

Diario de Sesiones de la Asamblea de Madrid



Número 615

20 de febrero de 2018

X Legislatura

COMISIÓN DE SANIDAD

PRESIDENCIA

Ilmo. Sr. D. José María Arribas del Barrio

Sesión celebrada el martes 20 de febrero de 2018

ORDEN DEL DÍA

1.- PCOC-83/2018 RGEP.821. Pregunta de respuesta oral en Comisión, a iniciativa de la Ilma. Sra. D.^a Carmen San José Pérez, diputada del Grupo Parlamentario Podemos Comunidad de Madrid en la Asamblea de Madrid, al Gobierno, sobre valoración que hace el Gobierno de la situación de la cafetería del Hospital Ramón y Cajal.

2.- PCOC-90/2018 RGEP.829. Pregunta de respuesta oral en Comisión, a iniciativa de la Ilma. Sra. D.^a Mónica García Gómez, diputada del Grupo Parlamentario Podemos Comunidad de Madrid en la Asamblea de Madrid, al Gobierno, se pregunta cuál ha sido el desarrollo de la Proposición No de Ley aprobada en la Asamblea de Madrid esta Legislatura sobre los copagos farmacológicos.

3.- PCOC-120/2018 RGEP.1387. Pregunta de respuesta oral en Comisión, a iniciativa

de la Ilma. Sra. D.^a Marta Marbán de Frutos, diputada del Grupo Parlamentario de Ciudadanos en la Asamblea de Madrid, al Gobierno, sobre justificación de la convalidación del gasto y el pago pendiente de otras facturas del SERMAS desde 2010 al 2014 por importe de 10.779.895,97 euros (IVA incluido) derivado de la adquisición de vacunas de la Comunidad de Madrid y otros conceptos.

4.- PCOC-123/2018 RGEF.1454. Pregunta de respuesta oral en Comisión, a iniciativa de la Ilma. Sra. D.^a Marta Marbán de Frutos, diputada del Grupo Parlamentario de Ciudadanos en la Asamblea de Madrid, al Gobierno, sobre implementación del PLAN de diagnóstico prenatal no invasivo en el Servicio Madrileño de Salud (SERMAS).

5.- C-1099/2017 RGEF.11249. Comparecencia del Ilmo. Sr. Viceconsejero de Humanización de la Asistencia Sanitaria, a petición del Grupo Parlamentario Socialista, al objeto de informar sobre la información relativa a reclamaciones y quejas del año 2016 que se encuentra disponible en el Portal de Salud, dentro del apartado "Ciudadanos". (Por vía del artículo 210 del Reglamento de la Asamblea).

6.- Ruegos y preguntas.

SUMARIO

	Página
- Se abre la sesión a las 15 horas y 33 minutos.....	37645
— PCOC-83/2018 RGEF.821. Pregunta de respuesta oral en Comisión, a iniciativa de la Ilma. Sra. D.^a Carmen San José Pérez, diputada del Grupo Parlamentario Podemos Comunidad de Madrid en la Asamblea de Madrid, al Gobierno, sobre valoración que hace el Gobierno de la situación de la cafetería del Hospital Ramón y Cajal.....	37645
- Interviene la Sra. San José Pérez formulando la pregunta.	37645
- Interviene el Sr. Director General de Coordinación de la Asistencia Sanitaria respondiendo la pregunta.	37645
- Intervienen la Sra. San José y el Sr. Director General ampliando información.....	37645-37647
— Modificación del orden del día: tramitación en tercer lugar del punto cuarto, PCOC-123/2018 RGEF.1454.....	37647
— PCOC-90/2018 RGEF.829. Pregunta de respuesta oral en Comisión, a iniciativa de la Ilma. Sra. D.^a Mónica García Gómez, diputada del Grupo	

Parlamentario Podemos Comunidad de Madrid en la Asamblea de Madrid, al Gobierno, se pregunta cuál ha sido el desarrollo de la Proposición No de Ley aprobada en la Asamblea de Madrid esta Legislatura sobre los copagos farmacológicos.....	37647
- Interviene la Sra. García Gómez formulando la pregunta.	37647-37648
- Interviene el Sr. Director General de Coordinación de la Asistencia Sanitaria respondiendo la pregunta.	37648-37649
- Intervienen la Sra. García Gómez y el Sr. Director General ampliando información. . .	37649-37651
— PCOC-123/2018 RGEF.1454. Pregunta de respuesta oral en Comisión, a iniciativa de la Ilma. Sra. D.ª Marta Marbán de Frutos, diputada del Grupo Parlamentario de Ciudadanos en la Asamblea de Madrid, al Gobierno, sobre implementación del PLAN de diagnóstico prenatal no invasivo en el Servicio Madrileño de Salud (SERMAS).....	37651
- Interviene la Sra. Marbán de Frutos formulando la pregunta.	37651
- Interviene el Sr. Director General de Coordinación de la Asistencia Sanitaria respondiendo la pregunta.	37651
- Intervienen la Sra. Marbán de Frutos y el Sr. Director General ampliando información.....	37651-37653
— PCOC-120/2018 RGEF.1387. Pregunta de respuesta oral en Comisión, a iniciativa de la Ilma. Sra. D.ª Marta Marbán de Frutos, diputada del Grupo Parlamentario de Ciudadanos en la Asamblea de Madrid, al Gobierno, sobre justificación de la convalidación del gasto y el pago pendiente de otras facturas del SERMAS desde 2010 al 2014 por importe de 10.779.895,97 euros (IVA incluido) derivado de la adquisición de vacunas de la Comunidad de Madrid y otros conceptos.	37653
- Interviene la Sra. Marbán de Frutos formulando la pregunta.	37653
- Interviene el Sr. Director General de Salud Pública respondiendo la pregunta.....	37653-37654
- Intervienen la Sra. Marbán de Frutos y el Sr. Director General ampliando información.....	37654-37656
— C-1099/2017 RGEF.11249. Comparecencia del Ilmo. Sr. Viceconsejero de Humanización de la Asistencia Sanitaria, a petición del Grupo Parlamentario Socialista, al objeto de informar sobre la información	

relativa a reclamaciones y quejas del año 2016 que se encuentra disponible en el Portal de Salud, dentro del apartado "Ciudadanos". (Por vía del artículo 210 del Reglamento de la Asamblea)	37656
- Interviene el Sr. Freire Campo exponiendo los motivos de petición de la comparecencia.....	37656-37658
- Exposición del Sr. Viceconsejero de Humanización de la Asistencia Sanitaria.....	37658-37662
- Intervienen, en turno de portavoces, el Sr. Veloso Lozano, la Sra. San José Pérez, el Sr. Freire Campo y la Sra. Plañiol Lacalle.	37663-37671
- Interviene el Sr. Viceconsejero dando respuesta a los señores portavoces.	37671-37673
— Ruegos y preguntas.	37673
- No se formulan ruegos ni preguntas.	37673
- Se levanta la sesión a las 17 horas y 11 minutos.	37673

(Se abre la sesión a las 15 horas y 33 minutos).

El Sr. **PRESIDENTE**: Buenas tardes. Empezamos la sesión de la Comisión de Sanidad con el primer punto del orden del día.

PCOC-83/2018 RGE.821. Pregunta de respuesta oral en Comisión, a iniciativa de la Ilma. Sra. D.ª Carmen San José Pérez, diputada del Grupo Parlamentario Podemos Comunidad de Madrid en la Asamblea de Madrid, al Gobierno, sobre valoración que hace el Gobierno de la situación de la cafetería del Hospital Ramón y Cajal.

Por favor, ruego al Director General que ocupe su sitio en la mesa. *(Pausa.)* El tiempo de tramitación de la pregunta no podrá exceder de diez minutos, repartido por igual entre el autor de la iniciativa y el representante del Consejo de Gobierno. Tiene la palabra la señora San José.

La Sra. **SAN JOSÉ PÉREZ**: Gracias, Presidente. Nuestra pregunta va dirigida a la valoración que hace el Gobierno de la situación de la cafetería del Hospital Ramón y Cajal.

El Sr. **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señora San José. Tiene la palabra el Director General.

EL Sr. **DIRECTOR GENERAL DE COORDINACIÓN DE LA ASISTENCIA SANITARIA** (Pascual Fernández): Muchas gracias, señor Presidente. Buenas tardes, señorías. En relación con su pregunta acerca de la valoración del servicio de cafetería y comedor del Hospital Ramón y Cajal, la valoración que hacen el Gobierno y la Consejería es satisfactoria; está funcionando con plena normalidad y se está redactando un nuevo pliego para volver a licitar el concurso que quedó desierto. Muchas gracias.

El Sr. **VICEPRESIDENTE**: Gracias, señor Director General. Tiene la palabra la doctora San José.

La Sra. **SAN JOSÉ PÉREZ**: Gracias, señor Presidente. Señor Pascual, como sabe, el servicio de la cafetería y del comedor que es tanto para el público en general como para el personal sanitario del propio hospital, es un servicio que está privatizado y que, por lo tanto, ha pasado por diversas adjudicaciones a lo largo de los últimos años. A nuestro entender, han sido adjudicaciones que se han visto envueltas en numerosas controversias e irregularidades. Esto sucede específicamente con esta adjudicación como con otras muchas adjudicaciones que se dan en algunos servicios de la Consejería de Sanidad, y aunque es el Hospital Ramón y Cajal el que firma con las diversas empresas esta adjudicación, nos parecía que el último responsable subsidiario de este servicio era la Consejería.

Últimamente, por ejemplo, pensamos que con estas adjudicaciones lo que se ve -y se puede comprobar- es que la administración sanitaria trata de tener un ahorro, sobre todo, un ahorro en los costes de este servicio, sin importar y sin mirar tanto las condiciones de las trabajadoras y los trabajadores del citado servicio, y parece ser que también sin fijarse mucho en la calidad del propio

servicio. En este caso en concreto, se trata de un servicio de restauración que, por cierto -lo nombré en la Comisión pasada y lo hago en esta-, vamos a tratar en el Plan de Humanización, y está expresamente recogido como programa de mejora el tema de la restauración en los centros sanitarios. Pero veamos por qué digo que las últimas adjudicaciones han estado envueltas en diferentes, llamémosle, controversias.

En 2011 dejó el servicio Arturo Fernández, que me imagino que no hace falta recordar en esta Comisión que es una de las personas investigadas en la trama Púnica, y entró Eurest, de la multinacional Compass Group, que cuando llevaba unos meses con esta adjudicación comprobó las numerosas inversiones que había que hacer, dada la situación en la que se encontraba este servicio de comedor y cafetería del Hospital Ramón y Cajal, y puso un contencioso-administrativo. A continuación, en 2013, entra, porque gana la adjudicación, Ramiro Jaquete, y comienza el funcionamiento de este servicio de restauración en febrero de 2013, pero en mayo de ese mismo año comienza a pagar con retraso las nóminas a sus trabajadores. Todo esto que sufren los trabajadores, que denunciaron, no parece que diera a lugar a una intervención positiva por parte de la propia Gerencia del Hospital. En 2014 se firma un convenio de estos trabajadores en el que se ven muy mermadas las condiciones laborales, así como los salarios, y tampoco parece que ante esa bajada de derechos y condiciones laborales interviniera el propio Hospital. Comprendo que la negociación es entre la empresa y los sindicatos, lo entiendo perfectamente, pero me refiero a que la adjudicación la firma el Hospital con esa adjudicataria, es decir, que algo podría haber dicho.

Siguen pasando los años con la empresa Ramiro Jaquete y a los tres años comienzan a no pagarse diversas nóminas a los trabajadores, y a pesar de esto, se hacen prórrogas a esta empresa. La situación es tal que a mediados del año pasado entra en concurso de acreedores por pérdidas o por deudas, en concreto, de 40 millones de euros con la Seguridad Social. Ya había conocimiento de esto y del expediente de regulación de empleo que se llevó por delante a la mitad de la plantilla, pero esto no fue óbice, al parecer -porque se tenía cierto conocimiento de ello- para las últimas prórrogas. Al final del año pasado, como usted dice, ya se han abierto nuevos plazos y ahora mismo está en manos de Serunion.

El Sr. **VICEPRESIDENTE**: Tiene que ir concluyendo, señoría.

La Sra. **SAN JOSÉ PÉREZ**: De acuerdo. Esta empresa ha tenido que contratar a nuevos profesionales, pero con menos salario y peores condiciones. En definitiva, es el ejemplo de lo perverso que resulta privatizar servicios porque, al final, sufren peores condiciones los trabajadores y sufre la calidad del propio servicio. Muchas gracias.

El Sr. **VICEPRESIDENTE**: Gracias, señora diputada. Para concluir con la pregunta, tiene la palabra el Director General.

El Sr. **DIRECTOR GENERAL DE COORDINACIÓN DE LA ASISTENCIA SANITARIA** (Pascual Fernández): Muchas gracias, señor Presidente. Señoría, usted me ha pedido información acerca de la valoración del servicio de cafetería y yo le he dicho que el Gobierno lo valora

positivamente porque usted no me ha dado ni un solo dato respecto al actual proveedor, que es Serunion y que asumió la gestión en tanto en cuanto se convoca de nuevo el concurso, porque el administrador concursal –es decir, no intervino para nada la Administración sino la Administración de Justicia- fue el que hizo la cesión del contrato a Serunion. Aquí la Administración Autonómica no ha intervenido para nada y el servicio que está prestando esta empresa es absolutamente satisfactorio para el personal, que en las encuestas que tenemos en el hospital incluso reconoce que ha mejorado en relación con la situación anterior.

Evidentemente, a lo largo del tiempo, esta cafetería ha sufrido las consideraciones que su señoría ha dicho, pero todas –insisto, todas- han sido en el marco de la legislación vigente; es decir, no ha habido ningún procedimiento que haya alterado en absoluto los concursos. Que una empresa tenga un convenio y que trabaje no implica en absoluto que la Ley de Contratos de los Servicios Públicos pueda tener un criterio de exclusión de esa empresa. Estamos obligados a respetar los concursos.

En el último concurso, la empresa que ganó renunció a la hora de firmar. Bueno, por lo menos no presentó el bastanteo de poderes, con lo cual, al final, definitivamente quedó excluida, no sabemos si por renuncia voluntaria o involuntaria. En el nuevo pliego que se está redactando vamos a mejorar las condiciones económicas, a intentar que haya más proveedores que se presenten a la licitación con mejores condiciones. No obstante, como ya le anuncio, va a entrar en vigor el marco de la nueva Ley de Contratos y, evidentemente, una de las cosas que se van a valorar son las condiciones laborales, como obliga la nueva ley. Hasta ahora no podíamos hacerlo, pero a partir de ahora sí podremos tenerlo en cuenta. Muchas gracias.

El Sr. **VICEPRESIDENTE**: Muchas gracias. Con el fin de dar continuidad a la participación de don César Pascual en la Comisión, vamos a alterar el orden del día, si no hay ningún inconveniente. El punto cuarto pasaría a ser el tercero para que haya continuidad en la intervención de don César Pascual y así no tener que volver a llamarle. ¿Están de acuerdo? *(Asentimiento.)* Entonces, continuamos con el segundo punto del orden del día.

PCOC-90/2018 RGEF.829. Pregunta de respuesta oral en Comisión, a iniciativa de la Ilma. Sra. D.^a Mónica García Gómez, diputada del Grupo Parlamentario Podemos Comunidad de Madrid en la Asamblea de Madrid, al Gobierno, se pregunta cuál ha sido el desarrollo de la Proposición No de Ley aprobada en la Asamblea de Madrid esta Legislatura sobre los copagos farmacológicos.

Tiene la palabra la señora García Gómez.

La Sra. **GARCÍA GÓMEZ**: Muchas gracias, señor Presidente. Quería preguntar al Gobierno, a la Consejería de Sanidad, cuál ha sido el grado de cumplimiento de la proposición no de ley que se aprobó en esta Cámara con respecto a los copagos farmacológicos y a la pobreza farmacológica. Si

quiere, le recuerdo los puntos para que usted me pueda decir cuáles de esos se han cumplido y cuáles no. Uno era establecer mecanismos de evaluación periódica de cuáles pueden ser las barreras de accesibilidad a los fármacos de los madrileños y madrileñas. El segundo era crear ayudas económicas a diferentes tramos y a diferentes personas que considerábamos que eran vulnerables en nuestra Comunidad de Madrid, y en todas las comunidades, y si podíamos adecuar, digamos, nuestros tramos y nuestros copagos a otras comunidades autónomas que ya tienen el reembolso de estos copagos, como son el País Vasco y la Comunidad Valenciana. Me gustaría que nos dijera cuál es el grado de cumplimiento de esta proposición que se llevó a cabo en la Cámara. Muchas gracias.

El Sr. **VICEPRESIDENTE**: Muchas gracias, señoría. Para contestar, tiene la palabra el Director General de Coordinación de la Asistencia Sanitaria, don César Pascual.

El Sr. **DIRECTOR GENERAL DE COORDINACIÓN DE LA ASISTENCIA SANITARIA** (Pascual Fernández): Muchas gracias, señor Presidente. Señoría, en relación a su pregunta acerca del desarrollo de la proposición no de ley aprobada en la Asamblea de Madrid en esta Legislatura sobre el copago farmacéutico, entiendo, no farmacológico, en primer lugar, debo recordarle que la determinación de los copagos de los usuarios con derecho a la exención de los mismos no es competencia de esta Consejería; es una competencia del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, porque forma parte de las bases de la prestación farmacéutica y, por lo tanto, no compete a esta Consejería hacer modificaciones legislativas. Sí es cierto que en la proposición no de ley que se aprobó en la Asamblea pedían algún tipo de medidas, como la existencia de un mecanismo de evaluación periódica de copagos, y tengo que decirle que en el marco de la gestión diaria de la Subdirección General de Farmacia y Productos Sanitarios se hace normalmente una evaluación, y ahí tenemos las tablas de cómo evolucionan los copagos.

Me interesaría señalar acerca de la afirmación de la importancia que pueden tener los copagos sobre la adherencia a los tratamientos por parte de los pacientes, que realmente no existe ningún tipo de evidencia que lo constate, y, es más, las últimas publicaciones que hay, y sobre todo una última muy reciente de una revisión, así lo demuestra. Es cierto que hay artículos de opinión, no de investigación, publicados, que sostienen esta opinión, pero lo cierto es que cuando el doctor Jaime Puig, de la Universidad Pompeu Fabra, en su último artículo, que es una revisión de todo lo que se ha publicado y bien reciente, ya demuestra que no se puede afirmar que el copago haya podido afectar, pero esto venía ya demostrado también con la evolución de la receta. La propia evolución de la receta ha demostrado que no ha disminuido el consumo farmacéutico, y no ha disminuido en los grupos de mayor consumo; al contrario, ha seguido creciendo en torno al 4 o 5 por ciento.

Lo que sí es cierto es que para evitar los efectos adversos que ustedes planteaban también, la posibilidad de destinar estas ayudas a las personas que estaban incluidas en el punto 8 del artículo 94 bis, tengo que decirle que en la Comunidad de Madrid, analizando las aportaciones de los pacientes, de este grupo de personas, la media de aportación sería de 0,21 euros, es decir, 21 céntimos, y que con el convenio que tenemos con el Colegio de Farmacéuticos, aproximadamente, más del 90 por ciento de los pacientes no paga ni eso, porque en las farmacias se lo contrarrestan, si

entran en el grupo de gente con pocas prestaciones. Además, en cuanto al punto cinco referente a desarrollar instrumentos y aplicaciones informáticas para facilitar el reembolso a estas personas, evidentemente este punto no se ha cumplido porque no hemos puesto en marcha ningún tipo de actuación relativa a posibles reembolsos a este tipo de pacientes. Nada más y muchas gracias.

El Sr. **VICEPRESIDENTE**: Muchas gracias, don César Pascual. Para el turno de réplica, tiene la palabra doña Mónica García.

La Sra. **GARCÍA GÓMEZ**: Bien. Siento diferir de su respuesta, porque sí que hay evidencia científica, otra cosa es que no la busquen. Usted me ha dicho que sí que hay tablas y evolución de los pagos, y me gustaría ver verdaderamente si desde la Consejería se ha hecho un estudio, que es lo que se pedía, una evolución de cuál era la tasa de pobreza farmacológica, lo podemos llamar pobreza farmacológica o barreras en el acceso a los productos farmacéuticos. Si no han hecho el estudio, obviamente ustedes no tiene resultados, pero sí hay evidencia científica que dice, por ejemplo, que hay un 8 por ciento de los pacientes que tienen enfermedades cardíacas que no pueden seguir su tratamiento y los motivos son económicos y hay más estudios que lo dicen; es más, si no los hay, invito a la Consejería a que los haga, porque esto redundaría en que si a un paciente se le obstruye un stent, porque no ha sido capaz de pagarse los medicamentos, obviamente eso redundaría en un mayor gasto de la Consejería, o sea que les convendría hacer un estudio al respecto.

Aparte de que sí que hay estudios, también hay una Encuesta Europea de Salud, ya del año 2014, que decía que hay una mayor dificultad de acceso a las clases sociales bajas, una mayor dificultad... Estamos hablando de una encuesta en España; la encuesta se hace en Europa, pero los resultados de España hablan de una mayor dificultad del acceso a los menores de 65 años, no tanto a los pensionistas, y una mayor dificultad, obviamente, a todos estos estratos sociales que, además, tienen enfermedades crónicas. Lo último es un informe del Defensor del Pueblo que viene a avalar también que existen unas capas sociales más vulnerables de nuestra sociedad que están teniendo problemas a la hora de acceder a los medicamentos.

Usted me habla de las competencias. Es que yo no le estoy hablando de cambiar la ley, ¡ojalá pudiéramos cambiar la ley!, de hecho hay alguna medida que hemos llevado al Congreso, pero es que hay otras comunidades que lo que han hecho es reembolsar este dinero a estas capas más vulnerables. Usted me ha dicho que es la farmacia la que les exige de pagar. ¿Eso cómo es? Me lo tiene que explicar, porque si es la farmacia la que exige de pagar, ¿a quién?, porque nosotros pedíamos rentas menores de 12.000 euros y rentas menores de 18.000 euros a pensionistas, personas con una discapacidad mayor del 33 por ciento, familias con hijos a cargo con una discapacidad mayor del 33 por ciento. Si me puede decir cómo las farmacias tienen la capacidad de no cobrar a estas personas, estaría agradecida, porque, entonces, sería una manera de haber llevado a cabo nuestra proposición con otro mecanismo que no es el reembolso, sino con el mecanismo directamente de no cobrarles por el altruismo de las farmacias.

El tema de los copagos, insisto, ya no es un tema ideológico, que lo es, o sea, cuando se instaure un copago y un impuesto a la enfermedad, porque consideramos que los pacientes que tienen enfermedad ya pagan sus impuestos lo suficiente como para tener que pagar sus medicamentos, ya no solo ha pasado de ser un tema ideológico sino que es un tema de sensatez y en el que hay evidencias que vienen a avalar que nos sale mucho más caro que los pacientes dejen de acceder a los medicamentos a que los pacientes accedan cuando tienen limitaciones económicas. Si se pudiera extender y explicarnos eso de que no hay evidencia científica, que ustedes no la van a buscar, que las farmacias eximen del pago y que al final ustedes no están de acuerdo con lo que dice el Defensor del Pueblo, que ya lo dijo en el año 2015 y lo ha vuelto a repetir, se lo agradeceríamos. Muchas gracias.

El Sr. **VICEPRESIDENTE**: Muchas gracias, señora diputada. Para concluir la pregunta, tiene la palabra el señor Director General.

El Sr. **DIRECTOR GENERAL DE COORDINACIÓN DE LA ASISTENCIA SANITARIA** (Pascual Fernández): Muchas gracias, señor Presidente. Contesto rápidamente para que no se agote el tiempo. Señoría, no ponga en mi boca palabras que no he dicho. Yo reitero que no existe evidencia que demuestre que el copago... ¡Y no existe evidencia! Usted me ha hablado del incremento de vulnerabilidad, que me parece muy bien; me ha hablado de algunos estudios que existen, que me parece muy bien; me ha hablado usted de dificultad de acceso de las clases socioeconómicas bajas, que me parece muy bien, pero eso no es un estudio de evidencia de que el copago farmacéutico de nuestro país haya afectado a la adherencia. Ningún artículo, insisto, publicado vincula evidencia, otra cosa es que el Defensor del Pueblo haga un informe y diga que efectivamente las clases vulnerables - y eso lo aceptamos perfectamente-, las clases socioeconómicas más bajas, con más dificultades económicas, tengan dificultades de acceso, pero no me vincule, por favor, a lo que yo he dicho. Yo he dicho que no existe ninguna evidencia de que el copago farmacéutico en España... Y además existe un estudio más reciente y le puedo pasar más artículos que demuestran que eso no se puede afirmar. Otra cuestión es que usted me hable de términos que se inventa, como pobreza farmacológica, que me parece muy bien, o impuesto a la enfermedad. ¡No estamos hablando de eso!, estamos hablando de las evidencias que lo demuestran.

Por otra parte, nosotros tenemos dos convenios con el Colegio de Farmacéuticos y en uno de ellos el Convenio de Farmacéuticos establece una serie de medidas para que a los pacientes que tienen localizados en las farmacias, cuando van con este tipo de medidas, no les cobren, pero es por el convenio que tenemos, no porque las farmacias asuman nada. Respecto a estas medidas que usted proponía en la proposición no de ley, tengo que decirle que nosotros, por ejemplo, en estas condiciones de renta inferior a 36.000 euros teníamos además a las personas extranjeras en situación irregular con insuficiencia económica a las que se les asigna el código DAR, en lo que la Comunidad de Madrid ha pagado más de 1,2 millones en recetas para este tipo de pacientes que no pagan nada.

El Sr. **VICEPRESIDENTE**: Tiene que ir terminando, por favor.

El Sr. **DIRECTOR GENERAL DE COORDINACIÓN DE LA ASISTENCIA SANITARIA** (Pascual Fernández): Perdón. Insisto en lo mismo, que la media de aportación por paciente en este grupo es de 0,21 euros. Muchas gracias.

El Sr. **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señor Director General. Pasamos al siguiente punto del orden del día.

PCOC-123/2018 RGE.1454. Pregunta de respuesta oral en Comisión, a iniciativa de la Ilma. Sra. D.^a Marta Marbán de Frutos, diputada del Grupo Parlamentario de Ciudadanos en la Asamblea de Madrid, al Gobierno, sobre implementación del PLAN de diagnóstico prenatal no invasivo en el Servicio Madrileño de Salud (SERMAS).

Para la formulación de la pregunta, tiene la palabra la señora Marbán de Frutos por un tiempo máximo, repartido entre los dos, de diez minutos.

La Sra. **MARBÁN DE FRUTOS**: Gracias, Presidente. Buenas tardes, señor Pascual. La pregunta es: cuál es la implementación del Plan de Diagnóstico Prenatal no Invasivo en el Servicio Madrileño de Salud, SERMAS. Muchas gracias.

El Sr. **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señora Marbán. Tiene la palabra el Director General.

El Sr. **DIRECTOR GENERAL DE COORDINACIÓN DE LA ASISTENCIA SANITARIA** (Pascual Fernández): Muchas gracias, señor Presidente. Señoría, la implantación de un programa de pruebas de diagnóstico prenatal no invasivo en gestantes en la Comunidad de Madrid está en fase de licitación por el Hospital 12 de Octubre, donde se van a centralizar estas pruebas, de todos los procedimientos, mediante la metodología de análisis de ADN fetal. Para llegar a este punto fue necesario establecer un grupo de trabajo de consenso entre los profesionales, para que eligieran y determinaran si íbamos a proseguir con la citología líquida o pasábamos a las pruebas de ADN fetal. Este grupo estuvo trabajando desde finales de 2016 hasta más o menos el verano de 2017, que concluyó con la recomendación de que la Comunidad de Madrid pasara a hacer la determinación por ADN fetal. Eso fue lo que hicimos y, en octubre de 2017, una resolución de este Director General centralizaba en el Hospital 12 de Octubre todas las determinaciones basadas en ADN fetal. A partir de entonces, elaboraron un protocolo, que tengo aquí y le podría hacer llegar, acerca de cómo se va a desarrollar todo esto y, al mismo tiempo, licitaron la determinación de pruebas, que es la fase en la que nos encontramos en este momento. Estimamos que un plazo de breves semanas podrá centralizarse y, mientras tanto, seguimos haciendo la citología líquida.

El Sr. **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señor Director General. Tiene la palabra la señora Marbán de Frutos.

La Sra. **MARBÁN DE FRUTOS**: Muchas gracias, Presidente. Nos alegra saber que dentro de unas semanas por fin se va a implantar, porque este proyecto se inició hace más de tres años. Lo que

sabemos es que hay hospitales, como los de Torrejón y Fuenlabrada, que lo hacen ya desde hace tres años; también que algunos hospitales se habían unido -es verdad que algunos pequeños-, y que también lo consiguió el Hospital Clínico, pero, de alguna manera, nos parecía importante reseñar y hacer llegar a la Consejería que sigue sin hacerse en La Paz, el 12 de Octubre o el Ramón y Cajal, que son hospitales importantes que tienen un volumen de pacientes alto.

En principio, ¿qué queríamos trasladarle? Nosotros tenemos que defender la igualdad de todas las madrileñas, en este caso, en el sistema madrileño de salud. No podemos entender que, dependiendo del código postal, unas madrileñas tengan esta prueba y otras tengan que seguir con la amniocentesis o la biopsia corial, que al fin y al cabo tienen un riesgo mayor, puesto que, aunque reducido, existe un volumen de pérdidas fetales debido a que este diagnóstico es invasivo.

Cuando hablamos de que cualquier persona puede meterse en internet y saber que esta prueba tiene una fiabilidad muy importante, superior al 99 por ciento, y teniendo en cuenta que la trisomía del cromosoma XXI, el Síndrome de Down, es, además de la más frecuente, un caso entre 700 embarazos, nos parece que este test es importante y que la implantación del diagnóstico prenatal no invasivo tiene que ser ya una realidad en la Comunidad de Madrid para todas las madrileñas y en todos los hospitales.

Le tomamos la palabra y esperamos que dentro de unas semanas esto ya esté realmente en marcha. Creemos que se ha retrasado demasiado todo este proceso, que usted ha achacado a la licitación o al grupo de trabajo, pero creo que más de tres años es un tiempo superior al que nosotros estimamos necesario para la implantación de este proyecto. En cualquier caso, insistimos, le tomamos la palabra y esperamos que en unas semanas todas las madrileñas tengan este servicio en todos los hospitales, porque, si la tecnología avanza, los madrileños tienen que tener este servicio a su alcance en toda nuestra red. Muchísimas gracias, señor Pascual.

El Sr. **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señora Marbán. Tiene la palabra el señor Director General por tiempo de cuatro minutos.

El Sr. **DIRECTOR GENERAL DE COORDINACIÓN DE LA ASISTENCIA SANITARIA** (Pascual Fernández): Muchas gracias, señoría. Efectivamente, la introducción de esta tecnología fue hace tres o cuatro años y en aquel momento no había consenso técnico. De hecho, había alguna sociedad científica que expresó un informe en contra de la aplicación de esta tecnología y decía que ofrecía dudas. El tiempo ha demostrado que, evidentemente, la apuesta por las pruebas de ADN, con todas las dificultades que entraña, y las dificultades que impone el nuevo Reglamento de Protección de Datos nos va a hacer cambiar el protocolo, porque es evidente que con este tipo de prueba podemos discriminar el ADN fetal, pero también, involuntariamente, hacemos el ADN materno, y esto hay que solucionarlo con la prueba de protección de datos, teniendo que haber un doble consentimiento informado que hasta ahora no estaba previsto. Estamos recogiendo también información genética de la madre, que no es el objeto de la prueba y, por tanto, complica desde el

punto de vista del Reglamento de Protección de Datos, pero, bueno, ya hemos contado con ello y creo que tenemos la solución a todo esto.

Realmente, el grupo de trabajo estuvo debatiendo durante meses la propuesta, no crea. Por parte de la Administración se les puso encima de la mesa la posibilidad de implantarlo o generalizarlo en Madrid, y tardaron esos meses en decidir y apostar por esta tecnología. Yo creo que la solución ha sido acertada y esperemos que, como usted dice, en breves semanas podamos tenerlo ya implantado en todo Madrid. Muchas gracias.

El Sr. **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señor Director General. Pasamos al siguiente punto del orden del día.

PCOC-120/2018 RGE.1387. Pregunta de respuesta oral en Comisión, a iniciativa de la Ilma. Sra. D.^a Marta Marbán de Frutos, diputada del Grupo Parlamentario de Ciudadanos en la Asamblea de Madrid, al Gobierno, sobre justificación de la convalidación del gasto y el pago pendiente de otras facturas del SERMAS desde 2010 al 2014 por importe de 10.779.895,97 euros (IVA incluido) derivado de la adquisición de vacunas de la Comunidad de Madrid y otros conceptos.

Solicito al Director General de Salud Pública, señor Martínez Hernández, que ocupe su lugar en la mesa. (*Pausa.*) Les recuerdo que el tiempo, repartido a partes iguales, no podrá exceder de diez minutos. Tiene la palabra la señora Marbán.

La Sra. **MARBÁN DE FRUTOS**: Gracias, Presidente. Buenas tardes, señor Martínez. La pregunta es: ¿cuál es la justificación de la convalidación del gasto y el pago pendiente de otras facturas del SERMAS desde 2010 hasta 2014, por un importe de más de 10 millones de euros, derivado de la adquisición de vacunas de la Comunidad de Madrid y otros conceptos? La pregunta es bastante directa. Es verdad que la llevábamos a la Comisión de Vigilancia de las Contrataciones porque hacemos este tipo de control, y nos parece importante esclarecer que se haga este tipo de convalidación de gasto por un importe tan amplio y, sobre todo, desde 2010 a 2014. Gracias.

El Sr. **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señora Marbán. Tiene la palabra el señor Director General.

El Sr. **DIRECTOR GENERAL DE SALUD PÚBLICA** (Martínez Hernández): Muchas gracias, señor Presidente. Señora Marbán, en primer lugar le quiero agradecer la pregunta porque sirve para aclarar ciertas cosas que en realidad tienen una explicación sencilla.

Señorías, como ustedes saben, se han producido cambios en el calendario vacunal de acuerdo con los criterios científico-técnicos que así lo han aconsejado. Por ejemplo, se han modificado las pautas de vacunación frente a meningococo C, pasando de una pauta de 3 más a 1 a una pauta de 2 más 1; se ha cambiado la pauta frente a neumococo en el adulto, dejándola en una única dosis

de vacuna trecevalente, y se ha producido la suspensión de la dosis de hepatitis B en el recién nacido, porque suponía una dosis adicional e innecesaria, de manera que no se administrará de forma rutinaria en el futuro.

Nuestro objetivo como responsables de la sanidad pública madrileña es obtener unas altas coberturas de vacunación, y esto lo estamos consiguiendo con coberturas superiores al 99 por ciento en primera vacunación en niños de hasta 11 meses, con coberturas del 97 por ciento y más en niños de hasta 2 años y con coberturas, por ejemplo, muy altas también en meningococo C en adolescentes con el 94 por ciento, 99 por ciento en sarampión o el 95 por ciento en embarazadas con dTpa.

Es importante destacar que para reducir el coste del programa de vacunaciones en todo el conjunto de la nación, la Comisión de Salud Pública del Sistema Nacional de Salud acordó tramitar los acuerdos marco a los que estamos adheridos, lo cual motiva parte de la explicación al respecto, porque el retraso en la firma del acuerdo marco es una de las causas fundamentales en la continuidad del suministro.

El Sr. **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señor Director General. Tiene la palabra la señora Marbán por tiempo de cuatro minutos.

La Sra. **MARBÁN DE FRUTOS**: Muchas gracias, señor Presidente. Mire, para nosotros una convalidación de gasto es un recurso que tienen las Administraciones, desde luego; un recurso jurídico para resolver determinadas situaciones sobrevenidas -quiero recalcar esta palabra: sobrevenidas- y que les permiten cargar un servicio a una empresa o que se supone que es algo que tiene que estar muy justificado en un breve periodo de tiempo y de una manera yo creo que muy limitada; no se debe de utilizar esta fórmula de una manera reiterada. Es decir, ¿esto era un servicio que requería cierta urgencia o podía esperar a un proceso de contratación ordinario? Es aquí donde radica realmente la pregunta. Y ¿por qué? Pues porque, como le hemos situado la cuestión, estamos hablando del pago de 2010 a 2014, que entendemos que si hubiera un retraso en la valoración o por el acuerdo marco se puede sacar perfectamente a un proceso de contratación ordinario. Esa es la pregunta o el quid de la cuestión.

Nosotros queremos incidir, y lo denunciemos en su momento, que el Gobierno Regional no puede utilizar en este caso esta fórmula de una manera continuada, no nos parece la más acorde o no nos parece la que lleva un rigor y una transparencia que nosotros queremos que exista en el Gobierno de la Comunidad de Madrid. De hecho, la Ley 19/2013, de 9 de diciembre de Transparencia, Acceso a la Información Pública y Buen Gobierno, lo tipifica como infracción en materia de gestión económico-presupuestaria. Ya le digo que lo traemos a esta Comisión porque no lo hemos podido llevar a Vigilancia de las Contrataciones, pero nos parece que tiene que ser algo muy excepcional, y un cambio vacunal no parece que esté acorde a la utilización de una convalidación de gasto, como usted nos está aportando. Por eso, esta es nuestra reclamación y entendemos que tendría que haber una justificación mayor. Muchísimas gracias.

El Sr. **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señora Marbán. A continuación es el turno del señor Director General.

El Sr. **DIRECTOR GENERAL DE SALUD PÚBLICA** (Martínez Hernández): Para mayor aclaración, la convalidación por la que se pregunta, correspondiente a los años 2010 a 2014, son facturas provenientes del Servicio Madrileño de Salud; las de 2016 son facturas derivadas de la necesidad de adquirir vacunas por encima de las dosis estimadas en el acuerdo marco y las de 2017 son facturas relacionadas con el acuerdo marco plurianual del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Ahora paso a describirlas sucintamente.

Las facturas provenientes del Servicio Madrileño de Salud de los años 2010, 2012, 2013 y 2014 corresponden a la deuda que pasó a la Dirección General de Salud Pública al asumir esta Dirección General, con el cambio de estructura de la Consejería de Sanidad, las competencias que antes tenía atribuidas el SERMAS. El Decreto 272/2015, de 7 de julio, de Consejo de Gobierno, modifica la estructura orgánica de todas las Consejerías, introduciendo importantes modificaciones en el diseño del sistema sanitario madrileño. En cumplimiento del mismo, se dictó el Decreto 195/2015, de 4 de agosto, por el que se establece la estructura orgánica que todos conocemos ya. Esta nueva estructura organizativa ha supuesto modificaciones sustanciales que han afectado a las relaciones entre la Administración sanitaria y los particulares, los proveedores de las vacunas, que mantienen una relación contractual con la misma, produciéndose en algunos casos un retraso en el correcto cumplimiento de las obligaciones pecuniarias exigibles por las empresas, sin perjuicio de que es una obligación primordial por parte de la Administración velar por el cumplimiento del interés general. Por ello, ha sido imprescindible la comprobación y verificación de la deuda que en su momento correspondió al Servicio Madrileño de Salud y que a partir de esta nueva estructura pasó a formar parte de la nueva Dirección General de Salud Pública. En concreto, estas facturas corresponden a 12.306 dosis de vacunas y son equivalentes a 150.230 euros. O sea, el periodo digamos más antiguo es exiguo económicamente hablando.

Con respecto al ejercicio de 2016, hablamos de cinco facturas que se corresponden con el suministro de 18.199 dosis de vacunas. En este caso, el motivo de la convalidación ha sido haber superado el número de dosis previstas en el contrato plurianual, el contrato correspondiente al acuerdo marco. Pero, en realidad, si nos atenemos a las cifras, a las 18.199 dosis que fueron necesarias por encima de las estimadas en el acuerdo marco, no son ni el 10 por ciento de todas las dosis de vacuna hexavalente que se le administra a los niños en ese año en concreto; es decir, que el desajuste, aunque parezca abultado, realmente es pequeño. Por otra parte, la otra vacuna en cuestión, que es VPH Cervarix, de las otras dos facturas, corresponde a 4.627 dosis por un total de 140.320 euros, que no llegan al 5 por ciento del total de las vacunas administradas a las niñas para prevenir el cáncer de cérvix.

En resumen, el problema de 2016 es un desajuste modesto, muy pequeño, en el número de dosis que se calcularon o que se estimaron necesarias conforme al acuerdo marco. Es fácil

desajustarse porque a veces la demanda excede un poco a lo previsible en la medida en que se hacen repescas y recaptaciones de cohortes perdidas.

Con respecto a la convalidación del resto de las facturas, que son las correspondientes a 2017, se trata de vacunas destinadas tanto al calendario infantil como al del adulto que estaban vinculadas al acuerdo marco del Ministerio de Sanidad. Lo que hay que destacar es que este acuerdo marco expiraba en el primer trimestre de 2017 y el Ministerio de Sanidad no formaliza el nuevo hasta el 20 de febrero de 2017, pero la formalización real con los proveedores no se produce hasta el 28 de marzo de 2017; en concreto con uno de ellos, MSD, uno de los grandes suministradores precisamente de la vacuna hexavalente que antes mencionábamos, el Ministerio no firma hasta el 22 de mayo de 2017. Imagínese usted lo que supondría no proveer vacunas hasta mayo de 2017 porque el Ministerio de Sanidad ha tenido sus problemas administrativos y técnicos para firmar el acuerdo marco. Nosotros procedimos a solicitar la continuidad del suministro, como era nuestra deber, y eso generó una obligación que ha habido que satisfacer mediante convalidación y, sumando las convalidaciones de 2016, 2017 y 2018, corresponde, como le decía, a un total de 10 millones, por los que usted preguntaba, y, en concreto, esta última gran convalidación de 2017, de 9.946.898 euros, corresponde a esas 436.000 dosis de vacunas.

Efectivamente es una anomalía, pero es ajena a la responsabilidad de la Comunidad de Madrid; nosotros hemos procedido a hacer prevalecer el bien común y a vacunar a los niños, que es lo nuestro. Muchas gracias.

El Sr. **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señor Director General. Pasamos al quinto punto del orden del día.

C-1099/2017 RGE.11249. Comparecencia del Ilmo. Sr. Viceconsejero de Humanización de la Asistencia Sanitaria, a petición del Grupo Parlamentario Socialista, al objeto de informar sobre la información relativa a reclamaciones y quejas del año 2016 que se encuentra disponible en el Portal de Salud, dentro del apartado "Ciudadanos". (Por vía del artículo 210 del Reglamento de la Asamblea).

Ruego al Viceconsejero de Humanización de la Asistencia Sanitaria, señor Prados, que ocupe su lugar en la mesa. (*Pausa.*) Señor Freire, tiene la palabra para introducir la comparecencia por un tiempo máximo de cinco minutos.

El Sr. **FREIRE CAMPO**: Gracias, señor Presidente. Bienvenido, señor Viceconsejero. Como le comentamos la semana pasada cuando usted compareció, una de sus responsabilidades tiene que ver justamente con la gestión de las reclamaciones y quejas. Mi Grupo da a esto una gran importancia porque los tres objetivos internacionalmente reconocidos por los servicios sanitarios son: mejorar la salud de los pacientes, controlar el gasto y mejorar la experiencia de los pacientes para sea satisfactoria.

Ustedes se interesan de aquella manera por la experiencia de los pacientes, monitorizando el tema de satisfacción con encuestas que ustedes hacen y que sospechosamente les ponen siempre maravillosamente bien, cosa que no sucede con aquellas encuestas más estandarizadas que hace el Ministerio de Sanidad a través del baremo. Son menos cuidadosos en otro de los instrumentos para medir la experiencia de los pacientes, que es el análisis y la gestión de las reclamaciones. El interés de mi Grupo en esto es viejo, contando simplemente las iniciativas de esta Legislatura hemos preguntado por lo menos en cuatro ocasiones por las Memorias de las reclamaciones. Existe en Madrid la Orden 605, de 2003 –interesante la antigüedad de esta norma-, que regula el proceso de reclamaciones y usted nos han mandado, y así lo titulan, unos análisis del sistema de reclamaciones y, honestamente, esto no resiste una muy somera crítica. Posteriormente pedimos las de 2011, 2012 y 2013, y son algo parecido; seguimos pidiendo y en marzo del año pasado le preguntamos por el Plan de Evaluación de Sugerencias, Quejas y Reclamaciones para Centros y Servicios, que es una disposición adicional de esta orden; como obviamente no lo tenían, nos escribieron unas cinco líneas, no nos mandaron el plan, ¡pedí copia del plan y no lo tenían! Esto nos reafirma que, efectivamente, ustedes tratan las reclamaciones de los ciudadanos de una manera le diré que muy poco rigurosa.

Seguro que usted conoce que el Ministerio de Sanidad, allá por 2008, publicó el informe “Análisis y benchmarking del tratamiento de las reclamaciones y sugerencias en el Sistema Nacional de Salud”. En él hizo unas recomendaciones –a las que luego me referiré- que, ciertamente, ustedes no parecen tener en cuenta.

El objetivo de esta comparecencia es que usted nos explique la Memoria de las reclamaciones; la Memoria de las reclamaciones efectuadas en el Servicio Madrileño de Salud que ustedes publican es esto que les muestro: 129 páginas de gráficos y cuadros –esto se tira a la...-, en la cual, señor Viceconsejero, no hay un solo análisis, un solo comentario, absolutamente nada que implique que, aparte de tener hojas de cálculo y programas que transforman datos en gráficos, ustedes hayan puesto neuronas en su análisis. Esto es sencillamente vergonzoso, déjeme que se lo diga. Además, tiene errores impresentables: por ejemplo, cuando ustedes analizan las quejas en Atención Primaria para la Dirección Asistencial Centro, ponen los mismísimos datos del conjunto! De tal manera no ha sufrido una revisión que, donde debían venir los motivos de reclamaciones de 2017 en la Dirección Asistencial Centro, encontramos los mismísimos que para el conjunto: 13.018 y 13.018. ¡Sí! No me ponga esa cara. Esto no se lo leen ustedes; lo colocan ahí y nadie le presta atención, y esto es lo que sucede. No hay ni un solo comentario que muestre qué han aprendido o qué han analizado de los datos que presentan.

Y no solamente eso: una de las recomendaciones del Ministerio es, ciertamente, la taxonomía de las quejas. Se lo comenté muy de pasada en su anterior comparecencia. La taxonomía de las quejas es verdaderamente sorprendente y me gustaría que lo explicara.

El Sr. **PRESIDENTE**: Vaya terminando, por favor.

El Sr. **FREIRE CAMPO**: Simplemente, tenemos los epígrafes de quejas en Primaria, en hospitales y, lo más fastuoso de todo, los motivos de reclamación en los hospitales psiquiátricos, que incluyen: extravío o desaparición de documentos, muestras y objetos, como si solo tal cosa pudiera ocurrir en los hospitales psiquiátricos.

En definitiva, lo que ustedes tienen es una falta de rigor impresionante y me gustaría que nos diera una explicación, que nos explicara qué es esto y si además tienen alguna otra documentación que no está disponible ni para diputados ni para ciudadanos. Muchas gracias.

El Sr. **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señor Freire. Tiene la palabra el Viceconsejero de Humanización de la Asistencia Sanitaria por tiempo máximo de quince minutos.

El Sr. **VICECONSEJERO DE HUMANIZACIÓN DE LA ASISTENCIA SANITARIA** (Prados Roa): Muchísimas gracias, Presidente. Señorías, muy Buenas tardes a todos. Quiero agradecer al Grupo Parlamentario Socialista, al señor Freire, que me haya dado esta oportunidad de comparecer en esta Comisión ante todos ustedes para ver si soy capaz de hacerle cambiar de opinión y para hablarle sobre un aspecto de gran sensibilidad y preocupación para el Gobierno de la Comunidad de Madrid y particularmente para la Administración sanitaria, como es el de las reclamaciones de los ciudadanos en relación con la asistencia sanitaria. Precisamente por el interés y la prioridad que tiene para nosotros, antes de pasar a ampliarles la información relativa a las quejas de 2016 disponible en el Portal de Salud -como me ha solicitado-, me gustaría comenzar con unas breves pero importantes consideraciones previas.

Señorías, uno de los objetivos básicos del sistema sanitario y de los responsables de la política de salud es la mejora de la calidad asistencial, y así lo entendemos en la Consejería de Sanidad. Ello implica asumir de forma continua y autocrítica la evaluación de nuestra actividad, con el fin de identificar problemas y deficiencias, buscando oportunidades de mejora de los servicios que prestamos a los ciudadanos. En este contexto, las reclamaciones y quejas constituyen una forma de participación activa de los ciudadanos en el sistema sanitario y un medio directo de expresión de su grado de insatisfacción, que para nosotros supone una herramienta esencial para conocer las demandas y expectativas, así como para detectar problemas que requieren de nuestra intervención. Consideramos las reclamaciones, y más concretamente su análisis, como un instrumento que nos permite detectar las discordancias, sistematizar servicios o áreas donde ocurren y los motivos fundamentales por los que se producen, convirtiéndose en un poderoso indicador de la satisfacción de los pacientes y de la calidad percibida, que representa para nosotros una valiosísima fuente de información para detectar deficiencias y áreas de mejora.

Sabemos que un elevado número de reclamaciones no identifica necesariamente la existencia de un número elevado de problemas, pero sí nos permite identificar cómo este problema es percibido por los ciudadanos. Es indudable que en el número de reclamaciones inciden múltiples factores, muchos de ellos distintos a la existencia real del problema. Así, la facilidad para presentarlas, la confianza y expectativas en conseguir un resultado satisfactorio para la reclamación o el interés y la

participación del usuario en el sistema sanitario determinan que la cifra absoluta de reclamaciones varíe.

Dicho esto, evidentemente, cada una de las reclamaciones que se presentan en relación con la asistencia y los servicios sanitarios, con independencia de que lo que se plantea sea una cuestión menor o revista una mayor importancia o gravedad, es examinada, analizada y valorada por profesionales expertos. Lógicamente también el tratamiento adecuado o no, en su caso, a la solución del problema nunca van a ser el mismo; quiero decir que no podemos tratar igual a una queja por una conformidad o disconformidad con el horario de las consultas que, por ejemplo, una reclamación que pone de manifiesto una deficiente prestación de un servicio sanitario. En cualquier caso, sea cual sea el motivo de la queja, lo que sí les puedo asegurar es que el ciudadano recibe adecuada respuesta. Un equipo de diez profesionales con gran experiencia en el área de reclamaciones de la Subdirección General de Información y Atención al Paciente son los responsables de la gestión, supervisión y análisis de las reclamaciones, quejas y sugerencias de los madrileños, y desde aquí quiero darles las gracias por su implicación y su trabajo.

Como ya conocen, la Orden 605, que ha mencionado, de 21 de abril de 2003, de las Consejerías de Presidencia y Sanidad, desarrolla el sistema de sugerencias, quejas y reclamaciones de la Comunidad de Madrid. A partir de ella se estableció un sistema unificado de registro, clasificación y gestión de las reclamaciones de los usuarios del sistema sanitario público de la Comunidad de Madrid. Para comenzar, les diré -aunque estoy seguro de que ya lo conocen- que las reclamaciones sanitarias se pueden interponer mediante escrito de manera presencial en el centro sanitario al que se dirija la queja, por correo postal, por internet o mediante cualquier otro medio que permita dejar constancia de su contenido. Existe un formulario o impreso normalizado a disposición de todos los ciudadanos, lo que para muchos sigue siendo el método más sencillo y accesible, aunque se puede permitir cualquier formato que permita conocer los datos básicos del remitente, del reclamante y del motivo de su queja. No obstante, como digo, hoy por hoy, los ciudadanos siguen optando mayoritariamente por formular sus reclamaciones de forma presencial y solo el 12 por ciento las presenta por medios telemáticos.

En cualquier caso, presentada la reclamación por cualquiera de los medios disponibles, esta se incluye automáticamente en el registro unificado de reclamaciones, sugerencias y agradecimientos de nuestra Consejería, a través de la aplicación informática CESTRACK. Tras su análisis, se le asigna un código que corresponde a alguno de los 41 motivos genéricos de su clasificación, que a su vez comprenden 193 categorías mucho más específicas; esto nos permite homogeneizar y garantizar la objetividad del contenido de cada una de ellas, así como los resultados del tratamiento. Cada reclamación es estudiada, lo que incluye la investigación de los hechos denunciados, la elaboración de conclusiones y, en todos los casos, la respuesta al reclamante, incluyendo la información sobre las medidas a adoptar, y ello en el menor tiempo posible, que en todo caso supone un plazo no superior a los treinta días hábiles. Señorías, es una satisfacción poderles decir que lo conseguimos casi siempre; más aún, la aplicación CESTRACK nos revela que en un 80 por ciento de los casos estamos dando respuesta a los ciudadanos antes de los veinte días.

Cada año elaboramos una Memoria de Reclamaciones, cuyo contenido ponemos a disposición de todos los ciudadanos a través del Portal de Salud. (El Sr. **FREIRE CAMPO**: *¿Esto que tengo aquí es la Memoria? ¿Esta es la Memoria?*) Señor Freire, los datos se han obtenido del registro unificado de reclamaciones, sugerencias y agradecimientos de la Consejería, que se soporta en la aplicación informática CESTRACK, como le he dicho, de uso de todos los centros asistenciales vinculados al sistema madrileño de salud y los servicios centrales de la Consejería. La extracción de los mismos se realizó el 14 de febrero de 2017, que es la fecha que coincide con el final del plazo de los treinta días hábiles para dar respuesta a las reclamaciones de los ciudadanos, según indica la orden que les acabo de mencionar.

En el año 2016 se recibieron y gestionaron de las distintas dependencias del Servicio Madrileño de Salud y la Consejería de Sanidad un total de 81.133 incidencias; de todas ellas, 67.477 fueron reclamaciones, 2.004 sugerencias y las 11.652 restantes fueron agradecimientos, porque no solo se nos quejan los ciudadanos, también hay algunos que se encuentran satisfechos o muy satisfechos. Por nivel asistencial: 13.018 reclamaciones, 326 sugerencias y 1.092 agradecimientos se referían a Atención Primaria; 48.073 reclamaciones, 1.575 sugerencias y 10.306 agradecimientos aludían a los centros hospitalarios; 3.244 reclamaciones, 13 sugerencias y 230 agradecimientos se referían al SUMMA 112, además de los servicios centrales de la Consejería, que registraron 3.142 reclamaciones, 100 sugerencias y 24 agradecimientos.

CESTRACK se instaló en el año 2003 y a partir de 2005 disponemos ya de resultados rigurosos y fiables. Por eso la información sobre la evolución histórica que ofrecemos a los ciudadanos se recoge desde esa fecha. Al analizarlos, se pueden observar picos significativos, que en muchas ocasiones coinciden con circunstancias como la modificación de la aportación de los ciudadanos en la prescripción farmacéutica o la resolución de macroconcursos de traslados, que necesariamente implicaron cambios de médicos en muchos centros de salud y lógica e inevitablemente también tienen consecuencias sobre los pacientes.

En Atención Primaria, señoría, los datos son muy semejantes a los del año anterior, con una distribución diversa entre las diferentes Direcciones Asistenciales. Coincidirán conmigo en que los datos en valores absolutos no ofrecen un buen método de comparación entre las Direcciones Asistenciales o centros de salud y, por ello, desde 2008 realizamos un cruce con los datos de la actividad de cada una de las unidades. De esta manera, a modo de ejemplo, la Dirección Asistencial Centro a la que se refería, que parece tener un número mayor de reclamaciones que el resto, mejora su dato cuando es considerada lógicamente en relación con la actividad asistencial.

A lo largo de los años, los motivos más frecuentes de reclamaciones siguen el mismo patrón y aluden a la disconformidad con la asistencia, organización del centro y normativa, trato, retraso de la atención y recursos humanos. Uno de los motivos que recurrentemente se sitúan entre los más frecuentes es, como acabo de decir, el trato, un motivo común a todas las Direcciones Asistenciales, aunque con una distribución muy heterogénea entre los centros de salud como consecuencia de las características de los profesionales del centro y del perfil de la población a la que atienden. Por esa

recurrencia precisamente es tan importante para nosotros analizarlo y adoptar las medidas de mejora necesarias, entre las que quiero citar las siguientes: un plan de formación de comunicación para las Unidades de Atención al Usuario, orientada a mejorar la atención y el trato al ciudadano, así, en 2017 se realizó un despliegue formativo desde las Unidades de Atención al Paciente con un equipo de profesionales con el fin de formar a todos los profesionales de las Unidades de Atención a Usuarios de estos centros. También la inclusión de indicadores de contrato programa del centro: el 96 por ciento de los centros realizaron un total de 347 acciones de mejora relacionadas con la percepción de los usuarios reflejada en la encuesta de satisfacción del centro y el 97 por ciento de los centros implementaron un total de 325 acciones de mejora relacionadas con algunos de los motivos más frecuentes o más graves de las reclamaciones de sus centros, incluidas acciones para mejorar el trato entre todos los profesionales asistenciales y no asistenciales. También, análisis de los motivos frecuentes de reclamación de cada uno de los centros y acciones de mejora, con el apoyo al equipo directivo, fundamentalmente por parte de las Unidades de Atención al Paciente. Y acciones directivas, fundamentalmente reuniones con las Direcciones Asistenciales que tendrían con aquellos profesionales con un elevado número de reclamaciones para su apoyo o, en su caso, el inicio de expedientes.

En Atención Hospitalaria, en comparación con el año precedente, encontramos un incremento tanto de las reclamaciones como de las sugerencias y agradecimientos: pasamos de 23,97 reclamaciones en 2015 a 28,75 en 2016. Les recuerdo que el índice de reclamaciones se refiere a la relación existente entre el número de reclamaciones formuladas a los ciudadanos y la actividad asistencial del centro hospitalario expresado como un número de reclamaciones cada 10.000 habitantes. Los motivos de queja más frecuentes son los relacionados con el acceso a las prestaciones del sistema, demora en consulta o pruebas diagnósticas, retraso de la atención, citaciones, disconformidad con la asistencia y organización del centro y normativa.

El procedimiento de actuación es el siguiente: con carácter general, es la Dirección del hospital, a través del Servicio de Atención al Paciente, quien responde al ciudadano; no obstante, en aquellas reclamaciones que exceden de la competencia del hospital -se refieren a cuestiones organizativas, afectan a más de un centro, son referidas a centros concertados y las derivadas de otras instituciones: Defensor del Pueblo, Consejeros, Presidente, etcétera- se actúa como una segunda instancia. Recibida la reclamación a la Subdirección General de Información y Atención al Paciente, solicita un informe a la Gerencia Asistencial de Atención Hospitalaria, que realiza un análisis individualizado de la misma, solicitando información a la Dirección del centro asistencial; desde la Gerencia asistencial se trabaja con los equipos directivos de los hospitales para implantar las acciones de mejora identificadas tras el análisis de las reclamaciones. En los contratos de gestión de los hospitales uno de los criterios de valoración más importante es la accesibilidad, es decir, las demoras, e igualmente se incluye un indicador sintético de reclamaciones, cuyo peso es el 0,63 puntos sobre el total de 100 puntos del contrato de gestión. Sabemos que el motivo mayoritario y recurrente de las reclamaciones en este caso es la demora de consultas y pruebas diagnósticas, y seguimos haciendo un gran esfuerzo para mejorarlo. En este sentido, el análisis de resultados del tiempo medio de espera revela que Madrid era, con 42 días por debajo de otras comunidades autónomas, una de las mejores

comparándola con las demás; a modo de ejemplo, les puedo señalar que en Cataluña eran 138 días, 117 en Canarias, 79 en Aragón y 54 en Andalucía. A día de hoy, nuestros datos son aún mejores.

Quiero señalarles también que somos conscientes de que la amplia red hospitalaria de nuestra Comunidad y su gran variedad hacen difícil la comparación entre centros. Por ello y para facilitar su comprensión y análisis ofrecemos datos por grupos de hospitales, que me van a permitir no enumerarlos, pero son diferentes tipos de hospitales. Sí quiero decir que los hospitales psiquiátricos, con características propias y muy diferentes al resto, también tienen diferentes motivos de reclamación, que se relacionan principalmente con el extravío de objetos, aspectos de la organización, habitabilidad y cocina. En el Centro de Transfusión de la Comunidad de Madrid, que también es central, apenas tenemos doce reclamaciones. Y, por su parte, el SUMMA presenta dos tipos de actividades diferentes: por un lado, la asistencia urgente domiciliaria y en centros de salud y, por otro lado, el transporte no urgente.

Para concluir, señorías, creo que lo importante no es el número de reclamaciones, que, como ya les ha señalado, puede estar condicionado por múltiples factores. Para nosotros, lo verdaderamente importante es conocer las necesidades y expectativas de los ciudadanos, dar valor a su vivencia y su percepción del sistema sanitario, generar y transmitirles confianza y, para todo ello, darles participación y mayores facilidades para que puedan manifestar su opinión por los cauces normales cuando así lo deseen. A este propósito responde el apartado "Reclamaciones, sugerencias y agradecimientos sobre la asistencia sanitaria", que hemos dispuesto en el Portal de Salud, y que no solo proporciona acceso al formulario de reclamaciones, así como a una amplia y completa información sobre cómo formularla o sobre el balance de resultados –por el que se han interesado en esta comparecencia-, sino que también incluye un espacio práctico, con veinticinco preguntas frecuentes y sus correspondientes respuestas sobre las cuestiones más relevantes en relación con las mismas.

Señorías, un objetivo fundamental para la gestión del sistema sanitario es conocer la opinión de los usuarios y, por ello, la gestión y el análisis de las reclamaciones de pacientes, familiares y ciudadanos en general son una prioridad de esta nuestra Consejería. Contamos con un procedimiento de monitorización y seguimiento continuo de las reclamaciones, que son homologadas por profesionales expertos en la materia, que analizan la opinión y percepción de los ciudadanos, que trabajan para identificar las posibles deficiencias y que realizan propuestas de acciones de mejoras, que, en definitiva, es lo verdaderamente relevante. De hecho, como ya les he dicho, a todos los centros sanitarios se les solicita anualmente en su contrato de gestión la inclusión de indicadores para mejorar la atención al paciente a través de las reclamaciones, y la implementación, al año siguiente, de al menos cuatro acciones de mejoras que tengan que ver con sus motivos de queja.

En esta línea de evaluación y mejora de las políticas sanitarias, a través de la participación activa y directa de los ciudadanos, es en la que vamos a seguir trabajando, señorías. Muchas gracias.

El Sr. **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señor Viceconsejero, y perdón por la interrupción. A continuación tiene la palabra el portavoz del Grupo Parlamentario de Ciudadanos, señor Veloso, por tiempo máximo de siete minutos.

El Sr. **VELOSO LOZANO**: Muchas gracias, señor Presidente. Muchas gracias, señor Viceconsejero, por esta intervención, en la que se trata de analizar precisamente el informe que ustedes han publicado en el Portal sobre las reclamaciones y quejas referidas al año 2016.

Como es bien sabido, entre los ciudadanos se produce un aumento generalizado de las reclamaciones y de las sugerencias hacia las organizaciones sanitarias. Creo que eso es algo común, que no es solo en la Comunidad de Madrid sino que en otras comunidades autónomas está sucediendo. En realidad, esto está directamente relacionado con el nivel de exigencia, cada vez mayor, de los ciudadanos, porque cada vez disponen de más y mejor información y por eso esperan obtener mejores resultados cuando acuden a los diferentes centros sanitarios. Lo que sucede, señor Viceconsejero, es que los ciudadanos hoy por hoy ya no se conforman con que se les escuche, con que se recojan, tramiten y contesten a esas reclamaciones y a esas sugerencias porque lo diga una norma; lo que ellos esperan es que sirva para algo, es decir, ellos quieren que sus respuestas sirvan para mejorar los resultados del servicio. Es decir, quiero que usted sepa y sea consciente de la importancia que tienen las sugerencias, las quejas, las reclamaciones que presentan los ciudadanos. Lo digo porque la información es útil precisamente para detectar esos puntos críticos de mejora de la organización sanitaria y, por eso, ustedes le tienen que dar más importancia y más relevancia.

Me explico. Ustedes han publicado en la página web un informe que se titula "Análisis de las reclamaciones interpuestas por los usuarios de los servicios sanitarios públicos de la Comunidad de Madrid durante el año 2016." Pues, perdone, pero, en primer lugar, yo le diría que análisis no hay. ¿Por qué? Pues porque lo que han hecho ustedes, si acaso, siendo generosos, es reflejar en ese documento –amplio documento– un análisis meramente cuantitativo, es decir, solo hay datos numéricos, no hay un análisis cualitativo; usted ahí no saca ni una sola conclusión, ¡ni una!, sobre lo que representan ese alto volumen de sugerencias, quejas y reclamaciones.

A modo de ejemplo, solamente le voy a citar algunas cosas que me han llamado la atención y, si puede, nos lo contesta en el segundo turno. Por ejemplo, hay un dato principal cuando analizan el cuadro de datos globales de 2016 hay un apartado que dice: "Otros", que tiene ni más ni menos que 3.142 reclamaciones. Sería interesante que se pudiera especificar, aunque sea con un asterisco en ese cuadro, porque hubiera venido bien a modo de ejemplo saber a qué se refiere.

También sería importante reflejar que, cuando habla de los hospitales y la evolución del año 2005 hasta 2016, es muy llamativo el crecimiento espectacular que se produce en el número de quejas referidas a los hospitales en la franja 2015-2016, ni más ni menos que 7.000 quejas, ¡aumenta en 7.000 quejas! Sería también interesante un análisis o alguna explicación que destaque y aclare a qué se debe ese llamativo incremento interanual.

También hay un apartado en las reclamaciones, debajo de ese epígrafe que dice: "Total", que habla de "Sostenibilidad". La verdad es que es curioso y me gustaría, si puede, que me dijera a qué va referido, puesto que ha ido decreciendo a medida que han ido pasando los años. Tampoco sé bien qué significa o qué relevancia tiene, ya le digo, por falta de información o de especificación de esta Memoria.

También es llamativo y chocante que en Atención Primaria, si comparamos el principal motivo de queja de lo que hay en Atención Primaria y lo que hay en Atención Hospitalaria, resulta que el número uno de Atención Primaria es la disconformidad con la asistencia, seguida de desacuerdo con la organización. Sin embargo, en los hospitales de lo que más se quejan los usuarios es de la demora de las consultas y de las citaciones. Es curioso porque normalmente la imagen que tenemos, o que teníamos, es que la gente se quejaba de las citaciones en Atención Primaria y, sin embargo, ocupa el sexto lugar en la tabla.

También me gustaría que hiciera, si puede, algún tipo de correlación entre el número de quejas presentadas, las 15.284 quejas presentadas en 2016 por motivo de demora en consulta o en prueba diagnóstica, y las listas de espera quirúrgica, que solo son 2.528. Me gustaría que hiciera alguna correlación, si es que es capaz de hacerla. Insisto en que son algunos datos llamativos.

Como el tiempo apremia, voy directamente al dato de hospitales de media estancia, en el que se han olvidado incluir los motivos de las quejas; no sé si es un despiste o es que sencillamente no los estudian. Por supuesto es llamativo el dato de que la primera causa de reclamación en hospitales psiquiátricos sea el extravío de documentos, muestras u objetos; ciertamente, es llamativo.

Respecto al SUMMA 112, lo llamativo aquí es lo que ustedes llaman efectos adversos en el transporte sanitario no urgente, que representa el 0,55 por ciento, pero me interesa saber a qué se refiere.

En definitiva, señor Viceconsejero, lo que le sugeriría, si es que acepta sugerencias, para mejorar este tipo de Memorias –y se lo digo porque he sido Subdirector de Atención al Ciudadano durante cuatro años en la Comunidad de Madrid- es que, por ejemplo, me llama la atención que ustedes no hagan constar en este informe por ningún lado el plazo de contestación a las quejas recibidas. Usted dice que la respuesta es adecuada, en un plazo no superior a veinte días...

El Sr. **PRESIDENTE**: Vaya terminando, por favor.

El Sr. **VELOSO LOZANO**: Si es tan óptimo, ¿por qué no lo ponen? También me hubiera interesado que pusieran el grado de satisfacción con la respuesta que reciban esos usuarios y pacientes, que creo que eso tampoco lo miden. También me hubiera gustado que hubiesen hecho un análisis de las sugerencias, porque no aparece ni la tipología, ni el objeto, ni nada por el estilo.

El Sr. **PRESIDENTE**: Tiene que terminar, por favor.

El Sr. **VELOSO LOZANO**: Treinta segundos.

El Sr. **PRESIDENTE**: No, es que son siete minutos; lo siento.

El Sr. **VELOSO LOZANO**: Bueno, ¿qué valoraciones habían extraído del informe? Le insisto en una idea: el número de reclamaciones sí es importante porque refleja la preocupación de los ciudadanos, es una oportunidad de mejora y es así como lo tiene que entender. Nada más. Muchas gracias.

El Sr. **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señor Veloso. A continuación tiene la palabra la señora San José en nombre del Grupo Parlamentario Podemos Comunidad de Madrid.

La Sra. **SAN JOSÉ PÉREZ**: Gracias, señor Presidente, y gracias también al Viceconsejero, señor Prados; gracias por su intervención. Ha aclarado alguna cosa más, pero la comparecencia trataba de analizar las reclamaciones sobre un documento que es público y que hemos podido ver. Lo primero que sorprende en él, porque a todas nos ha sorprendido, es que son una serie de cuadros descriptivos, pero en ningún momento hay un verdadero análisis de las reclamaciones. Entonces, ¿qué podemos decir nosotros con un análisis sobre ese documento? Vamos a ver, es cierto que sobresale... Ustedes analizan más de diez años, desde 2005 a 2016, y se ven cuestiones que saltan a primera vista, como que a lo largo de 2007 hasta 2009, en Atención Hospitalaria, Primaria y el SUMMA hay un incremento; es decir, hay diferentes picos que luego, sin embargo, son reclamaciones que al parecer disminuyen de forma importante en esos tres niveles de Atención Hospitalaria, Primaria y el SUMMA, para volver a subir entre los años 2015 y 2016, que es el que mayormente analizan. Por tanto, sería interesante conocer esas fluctuaciones que se dan en los diez años que describen al principio, es decir, ¿qué pasó en los tres niveles para que los tres bajasen después de 2010 y volvieran a subir? ¡Hombre, pues si es un análisis de las reclamaciones, bien hubiera merecido la pena! Efectivamente, desde 2015 a 2016 suben las reclamaciones tanto en hospitales, que hay más de 48.000, como en Atención Primaria, con más de 13.000, y en el SUMMA, con más de 3.200; es verdad que choca que no nos expliquen esos "Otros" porque tienen prácticamente las mismas reclamaciones que el SUMMA y, en fin, hubiera estado bien aclarar a qué se refiere.

Vamos a ver, si no se analizan las reclamaciones, si no se hace un mínimo estudio homogéneo de estas reclamaciones, ino van a servir para nada! Entonces, solo nos describen las causas más frecuentes; bien, de acuerdo, pero, ¿qué hacemos con ellas? En su gran y ambicioso plan de humanización se describe que del análisis de reclamaciones podemos concluir que las principales áreas de mejora se encuentran en el ámbito de organización sanitaria, circuitos de atención y trato. Es decir, que ya tendríamos que tener algunas estrategias porque, efectivamente, la mayoría de las reclamaciones son en la organización sanitaria. Es más, hubiera interesado describir respecto al desacuerdo con la organización a qué nos estamos refiriendo. Por ejemplo, en Atención Primaria, ¿a qué nos referimos, a que en las agendas los pacientes entran cada cinco minutos, o cada seis, o cada cuatro cuando no hay suplentes, y se juntan dos agendas? ¡Claro!, es que el análisis nos hubiera llevado a explicar mejor los pormenores. Porque, vamos a ver, se están poniendo... ¡Es igual que lo del trato! ¿A los profesionales les gusta tratar mal a la gente o no muy exquisitamente o, como no hay tiempo para entretenerse, se hace de una manera digamos más ligera? Claro, es que al final hay que

llegar a analizar eso, iporque de ese análisis saldrán las acciones que lleven a mejorarlo! Es decir, que todo va unido. Si pasamos solo con unos cuadros de reclamaciones y no entramos en profundidad, tampoco estamos poniendo, luego, soluciones. ¿Por qué no reclaman lo suficiente las personas? Solo hay dos motivos, isolo dos!, entre otros muchos: uno, porque creen que no sirve para nada, señor Prados, y, otro, porque la gente con capacidad de influir en el sistema sanitario se ha hecho una póliza de seguro privado. Es decir, estamos expulsando a las personas con mayor capacidad de influencia del sistema sanitario, ieso es lo que está pasando con el desmantelamiento de nuestra sanidad pública! Sí, señor, es una de las razones. Además, como no ha analizado si puede haber otras razones, yo creo que esa es sumamente importante, como cuando le digo que no se analiza lo del trato; ¿qué pasa, que ponen cara larga porque están cansados? ¡No!, ino!, es que hay que explicarlo, y ustedes no lo explican.

Podemos admitir que es razonable que el número de reclamaciones las hayan relacionado con los actos, ya sea en Atención Primaria o en Atención Hospitalaria, pero, dos cosas, ¿en Atención Primaria lo han relacionado, por ejemplo, con las plantillas? Porque casualmente hay más reclamaciones en la zona centro y en el sureste; quizás esas zonas están peor tratadas ¿no? Esa es una deducción, por lo menos, lógica, aunque convendría analizarla, insisto. Por ejemplo, en los hospitales del tercer nivel, que es de las cosas que más chocan, vamos a analizarlo sobre todo en relación a la actividad. ¿Cómo puede la Fundación Jiménez Díaz, hospital privado, tener en actos 1.200.000 personas?, es bastante similar al del Hospital 12 de Octubre.

El Sr. **PRESIDENTE**: Vaya terminando, por favor.

La Sra. **SAN JOSÉ PÉREZ**: ¿Solo hay setecientos y pico reclamaciones en la Fundación Jiménez Díaz y 5.810...? No parece razonable teniendo la misma actividad; es algo que habría que haber explicado.

No voy a decir que nos han ocultado datos, me imagino que los tendrán, pero esto no es un análisis de las reclamaciones con el interés de mejorar nuestro sistema sanitario público. Gracias.

El Sr. **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señora San José. A continuación tiene la palabra, por tiempo máximo de siete minutos, el señor Freire en representación del Grupo Parlamentario Socialista.

El Sr. **FREIRE CAMPO**: Gracias, señor Presidente. Me alegra mucho escuchar a los portavoces que me han precedido, porque esto confirma la importancia de traer este tema a debate. Decididamente, por no repetir cosas que ya se han dicho, señor Viceconsejero, usted realmente no se ha atendido demasiado a lo que le hemos preguntado. Nos ha contado cómo va el sistema de reclamaciones y alguna cosa que me gustaría que nos dijera por qué no figura en los informes; por ejemplo, ha hablado de 193 categorías que tiene. Voy por partes. ¿Por qué a la hora de hacer una taxonomía de los motivos de queja no se explica exactamente qué indica cada cual, es decir, una definición, y no se nos dice que ustedes codifican 193 categorías diferentes? Un informe debiera llevar eso.

Luego, hay otro asunto importante. Ustedes toman como denominador "acto". La palabra acto necesita una definición; por ejemplo, en Atención Primaria y en Atención Especializada es un análisis, es una consulta. ¿Es lo mismo una extracción de sangre que una operación quirúrgica? No es serio ese denominador. Por cierto, falta el denominador que apuntaba la doctora San José en relación a la Atención Primaria; a la hora de hacer análisis, ¿cuál es la relación de lo obtenido, por ejemplo, con el personal?

Hay otro asunto importante que se han dejado de poner, además de los que mencionaba el portavoz de Ciudadanos, y es que en ningún momento hablan ustedes de la severidad de la queja. ¡No entiendo que se les haya escapado algo tan grave! No es lo mismo una queja que se considera grave que una de gravedad mediana o una leve. Este tema es crucial. Toda literatura que usted revise sobre esto atiende a este tema, y ustedes no lo mencionan. De verdad, llama muchísimo la atención.

Nos ha explicado algo de lo que hacen con los datos, para qué los usan. Nos gustará que nos mande esa información, pero, ciertamente, hay cosas que chocan muchísimo. Mire, aparte de esto, luego ponen datos en el llamado Observatorio. He cogido los datos de índice de reclamaciones por 10.000 actos de todos los centros de salud y los he puesto en orden de acuerdo con las diferencias, y lo que sale es sencillamente increíble: por ejemplo, de 2014 a 2016, hay centros cuyas reclamaciones han bajado un 65 por ciento y en otros centros sencillamente han aumentado en un 566 por ciento, es el caso de Perales del Río, o en un 375 por ciento, en el caso de Leganés Norte. Me gustaría saber qué hacen con esto.

Luego, ha mencionado usted lo de Atención Primaria. Efectivamente, en Atención Primaria, ustedes tienen el contrato programa e informe referencia al contrato programa, pero le recuerdo que la implantación de mejoras por motivos frecuentes y graves de reclamaciones tiene una ponderación de 1, mientras que, por ejemplo, el índice global de satisfacción, o sea, la respuesta a sus encuestas, tiene un 3,4. ¡Un poco desbalanceados estos dos medidores de cómo están las cosas!

Luego, respecto a hospitales, la doctora San José ha mencionado –y es chocante– su situación, la gran variabilidad entre todos los hospitales, tanto los propios como, sobre todo, los de gestión privada. ¿Se han preguntado por qué, por ejemplo, se cuentan por miles las sugerencias en los hospitales privados, mientras que únicamente se cuentan por centenas las sugerencias en los hospitales propios? ¿Por qué hay una diferencia, por ejemplo, entre los de mediana complejidad, entre Villalba, 3,14, y Vallecas, 50? ¿Se le ha planteado algo de esto? De verdad, llama muchísimo la atención –déjeme que se lo diga– la falta de importancia que le dan a ello.

Tienen ustedes una norma que ya es de 2003, pero decididamente no la cumplen. Esto, lo que ustedes han publicado, no es una Memoria: es un conjunto de tablas, un "print out" de tablas y gráficos. No es una Memoria; es algo de darle a un botón que lo imprime y punto. Cuando lo he pedido no me han dado un plan de evaluación. Lo pone en su Orden 605/2003, disposición adicional, y no lo tienen.

Señor Viceconsejero, respecto a este planteamiento, le hemos traído aquí, como le ha comentado el portavoz de Ciudadanos, para que ustedes mejoren. Espero que para el año que viene esto sea de otra naturaleza, pero, ciertamente, me gustaría decirles que se leyeran las páginas 41 a 45 del "Análisis y benchmarking del tratamiento de reclamaciones y sugerencias en el Sistema Nacional de Salud" y lo cumplieran. Nos ha hablado usted del sistema de proceso, de cómo lo hacen. Mire usted, no sé de cuándo data el sistema de proceso de las quejas, pero tengo aquí los datos de otro servicio, para mí mucho más ejemplar que el que hacen ustedes. Por ejemplo, esta gente hace reclamaciones en dos estadios: al primero responden en cinco días; es local. Si el paciente no está satisfecho con la respuesta, hace una nueva reclamación, estadio 2; tiene una respuesta en tres días laborables y una respuesta definitiva en veinte días. Es decir, hay sistemas que consideran las quejas como un auténtico tesoro que implica cosas en las que mejorar y lo hacen público. Insisto, lo hacen público, señor Viceconsejero. Lo que ustedes publican en la página web verdaderamente no aporta ninguna información relevante y nos gustaría sencillamente que nos dijera qué piensan hacer: cómo piensan cambiar esto, que es claramente insatisfactorio, y qué piensan hacer con la Orden 605/2003, que no la están cumpliendo; porque, además, en la época de vino y rosas, cuando el PP tenía mayoría absoluta, en la Ley de Medidas creo recordar que de 2010 suprimieron un órgano clave para poner en común estas cosas. Hace gestos como diciendo que conoce las recomendaciones del grupo de trabajo del Ministerio de Sanidad.

El Sr. **PRESIDENTE**: Vaya terminando, por favor.

El Sr. **FREIRE CAMPO**: Me gustaría saber si piensa cumplir, por ejemplo, algunos de los planteamientos que pone ahí respecto a jornadas anuales, creación de grupos, etcétera. Muchas gracias, señor Presidente.

El Sr. **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señor Freire. A continuación tiene la palabra la portavoz del Grupo Parlamentario Popular, señora Plañiol, por un tiempo máximo de siete minutos.

La Sra. **PLAÑIOL LACALLE**: Muchas gracias, señor Presidente. Yo quiero empezar dando la bienvenida, una vez más, al Viceconsejero, señor Prados, y también dándole las gracias por toda su explicación, que nos ha permitido conocer mucho más sobre el sistema de reclamaciones y quejas que tenemos en Madrid, también con sus análisis, los planes de mejora, y, en definitiva, todo lo que se hace para mejorar la calidad.

Si en algo hemos coincidido todos los que participamos hoy en la Comisión es en decir que para tener un servicio público de calidad, en este caso concreto, en sanidad, la buena gestión del sistema de reclamaciones y quejas nos supone una valiosísima herramienta de control, y además un foco de información que, bien analizado, nos permite poner en marcha procesos de mejora y, en definitiva, hacer que todo funcione mejor.

Como muchas veces manifiesto, Madrid cuenta con la mejor sanidad de España, que, además, es una de las mejores de Europa, y eso nunca es por azar, es siempre por muchos factores, entre ellos porque contamos con el esfuerzo, el trabajo y la dedicación de fantásticos profesionales,

profesionales sanitarios y también profesionales en las Administraciones sanitarias; tenemos una magnífica red de atención sanitaria y también una buena red hospitalaria. Pero también, y muy importante, contamos con recursos organizativos, con procedimientos, con presupuestos, con sistemas informáticos y con sistemas de control y evaluación. Aquí es donde quería llegar, porque en Madrid tenemos una gran labor de escucha y evaluación que realiza la Consejería de Sanidad, como son las encuestas de satisfacción de los usuarios y familiares, las evaluaciones de calidad, la participación de los profesionales en la gestión sanitaria, el establecimiento de indicadores objetivos y también la escucha al usuario, al paciente y a sus familiares.

Dentro de este sistema de escucha está el sistema de gestión de quejas y reclamaciones, también de sugerencias y felicitaciones, que nos hacen entre todos avanzar. En el año 2016, que son las cifras con las que contamos, más de 67.000 madrileños nos han dado su opinión. ¿Y cómo funciona este sistema de reclamaciones y de quejas? Pues, como bien nos ha explicado el Viceconsejero, es la Viceconsejería de Humanización la que asume esta responsabilidad desde el año 2011, a través de una subdirección general específica, la Subdirección de Información y Atención al Paciente, que desarrolla muchas acciones. Concretamente, en atención de las reclamaciones hace el control, supervisión y seguimiento de las reclamaciones, las sugerencias y los agradecimientos de los ciudadanos; elabora una Memoria anual, establece o realiza auditoría anual de objetivos en los hospitales, en los que se recogen los indicadores que se relacionan con la gestión de las reclamaciones, y también elabora un registro de las propuestas de mejora que desarrollan los centros hospitalarios en función de los resultados de los análisis que han hecho; es decir, un sistema completo y, además, contrastado con años de antigüedad, con mucho desarrollo y con éxitos de gestión.

La gestión de las reclamaciones, además, tiene un estudiado protocolo, y algo que es muy importante, que es un registro único que gestiona el Servicio de Atención al Paciente de todos los centros sanitarios, con una aplicación informática, a la que se ha referido el Viceconsejero, que es quien nos da la capacidad de unificar todos los datos, que es el CESTRACK. Pero lo que es más importante es que contamos con que todas y cada una de las reclamaciones y sugerencias que se realizan, todas y cada una, es examinada, analizada y valorada por profesionales expertos en cada uno de los temas que son objeto de la reclamación o de la sugerencia.

También quiero resaltar que en los centros hospitalarios -creo que también lo ha citado el Viceconsejero-, anualmente, cuando se elabora su contrato de gestión, se incorporan las medidas que tienen que desarrollar en función de los motivos que han sido objeto de reclamación en el año anterior. También se analiza la propia efectividad de la herramienta de gestión para que no solo se analice el contenido de las reclamaciones sino también la forma con la que se realiza toda la actividad de reclamación.

Los resultados del estudio, además, se ponen a disposición de todo el público a través del Portal de Salud, en el Observatorio de Resultados y en la Memoria del Servicio Madrileño de Salud, y esto nos permite, además, establecer comparativas entre Atención Primaria y hospitales, entre los distintos hospitales entre sí y entre los diferentes motivos de queja que nos podemos encontrar.

En el año 2016 -ya lo ha destacado el Viceconsejero- ha habido 67.000 reclamaciones, de las cuales 48.000 son del ámbito hospitalario, 13.000 de Atención Primaria, 3.000 del SUMMA 112 y otras 3.000 aproximadamente de los servicios centrales. Pero no me quiero olvidar que ha habido también 11.500 personas que han mostrado o han querido mostrar su agradecimiento por el buen funcionamiento de los servicios sanitarios de nuestra región.

Las reclamaciones, además, se catalogan en función de los diferentes motivos para analizarlos de forma agregada, además de separada, y los motivos principales de queja en el último año fueron: la demora en las consultas y las pruebas diagnósticas, la disconformidad con la asistencia recibida y también el desacuerdo con la organización y las normas establecidas; obviamente, no todas ellas tienen la misma intensidad o la misma gravedad a la hora de la respuesta.

Las Administraciones están dispuestas para que todo funcione mejor, yo sé que es uno de los compromisos de esta Viceconsejería y también de este Viceconsejero, y nosotros queremos felicitarles por la magnífica gestión que están realizando de todo este procedimiento. Es verdad que las 67.000 reclamaciones son un hecho objetivo, pero hay que ponerlo en relación con los 6,5 millones de habitantes que tenemos en nuestra región y, además, con la cantidad de actos médicos -no tengo la cifra exacta en ese momento- que se celebran o se realizan cada año en nuestra Comunidad. Pero lo que es más importante es que los usuarios no solo hablan o no solo nos manifiestan su opinión a través de las quejas, reclamaciones, sugerencias y felicitaciones sino también con las encuestas de satisfacción, y quiero recordar hoy aquí que los madrileños, 9 de cada 10, se encuentran satisfechos o muy satisfechos de la atención que han recibido.

Y, señorías, también debo destacar -no es la ni la primera vez y me temo que tampoco será la última- que los Grupos Parlamentarios de la oposición critican y exigen en Madrid lo que no critican ni exigen en otras comunidades autónomas, comunidades autónomas en las que gobiernan o en las que apoyan al Gobierno. Y hoy voy a hablar de Andalucía; la vez pasada no cité a Andalucía, me referí a Extremadura; hoy voy a hablar de Andalucía. Pero es que tengo que hablar de Andalucía porque el Grupo parlamentario Popular nunca ha gobernado ahí y, por lo tanto, es un buen modelo a tener en cuenta cuando contemplamos la gestión que se hace en Madrid, que no solo ha gobernado el Partido Popular, pero sí es verdad que lleva muchos años gobernando aquí porque así lo quieren los madrileños. Y debo decir que en Andalucía no se publica la Memoria de Reclamaciones, ni en un Portal de Transparencia, ni hay Observatorio del SAS; es más, a finales de diciembre del año pasado, en diciembre de 2017, la Asociación de Defensor del Paciente denunció que las reclamaciones del SAS acumulan retrasos hasta de cuatro años y reflejaron además que la Consejería de Salud se estaba planteando establecer un responsable de estos trámites en cada hospital.

El Sr. **PRESIDENTE**: Vaya terminando, por favor.

La Sra. **PLAÑIOL LACALLE**: Eso es lo que pasa en Andalucía y no es lo que pasa en Madrid. Y yo debo recordar que no me consta que ninguno de los Grupos Parlamentarios que están en

esta Asamblea, pero que tienen su réplica en el Parlamento andaluz, se haya quejado, haya pedido o exigido lo que siempre reclaman y por lo que se quejan en Madrid. Muchas gracias.

El Sr. **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señora Plañiol. Para cerrar el debate, tiene la palabra el Viceconsejero de Humanización de la Asistencia Sanitaria por tiempo máximo de diez minutos.

El Sr. **VICECONSEJERO DE HUMANIZACIÓN DE LA ASISTENCIA SANITARIA** (Prados Roa): Muchísimas gracias, señor Presidente, y muchísimas gracias a todos los portavoces que han transmitido sus inquietudes acerca del tema de las sugerencias y reclamaciones. Realmente coincidimos todos, incluso el portavoz de Ciudadanos, en que el aumento de las reclamaciones en sí nos dice poco, porque es variable; la verdad es que no me quiero meter en números de si son muchos o pocos, porque a mí me encantaría que fueran muchísimos más, porque significaría que la gente está lógicamente teniendo una idea de su sistema sanitario del máximo nivel y nos exige el máximo, que es lo suyo, para eso están, ¿no? Pero ya digo que nosotros lo hacemos para tener datos comparativos, porque, evidentemente -y le tengo que decir al señor Freire que sí-, que en la página cuatro de lo que yo le he leído decía que quiero decir que no podemos tratar igual una queja por no conformidad del horario de consultas que, por ejemplo, una reclamación que pone de manifiesto una deficiente prestación del servicio sanitario. ¡Por supuesto! Es que lo grave se trata de forma muy diferente. Yo creo habérselo explicado.

Es verdad que me dicen que el análisis que hacemos es cuantitativo y no cualitativo. Sí, el análisis cuantitativo está ahí y evidentemente ya ustedes me han dicho cuáles son sus percepciones acerca de las quejas y reclamaciones, que me parece extraordinario, es una forma de verlo, pero nosotros, además, contamos con un Servicio de Información y Atención al Paciente, que, ya digo, son diez profesionales, y les pido, por favor, que no se enteren que ustedes dicen que manifiestan falta de importancia por ese tema porque trabajan mucho y hacen las cosas muy bien. Yo le pido a la Subdirectora, por favor, que nos les mencione en ningún caso que se diga que no le damos importancia. ¡No!, le damos muchísima importancia, y además le dan mucha importancia porque lo que hacen ellos es evaluar los datos y ponerlos a disposición de los gestores. Nosotros, desde esa área, desde el Área de Información y Atención al Paciente no tenemos la gestión sobre el sistema; la gestión sobre el sistema la hace el SERMAS, es a los diferentes centros, porque, claro, no tenemos como en otras comunidades, dos hospitales, nosotros tenemos 34 y, lógicamente, en cada uno de ellos aparecen una serie de circunstancias absolutamente diferentes, por población, por profesionales, por todo.

Lógicamente, la valoración que hacemos tiene que ser absolutamente individualizada; si tuviera que mencionarle la valoración cualitativa de todos y cada uno de los centros en los que estamos, no terminaríamos hoy. ¡Pero se hace con ellos!, es que se reúnen con ellos, se reúnen con los directivos y les traspasan todos los problemas, tanto cuantitativos como cualitativos, porque evidentemente los que saben lo que está pasando en su centro son los gestores, con lo cual, podrán evaluar muchísimo mejor a qué se debe el aumento de algún tipo de reclamación específico en los 193 apartados que tienen categorizados, que es en lo que trabaja Información y Atención al Paciente.

Luego no es verdad que no se haga un análisis del tema; se hace y se hace justo para que los centros que tienen que gestionar tengan la información necesaria para superarlos. Pero es que además se les pide que hagan ciertas cosas, se les exige que nos digan qué van a hacer, no qué tienen que hacer pero sí qué es lo que van a hacer, y se evalúa eso que van a hacer, de manera que en el proceso de la gestión está incluido que ellos tengan que analizar esos datos que les vamos a pasar desde la Viceconsejería. De verdad que no podemos decir que no estamos analizándolo, porque ya digo que se hace un trabajo; no se publica puesto por puesto, pero es verdad que se hace un trabajo con todas las reclamaciones que se presentan. Por otro lado, la evolución la tenemos desde 2005, porque, como le he explicado, lo pusimos en marcha en 2003 y vamos correlacionando todos los datos que tenemos.

Respecto al apartado "Otros", se debe a que nosotros medimos los hospitales en los diferentes niveles, porque lógicamente cada uno tiene sus características. Como lo hacemos de forma comparativa, la verdad es que el dato numérico nos importa menos; nos importa más qué es y, sobre todo, el comparativo con los demás. En Primaria exactamente igual, por centros, y en el SUMMA 112 las dos variables que tiene, tanto la parte de urgencias como la parte de programados. Y los "Otros" son los servicios centrales; son cosas que, como les decía, afectan a varios hospitales y obedecen a que existe algún problema en algún centro que no puede estar dentro de estos, como el Centro de Transfusiones, que lógicamente por eso tiene ese número tan elevado, ya que es absolutamente heterogéneo y es muy difícil unirlo. Por ejemplo, el Centro de Transfusión tiene doce, una al mes, y ellos lo saben antes de que se lo digamos nosotros; por otro lado, otros, como el Centro de Radiología, nos está dando más problemas y trabajamos con ellos más de cerca, porque además la mayoría son iguales a los de los hospitales.

También me decían que no teníamos los datos de los hospitales de nivel II. (*Asentimiento por parte del señor Freire Campo.*) Bueno, pues son iguales que los del nivel III; la verdad es que en porcentaje son las mismas. Pero vuelvo a repetirles que son centros muy, muy, heterogéneos, diferentes, en los que es muy difícil evaluar de forma conjunta, de tal manera que, aunque los datos se los damos y publicamos de forma conjunta, esto no significa que en cada uno de los centros desarrollemos el trabajo de análisis individualizado con el equipo gestor. Ya digo que esto no consiste en que yo lo evalúe y se lo diga al gestor, ¡no!, tenemos que sentarnos con él y ver con ellos qué está pasando y por qué está pasando, porque en el fondo lo que nos interesa es que se apliquen las acciones de mejora para corregir aquello respecto a lo que el ciudadano nos está diciendo que no está conforme o en lo que le parece que se está actuando mal. Pero también les digo que, dentro de las sugerencias y de las reclamaciones que tenemos, hay cosas en las que poco podemos hacer, porque forman parte del sistema o porque las expectativas del ciudadano no se corresponden con lo que podemos hacer en la sanidad pública, ya sea porque lo han visto en no se sabe dónde o porque creen que se puede hacer cuando no es posible. Evidentemente, también le contestamos, independientemente de que quede conforme o no; le decimos que son cosas que no podemos hacer, que las estudiaremos y las veremos, pero que no las podemos hacer.

Por último, quiero decirles que de verdad le prestamos a esto toda la importancia del mundo. Además, por la experiencia acumulada durante todos estos años en la materia, nos hemos

dado cuenta de que es necesario, aprovechando los medios técnicos y los profesionales que tiene la Consejería, crear una Comisión que realice el seguimiento y el control de las reclamaciones. Es verdad que es el propio sistema el que las analiza y ejecuta con los diferentes, y muy diferentes, centros de gestión, pero hemos pensado que la creación de esta Comisión puede darle eso que ustedes nos están solicitando, que es dar un poco de homogeneidad a los datos que estamos tratando. En él se va a integrar el personal de los centros directivos porque, lógicamente, repito, son los que gestionan y los que saben qué es lo que se está produciendo o cuál es la posible causa de que se esté produciendo esa demanda que tiene el ciudadano.

Por otro lado, también les tengo que decir que, como muy bien han dicho, la ley de 2003 está obsoleta y, lógicamente, el procedimiento de análisis de hechos objeto de esta reclamación está funcionando porque las medidas que estamos adoptando están de acuerdo a ellas, pero somos conscientes de la necesidad de actualizarla y ya se está trabajando en la adecuación de este procedimiento, haciéndolo mucho más cercano a los medios y medidas de gestión que tenemos actualmente desde el punto de vista informático y desde el punto de vista de la gestión.

También quiero aclarar que, respecto a otros datos que nos han pedido, esperamos poderlos responder en algún momento, como lo relativo a las sugerencias en los hospitales de media estancia o la correlación de algunos datos que están aquí y que, desde luego, estaremos a disposición para poderles ofrecer la explicación que necesiten. Muchísimas gracias.

El Sr. **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señor Viceconsejero. Pasamos al último punto del orden del día.

— RUEGOS Y PREGUNTAS. —

¿Algún ruego o alguna pregunta que formular a la Mesa? (*Denegaciones.*) No habiendo ruegos ni preguntas, se levanta la sesión.

(Se levanta la sesión a las 17 horas y 11 minutos).

SECRETARÍA GENERAL DIRECCIÓN DE GESTIÓN PARLAMENTARIA

SERVICIO DE PUBLICACIONES

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

Web: www.asambleamadrid.es

e-mail: 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