otra orientación a esa selección. ¡Lo sé yo bastante bien!, ya que, como usted sabe, desde el año 2003 nosotros hemos aprobado una oferta de empleo público de exactamente de 13.588 plazas. Ahora le daré datos para corroborar lo que le estoy comentando.

Evidentemente, la convocatoria de pruebas selectivas corresponde a este Director General de acuerdo con el Decreto 23/2014; por tanto, como usted sabe, yo soy el encargado de convocar, de

establecer las convocatorias y de nombrar a los tribunales. Desde 2005 se han efectuado 65 convocatorias de pruebas selectivas, todas ellas, como usted bien sabe también, negociadas con las organizaciones sindicales. Corresponde igualmente a esta Dirección General nombrar a los tribunales de esas oposiciones. ¿Sabe usted a cuántos miembros de tribunal he nombrado desde el año 2005, que fue cuando empezamos a hacer las ofertas de empleo público? A 844 miembros de tribunal, en esas 65 pruebas. A partir de ahí, ¿dónde tenemos que entrar? En el marco jurídico. Yo no entro en internet, yo entro en el marco jurídico; yo no entro en Twitter, yo entro en el marco jurídico. ¿Y cuál es el marco jurídico que regula nuestros procesos selectivos? Pues se lo puedo decir por orden: la Constitución, el Estatuto Básico del Empleado Público, el Estatuto Marco, el Real Decreto-Ley 1/1999, la Ley 1/1986 de la Comunidad de Madrid y también, señor Freire, la Ley 30/1992, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas, ley muy importante para lo que le voy a contar.

¿Usted sabe lo que es un tribunal calificador? Posiblemente igual que yo, posiblemente igual que yo, señor Freire. Es un órgano colegiado, integrado por profesionales que ostentan la condición de personal fijo, de igual categoría o superior al que estamos seleccionando. ¿De acuerdo? Órgano colegiado, que empieza a actuar a partir de que el órgano convocante le nombra; primer dato importante. Ese órgano colegiado -cuestión que usted también sabe- está sometido a la imparcialidad, repito, imparcialidad y profesionalidad. Sus decisiones se adoptan por mayoría, teniendo la obligación del sigilo profesional y no deben estar incurso en recusación alguna, el órgano colegiado, el tribunal.

Ahora le leo algo que he sacado de algún sitio: lo peculiar de la naturaleza de este órgano supone que, en lo referente, señor Freire, a la actuación en el seno del tribunal, no están sometidos al principio de jerarquía administrativa, estando obligados únicamente por la ley a llevar su labor con escrupuloso respeto a los criterios de objetividad, neutralidad e imparcialidad. Pero hay algo más importante aún, señor Freire: esta autonomía e independencia funcional de la que gozan por ley implica una obligación para los miembros del tribunal y cualquier actuación que vaya en contra de esa obligación puede derivar en responsabilidad civil o incluso penal. Esto no lo digo yo, esto lo dicen nuestros tribunales, desde el Tribunal Constitucional hasta el Tribunal Supremo. Podría sacar aquí 200 sentencias, pero me quedo exclusivamente con una, que dice y que se refiere a la discrecionalidad técnica de los tribunales -entendemos lo que es discrecionalidad técnica de los tribunales-: no corresponde a este órgano jurisdiccional, esto es, al Tribunal Constitucional, interferirse en el margen de apreciación otorgado al órgano de calificación; interferirse, lo dice el Tribunal Superior, lo dice el Tribunal Constitucional, ni examinar la medida legal para decidir si existe...

La Sra. **PRESIDENTA**: Señor Director, vaya terminando.

El Sr. **DIRECTOR GENERAL DE RECURSOS HUMANOS** (Resino Sabater): Voy terminando. O lo mejor de los posibles. No regaño a nadie, señor Freire. Conclusión: como usted sabe, igual que yo, los tribunales de oposición tienen que gozar de absoluta independencia, en caso contrario pueden derivarse responsabilidades incluso penales. Los 844 miembros de los tribunales que yo he nombrado gozan de mi absoluto respeto y competencia, porque si gozan de ese respeto por parte del Tribunal Constitucional, ¿cómo no van a gozar incluso del mío?

Tercero. Señor Freire, tanto usted como yo queremos una sanidad madrileña mejor; creo que en eso coincidimos. Y usted debería alegrarse, señor Freire, de que haya 3.571 profesionales más que van a ostentar la condición de fijos; usted debería alegrarse, señor Freire, de que vaya a haber 4.028 profesionales que van a poder participar en el concurso; usted tendría que alegrarse, señor Freire, de que haya 5.000 interinos que van a perder su eventualidad. Todo eso es mejora de la sanidad madrileña, cosa en la que usted y yo estamos interesados. Y también debería alegrarse de que nuestra tasa media de eventualidad vaya a estar en torno al 10 por ciento cuando acaben estos procesos.

Yo lo que le garantizo es que la Consejería, yo mismo y las organizaciones sindicales estamos muy contentos –perdóneme la expresión- por las medidas que se han adoptado en políticas de empleo, y eso es lo que importa. Y lo que importa es que los tribunales actúen con absoluta independencia. Lo siento, señor Freire, y muchas gracias.

La Sra. **PRESIDENTA:** Muchas gracias, director general. Pasamos al siguiente punto del orden del día.

**C-32/2015 RGE.439. Comparecencia del Ilmo. Sr. Viceconsejero de Asistencia Sanitaria, a petición del Grupo Parlamentario Popular, al objeto de informar sobre actuaciones y planes de futuro del Servicio Madrileño de Salud. (Por vía del artículo 210 del Reglamento de la Asamblea).**

Buenas tardes, señor Viceconsejero, bienvenido a esta Comisión y le damos la enhorabuena por su nombramiento, porque, aunque había asistido anteriormente como Director General, como Viceconsejero es la primera vez. Tiene la palabra el portavoz del Grupo Parlamentario Popular por tiempo máximo de cinco minutos.

El Sr. **RABOSO GARCÍA-BAQUERO:** Muchas gracias, señora Presidenta. Señor Viceconsejero, me uno a la felicitación de la Presidenta de la Comisión por su nombramiento como Viceconsejero de Asistencia Sanitaria. Es para mí un verdadero placer felicitarle como portavoz y como profesional del Servicio Madrileño de Salud.

Dicho esto, querría recordar una frase de Abraham Lincoln, que a mí me gusta mucho, que dice que la mejor manera de predecir el futuro es crearlo. Es de gran interés del Grupo Popular mirar constantemente hacia el futuro y trabajar activamente para que los madrileños dispongan siempre de la mejor sanidad posible desde el punto de vista técnico, de cobertura y de profesionales y de medios, por supuesto. Y, desde ese punto de vista, le hemos convocado para que nos comente usted en qué situación están ahora mismo los planes de futuro y las actuaciones que contempla el Servicio Madrileño de Salud para el futuro inmediato de esta comunidad. Muchas gracias.

La Sra. **PRESIDENTA**: Muchas gracias, señoría. Tiene la palabra por tiempo máximo de quince minutos el señor Viceconsejero.

El Sr. **VICECONSEJERO DE ASISTENCIA SANITARIA** (Molina Muñoz): Muchas gracias, señora Presidenta. Muchas gracias, señoría. Quiero agradecer la oportunidad de comparecer ante esta Comisión como Viceconsejero de Asistencia Sanitaria para exponer las líneas de trabajo que desarrollaremos en los meses que quedan de Legislatura con el mismo objetivo que ha perseguido este Gobierno desde su inicio, que es continuar con una política sanitaria de calidad que permita un servicio público tan importante para los ciudadanos, y que este servicio siga avanzando y mejorando.

Esta es para mí, además, una comparecencia especial, puesto que es cierto que he venido muchas veces, pero esta es la primera que lo hago en calidad de Viceconsejero de Asistencia Sanitaria y esto me hace tener una visión más global de todo el sistema, como me exige la responsabilidad que me han confiado. Por eso, quiero que mis primeras palabras sean, por supuesto, de agradecimiento a todos los Grupos Parlamentarios que ya conocen mi disposición al diálogo, a la colaboración y a la búsqueda del consenso. Estoy convencido de que la colaboración con los Grupos Parlamentarios es fundamental para conseguir el objetivo compartido de mejorar la sanidad pública de la Comunidad de Madrid.

Tengo que decir, señorías, que, hace un par de semanas, el Consejero de Sanidad compareció a petición propia en esta Comisión, lo que quiero recordar al señor Freire -porque estaba yo presente- a quien le extrañó que compareciera ante esta Comisión; por eso, me ha extrañado que haya reiterado -creo que a los dos o a los tres directores generales- que le habría gustado que estuviera el señor Consejero. En aquel momento dijo que le extrañaba, ahora quiere que comparezca... Nos está liando un poco, estamos un poco desconcertados. Lo hizo además como una apuesta la práctica de transparencia y voluntad de diálogo para dar cuenta a sus señorías, a los Grupos Parlamentarios, de nuestra gestión de la sanidad madrileña. En su exposición, manifestó que ha sido la Legislatura de los grandes retos, pero también de los grandes logros, y eso es algo que quiero recalcar. No ha sido sencillo ni mucho menos, no ha sido una Legislatura sencilla, no ha sido una situación económica sencilla, no nos lo han puesto nada fácil los que no lo han querido poner fácil, pero creo que, entre todos, sí hemos hecho un esfuerzo, y quiero agradecer públicamente a todos los profesionales el enorme esfuerzo que han hecho para que hayamos obtenido los resultados que hemos conseguido a pesar de la grave crisis económica.

Gracias a estos criterios de responsabilidad, de austeridad y buena gestión en los servicios públicos, hemos conseguido mantener una sanidad que ha estado ahí para los ciudadanos, prestándoles servicio cuando lo han necesitado y atendiendo todos sus problemas de salud, especialmente aquellos más graves. Hoy, que la situación económica se estabiliza, debemos reforzar -no podemos levantar el pie- los criterios de gestión responsable para abordar una labor tan importante como el mantenimiento de la sostenibilidad del sistema. Esos criterios son los que han permitido que tengamos la mejor sanidad de España, a pesar de que nos hayan estado acusando durante toda la Legislatura de ir en contra de la sanidad pública. Y es que, señorías, ni las pancartas,

ni las mareas, ni los aspavientos, ni el miedo que han querido infundir a los ciudadanos deben eclipsar el trabajo, el buen trabajo, de nuestros profesionales y los recursos que se han puesto a su disposición, que han conseguido -por citar solo algunos logros- que en los últimos tres años, a pesar de la crisis, a pesar de los recortes, a pesar de todo lo que han manifestado, se hayan abierto o puesto en marcha tres nuevos hospitales.

He de decir que los hospitales públicos han realizado en 2014 un 40 por ciento más de intervenciones quirúrgicas, desde el año 2003 se han incrementado un 40 por ciento las intervenciones quirúrgicas; atendieron un 29 por ciento más de urgencias; realizaron un 38 por ciento más de consultas externas, y le aseguro que la población de Madrid en estos diez años no ha aumentado un 35 por ciento. Madrid cuenta con la mayor cantidad de unidades de referencia en España, un total de 63 Cesur. Hay que decir que en el último Consejo Interterritorial se aprobaron cinco Cesur y que ya hemos adelantado -que era algo que estaba ahí y estábamos a la par- a la Comunidad catalana en este sentido. En 2014 en Madrid se efectuaron casi el 18 por ciento de los trasplantes realizados en España, contamos con ocho institutos de investigación biomédica de un total de 22 que hay en toda España.

Señorías, si de verdad estamos en contra de la sanidad pública, desde luego, yo creo que no serían posibles estos resultados. Tampoco sería posible que encuestas totalmente independientes, efectuadas por profesionales de toda España, hayan puesto a La Paz como el mejor hospital de toda España; además, entre los diez primeros hay cinco de Madrid como son La Paz, el Gregorio Marañón, el Doce de Octubre, el Ramón y Cajal y Clínico San Carlos, esto coincide plenamente con los cinco Cesur aprobados el 14 de enero, que son en La Paz, en el Gregorio Marañón, en el Doce de Octubre, en el Ramón y Cajal y en el Clínico San Carlos. Yo creo que tenemos una red hospitalaria y unos profesionales que cada vez van demostrando mejor que vamos en el buen camino.

En todo el repaso de nuestra situación actual quería transmitir que cuando a uno se le pide una comparecencia recién nombrado, esta persona no sabe cómo van a ser los acontecimientos. No quiero extenderme en todo lo conseguido y todas las propuestas que ya hizo nuestro Consejero, que compareció en esta misma sala hace poco tiempo, por eso creo que no debo repetir muchas de las cosas que aquí se dijeron y están, por supuesto, en el diario de sesiones, pero lo que sí voy a hacer es cumplir el compromiso que nuestro Consejero de Sanidad adquirió semanas atrás y es exponer los resultados que recoge la Memoria del Sermas 2013, tan solicitada por ustedes, por su señoría, que fue aprobada ayer por unanimidad en el Consejo de Administración. (El Sr. **FREIRE CAMPO** *iLoado sea el Señor!*) Yo sabía que se iba a alegrar usted muchísimo, por eso lo he dejado para decírselo de forma suave. Le puedo decir que nosotros nos fijamos en los ciudadanos y todo el contraste de datos y toda la puesta en marcha del Observatorio ha hecho que seamos cautos, que todo sea contrastado, filtrado. Y han sido vistos en doble vuelta todos los datos de todos nuestros hospitales y todos nuestros dispositivos sanitarios; han sido contrastados con los servicios centralizados de información SIAE, CMBD, cuadro de mandos, todo el flujo de pacientes y todo ello ha hecho que actualmente podamos tener una memoria con datos contrastados y muy relevantes.

He de decir que esta Memoria de 2013 demuestra que el servicio madrileño, a pesar del año, –estamos hablando de 2013-, mantuvo tendencia creciente; lo cual, si tenemos en cuenta además que este ha sido el año en que se acusó a la Consejería de querer dismantelar la sanidad y en el que vivimos la resaca de la huelga y manifestaciones, demuestra que estuvimos y estamos trabajando por una mejor sanidad. Partimos pues en 2013 con un sistema que incrementó la cobertura sanitaria en 45.000 personas, subió ya de 6.400.000 habitantes o tarjetas sanitarias. Se crearon dos nuevos centros de salud: el primero, en mayo, en Rivas e Isla de Oza, así como un consultorio local en Coto de Monterrey que dio cobertura, mejoró la calidad de la asistencia que se presta a más de 35.000 madrileños. También aumentamos la capacidad resolutive en atención primaria; se desplegó en todo el entorno de la Comunidad de Madrid, en la zona periférica a la capital, la receta electrónica, que, desde luego, ha sido un logro fenomenal, que se ha consolidado ahora, en el año 2014. Asimismo, se incrementó la actuación y la capacidad resolutive mediante la implantación de ecógrafos, con un incremento superior al 90 por ciento de la actividad ecográfica por parte de los miembros de los equipos de atención primaria. Quiero decir que esta actividad de la atención primaria, a pesar de todas las movilizaciones, subió un 4,3 por ciento respecto al año 2012; actividad que se ha visto complementada, por supuesto, por todas las actividades realizadas en materia de salud pública: más de 6.600 consultas en tabaquismo; la campaña de vacunación de gripe, que llegó prácticamente al millón de dosis y, desde luego, seguimos con la vigilancia epidemiológica, en la que los médicos centinela contaron con la participación activa de 82 médicos de familia y 31 pediatras.

En cuanto a la consolidación de la actividad especializada, quiero decir que este año se produce la consolidación de un nuevo hospital: el hospital Rey Juan Carlos. Este hospital inició su andadura en marzo de 2012, siendo 2013 un año completo de actividad, registrándose más de 8.600 ingresos, 214.000 consultas, más de 9.200 intervenciones quirúrgicas y la atención de más de 68.700 urgencias. Además, dependiendo de este centro se abren dos nuevos centros de especialidades sin ningún coste adicional para la sanidad pública madrileña: el CEP de Navalcarnero y el CEP de Villaviciosa de Odón, que acercaron esta atención de calidad a más de 102.000 vecinos del área suroeste de Madrid. De igual manera, el resto de los hospitales públicos incrementaron también su actividad, y prácticamente en toda su área se realizaron 450.000 intervenciones quirúrgicas, un 1,4 por ciento de incremento respecto al año anterior, y también se incrementó la actividad de consultas externas. Quiero remarcar, porque era algo de lo que nos acusaban en el año 2013, que, en base a los datos contrastados de todas las actividades realizadas, el 95,7 por ciento de todas las intervenciones quirúrgicas que se realizaron se hicieron en los hospitales públicos de la red y únicamente se derivó el 4,3 por ciento de las intervenciones frente al 5,2 por ciento del año anterior. Estaban diciendo que se estaba derivando, que se estaba privatizando... ¡No! Exclusivamente una de cada 23 intervenciones quirúrgicas se derivó a centros concertados, y fundamentalmente para conseguir el cumplimiento del objetivo en demora de la lista de espera quirúrgica. Por tanto, a pesar de la crisis no ha disminuido sino que también, como he dicho, aumentó la actividad quirúrgica en el año 2013.

En relación con las pruebas diagnósticas, hay un incremento del 3,1 por ciento e, igualmente, el 93,1 por ciento de todas las pruebas diagnósticas se realizaron en los hospitales de la

red pública de la Consejería de Sanidad; solamente el 6,9 por ciento se derivaron a centros concertados, con carácter de complementariedad para evitar demoras a nuestros ciudadanos, frente al 9 por ciento que se había derivado en el año 2012.

La urgencia se incrementó en un 3,1 por ciento respecto al año anterior y, como he dicho, en las consultas externas también se produjo un incremento, llegándose a superar las 405.000 consultas, que es un incremento del 3,4 por ciento. Una importante actividad, complementada, por supuesto, con servicios centrales, como la Unidad Central de Laboratorio, con un incremento del 5,5 por ciento en pruebas desarrolladas y en determinaciones de dichas pruebas, superándose las 19.300.000 determinaciones; en radiodiagnóstico con, prácticamente 800.000, pruebas radiológicas, dando cobertura con estos servicios centralizados a estos seis hospitales y a una población superior a 1.160.000 habitantes.

Finalmente, el Centro de Transfusiones incrementó en 5.400 unidades de sangre las colectas gestionadas junto con los hospitales públicos, desarrollándose 34 maratones, que tan bien han sido acogidos por nuestra población y que tanto éxito están teniendo, por lo que, por supuesto, los seguimos incrementado año tras año.

Hubo un incremento muy importante. Este año también se nos dijo que no se estaban desarrollando los programas de cribado. Tengo que decirle que la Oficina Regional de Coordinación Oncológica incrementó el número de mujeres participantes en la realización de mamografías de cribado bienal en un 12,8 por ciento. Es decir, un incremento de una enorme trascendencia: 12,8 por ciento sobre el año anterior. Y hay cosas que se incrementan, es cierto que también se detectan más casos de malignidad, pero esta detección precoz -como todos sabemos, para eso es el cribado-... Lo que es muy positivo es que, además, al haber detectado más casos sospechosos de malignidad, se produce un descenso en la proporción de mujeres que requirieron una nueva prueba complementaria. Saben que en el momento en que hay cierta duda o sospecha se hace una prueba complementaria. Eso ha disminuido gracias también a la mejora técnica del proceso de mamografía mediante la culminación del proceso de digitalización de los equipos móviles, que se completó en el año 2013.

En cuanto a cuidados paliativos, que ha estado muy de actualidad, quiero decir que somos pioneros en la Comunidad de Madrid. Ya en el año 2013 se completó el despliegue de la herramienta informática Inforpar que tiene conexión de todos los equipos, de todos los dispositivos de la Comunidad de Madrid en materia de cuidados paliativos, incluida la asistencia domiciliaria. Y también se inició -y ya está totalmente implantada- la plataforma "PAL 24 horas", que funciona a través del Summa 112; cuenta con seis equipos específicos y ha permitido que, ante cualquier eventualidad fuera del horario habitual, los pacientes y sus familias puedan recurrir a un equipo experto en estos cuidados, que puede consultar además la historia clínica de forma directa y dar las mejores directrices para su correcta y segura atención. Este servicio ha convertido a la Comunidad de Madrid en la única región de España y de Europa que cuenta con una atención paliativa continuamente, ya que funciona las 24 horas los 365 días del año, y ha registrado ya más de 45.000 llamadas hasta el año 2013. Hay que destacar por supuesto la labor del Summa 112, y quisiera también informales que

en 2013 atendió más de 916.000 llamadas, resolvió más de 677.000 asistencias y movilizó 457.000 recursos móviles. No solamente lo reconocemos y aparece en la Memoria su magnífica actividad, sino que también fue reconocida con el premio de Educación Médica 2013, que otorga la Cátedra de Educación Médica la Universidad Complutense de Madrid, en la categoría de mejores trabajos en la enseñanza de posgrado y formación de especialistas, por la iniciativa "Formación de residentes en un sistema de emergencias médicas", un proyecto: el Summa 112, busca los residentes de otras especialidades que adquieren competencias en el campo de la emergencia.

Como inicié mi exposición, estas cifras nos muestran un sistema sanitario de gran actividad, de incremento, de crecimiento continuo, que cada año realiza más asistencia, pero no solo lo hace en cantidad sino que también lo hace consolidando su calidad en nuestro país, convirtiéndose en referencia en esta calidad. Madrid ya era en 2013 la única región española cuyos servicios hospitalarios públicos estaban acreditados para realizar todos los tipos de trasplantes de órganos adultos e infantiles, y realizó, como he dicho, casi el 18 por ciento de toda la actividad de trasplantes de España. Además, la sanidad madrileña, como he dicho, acreditó en 2013 cuatro nuevas unidades de referencia nacional: dos de neurocirugía pediátrica compleja en los hospitales La Paz y Doce de Octubre, uno de atención de patologías raquimedular en el Hospital Clínico San Carlos y uno de asistencia integral del adulto con cardiopatía congénita en el hospital Ramón y Cajal. En ese año hablamos ya de una cifra muy importante: 51 teníamos en el año 2013; estamos todavía un poco por debajo de Cataluña. Como le digo, a fecha de hoy, 14 de enero de 2015, son ya 63, habiendo superado a cualquier otra comunidad española.

Estos niveles de excelencia solo se han podido configurar con el apoyo de la investigación que se realiza en nuestros hospitales. En 2013, el número de ensayos clínicos ha aumentado un 47,3 por ciento; los grupos de investigación, un 30,4, y el número de investigadores, un 44,8 por ciento. En 2013, 4.212 investigadores de solvencia acreditada y 442 grupos de investigación realizaron su trabajo de investigación en los hospitales madrileños, que ese año había acreditado ya siete institutos de investigación por parte del Instituto de Salud Carlos III. Y ¡cómo no! con la apuesta de formación que realiza la Comunidad de Madrid, diciendo que el 50 por ciento de los MIR se han formado en universidades españolas. De hecho en el año 2013, cuatro de los diez primeros MIR de toda España han elegido hospitales públicos madrileños en la última convocatoria. Es más, 50 de los 100 primeros residentes escogieron hospitales del Servicio Madrileño de Salud para completar su formación; 50 de los 100 primeros, frente a 19 de Cataluña u 11 Andalucía. Toda esta actividad, desde luego, no habría sido posible si no acometemos medidas necesarias para generar ahorros que nos permitieran mantener la calidad. Así, durante el año 2013, con el objeto de lograr un sistema sanitario más eficiente, que mantuviese el nivel de los servicios sanitarios, se diseñó e implantó un plan de medidas para reducir el coste sin alterar los principios de universalidad, gratuidad, equidad y calidad. Entre ellas desde luego uno de los más destacables que ya se ha presentado aquí específicamente –lo presentó el Director General don Jesús Vidart- fue la contención del gasto de farmacia. Yo creo que fue un año récord, se hizo una reducción superior al 4 por ciento, con un ahorro global próximo a los 80 millones de euros. También decir que esto también supuso una disminución de las recetas respecto a 2012 de un 6,22 por ciento en primaria y el 11,42 por ciento en especializada.

La Sra. **PRESIDENTA**: Señor Viceconsejero, le quedan un par de minutos.

El Sr. **VICECONSEJERO DE ASISTENCIA SANITARIA** (Molina Muñoz): Muchas gracias, señora Presidenta. Asimismo, se desarrollaron programas que han supuesto también una eficiencia en el sistema, como la Atención al Mayor Polimedocado; las compras centralizadas, que supusieron un ahorro en torno a los 33 millones de euros, y la elaboración de protocolos sobre el uso de medicamentos en patologías más prevalentes.

Señoría, le he expuesto hasta ahora resultados sobre la actividad realizada por el Sermas y algunas medidas que se desarrollaron a lo largo de 2013 para hacer sostenible nuestro sistema sanitario. Desde luego, este esfuerzo ha sido reconocido por los pacientes. Por ello, para nosotros es muy importante dejar muy claro que no se ha dejado de prestar asistencia ni tratamiento a ningún paciente por muy costoso que haya sido; afirmar lo contrario sería mentira, por supuesto, y además poner en duda la profesionalidad de quienes integran nuestro sistema sanitario. Por ello, en el año 2013, lo reitero, frente a las mareas y a las pancartas, fueron esos pacientes los que no se han dejado confundir y reafirmaron su buena opinión de la sanidad madrileña. En la encuesta de satisfacción de los usuarios de los servicios sanitarios en 2013 siguieron calificándolos como buenos o muy buenos por encima del 90 por ciento en todos los casos. Destaca el dato del 92,6 por ciento de los usuarios que recomendaban abiertamente su médico de cabecera y el 95,9 por ciento su centro de salud; en hospitales el 95,4 por ciento recomendaría las consultas, el 96,4 por ciento la hospitalización y el 96,9 por ciento la cirugía ambulatoria. Le digo más, señoría, en los últimos cinco años, la satisfacción de los pacientes, en estos años de crisis, de recortes, de privatización, en estos cinco años, la confianza, la satisfacción de los pacientes con los hospitales madrileños ha aumentado en 6,1 puntos; con las consultas externas, 5,7 puntos; con la hospitalización, 8,6 puntos; con las urgencias, 8,4 puntos; con la cirugía ambulatoria, 2 puntos; con la atención primaria, 2,9 y con el Suma, 2,4 por ciento de incremento, en estos fatídicos años de recortes, de mareas y de mala asistencia -según ustedes- de nuestra atención sanitaria.

No quiero dejar de informarles de las reclamaciones. Efectivamente, en el año 2013, si analizamos las reclamaciones hay un incremento: se recogieron 63.899 reclamaciones, pero de ellas, muchas no eran pacientes, eran gente que reclamaba por el plan de sostenibilidad, por la aportación farmacéutica recogida en el Decreto 16/2012, etcétera. Por lo tanto, entiendo que son reclamaciones no dirigidas a reconocer, a valorar o a validar la calidad de la asistencia prestada; haciendo una reducción de esas, las directamente relacionadas con este tema concreto se quedarían en 42.437, cifra que, desde luego, estaría muy próxima a la de 2012. Le quiero decir que, con los datos provisionales, datos de cierre, que nos han aportado desde la Dirección General de Atención al Paciente sobre el año 2014, nos hemos igualado. O sea que la Marea Blanca ha tenido un efecto: la gente ha escrito más reclamaciones. Yo creo que puede ser un éxito; desde luego, no ha mermado para nada, como hemos visto, la percepción de nuestros pacientes sobre el sistema sanitario y sobre la calidad del mismo. Debo decir que los datos provisionales hacen que esa reducción sea en torno al 12 por ciento respecto a 2013; por lo tanto, volvemos a la buena senda, quitando los aspectos tangenciales que, desde luego, no valoran la calidad de la asistencia.

Finalmente, creemos que quien tiene que hacer la valoración realmente importante es quien tiene un problema de salud, quien acude a nuestros servicios y quien habla con nuestros profesionales en atención primaria o en atención especializada; esas personas son las que realmente aprecian si están o no están satisfechos con la sanidad y con la atención que se les presta. Desde luego, esta atención también ha sido fomentada e impulsada a través de la firma de muchos convenios; entre ellos, nueve nuevos con distintas asociaciones de pacientes a los cuales estamos dando la máxima atención y la máxima prioridad desde la Consejería de Sanidad, tanto a síndrome de Down como a Fundación Manantial, Asociación de Hemofilia, Música en Vena... Todos estos fueron nuevos convenios que se firmaron en 2013; convenios nuevos y otros anteriores con los que, por supuesto, continuamos y que nos han permitido trabajar conjuntamente con entidades y asociaciones de pacientes cuyo papel es clave para la rehabilitación integral de los mismos, así como en su función de transmisión de información y apoyo a los pacientes y a sus familias en todos los aspectos de su vida...

La Sra. **PRESIDENTA**: Señor Viceconsejero, vaya terminando.

El Sr. **VICECONSEJERO DE ASISTENCIA SANITARIA** (Molina Muñoz): Estoy finalizando; muchas gracias, señora Presidenta. Además de integrar el papel de la sociedad civil en el sistema sanitario. Señorías, creo que quizás –seguro- he abusado de su paciencia y de la de la Mesa porque me he excedido del tiempo. Aunque habría mucho más que exponer, creo que he recorrido los principales retos, los números macro, y pongo a disposición de sus señorías la memoria de 2013 para poder debatir con ustedes... *(El señor Freire Campo pronuncia palabras que no se perciben.)* Se la daré en formato informático; no se la voy a dar en papel, ¿no? Se la daré en formato informático. *(Risas)*.

La Sra. **PRESIDENTA**: Llegará el sistema en formato informático. Llegará en el próximo... *(Risas.)* Por favor, ruego silencio para que vaya terminando el Viceconsejero. La memoria llegará; estoy segura. Vaya terminando, por favor, señor Viceconsejero.

El Sr. **VICECONSEJERO DE ASISTENCIA SANITARIA** (Molina Muñoz): Termino como empecé: quiero ponerme a su disposición, agradecerles su atención y recalcar –creo que lo he demostrado siempre- mi diálogo, mi comprensión y, desde luego, mi acercamiento a cualquier sugerencia positiva que se nos plantee desde cualquiera de los Grupos. Muchas gracias.

La Sra. **PRESIDENTA**: Muchas gracias, Viceconsejero. Tiene la palabra por tiempo máximo de diez minutos el portavoz de UPyD, señor Normand.

El Sr. **NORMAND DE LA SOTILLA**: Muchas gracias, señora Presidenta. En primer lugar, efectivamente, por cortesía parlamentaria, como ha hecho el señor Raboso, lo oportuno quizá sería felicitarle por su nombramiento. Tengo que decir que realmente me da un poco de pudor hacerlo dos meses después de que usted haya tomado posesión, pero vaya por delante esta felicitación por su nombramiento. El hecho de que usted esté aquí dos meses después refleja, evidentemente, la, digamos, limitada actividad y posibilidad de control que tiene esta Comisión de Sanidad.

Al preparar esta intervención, me preguntaba también por el sentido de esta comparecencia. Usted ha hecho referencia a que hace muy poco, en la anterior Comisión, compareció el Consejero de Sanidad, con lo cual realmente era difícil que usted dijese algo más que el Consejero: que, obviamente, le correspondía la dirección de la Consejería y que, en estos pocos meses que quedan, podía intentar darle un toque personal. Desde la oposición –y creo que es evidente; es una consideración que tienen también personas que no dependen de ningún partido político, que no defienden las siglas de ningún partido político- entendemos que no puede ser más que una Consejería continuista; no tienen tiempo de hacer otra cosa.

He de decirle que al principio de su intervención me ha parecido que estaba en un mitin del PP. Sé que usted fue candidato a Alcalde de Fuenlabrada hace cuatro años por su partido, por el Partido Popular, y no sé si está entrenando para volver a intentarlo. En cualquier caso, no me cabe duda de que su partido tiene una buena consideración de usted; de hecho, por eso está usted aquí como Viceconsejero de Asistencia Sanitaria. Luego ha empezado a darnos datos, no de la memoria de 2013, sino de la memoria de 2014, cuando hablaba de datos de actividad, sin darnos los datos, citando el porcentaje, la cifra relativa... Esta forma de dar los datos para que parezca que va todo muy bien pero que no se termine de poder analizar lo que está diciendo. Y, por fin, ya he entendido que había venido usted a leernos la memoria de 2013.

Yo le digo, con el máximo cariño y respeto, al portavoz del Grupo Parlamentario Popular en esta Comisión de Sanidad, que a mí me parece muy oportuno debatir sobre la memoria de 2013, pero la forma razonable de hacerlo es que el señor portavoz del Grupo Parlamentario Popular pida la comparecencia del Viceconsejero de Asistencia Sanitaria para informar a esta Comisión sobre la memoria del año 2013, que los Grupos Parlamentarios tengamos acceso a dicha memoria, y así debatiremos sobre la memoria del año 2013.

Sobre esa memoria, ha hablado usted del esfuerzo que se había hecho para mantener un buen sistema sanitario y estas cosas. Yo no voy a jugar con usted a verdadero o falso, pero le pido que me corrija si algunos de los datos que doy sobre esa memoria de 2013 son falsos. El número total de profesionales sanitarios, sin incluir los hospitales que son de gestión indirecta, ha disminuido; ha disminuido de 2011 a 2012, y de 2012 a 2013 ha vuelto a disminuir, y es una bajada que podemos considerar relevante; evidentemente, aquí la relevancia dependerá de cada uno.

El número de camas hospitalarias en atención especializada ha disminuido, y lo ha hecho en una cifra similar a lo que podríamos considerar uno o dos hospitales, en función del tamaño de los hospitales, ¿vale? Esta disminución en parte se justifica por la conversión en los hospitales antiguos de habitaciones de muchas camas, de tres camas o incluso más, a habitaciones de una cama o como máximo de dos camas, lo que en parte es positivo, evidentemente, pero, por ejemplo, en el hospital de Alcorcón –la memoria del hospital de Alcorcón de 2013 está publicada desde hace tiempo- se produjo una reducción de 40 camas.

En atención primaria ha bajado el número de consultas que realizan los médicos –bajó, porque estoy hablando en presente pero fue en 2013. Es que aquí vivimos una realidad virtual-. En 2013 bajó el número de consultas que hicieron los médicos de atención primaria respecto a 2012, sin embargo, ha aumentado la presión asistencial. Por lo cual, parece claro que ha habido un menor número de médicos, por decirlo de alguna manera, que está atendiendo consultas de atención primaria.

Cuando hablan de universalidad, francamente... Ha dicho usted que la sanidad madrileña ha conservado la universalidad. Esta es una cifra oficial, dada por ustedes, en respuesta a una petición de información por vía parlamentaria de mi Grupo Parlamentario, y en concreto de este diputado. En la Comunidad de Madrid, en aplicación del Real Decreto Ley 16/2012, se han retirado casi 40.000 tarjetas sanitarias individuales, TSI. Yo creo que esto es importante, y lo reconocemos una vez más, cuando estamos hablando de universalidad de la asistencia sanitaria. No podemos insistir en ese mensaje por parte del Partido Popular cuando es un mensaje que es evidente que no es real.

Por hacer énfasis en otras cosas de las que usted ha hablado, aunque no esté en la memoria de 2013, mencionaré el tema de personal, de las ofertas públicas de empleo, y los concursos de traslado. Ocurre una vez más, como ya ha ocurrido en tantas Legislaturas en la Comunidad de Madrid, que cuando llega el final de la Legislatura de repente hay que acelerar todos los concursos de traslado, todas las ofertas de empleo público, para intentar un poco lo que ya dije en otra Comisión; en fin, estos caramelitos preelectorales.

Yo solo quiero comentar cuatro cosas sobre lo que se está haciendo. Por un lado, en algunas oposiciones de empleo público, no en concursos de traslado, sino en oposiciones, lo que ha ocurrido es que primero hay una fase de oposición, como SS.SS. saben, en la que los candidatos tienen que intentar aprobar un examen; en algunas oposiciones se ha establecido un umbral, podríamos poner un cinco. Entonces, digamos, el número de candidatos que han superado ese cinco ha sido menor que el número de plazas que se ofertaban; con lo cual, se ha bajado el umbral de aprobado. Y lo que ha ocurrido es que personas que no habían aprobado la fase de oposición, tras modificar el criterio, en la fase de méritos han quedado por encima de personas que sí habían aprobado la oposición -corríjame si me equivoco; está aquí el Director de Recursos Humanos, pero es lo que yo tengo entendido que ha ocurrido-, lo cual no parece que tenga demasiada lógica; puede tener lógica bajar el umbral, porque al final lo que estamos haciendo es intentar consolidar empleo público, pero si "a priori" hemos fijado un aprobado y hay gente que no ha aprobado, no tiene sentido que gente que no ha aprobado quede por encima de otra que sí había aprobado. Espero que se entienda lo que he dicho.

Otro ejemplo. En las ofertas de empleo del Summa se fijaba como requisito estar trabajando el 18 de julio, cuando ustedes saben perfectamente que hay profesionales sanitarios trabajando por días o meses en el Summa -porque la precariedad es importante- desde hace más de diez años. Con lo cual, se puede haber dado la circunstancia de que determinados profesionales sanitarios que llevaban trabajando en el Summa años, pero de esta forma de un mes sí, uno no o por días, no estuvieran en activo el día 18 de julio. Me parece una discriminación poco razonable.

En la Comunidad de Madrid también tenemos 40 matronas en situación de reingreso provisional al servicio activo provenientes del proceso extraordinario de consolidación convocado por el extinguido Insalud en el año 2012. Entiendo que la situación de estas matronas tampoco está resuelta.

Otro de los temas que sin duda ha generado polémica y que no voy a descubrir yo aquí, son los criterios del paso de profesionales sanitarios eventuales a interinos. No da la impresión de que esté habiendo un criterio objetivo para este paso. Y esto, de alguna manera, inculca -o al menos podría inculcar- un principio constitucional como es el acceso a las plazas de empleo público bajo criterios de mérito y capacidad.

Evidentemente, no todo lo que ha ocurrido en esta Legislatura ni en 2014 es malo. La receta electrónica, sin duda, es algo positivo. Madrid tiene un retraso significativo respecto a otras comunidades autónomas y en teoría Madrid iba a "aprender", por decirlo de alguna manera, de errores que habían cometido otras comunidades autónomas.

Respecto a la receta electrónica le pregunto, señor Viceconsejero de Asistencia Sanitaria: ¿la implantación de la receta electrónica está aumentando el gasto farmacéutico en oficinas de farmacia? Ya sabe que esto lo dijo el señor Rodríguez, entonces portavoz del Partido Popular en esta Comisión de Sanidad, comentando los problemas para decir: tened cuidado con la receta electrónica porque..., no la pidáis con tanta insistencia porque a lo mejor nos pasa esto. Ahora que la hemos implantado, ¿nos ha pasado, señor Viceconsejero, o hemos aprendido?

El dato de los ecógrafos de atención primaria, evidentemente, es algo positivo que celebro. *(Risas por parte del señor Raboso García-Baquero.)* No por insuficiente insistencia de mi Grupo, por mucho que se ría el señor Raboso. Evidentemente, aumentar la capacidad de resolución de atención primaria va mucho más allá de las ecografías, pero creemos que es algo positivo. Pero, francamente, el balance de Legislatura creo que no puede ser positivo.

La Sra. **PRESIDENTA**: Señor Normand, vaya terminando.

El Sr. **NORMAND DE LA SOTILLA**: Sí, señora Presidenta. Solo por apuntar algunos aspectos: el intento de privatización de la gestión sanitaria de seis hospitales, lo ocurrido con el hospital de La Princesa, lo del hospital Carlos III -si usted me puede explicar la lógica de todo lo que ha ocurrido con el hospital Carlos III yo le doy un premio literario-, el tema del ébola, el tema de la hepatitis C... (La Sra. **VILLARES GONZALO**: *El único que no lo ha entendido es usted.*) Me parece que la que no lo ha entendido es la diputada que dice que yo no lo he entendido, pero no voy a entrar en ese tipo de diálogo.

La Sra. **PRESIDENTA**: Por favor, silencio.

El Sr. **NORMAND DE LA SOTILLA**: Respecto a la hepatitis C, diga, por favor, los criterios que se han aplicado hasta diciembre en la Comunidad de Madrid para decidir si un paciente accede o

no a un tratamiento innovador contra la hepatitis C; así sabremos si han restringido o no por razones económicas, porque usted ha dicho que no se ha restringido el tratamiento a ningún paciente por razones económicas.

Por último, respecto a la gestión económica -porque, claro, alardea de la gestión ipero hay que ver lo que nos están costando las cosas!- y como balance de Legislatura, creo que hay dos datos en los que conviene insistir. En el hospital de Villalba, en los años que ha estado cerrado hemos pagado el 20 por ciento del coste de su construcción; con lo cual, algo ahí no se ha hecho bien. Y en el hospital Puerta de Hierro hay unos modificados de contrato por 10 millones de euros; como esos modificados se pagan en el conjunto de la concesión, al final, el coste total de esos modificados -que eran 10 millones de euros-, lo que se va a pagar, es prácticamente el triple. Con lo cual, no parece que se esté haciendo una buena gestión de los recursos públicos en lo que corresponde a las concesiones sanitarias en el Servicio Madrileño de Salud. Nada más, Presidenta. Muchas gracias.

La Sra. **PRESIDENTA**: Gracias, señoría. Tiene la palabra, por el Grupo Parlamentario Socialista, el señor Freire.

El Sr. **FREIRE CAMPO**: Señora Presidenta, señor Director General, Viceconsejero, mis primeras palabras, como no puede ser de otra forma, son para felicitarle por el nombramiento, porque además le conozco desde hace tiempo. Esto por el lado personal.

Si entramos en el lado político de la función que usted tiene ahora, quiero llamar la atención sobre la oportunidad de esta comparecencia que pide el portavoz de UPyD... (*Rumores*).

La Sra. **PRESIDENTA**: Es del PP.

El Sr. **FREIRE CAMPO**: ¿Del PP? ¡Santo cielo! Realmente, muestra usted, señor portavoz del Partido Popular, un rasgo de humor inusitado preguntando al Viceconsejero, a 94 días de las elecciones, por actuaciones y planes de futuro. ¡Es fantástico! ¡Es un rasgo de optimismo vital! (El Sr. **RABOSO GARCÍA-BAQUERO**: *iNo se lo voy a preguntar a usted!*) Bueno, a lo mejor debiera; a lo mejor debiera. (*Rumores*).

La Sra. **PRESIDENTA**: Por favor, silencio.

El Sr. **FREIRE CAMPO**: Yo esperaba que tuviera algún plan de futuro, pero nos ha contado el pasado. Me alegra que por fin -estamos a 18 de febrero de 2015- nos obsequie usted con una copia de la memoria de 2013. Es todo un hallazgo y tiene usted que felicitarse mismo. La verdad es que la ha firmado, y tiene que felicitar al señor Consejero, que ha sido Viceconsejero, porque es el que tenía que haber firmado el prólogo. Realmente, es generoso; el Consejero le ha dejado a usted firmar el prólogo. No sé si es un regalo envenenado. Sé que lo ha firmado, ¿eh? No sé si lo ha escrito, pero seguro que lo ha firmado.

En términos prácticos, usted viene a contarnos los logros de una Legislatura que usted sabe que ha sido protagonizada por la sanidad, pero no por los logros de su Gobierno, sino por sus

torpezas, por sus fracasos; en gran medida, el éxito es tanto mérito de los que lo hemos paralizado actuaciones como ustedes que han tenido problemas, que ni siquiera han sabido hacer lo que querían hacer.

Usted critica que el otro día mencionara la llegada del Consejero aquí. Es que respondemos a culturas políticas diferentes. Cuando yo empiezo casi todas mis intervenciones en esta Comisión diciendo que siento no ver al Consejero es porque yo, cuando fui Consejero de Sanidad en el País Vasco, no perdí una sesión de la Comisión porque era mi deber de Consejero y de político responsable del Gobierno. Iba acompañado de los técnicos o de los responsables que necesitara, pero respondía el Consejero. En esta misma cultura política, por ejemplo, en Valencia, que tienen un Gobierno del Partido Popular, las preguntas que hacen los diputados van firmadas por el Consejero, como en el País Vasco y en otras comunidades autónomas; aquí nos llegan anónimas. Estoy hablando, señor Viceconsejero, de cultura política. Y, cuando yo critico que el señor Consejero, al que le quedan cien días, venga a monopolizar una de las cuatro Comisiones que nos quedan para plantear preguntas, para que ustedes rindan cuentas, es por esta lógica, no por otra.

Habla usted de logros, retos, y nos trae la memoria de 2013. Mire usted, el portavoz de UPyD ha mencionado ya cosas que son sabidas, como que han perdido ustedes más camas. El equivalente de camas que han perdido en 2012-2013 es como dos o tres de los hospitales nuevos que han abierto. En términos de personal, sale exactamente, creo recordar que de las cifras que tienen ustedes, unas 12.700 personas menos. Haga la cuenta, sus propios números. Y en personal, en médicos simplemente hay 535 menos. En camas, 337 menos. ¿De qué hablamos? Eso sí, lo que ha aumentado espectacularmente es la financiación que ustedes han dado a los centros privados; lo que ha aumentado espectacularmente son los servicios que ustedes han derivado a centros privados y tiene usted que explicar muchas cosas. Por ejemplo, tiene que explicar usted cómo un hospital como Gregorio Marañón tiene mucha menos población asignada -100.000 habitantes menos- que la UTE Fundación Jiménez Díaz; tiene que explicar por qué el hospital Ramón y Cajal pierde cien camas o las que pierde La Paz -esto de acuerdo con sus propias notas-. Tampoco ha explicado qué ha pasado con el tema de la leishmania o con la exclusión, a la que se ha referido el portavoz del Grupo UPyD. Recientemente, Médicos del Mundo ha hablado del grave problema de los excluidos sanitarios, los excluidos legalmente por el Real Decreto 16/2012, pero yo añado a esto los excluidos económicos: aquellos que no pueden pagar las medicinas. Y, si hablamos de política de personal, es obvio que, en los últimos meses de la Legislatura, ustedes han hecho campaña electoral con la política personal: primero, maltratan al personal, tienen un porcentaje de eventualidades e interinidades que ofende la dignidad y que está expulsando de España a lo más valioso que tenemos en recursos humanos, y, cuando estamos al final de la Legislatura, ustedes aceleran a matacaballo los procesos para que el personal sanitario les muestre agradecimiento después de haberles maltratado.

En la comparecencia anterior a la suya, el señor Director General de Recursos Humanos ha hecho un elogio de la autonomía de los tribunales, que nombra él, pero no ha explicado lo que luego ha planteado el portavoz del Grupo UPyD de por qué establecen una nota de corte que luego quitan. Sería bueno que lo explicara usted, porque hay mucha gente que está muy preocupada por esto, y a

lo mejor influyen ustedes en que todo lo que están haciendo sea anulado legalmente. Tampoco ha explicado por qué han hecho un examen, que a tantos profesionales les parece absurdo desde el punto de vista médico y de procedimiento, para seleccionar médicos. El señor Director General –y en esto estoy de acuerdo con él- dice que estas convocatorias no son la forma de seleccionar médicos. Muy bien, pero ¿cuánto llevan ustedes en el poder? Ustedes llevan en la Comunidad Autónoma de Madrid desde antes de las transferencias, gobiernan en España también; debieran ustedes haber planteado algún procedimiento para cambiar el sistema de selección de personal si es que el actual no sirve, como dice el Director General de Recursos Humano, cosa en la que estoy de acuerdo con él.

Suspenden ustedes de una manera clamorosa en transparencia, en control de gestión –y usted ha sido responsable de este control en los centros de gestión privada- y, por supuesto, en gestión económica. La memoria 2013 no sé lo que dirá, pero me consta que tuvieron que hacer ustedes modificaciones presupuestarias por más de 500 millones de euros; esto creo recordar que es aproximadamente algo más del 7 por ciento del presupuesto aprobado. Su disciplina presupuestaria es nula.

En definitiva, le agradezco que venga hoy aquí –cómo no-, le doy la enhorabuena por el oficio que tiene y únicamente le ruego lo que le dije al Consejero: entregue usted el Servicio Madrileño de Salud en mejores condiciones de las que lo recibió. Muchas gracias.

La Sra. **PRESIDENTA**: Muchas gracias, señoría. Tiene la palabra el portavoz del Grupo Parlamentario Popular señor Raboso.

El Sr. **RABOSO GARCÍA-BAQUERO**: Muchas gracias, señora Presidenta. Todo esto es muy extraño. La verdad es que me hubiese gustado que hubiera hablado usted más de futuro que de la memoria del año 2013, pero ha generado usted un entusiasmo tal entre los portavoces de la oposición, que parece que hoy están haciendo todo lo posible por buscar un sitio en las listas del Partido Popular para las próximas elecciones, que, honestamente, no me atrevo a decir nada. Esto está empezando a ser una conversación del tipo: ¿De dónde vienes? Manzanas traigo.

El debate se ha centrado sobre la memoria de 2013. Espero que en algún momento hablemos sobre cuestiones de futuro, y si tiene usted la posibilidad de mencionarme alguna cosa, se lo agradeceré mucho. Dado que el debate se ha centrado más sobre el pasado que sobre el futuro, me gustaría hacer hincapié en algunas cosas.

Miren, como contexto general, por así decirlo, estoy convencido de que dentro de 20 años, por ejemplo, cuando la historia de alguna forme se desnude de forma sincera y honesta, habrá alguien que analice esta Legislatura como la Legislatura en la cual el Partido Popular consiguió salvar a la sanidad pública. (*Rumores por parte del señor Freire Campo.*) Por lo que se ve, el señor Freire tiene gases. (*Risas.*) Lo pienso honestamente. El esfuerzo que se ha hecho para expandir capacidades y para incrementar el volumen de asistencia en un contexto presupuestario absolutamente dramático y con un ejercicio de oposición por parte de los Grupos de la oposición que quedará dentro de los anales no ya de la irresponsabilidad sino de la perversión política, creo que llegará un momento en el

que habrá libros de historia en los que esto se reconocerá en beneficio de todos ustedes, sinceramente.

Quisiera comentar aquí alguna cosa puntual. Usted ha dicho que en el año 2013 hubo un importante aumento en el número de mamografías realizadas como "screening" para tumores de mamá; me parece que el incremento respecto al año anterior ha sido del 12,8 por ciento. Recuerdo una sesión del Pleno en la Asamblea de Madrid en la que, si no recuerdo mal, al entonces consejero señor Fernández -Lasquetty le llegaron a llamar asesino porque no se iba a cumplir el cupo necesario de mamografías y que eso iba a suponer la muerte de no sé cuántos cientos de mujeres; se lo dijeron a la cara. Me gustaría, aunque la persona que se lo dijo no esté, pero, al menos, alguien del Grupo Parlamentario Socialista, de alguna forma, aunque sea con un correo electrónico y a título personal, pidiera algún tipo de disculpas a quien entonces era el Consejero y a las personas que por aquel entonces estaban en la Consejería peleando para que precisamente el número de mamografías fuera más que suficiente para cubrir las necesidades.

Hace usted referencia constantemente a que se ven más pacientes, que hay más consultas y que se hacen más operaciones, y todo ello con un presupuesto por lo menos que no se puede expandir y que en algunas áreas requiere un cierto grado de disminución. Pese a ello, los madrileños siguen estando perfectamente atendidos y siguen recibiendo, de largo, la mejor asistencia del país. Asimismo, seguimos teniendo una red sanitaria espectacular y se siguen comprando medios y se siguen expandiendo capacidades, nuevos hospitales, nuevos centros de salud, más centros de referencia, etcétera.

Se siguen haciendo alegatos que me parecen denunciables diciendo que todo esto ha sido pagando más dinero a los centros privados, cuando existen la constatación y el dato matemático incontrovertible de que la concertación se va disminuyendo a paso firme y seguro año tras año en los servicios públicos de salud de esta Comunidad. Eso es un hecho y es algo rigurosamente irrefutable; por tanto, cualquier afirmación contraria es rigurosamente falsaria, una manipulación de la opinión pública solamente calificable como indecente. Por tanto, a mí me gustaría que se abandonara ese debate. Quiero constatar el tremendo esfuerzo de la Consejería por reducir el nivel de concertación al mínimo, porque esa concertación se paga con el dinero de todos, y, si conseguimos, optimizando los recursos propios, reducir o eliminar eventualmente esa concertación -le digo eliminar porque estamos al borde de conseguir eliminarla-, evidentemente, es un logro de la Administración. Eso creo que hay que reconocerlo porque está ahí.

Por otra parte, se alega aquí que se reducen el número de camas. ¿Se reduce el número de camas respecto a cuándo? ¿Con qué justificación? En el hospital donde presto mis servicios creo que en ocasiones se cierran controles de camas para proceder a obras, remodelaciones, para cambiar la configuración de las camas, porque las habitaciones con varios pacientes no son precisamente populares; la gente, busca, pide, solicita que las habitaciones sean individuales.

Hay que hacer un análisis más profundo, más profesional y más serio sobre cuál es la situación. No se puede decir: es que se ha reducido el número de camas. ¡Oiga!, dice usted que se ha reducido el número de camas y, pese a ello, se están haciendo sistemáticamente más operaciones, se están viendo más pacientes y se están tratando más enfermedades. No es coherente una cosa con la otra.

Creo que es una realidad que la sanidad pública madrileña se ha salvado de la horrible quema de una situación presupuestaria dramática. Creo que es una realidad que es la mejor sanidad del país, y eso no quiere decir que no haya cosas que hacer; hay muchas cosas que hacer, pero insisto en que hay que mirar al futuro y hay que empezar a plantearse objetivos importantes. Como decía el otro día el Consejero, en cuestiones económicas, ya hemos tocado suelo; ahora solamente queda mejorar y podemos plantearnos cosas de cara al mañana. Creo que esa es una labor importantísima. Hay que empezar a mirar el futuro de nuevo con ambición, sin dejar por ello de estar profundamente orgullosos de cuál ha sido el pasado inmediato y de cómo hemos conseguido que los madrileños no estén en una situación de desasistencia sanitaria. Nada más, señor Viceconsejero, y muchas gracias por su información.

La Sra. **PRESIDENTA**: Muchas gracias, señoría. Para cerrar el debate, tiene la palabra el Viceconsejero por tiempo máximo de diez minutos.

El Sr. **VICECONSEJERO DE ASISTENCIA SANITARIA** (Molina Muñoz): Muchas gracias, señora Presidenta. Quiero dar las gracias a los tres portavoces por el tono constructivo de sus intervenciones.

Me gustaría, desde luego, decir una cosa. Es cierto que en el momento que nos nombran, inmediatamente, solicitamos al Grupo nuestra comparecencia, y he entendido, por el bien de esta Comisión, que reiterarme en aspectos ya desarrollados por el Consejero no era lo más apropiado. Sí quería cumplir el compromiso con esta Comisión de presentar todos estos datos; datos, que, como digo, a pesar de las circunstancias, son favorables; datos que creo que han mantenido el tipo de forma muy óptima. Por tanto, quiero manifestar mi agradecimiento a todos los profesionales de la sanidad madrileña por el gran esfuerzo que han prestado.

Respecto a la reducción de camas -tema que han señalado los tres portavoces-, quisiera decir que, efectivamente, la memoria, como no puede ser de otra forma, refleja con transparencia un descenso de 337 camas desde el año 2012 al año 2013.

En relación con la memoria, a lo mejor no he dicho claramente en cuánto hemos incrementado la actividad de cirugía mayor ambulatoria; quizá no haya dicho tampoco el porcentaje de disminución de la estancia media en nuestros hospitales, aunque el señor Freire sabe lo que nos supone cada punto de estancia media en cuanto a rotación, capacidad de hospitalización. También conoce que una CMA de un año supone un hospital de 600 camas. Hemos tenido años que puede suponer la misma actividad que desarrollaría, con hospitalización, un hospital de 600 camas. Y ¿en qué transformamos eso? Nosotros, en eso, nunca queremos ahorrar. Por tanto, ¿qué es lo que

hacemos? Mejorar la calidad del servicio prestado a nuestros ciudadanos. Y ¿cómo lo hacemos? Transformando camas de grandes habitaciones, donde había habitaciones de tres o incluso cuatro camas –no llegamos a la habitación en la que estuve con mi suegra hace poco en Andalucía con seis; si quieren nombres, se los doy-, y se han hecho una serie de modificaciones. La más llamativa es, por ejemplo, la del hospital Ramón y Cajal. Les invito a que vayan a ver esta modificación, que supone el incremento de confort en las habitaciones dobles, en lugar de las antiguas múltiples, que han supuesto realmente una disminución de 103 camas. Pues, ¡me alegro de haber disminuido 103 camas en el hospital Ramón y Cajal! Y me alegro enormemente, y seguro que también toda la población que ha sido atendida en este hospital también, al igual que me alegro de la disminución de 50 camas en el hospital de la Paz, o de 24 camas en el hospital Doce de Octubre. Por lo tanto, entiendo que toda la capacidad que podamos ganar desde la Consejería disminuyendo la estancia media e incrementando nuestra actividad de cirugía ambulatoria, la vamos a invertir en mejorar la atención de nuestros ciudadanos. Estamos muy orgullosos de este descenso de camas, que intentaremos que continúe en la medida que esto suponga mejorar la calidad y la atención, manteniendo o incrementando, como he demostrado con los datos expuestos, nuestra capacidad de actividad quirúrgica.

Seguimos insistiendo en la privatización, la derivación... Le he dado los datos: hemos disminuido pruebas quirúrgicas fuera de nuestra red pública y hemos disminuido en la derivación de pruebas diagnósticas, pasando de un 9 por ciento en 2012 a un 6,8 por ciento en 2013, y seguiremos apostando por la disminución.

Respecto al presupuesto de la fundación Jiménez Díaz, yo estoy seguro de que el señor Normand se lo explica mucho mejor porque lo ha estado pidiendo durante tres años y ya lo tiene; seguro que el señor Normand se lo va a explicar perfectamente.

En cuanto a los profesionales, le digo que en el presupuesto total hay un descenso y está reflejado –transparencia-: 2,75 por ciento en presupuesto, capítulo primero. Aparte, en la plantilla que se establece y se publica no está contemplado ninguno de los profesionales de los hospitales concesionados ni los profesionales no sanitarios de los hospitales PFI. Hombre, si vamos aumentando en nuestra variabilidad la gestión sanitaria, también es cierto que parte de esos profesionales, parte de ese capítulo primero, está desempeñando su función en esos hospitales; por tanto, yo creo que eso hay que tenerlo en cuenta también.

El señor Freire ha dado unas cifras que me han sorprendido mucho respecto a no sé qué variación. Mire, los perceptores se corresponden con el número de nóminas emitidas, y usted me está hablando de unos datos que han salido como perceptores. Perceptores de nóminas pueden ser atrasos, pueden ser regularizaciones, puede ser productividad variable del año anterior –también se emiten nóminas por productividad variable del año anterior-, puede ser devolución de préstamos y haberes, pensionistas, también sustitutos de IT, que también se contemplan, y no son incrementos ni decrementos, como usted pretende; perceptores titulares o sustitutos. A lo mejor ustedes confunden una variabilidad: el número de nóminas emitidas con lo que realmente es personal activo trabajando para el Servicio Madrileño de Salud; es decir, nóminas de personas que ya no están activas en este

centro. Ustedes están sumando churras con merinas; por lo tanto, los perceptores, nada tienen que ver con el número de los efectivos que prestan el servicio.

Yo creo que la oposición no está en lo cierto, pero, desde luego, me voy a remitir a las palabras de mi Director General. Yo creo en la objetividad y en la independencia de los profesionales. Señor Freire, ha hecho referencia a su etapa de Consejero en los temas de asistencia a Pleno, pero a lo mejor en la oposición no lo ha hecho; pues también hay que hacer referencia a todas las actividades que se desarrollan con las competencias o con la autoridad que uno tiene que asumir. Por lo tanto, creo que en estos términos estaremos siempre con la objetividad y la independencia de los profesionales en la valoración de estos procesos. De lo que todos tenemos que alegrarnos realmente, como ha dicho nuestro Director General de Recursos Humanos, es de la consolidación del empleo y de que a partir de este momento estaremos en torno al 10 por ciento de eventuales, habiendo bajado más de siete puntos respecto a la situación actual. Por lo tanto, creo que es un logro del que tenemos que alegrarnos todos.

No traía yo nada de leishmania, pero, mira por dónde, es una cosa que me encanta. Además he estado dedicado en alma y cuerpo, pero no solamente dedicado en alma y cuerpo sino que me gustaría que le preguntara usted al señor Alcalde de Fuenlabrada, porque hemos estado colaborando codo con codo, con reuniones mensuales... Además, si usted me lo permite, le enviaré, vía informática, el cuadro de evolución de la leishmania en la zona sur de Madrid: Leganés, Fuenlabrada, Alcorcón y Getafe; en todas sus zonas, tanto urbanas como periurbanas. Puedo decirle que estamos muy satisfechos de la colaboración de todos los ayuntamientos y de todos los profesionales, así como de los resultados que se están obteniendo, aunque sabemos que en sanidad nunca podemos echar campanas al vuelo porque la salud pública en cualquier momento nos puede dar el susto: leishmania, legionella o 20.000 cosas que todos conocemos. Ya que ha hecho referencia a ello, quería decirle que, si estamos orgullosos de todo lo que hemos hecho, de lo de la leishmania más todavía; le puedo asegurar que sí. Además, ya sabe usted que tenemos un comité de expertos, algunos de los cuales son amigos personales suyos del Carlos III, a los que puede preguntar qué se ha hecho en leishmania, que le van a informar perfectamente.

Ha hablado de la exclusión, y ya han hablado muchas veces de la exclusión de los pacientes. Estoy harto de decir que es mejor que cualquier persona que se jubile pague algo y no que un padre de familia parado, con cuatro hijos, pague el 40 por ciento, que era su sistema, el sistema que ustedes tenían; el sistema era que cualquier activo, independientemente de su situación económica y laboral, pagara el 40 por ciento. Hombre, hemos establecido un sistema por el que los jubilados pagan hasta un máximo de 6 euros, vale, pero, ¿sabe qué ha conseguido esto? Los botes del Sigre - ¿conocen ustedes el sistema Sigre de recogida de medicamentos?- están vacíos, y para mí, de verdad, eso es un éxito; el Sigre ha disminuido drásticamente. También hemos conseguido que no haya botiquines rebosantes de medicamentos que van caducando sin ser usados; son dos opciones muy importantes.

Respecto a la receta electrónica, desde luego creo que es buena. No sé si hemos sido los primeros, pero quizá tampoco los últimos, y creo que es bueno aprender. Es cierto que cuando se implantó la receta electrónica en Extremadura se produjo un incremento importante del gasto farmacéutico. ¿Por qué? Bueno, fueron fallos informáticos, de las transmisiones. Nosotros estamos viendo cómo los pacientes en Madrid están yendo a las consultas y, cuando les van a recetar el medicamento, contestan: no, mire, de ese me queda todavía; algo muy positivo. Y otra cosa muy positiva es que nosotros con la receta electrónica no queremos ahorrar, porque el Colegio de Farmacéuticos nos dice: estáis ahorrando en consultas médicas; no, no estamos ahorrando en consultas médicas, siguen todos los profesionales en su puesto, estamos disminuyendo presión asistencial. ¿Y en qué basamos esa disminución de presión asistencial? En burocracia, no en asistencia; o sea, ese tiempo que estamos ganando, en torno a un 15 por ciento, que sabemos que aumentará hasta un 25 por ciento, lo estamos empleando en que el médico se dedique a atender la enfermedad del paciente y evite la burocracia.

Otro tema en el que también estamos trabajando, del que ya se aprobó un real decreto a nivel estatal, es la disminución de la burocracia en el ámbito de la IT. En eso estamos todavía en fase de desarrollo, pero son cosas que la atención primaria nos ha demandado, que los profesionales agradecen y que los pacientes, desde luego, también agradecen muchísimo.

Me ha dicho: "restricciones por motivos económicos." ¡Es que niego la mayor! Madrid no está estableciendo ningún tipo de restricción. Madrid se ha adelantado, ha creado su comité de expertos; son los hepatólogos los que determinan de acuerdo con el PTI marcado por el Ministerio para todas las comunidades autónomas.

Señor Freire, me gustaría que hubiera estado usted en la charla y presentación del Libro Blanco de la Hepatología. Compartí mesa con un buen amigo común, don José Martínez Olmos, y, desde luego, da gusto debatir con José Martínez; se lo puedo asegurar. Cómo entendemos que se deben gestionar temas, para los que todos estamos unidos, para crear un plan estratégico, que ya estamos desarrollando pero que, desde luego, vamos a hacer confluir, por supuesto, con el plan nacional.

No quiero extenderme más. Solamente decir que —y ya me conocéis; he pasado por distintos puestos—, desde luego, asumo cualquier responsabilidad —el día que la asumo— como si estuviera en el cargo una o dos Legislaturas. A mí me gusta apostar a largo plazo; por lo tanto, no estoy mirando más allá de hoy ni de mañana, ni de pasado mañana, y lo mismo que tengo que hacer hoy lo voy a hacer igual que si me quedaran cuatro años de Legislatura. Desde luego, quiero agradecer de nuevo a sus señorías y, por supuesto, quedar a su disposición tanto para debatir los aspectos que quieran, así como para poner a su disposición el Sermas para cualquier cosa que quieran que debatamos en el futuro; futuro indeterminado. Gracias.

La Sra. **PRESIDENTA**: Muchas gracias, señor Viceconsejero, por su comparecencia en esta Comisión. Pasamos al último punto del orden del día.

— **RUEGOS Y PREGUNTAS.** —

¿Desean realizar sus señorías algún ruego o alguna pregunta a la Mesa? (*Denegaciones.*) No habiendo ruegos ni preguntas, se levanta la sesión.

*(Eran las diecinueve horas y veinticinco minutos).*





**SECRETARÍA GENERAL DIRECCIÓN DE GESTIÓN PARLAMENTARIA**

**SERVICIO DE PUBLICACIONES**

Plaza de la Asamblea de Madrid, 1 - 28018-Madrid

Web: [www.asambleamadrid.es](http://www.asambleamadrid.es)

e-mail: [publicaciones@asambleamadrid.es](mailto:publicaciones@asambleamadrid.es)

**TARIFAS VIGENTES**

Información sobre suscripciones y tarifas,  
consultar página web de la Asamblea.



Depósito legal: M. 19.464-1983 - ISSN 1131-7051

Asamblea de Madrid