

Diario de Sesiones de la Asamblea de Madrid



Número 639

20 de marzo de 2018

X Legislatura

COMISIÓN DE SANIDAD

PRESIDENCIA

Ilmo. Sr. D. José María Arribas del Barrio

Sesión celebrada el martes 20 de marzo de 2018

ORDEN DEL DÍA

1.- PCOC-86/2018 RGEP.825. 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, sobre valoración que hace la Consejería de Sanidad sobre el uso de las instalaciones de investigación del Hospital de Fuenlabrada.

2.- PCOC-154/2018 RGEP.1862. Pregunta de respuesta oral en Comisión, a iniciativa del Ilmo. Sr. D. Enrique Veloso Lozano, diputado del Grupo Parlamentario de Ciudadanos en la Asamblea de Madrid, al Gobierno, sobre valoración que hace la Consejería de

Sanidad de las líneas de actuación dirigidas a la prevención y control del tabaquismo.

3.- PCOC-202/2018 RGEF.2584. Pregunta de respuesta oral en Comisión, a iniciativa del Ilmo. Sr. D. José Manuel Freire Campo, diputado del Grupo Parlamentario Socialista en la Asamblea de Madrid, al Gobierno, sobre situación a 31-12-17 del Programa de Prevención de Cáncer de Colon en la Comunidad de Madrid.

4.- PCOC-203/2018 RGEF.2585. Pregunta de respuesta oral en Comisión, a iniciativa del Ilmo. Sr. D. José Manuel Freire Campo, diputado del Grupo Parlamentario Socialista en la Asamblea de Madrid, al Gobierno, sobre planes del Gobierno en relación a la Orden 605/2003, de 21 de abril, por la que se desarrolla el Sistema de Sugerencias, Quejas, y Reclamaciones de la Red Sanitaria Única de la Comunidad de Madrid en la Red Sanitaria Única de Utilización Pública.

5.- PCOC-204/2018 RGEF.2588. 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, se pregunta cómo valora el Gobierno de la Comunidad la situación en que se encuentran los niños y niñas atendidos en el Servicio de Oftalmología Infantil del Hospital Universitario de La Paz.

6.- PCOC-208/2018 RGEF.2769. 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 valoración que hace el Gobierno sobre la inversión que hará la Consejería de Sanidad durante 2018 para mejorar la situación de los pacientes con diabetes de nuestra región.

7.- PCOC-216/2018 RGEF.2819. Pregunta de respuesta oral en Comisión, a iniciativa del Ilmo. Sr. D. José Manuel Freire Campo, diputado del Grupo Parlamentario Socialista en la Asamblea de Madrid, al Gobierno, sobre situación en que se encuentra el Plan de Salud de la Comunidad de Madrid que debería haber sido aprobado en el mes de febrero-marzo de 2017.

8.- PCOC-223/2018 RGEF.2868. 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, se pregunta cómo valora el Gobierno de la Comunidad la situación en la que se encuentran las personas invidentes ante el nuevo sistema de avisos para consultas en los hospitales de la Comunidad de Madrid.

9.- Ruegos y Preguntas.

SUMARIO

	Página
- Se abre la sesión a las 15 horas y 36 minutos.	39079
— Modificación del orden del día: tramitación del punto primero en séptimo lugar, PCOC-86/2018 RGEF.825. Tramitación del punto tercero en cuarto lugar, PCOC-202/2018 RGEF.2584. Tramitación del punto cuarto en tercer lugar, PCOC- 203/2018 RGEF.2585 y, tramitación del punto séptimo en primer lugar, PCOC-216/2018 RGEF.2819.	39079
— PCOC-216/2018 RGEF.2819. Pregunta de respuesta oral en Comisión, a iniciativa del Ilmo. Sr. D. José Manuel Freire Campo, diputado del Grupo Parlamentario Socialista en la Asamblea de Madrid, al Gobierno, sobre situación en que se encuentra el Plan de Salud de la Comunidad de Madrid que debería haber sido aprobado en el mes de febrero-marzo de 2017.	39079
- Interviene el Sr. Freire Campo, formulando la pregunta.	39079
- Interviene el Sr. Director General de Salud Pública, respondiendo la pregunta.	39079
- Intervienen el Sr. Freire Campo y el Sr. Director General, ampliando información. ...	39080-39082
— PCOC-154/2018 RGEF.1862. Pregunta de respuesta oral en Comisión, a iniciativa del Ilmo. Sr. D. Enrique Veloso Lozano, diputado del Grupo Parlamentario de Ciudadanos en la Asamblea de Madrid, al Gobierno, sobre valoración que hace la Consejería de Sanidad de las líneas de actuación dirigidas a la prevención y control del tabaquismo.	39082
- Interviene el Sr. Veloso Lozano, formulando la pregunta.....	39082
- Interviene el Sr. Director General de Salud Pública, respondiendo la pregunta.	39082-39083
- Intervienen el Sr. Veloso Lozano y el Sr. Director General, ampliando información. ..	39083-39086
— PCOC-203/2018 RGEF.2585. Pregunta de respuesta oral en Comisión, a iniciativa del Ilmo. Sr. D. José Manuel Freire Campo, diputado del Grupo Parlamentario Socialista en la Asamblea de Madrid, al Gobierno, sobre planes del Gobierno en relación a la Orden 605/2003, de 21 de abril, por la que se desarrolla el Sistema de Sugerencias, Quejas, y Reclamaciones de la Red Sanitaria Única de la Comunidad de Madrid en la Red Sanitaria Única	

de Utilización Pública	39086
- Interviene el Sr. Freire Campo, formulando la pregunta.	39086
- Interviene el Sr. Viceconsejero de Humanización de la Asistencia Sanitaria, respondiendo la pregunta.	39086-39087
- Intervienen el Sr. Freire Campo y el Sr. Viceconsejero, ampliando información.....	39087-39089
— PCOC-202/2018 RGEF.2584. Pregunta de respuesta oral en Comisión, a iniciativa del Ilmo. Sr. D. José Manuel Freire Campo, diputado del Grupo Parlamentario Socialista en la Asamblea de Madrid, al Gobierno, sobre situación a 31-12-17 del Programa de Prevención de Cáncer de Colon en la Comunidad de Madrid.	39089
- Interviene el Sr. Freire Campo, formulando la pregunta.	39089
- Interviene el Sr. Director General de Coordinación de la Asistencia Sanitaria, respondiendo la pregunta.	39089-39090
- Intervienen el Sr. Freire Campo y el Sr. Director General, ampliando información. ...	39090-39092
— PCOC-204/2018 RGEF.2588. 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, se pregunta cómo valora el Gobierno de la Comunidad la situación en que se encuentran los niños y niñas atendidos en el Servicio de Oftalmología Infantil del Hospital Universitario de La Paz.	39092
- Interviene la Sra. San José Pérez, formulando la pregunta.	39093
- Interviene el Sr. Director General de Coordinación de la Asistencia Sanitaria, respondiendo la pregunta.	39093
- Intervienen la Sra. San José y el Sr. Director General, ampliando información.	39093-39095
— PCOC-208/2018 RGEF.2769. 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 valoración que hace el Gobierno sobre la inversión que hará la Consejería de Sanidad durante 2018 para mejorar la situación de los pacientes con diabetes de nuestra región.	39095
- Interviene la Sra. Marbán de Frutos, formulando la pregunta.....	39095

- Interviene el Sr. Director General de Coordinación de la Asistencia Sanitaria, respondiendo la pregunta.	39096
- Intervienen la Sra. Marbán de Frutos y el Sr. Director General, ampliando información.....	39096-39099
— PCOC-86/2018 RGEF.825. 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, sobre valoración que hace la Consejería de Sanidad sobre el uso de las instalaciones de investigación del Hospital de Fuenlabrada.	39099
- Interviene la Sra. García Gómez, formulando la pregunta.	39099
- Interviene el Sr. Director General de Coordinación de la Asistencia Sanitaria, respondiendo la pregunta.	39099-39100
- Intervienen la Sra. García Gómez y el Sr. Director General, ampliando información. . .	39100-39102
— PCOC-223/2018 RGEF.2868. 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, se pregunta cómo valora el Gobierno de la Comunidad la situación en la que se encuentran las personas invidentes ante el nuevo sistema de avisos para consultas en los hospitales de la Comunidad de Madrid.	39103
- Interviene la Sra. San José Pérez, formulando la pregunta.	39103
- Interviene el Sr. Director General de Coordinación de la Asistencia Sanitaria, respondiendo la pregunta.	39103
- Intervienen la Sra. San José Pérez y el Sr. Director General, ampliando información. .	39103-39104
— Ruegos y Preguntas.	39105
- Interviene el Sr. Freire Campo.	39105
- Se levanta la sesión a las 17 horas y 2 minutos.	39105

(Se abre la sesión a las 15 horas y 36 minutos).

El Sr. **PRESIDENTE**: Buenas tardes. Comenzamos la sesión de la Comisión de Sanidad del día de hoy. Se propone una alteración del orden del día; según me pide el compareciente, el señor Martínez, vamos a hacer un cambio de preguntas: la séptima pasa a ser la primera y, la primera, la séptima. Comenzamos, por tanto, con el primer punto del orden del día.

PCOC-216/2018 RGE.2819. Pregunta de respuesta oral en Comisión, a iniciativa del Ilmo. Sr. D. José Manuel Freire Campo, diputado del Grupo Parlamentario Socialista en la Asamblea de Madrid, al Gobierno, sobre situación en que se encuentra el Plan de Salud de la Comunidad de Madrid que debería haber sido aprobado en el mes febrero-marzo de 2017.

Ruego al señor Director General que ocupe su lugar en la mesa. *(Pausa.)* Buenas tardes, bienvenido. Tiene la palabra el señor Freire, diputado del Grupo Parlamentario Socialista.

El Sr. **FREIRE CAMPO**: Buenas tardes. Muchas gracias, señor Presidente. Bienvenido, señor Director General. Nos interesamos hoy desde mi Grupo por la situación del plan de salud de la Comunidad de Madrid que debía haber sido aprobado en febrero o marzo de 2017. Y, como no ha sido aprobado y además creo recordar que en algún momento usted dijo en sede parlamentaria que el plan estaba vinculado a la ley de salud pública, que tampoco está en el horizonte; en cualquier caso, hubo una votación en el Pleno de la Asamblea por la cual se aprobó hacer esto, y nos consta que se estuvo trabajando en su Dirección General, nos interesa saber en qué situación está, cuándo lo piensa presentar, qué trámite ha seguido hasta la fecha y, en definitiva, cuándo Madrid tendrá un plan de salud.

El Sr. **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señor Freire. Tiene la palabra el señor Martínez.

El Sr. **DIRECTOR GENERAL DE SALUD PÚBLICA** (Martínez Hernández): Muchas gracias, señor Presidente. En relación con la iniciativa formulada por su señoría, debo decirles que en la Dirección General de Salud Pública actualmente se está trabajando intensamente en la elaboración de la ley de salud pública de la Comunidad de Madrid y dotará a nuestra Comunidad del marco jurídico apropiado para incrementar la inversión en la promoción de la salud desde la perspectiva intersectorial fomentando la implicación de todas las Administraciones y la colaboración público-privada en la consecución de objetivos comunes, y esto se ha priorizado respecto al plan. La Memoria descriptiva del anteproyecto de ley de salud pública se publicó en el Portal de Transparencia de la Comunidad de Madrid con fecha 14 de julio de 2017 para consulta pública en atención a lo previsto en el apartado 3 de las Instrucciones Generales para la Aplicación del Procedimiento de Iniciativa Legislativa y de Potestad Reglamentaria prevista en la Ley 50/97. En estos momentos el borrador del anteproyecto de ley se encuentra en fase de tramitación administrativa.

El Sr. **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señor Martínez. Señor Freire, tiene la palabra.

El Sr. **FREIRE CAMPO**: Señor Martínez, yo no le he preguntado por la Ley de Salud Pública, no le he preguntado por eso, ni fue aprobado en el Pleno que se hiciera la ley de salud pública en un determinado plazo; lo que fue aprobado en el Pleno monográfico de 3 de marzo de 2016, una de las propuestas, fue exactamente elaborar un plan de salud y de políticas públicas saludables para la Comunidad de Madrid que esté orientado a los determinantes sociales de salud, que tenga objetivos cuantificados, calendarizados, centrado en la reducción de desigualdades, y se ha presentado en la Asamblea en febrero de 2017. Esto fue lo que fue aprobado. No entiendo por qué me responde usted con una ley de salud pública sobre la cual no le hemos preguntado. Creo que hay por ahí alguna pregunta, pero no es de hoy. Me parece una falta de respeto, dicho sea de paso. Y ruego al señor Presidente que cuando un Diputado pregunte por una cosa si el compareciente puede recitarle un capítulo de El Quijote o algo equivalente, es decir, que no responda, se le llame al orden a la persona que viene en nombre del Gobierno; es lo correcto.

Me consta, señor Director General, que antes de su llegada a la Dirección General se estaba trabajando en esto. Entonces, yo le pregunto cuál es la situación, qué trabajos hay, en qué situación está, a quién se ha consultado. Esto es lo que yo le he preguntado. Me parece muy incorrecto que me hable usted de algo sobre lo que yo no le preguntado. Además, por si no lo sabe, no se necesita una ley de salud pública para tener un plan de salud, ¿eh? Hay muchas comunidades autónomas que tienen planes de salud y no han pedido ley de salud pública. Ciertamente, una ley de salud pública debiera hacer alguna referencia a la existencia de un plan de salud, pero no es óbice que no exista una ley de salud pública para que no haya un plan de salud. Y tenemos suficientes problemas de salud en la Comunidad, a múltiples niveles, como para que efectivamente haga usted caso a la petición que se le ha hecho a la Asamblea, y sobre todo cuando públicamente el Gobierno se ha comprometido a hacerlo. Si usted ha cambiado las prioridades, explíquenos, por favor, en base a qué criterios. Espero que tome nota de lo que le he dicho y dé una respuesta exactamente a lo que le pregunto, sin leer un texto que no viene a cuento del motivo de esta comparecencia. Muchas gracias.

El Sr. **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señor Freire. Señor Martínez, tiene la palabra por tiempo de cuatro minutos.

El Sr. **DIRECTOR GENERAL DE SALUD PÚBLICA** (Martínez Hernández): Muchas gracias, señoría. Mire, la elaboración del plan de salud y de políticas públicas que su Grupo solicitó en la Asamblea tiene todo el sentido, pero, sin duda, está supeditado a la ley, y voy a intentar en cuatro minutos decirle por qué.

La elaboración del plan de salud recogería todas las medidas que ustedes sugerían y muchas otras más, pero habría que dar un paso más y establecer un marco legal en el que se amparara el conjunto de actuaciones en materia de salud pública de la Comunidad de Madrid. La existencia del marco legal facilitará la consecución de la equidad de salud, posibilitará el establecimiento de actuaciones e iniciativas en favor de salud en todas las políticas. Independientemente o no de la

existencia de planes, que generalmente se quedan en papel mojado, que pueden desaparecer y variar, se regularán las actuaciones de salud pública en base a las circunstancias de la población, con vocación de permanencia, garantizando el derecho a la protección y a la promoción de la salud.

Asimismo, se favorecerá la sostenibilidad del sistema en su conjunto con carácter permanente, dado que las actuaciones de carácter preventivo y la progresión de hábitos de vida saludable contribuirán a mantener la salud de la población con la consiguiente descarga de la Administración sanitaria, liberando recursos para otras tareas esenciales. Se crearán instrumentos para la participación de las organizaciones sociales y de los individuos como agentes de salud; se promoverá la intervención administrativa en materia de salud pública mediante la inspección y control; se desarrollará el modelo establecido en la Ley de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid, basado en el Área Sanitaria Única de salud, y se redimensionará el campo de acción de los profesionales de la salud pública, reconociendo mejor su labor.

En definitiva, la futura ley de salud pública no solo tiene como objetivo definir y priorizar las actuaciones en materia de salud pública con base a unos determinantes sociales de la salud, sino que además tendrá objetivos cuantificables y calendarizados, teniendo en cuenta las desigualdades sociales en salud y también contemplando y regulando las actividades de inspección e intervención administrativa sobre actividades y servicios y el ejercicio de la autoridad sanitaria.

Entre los principales principios rectores de la futura ley se encuentran la atención integral, multidisciplinar e intersectorial de la salud pública, la transversalidad de las políticas públicas de salud, la garantía de la intervención en salud pública, la vigilancia sanitaria mediante el control oficial, la transparencia, la equidad y la ponderación ética de las actuaciones en salud pública.

Como líneas prioritarias de actuación del anteproyecto se contempla en el ámbito de la prevención de enfermedades crónicas la promoción de la alimentación saludable, el control del tabaquismo y la promoción de la actividad física.

En el ámbito de la prevención de las enfermedades transmisibles, la prevención del virus de la inmunodeficiencia humana y otras ETS, la vigilancia, el control de la tuberculosis, la prevención de las infecciones relacionadas con la asistencia.

En el ámbito de la protección de la sanidad ambiental, la vigilancia, prevención y control de las enfermedades transmitidas por vectores y otros riesgos ambientales.

En el ámbito de la protección de la seguridad alimentaria y la rigurosa información del etiquetado, la trazabilidad y la presencia de alérgenos.

En el ámbito de la epidemiología en los sistemas de información, el sostenimiento de la red y vigilancia epidemiológica.

En el ámbito de la promoción de la salud, la intervención efectiva y coordinada en los programas educativos escolares, la previsión del sobrepeso y la obesidad, la prevención de la

discriminación de cualquier tipo; asimismo, la cronicidad y la vejez, la promoción de la vida activa, saludable e independiente.

En el ámbito de la prevención de adicciones, además de las actuaciones en prevención del tabaquismo, las propias en prevención de abuso del alcohol, cannabis, nuevas sustancias y nuevas adicciones.

El anteproyecto de la Ley de Salud Pública, además de las disposiciones generales y de las actuaciones en salud pública, contempla la evaluación del impacto en salud de los planes, programas, horas, actividades antes de su adopción; incluye la participación de las asociaciones sociales; mejora la cooperación interadministrativa; reconoce mejor los profesionales de la salud pública, etcétera.

En conclusión, señorías, como podrán observar, tengo que finalizar diciendo que la puesta en marcha del Plan de Salud al que hace referencia, siendo interesante, está supeditado a la evolución del anteproyecto de ley de salud pública, de manera que las actuaciones en salud pública que en él se contemplen se vean respaldadas por el marco legal que facilite la consecución de sus objetivos. Alterar este orden lógico implicaría haber generado un documento que, teniendo una buena melodía, solo sería letra impresa en papel mojado. Muchas gracias.

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

PCOC-154/2018 RGE.1862. Pregunta de respuesta oral en Comisión, a iniciativa del Ilmo. Sr. D. Enrique Veloso Lozano, diputado del Grupo Parlamentario de Ciudadanos en la Asamblea de Madrid, al Gobierno, sobre valoración que hace la Consejería de Sanidad de las líneas de actuación dirigidas a la prevención y control del tabaquismo.

A continuación tiene la palabra el señor Veloso, del Grupo Parlamentario de Ciudadanos.

El Sr. **VELOSO LOZANO**: Muchas gracias, señor Presidente. La pregunta que le hacemos, señor Director General, es cuál es la valoración que hace la Consejería de Sanidad de las líneas de actuación dirigidas a la prevención y control del tabaquismo.

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

El Sr. **DIRECTOR GENERAL DE SALUD PÚBLICA** (Martínez Hernández): Muchas gracias, señor Presidente. Señor Veloso, en relación con la valoración sobre las líneas de actuaciones dirigidas a la prevención y control del tabaquismo, debo informarles de que la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid desarrolla programas y pone en marcha actuaciones destinadas a disminuir la prevalencia del consumo del tabaco tanto en la vertiente orientada a que los más jóvenes no se inicien en la adicción como en la dirigida a que más número de personas fumadoras se planteen dejar

de fumar y abandonar el consumo de tabaco. En la misma manera, a través de la Dirección General de Salud Pública como órgano competente en la materia, ejercemos las funciones de control e inspección de oficio o instancia de parte, así como la instrucción de expedientes sancionadores e imposición de sanciones a través de su plan de inspección.

Finalmente, estas actuaciones se ven complementadas por una sistema de vigilancia epidemiológica mediante el que se recoge sistemáticamente la información necesaria que permite monitorizar la evolución del consumo de tabaco tanto en jóvenes como en adultos. Muchas gracias.

El Sr. **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señor Martínez. Señor Veloso, su turno de réplica.

El Sr. **VELOSO LOZANO**: Muchas gracias, señor Presidente. Mire, señor Director General, yo le he pedido la valoración sencillamente porque realmente esa valoración de las actuaciones no existe. La prevalencia del consumo del tabaco lleva dos décadas disminuyendo en la Comunidad de Madrid, eso es cierto, pero no está disminuyendo de una forma homogénea en toda la población; en los grupos de menor nivel socioeconómico el descenso ha sido mucho menor. El tabaquismo sigue siendo uno de los principales problemas de salud pública que tenemos en la región y es necesario ampliar y fortalecer las acciones de prevención y control del consumo de tabaco.

¿Qué es lo que sucede? Que ustedes, desde que se inició la Legislatura han desarrollado tres líneas de actuación, las cuales usted ha citado, que es la prevención al inicio del consumo de tabaco, la protección de la población frente al humo del tabaco y la ayuda al fumador, complementado, como ha dicho, por un sistema de vigilancia epidemiológica y un plan de inspecciones. Pero la pregunta que le hacemos es si estas líneas de actuación son en realidad la forma adecuada de abordaje que ustedes están planteando para el consumo del tabaco, para cesar en el consumo de tabaco. Lo que le estamos preguntando es si ustedes han evaluado alguna vez estas tres líneas de actuación precisamente para justificar su efectividad, es decir, qué datos manejan ustedes sobre la valoración efectiva de cada una de estas tres líneas de actuación y dónde están publicadas, porque tampoco aparecen publicadas en ningún sitio.

También queremos saber cuánto dinero se ha destinado ya a estas actuaciones desde su inicio y si pueden demostrar que son coste-efectivas estas tres líneas de actuación. En definitiva, lo que nosotros le estamos planteando es que, en realidad, parece que las estrategias que plantea la Comunidad de Madrid en el tema del tabaco son solamente estrategias que se centran en la prevención del tabaquismo, y eso está muy bien y es necesario, si no les digo que no, pero el problema es que científicamente está demostrado que eso no es suficiente; es decir, lo que hay que promover es el abandono del tabaco. De hecho, la detección y el tratamiento de la dependencia del tabaco a través de los servicios asistenciales se considera que eso sí es de verdad una acción coste-efectiva, en términos de coste por año de vida ganado a ese exfumador. Siendo eso así, le pregunto: ¿qué medidas piensan impulsar ustedes enfocadas hacia el abandono del tabaco de aquí hasta el final de la Legislatura? Porque si los expertos aseguran que el abordaje asistencial de esta enfermedad crónica no es el adecuado, entonces habrá que hacer algo; es decir, hacen falta más medidas

económicas encaminadas a que el fumador deje de fumar, invertir en programas de promoción del abandono del consumo del tabaco, porque la cesación tabáquica es coste efectiva y tiene un impacto brutal en la reducción de la enfermedad. Y es que, si tenemos un 70 por ciento de los fumadores a los que les gustaría dejar de fumar, entonces tendremos que hacer algo desde las Administraciones Públicas. Sin embargo, parece que no hay una estrategia por parte de la Comunidad de Madrid que apoye este propósito entre los fumadores.

De cara a esa nueva ley de salud pública que usted menciona, le planteo simplemente tres cuestiones: una, si va a tener algún apartado dedicado a la regulación de la prevención y control del tabaquismo en esa nueva futura ley de salud pública y si nos puede adelantar en qué sentido sería esa regulación; dos, si se han plantado ustedes la financiación pública de tratamientos, lo digo porque el anterior Consejero de Sanidad, Sánchez Martos, anunció en 2017 que la Comunidad de Madrid iba a financiar los tratamientos para pacientes de EPOC, y la verdad es que ha pasado un año y pico y todavía no hay nada de nada, y tres, si van a contar ustedes con la farmacia comunitaria para hacer propuestas en relación con el servicio de cesación de tabaquismo. Nada más. Muchas gracias.

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

El Sr. **DIRECTOR GENERAL DE SALUD PÚBLICA** (Martínez Hernández): Muchas gracias. Agradezco la multitud de comentarios y de preguntas nuevas, que no son la pregunta que usted formuló inicialmente y que darían para una sesión casi monográfica, porque son muchas. Pero por desbrozar algunas, y, luego, si me lo permite, le contesto a lo que he venido, le diré que, en primer lugar, la legislación sobre el control del tabaquismo es de legislación estatal, por lo tanto, no se puede legislar sobre lo ya legislado y menos desde una comunidad. En segundo lugar, los problemas de cartera básica son del Ministerio; podemos ir todos juntos a pedir al Ministerio cosas, pero no es objeto de esta sesión de la Comisión de Sanidad de hoy.

En cuanto a los aspectos de la legislación, próximamente se podrá consultar el borrador del anteproyecto de ley, que será el momento de hacer las observaciones, pero, en todo caso, ya le digo que no se puede legislar sobre lo legislado.

En cuanto a la financiación de medicamentos, insisto en que es fundamentalmente cartera básica; no obstante, se tiene que volver a evaluar en el Servicio de Madrileño de Salud cuando corresponda, pero siempre como complementaria, pues nunca podremos sustituir nuestro papel, que no es organizar la cartera básica, como comprenderá.

Ahora, si me permite, le hago un breve, brevísimo detalle de lo que realmente nosotros hacemos, que es lo más importante, aunque usted crea que no, que es la prevención y el control. La prevención del inicio del consumo de tabaco es fundamental. Y, por ello, se realizan actuaciones y programas dirigidos a evitar que los más jóvenes se inicien en el consumo o a retrasar la edad de inicio. Este es el caso del Aula de Salud Pública; se trata de una actividad dirigida a escolares entre los 9 y los 11 años, en la que se llevan a cabo actividades en materia de promoción de salud y prevención

de la enfermedad a través de la educación sanitaria. El taller de tabaquismo pretende que los escolares razonen y descubran la importancia de no fumar y lo beneficioso de compartir espacios libres de humo.

En el curso escolar 2016-2017 se ha recibido la visita de 2.400 escolares de 36 colegios de la Comunidad de Madrid. El Programa-Concurso Clases sin humo es una actividad promovida por la Unión Europea, Smoke Free Class Competition, que desde el curso 97-98 se dirige a alumnos de primero y segundo de Educación Secundaria. El cumplimiento de estas condiciones permite que la clase participe en el concurso final entre aulas con un eslogan sobre la prevención del tabaquismo. La participación en el curso escolar 2016-2017 ha sido de 46 aulas y 2.300 alumnos.

El Programa de Prevención de Drogodependencias, "Protegiéndote", creado en 2009, consiste en la principal oferta de la Dirección General de Salud Pública en materia de prevención escolar, y se consolida como un programa que incorpora los conocimientos más actuales sobre el consumo de sustancias psicoactivas a edades tempranas en centros educativos en la Comunidad de Madrid. Se dirige al alumnado del segundo ciclo de Educación Infantil, Primaria, Secundaria y Formación Profesional; en el curso 2016-2017 han participado 54.387 alumnos, 2.304 profesores y 199 centros educativos.

El segundo aspecto a abordar es la protección de la salud y la atención al fumador a través de las redes sin humo de los centros sanitarios hospitalarios y de Atención Primaria. La red de hospitales sin humo se creó en nuestra Comunidad en 2004. Este programa con estructura de red combina actuaciones dirigidas a facilitar el cumplimiento de la legislación con otras dirigidas a impulsar el cambio hacia la desnormalización del consumo de tabaco en dichos centros y evitar los posibles conflictos con los fumadores y vapeadores y proteger y promocionar la salud tanto de los trabajadores como de los usuarios del centro.

Entre los objetivos contemplados en el programa se encuentran la promoción de la formación de los profesionales en técnicas de deshabituación tabáquica, la creación de protocolos para ayudar a los pacientes a dejar de fumar y la elaboración de procedimientos para detectar a los fumadores y ofertarles la ayuda necesaria para dejar de fumar.

En 2017 se han acreditado un total de 45 hospitales públicos y privados de la Comunidad de Madrid y el cien por cien de los centros públicos; además, la red de centros de salud sin humo, que ustedes conocen.

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

El Sr. **DIRECTOR GENERAL DE SALUD PÚBLICA** (Martínez Hernández): Me preguntaba antes sobre la eficiencia, efectividad o la relación costo-efectiva; las tasas de incidencia de nuevos fumadores demuestran que todas estas medidas son útiles y, por lo tanto, nos animan a continuar trabajando en este sentido. Lo que se refiere a la vigilancia epidemiológica lo conocen perfectamente.

Asimismo, en 2017 se han llevado a cabo 2.794 inspecciones, de las cuales 51 corresponden a la programación y 414 realizadas en centros sanitarios.

La valoración, por tanto, es positiva y creo que debemos trabajar en este camino. Muchas gracias.

El Sr. **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señor Director General. De acuerdo con el autor de la pregunta y los comparecientes, el cuarto punto pasa a tratarse en tercer lugar.

PCOC-203/2018 RGE.2585. Pregunta de respuesta oral en Comisión, a iniciativa del Ilmo. Sr. D. José Manuel Freire Campo, diputado del Grupo Parlamentario Socialista en la Asamblea de Madrid, al Gobierno, sobre planes del Gobierno en relación a la Orden 605/2003, de 21 de abril, por la que se desarrolla el Sistema de Sugerencias, Quejas, y Reclamaciones de la Red Sanitaria Única de la Comunidad de Madrid en la Red Sanitaria Única de Utilización Pública.

Ruego al Viceconsejero de Humanización de la Asistencia Sanitaria que ocupe su lugar en la mesa. (*Pausa.*) Bienvenido, señor Viceconsejero. Tiene la palabra el señor Freire.

El Sr. **FREIRE CAMPO**: Gracias, señor Presidente. Señor Viceconsejero, estoy seguro de que, cuando le pregunte por lo que le voy a preguntar, usted me responderá sobre aquello que le pregunte, y no hará como su Director General.

La iniciativa que traemos hoy aquí tiene que ver con una pregunta al Gobierno sobre los planes que tienen en relación con la Orden 605/2003, de 21 de abril, por la que se desarrolla el sistema de sugerencias quejas y reclamaciones de la red sanitaria única de la Comunidad de Madrid. ¿Qué planes tiene el Gobierno respecto a esa ley que, como digo, es de 2003 y que precisaría ser actualizada? Muchas gracias.

El Sr. **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señor Freire. Señor Viceconsejero, tiene la palabra.

El Sr. **VICECONSEJERO DE HUMANIZACIÓN DE LA ASISTENCIA SANITARIA** (Prados Roa): Muchas gracias, señor Presidente. Señorías, muy buenas tardes. Hace exactamente un mes comparecía en esta misma Comisión para informarles sobre las reclamaciones y quejas correspondientes a 2016, al igual que hoy a petición del señor Freire. En aquella ocasión ya les expliqué el procedimiento de tramitación y gestión de las reclamaciones que realizan los profesionales de la Subdirección General de Información y Atención al Paciente, que viene recogida en la Orden 605/2003, que acaba de mencionar. Y ya entonces le manifesté la necesidad de actualizar esa norma. En efecto, son casi 16 años desde su publicación, y tanto las modificaciones y derogaciones legislativas como las exigencias técnicas y administrativas hacen necesaria hoy una adecuación normativa que se adapte mejor a la situación y circunstancias actuales de los madrileños. Dicho esto, el procedimiento de gestión y tramitación recogido en la citada orden continua teniendo plena validez,

se recibe la reclamación, se analizan los hechos expuestos en la misma, se realiza su comprobación y, finalmente, se da comunicación al ciudadano de las medidas a adoptar. Por tanto, cualquier sistema, que se desee implantar, necesariamente deberá recoger estas mismas premisas.

Señoría, usted me pregunta por los planes del Gobierno en relación con esta orden, y sí le reitero que somos plenamente conscientes de la necesidad de actualizar esta normativa y ya estamos trabajando en ello. Vamos a diseñar un nuevo marco normativo que recoja todos aquellos aspectos funcionales y organizativos que debe tener un procedimiento de gestión de reclamaciones actual y específico para la Sanidad madrileña; para ello contamos con la participación de profesionales de distintos ámbitos asistenciales, con conocimientos suficientes y competencias en la tramitación de quejas y reclamaciones. Muchas gracias.

El Sr. **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señor Viceconsejero. Señor Freire, tiene la palabra.

El Sr. **FREIRE CAMPO**: Gracias, señor Viceconsejero. No es que haya aclarado mucho, pero, en fin, por lo menos no se ha ido por los cerros de Úbeda, hablándome de otra orden cualquiera que tuviera a mano. Vamos a ver, esta Orden fue derogada en un componente importante por la Ley de Medidas Fiscales de diciembre de 2010. Este componente importante para nosotros es la Comisión de Seguimiento y Evaluación. Me interesa que de una manera muy específica nos responda en la segunda parte si, efectivamente, piensan restablecer algo parecido a esta Comisión. Porque creemos que las funciones que se le atribuían son útiles y están vigentes, si queremos que el sistema de quejas, sugerencias y reclamaciones tenga efectividad debemos realizar seguimiento y control, organizar y sistematizar las actividades, resolver las cuestiones, proponer futuras acciones, etcétera.

Igualmente, uno de los aspectos importantes por el que le pregunté en anteriores comparencias es el Plan de Evaluación. Se supone que el órgano competente de la Consejería hace un Plan de Evaluación cuyo resultado se entrega a esta Comisión. Por tanto, nos interesa mucho conocer, como le dije la vez anterior, las quejas y las reclamaciones, porque en una organización de servicios, como la de los servicios sanitarios, es absolutamente clave para la calidad de los servicios aprender de los errores, para que no se repitan, etcétera. Por eso, vamos a seguir empujando en esta línea.

En primer lugar, nos interesa mucho que nos diga, efectivamente, si van a implantar esta Comisión o algo parecido en la que intervengan tanto personas del servicio como personas ajenas; no estaría mal que estuvieran usuarios y consumidores, por ejemplo, como tampoco estaría mal que hubiera algunas otras personas. En relación con estas cuestiones hay otra orden, relacionada con esta, que tiene que ver con la orden de los indicadores de calidad, más reciente, la Orden 370/2013, y nos gustaría saber también qué relación va a tener con esto.

Lo que vamos observando es que su Administración es extraordinariamente ágrafa, escribe poco, normaliza poco, y las cosas que se hacen no aparecen en ninguna norma escrita. Nos gustaría que esta norma sea rastreable y publica, y que cuando estas normas existan, sin que exista una glaciación legal anterior, sean luego actualizadas. Sencillamente vivimos en una suerte de anomía en

la que las normas o no existen o no se cumplen. Y es bueno, por ejemplo, que sepamos qué personas están en cada cargo y que se actualice; y si una norma dice lo que va a ser una unidad o que esa unidad desaparece; que se actualice la norma correspondiente. Ciertamente, esto es lo que nos mueve a hacerle esta pregunta. Por lo tanto, en concreto nos gustaría saber exactamente todas estas cuestiones y también los plazos y las fechas. Les queda a ustedes un año de Gobierno, pues dentro de un año se cierra la Asamblea, ha terminado su función y entramos en periodo preelectoral, por lo que nos gustaría saber cuándo lo piensan hacer y con qué directrices. Muchas gracias.

El Sr. **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señor Freire. Señor Prados, tiene la palabra por tiempo de tres minutos y quince segundos.

El Sr. **VICECONSEJERO DE HUMANIZACIÓN DE LA ASISTENCIA SANITARIA** (Prados Roa): Muchas gracias, señor Presidente. Tengo que decirle que estoy de acuerdo prácticamente en todo. De todas las demás preguntas que me ha hecho, sí es función de esta Viceconsejería de Humanización de la Asistencia Sanitaria garantizar que el ciudadano pueda hacer efectivo su derecho a reclamar y a mostrar su disconformidad con cualquier proceso asistencial que considere inadecuado, y es mi cometido y mi compromiso poder facilitárselo, ipor supuesto!

Es verdad que esta orden es muy antigua, y pensamos que debería cambiarse para establecer definiciones que van a clarificar el contenido y alcance de las quejas y, además, hacer un procedimiento y un régimen diferenciado en su tratamiento. Previsiblemente, aunque todavía es pronto, podemos decir que queremos conseguir que el tiempo de respuesta sea inferior a los 30 días actuales. Pero además queremos recoger un procedimiento diferenciado que dé respuesta a la solución inmediata a aquellos problemas que sean más importantes y que puedan afectar a la seguridad del paciente. Lo que pretendemos es tener un procedimiento de tramitación de reclamación directo y personal que nos permita interaccionar con los reclamantes; un procedimiento de gestión sanitaria más humanizado y que tenga en cuenta a la persona y sus circunstancias personales, no solo cuando estamos prestando la asistencia sino también cuando se nos presente una reclamación por disconformidad con la misma.

Como bien ha dicho y ya nos dijo en la anterior ocasión en que tuve posibilidad de hablar sobre las reclamaciones, pensamos incluir también la taxonomía de las reclamaciones, como usted pidió, para conocer los motivos de las reclamaciones y, lógicamente, tener mejor los datos. También le dije entonces que nuestra intención es recuperar esa Comisión de Seguimiento y Evaluación de las Reclamaciones que había quedado derogada, y esto va a hacer posible que podamos dar una respuesta general más ágil a los problemas que nos trasladan los ciudadanos en las reclamaciones; además, queremos que sus miembros tengan la capacidad de análisis y las competencias ejecutivas necesarias para adoptar las decisiones o medidas correctoras generales de forma inmediata y, por supuesto, con la representación adecuada sobre este tema.

Todo ello tiene el fin de optimizar el seguimiento de la gestión de las reclamaciones, lo que nos permitirá, una vez más, mejorar la calidad de la asistencia sanitaria prestada, teniendo en cuenta

la opinión que nos transmiten a través de ellas los pacientes. Es nuestro deseo disponer lo antes posible de un nuevo desarrollo de procedimiento y gestión de las reclamaciones; me es muy difícil matizar cuándo va a poder ser, ya que somos conscientes de que esto tiene una dificultad, porque ha habido otros intentos de modificación de esta orden que finalmente no se han podido materializar. Por lo que a mí respecta, les puedo asegurar que existe un compromiso real de hacer efectiva la actualización de esta orden cuanto antes. Muchas gracias.

El Sr. **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señor Viceconsejero. Continuamos con la siguiente pregunta.

PCOC-202/2018 RGE.2584. Pregunta de respuesta oral en Comisión, a iniciativa del Ilmo. Sr. D. José Manuel Freire Campo, diputado del Grupo Parlamentario Socialista en la Asamblea de Madrid, al Gobierno, sobre situación a 31-12-17 del Programa de Prevención de Cáncer de Colon en la Comunidad de Madrid.

Ruego al señor Director General de Coordinación de la Asistencia Sanitaria que ocupe su lugar en la mesa. (*Pausa.*) Bienvenido, señor Director General. Tiene la palabra el señor Freire.

El Sr. **FREIRE CAMPO**: Gracias, señor Presidente. Bienvenido, señor Director General. La pregunta que le hacemos en nombre de mi Grupo es cuál es la situación del Programa de Prevención de Cáncer de Colon en la Comunidad de Madrid.

El Sr. **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señor Freire. Señor Director General, tiene la palabra.

El Sr. **DIRECTOR GENERAL DE COORDINACIÓN DE LA ASISTENCIA SANITARIA** (Pascual Fernández): Gracias, Presidente. Señorías, el Programa de Detección Precoz del Cáncer de Colon y Recto de la Comunidad de Madrid, PREVECOLON, dirigido, como muy bien sabe, a hombres y mujeres entre 50 y 60 años, basado en la realización del test de detección de hemorragias ocultas en heces y colonoscopia como confirmación de los casos positivos, se inició en 2015 y contó con una participación de 15 centros de salud y 10 hospitales. En dicho programa, se cursó invitación a 47.473 ciudadanos, alcanzándose una tasa de participación global baja del 35 por ciento, con una amplia variabilidad entre centros.

Tras un detenido análisis de la evolución, tomamos la decisión de revisar profundamente todo el procedimiento, que era el mismo que estaban realizando otras comunidades autónomas, pues no se diferenciaba del que habían puesto en marcha otras comunidades, sin embargo, en Madrid no estaba teniendo éxito. Ya sé que fue una decisión no exenta de crítica, pero lo cierto es que nos permitió revisar el programa, poner en marcha una serie de medidas y hacer una reconversión total en la manera de llevarlo a la práctica.

Hemos diseñado un completísimo programa informático que integra en la historia clínica todo el programa de cribaje, desde la propia selección del paciente hasta los datos de historia en la

solución de la colonoscopia, y hemos empezado a citar de una forma diferente: primero mandamos una carta a las personas, como se hacía antes, pero luego se les da una cita personal y, por cierto, insistente, y lo puedo decir por experiencia, a través de la central de citas, de manera que se coordina la cita con el centro de salud, y se coordina también la recogida de resultados tras otra posterior llamada desde el centro personalizado.

Para el periodo de mayo de 2017 a 2018 hemos programado invitación a dos segmentos de pacientes, de 50 y 59, y 68 y 69 años, incluyendo una población total de 313.143 personas. Esta primera fase se ha venido desarrollando en el Hospital 12 de Octubre y, luego, en otros diez hospitales –voy a abreviar-, y en este momento toda la red hospitalaria de Madrid está incluida en el proceso. A día de hoy están invitados 145.134 ciudadanos; es decir, a día de hoy ya hemos invitado al 46,3 por ciento de la población definida, culminando el proceso en noviembre, y en una segunda fase, que empezaremos en breve, de ampliación de cohortes y de unidades, tenemos previsto alcanzar una población diana de 693.711 personas, con la apertura de seis a ocho nuevas agendas de colonoscopia en las unidades de referencia de cribado y mayor citación de profesionales, que en este momento estamos comenzando ya. Muchas gracias.

El Sr. **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señor Director General. Señor Freire, tiene la palabra.

El Sr. **FREIRE CAMPO**: Gracias, señor Director General. Ciertamente conocía algunos de los datos, porque nos hemos interesado en la Comisión de Sanidad por este programa yo creo que como poco en cuatro ocasiones. Lo pararon en 2015, estuvo paralizado en 2016 y solo ha empezado en 2017. Ayer pude rescatar una Memoria de seis páginas, y lo que le quiero comentar son algunos aspectos relacionados, en primer lugar, con la situación de las colonoscopias, tanto las derivadas del cribaje como, sobre todo, las diagnósticas. Tengo una fotografía de una colonoscopia diagnóstica, del Hospital de Vallecas, a un año, y me consta que esta es la situación en muchos hospitales. Entonces, es interesante tener cribado de cáncer de colon, colonoscopias subsiguientes a la prueba de sangre oculta en heces, pero ciertamente no es tolerable que una persona que acude para el diagnóstico tenga una espera de un año; con eso, sencillamente, incluso puede ir a los juzgados.

Luego, en relación con la gobernanza del programa, en su momento hemos criticado este programa por varios aspectos sobre cómo nació, pero hay un aspecto que me parece especialmente grave. En su momento criticamos que las colonoscopias resultantes de la primera prueba, la de sangre oculta en heces, se hiciera únicamente en algunos hospitales de la red; lo criticamos porque no hay ningún argumento técnico ni profesional que lleve a eso, y me gustaría que nos lo dijera. Hay algunas citas apócrifas, como que otros centros no saben coger pólipos planos, son sencillamente impresentables. Denigrar a los profesionales de los hospitales no grandes de Madrid, que llevan 20 o 30 años haciendo endoscopias, diciendo que no están preparados para hacer las colonoscopias derivadas del cribado, no se sostiene. Pero lo grave es cuando parece que lo que alegan es una preparación especial de los centros terciarios, que no se justifica, como digo. Señor Director General, ¿nos puede explicar por qué el Hospital de Valdemoro puede hacer colonoscopias de cribado mientras que el próximo de Parla no? ¿Nos puede explicar, en definitiva, por qué los hospitales concesionados,

los de gestión privada, tienen colonoscopias de cribado mientras que los otros hospitales de la red no? ¿Qué justifica esto? Esa es la pregunta de la que estamos deseosos de escuchar la respuesta. ¿Por qué los hospitales, como por ejemplo Leganés, como por ejemplo Móstoles... Porque hay Móstoles viejo y Móstoles nuevo: el Móstoles nuevo puede hacer colonoscopias de cribado y el viejo no, ¿hay alguna lógica que no sea mercantil y económica? En segundo lugar, ¿han pensado en los pacientes? Los pacientes, que tienen relativamente cerca su hospital de referencia, ¿por qué han de ir a un hospital lejano en las difíciles circunstancias que van aquellos que se han de preparar para una colonoscopia? ¿Qué lógica tiene eso, señor Director General? Lo grave de todo esto es que no hay ninguna explicación, ni a los pacientes ni a los profesionales. Y, ciertamente, canta un montón que digan ustedes que los hospitales privados o de gestión privada tienen una mayor capacidad técnica que los que no lo son; el hospital antiguo de Móstoles versus el nuevo, por poner dos hospitales que comparten el mismo territorio. ¡Es impresentable! Y esto no lo digo yo sino que viene en la Memoria que presentan ustedes donde están los hospitales.

Ya que hablo de Memoria, les rogaría que en las Memorias explicaran algunas cosas. Por ejemplo, viene una tabla con unos epígrafes en la línea primera que luego no tienen explicación de lo que significan; esta tabla es sencillamente no inteligible por cualquier persona, incluso razonablemente informada. Luego, vienen unos datos, de tasas de aceptación, tasa de positividad de test, de resultados, que no son homologables con los sistemas de información que tienen otros sistemas de cribado de la Comunidad.

Por lo tanto, señor Director General, le rogaría que, en primer lugar, nos respondiera respecto a este asunto: ¿por qué discriminan a los hospitales propios y por qué dan privilegios a los concesionados? ¿Por qué los pacientes tienen que ir a distancia y qué van a hacer para que las colonoscopias diagnósticas, que tienen una importancia vital para los pacientes y sus familias, no tengan que esperar más allá de lo que es razonable, y lo razonable no debiera pasar de semanas? Muchas gracias.

El Sr. **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señor Freire. Señor Director General, tiene la palabra.

El Sr. **DIRECTOR GENERAL DE COORDINACIÓN DE LA ASISTENCIA SANITARIA** (Pascual Fernández): Muchas gracias, señor Presidente. Señoría, me pide usted una comparecencia, pero esto es una pregunta y trataré no obstante de responder a las consideraciones que me ha hecho. En primer lugar, este Director General no dice nada, ha sido un grupo técnico el que ha elaborado el protocolo; no ha sido una decisión de la Dirección General que no se realizaran en el cien por cien de los hospitales de la Comunidad de Madrid. Por tanto, yo le invitaré al próximo debate del grupo técnico para que exprese sus dudas ante los profesionales que lo han redactado.

El procedimiento tiene previsto, cuando alcancemos aproximadamente el 50 o el 60 por ciento de toda la población diana, expandirse a muchos más hospitales, pero el grupo consideró que el planteamiento de ir creciendo por cohorte de dos en dos años hasta 2021 se podía hacer perfectamente en este conjunto de hospitales, y permítame decirle que estamos en Madrid donde las

distancias no son como las de Castilla-La Mancha o Castilla y León, donde uno tiene que desplazarse más. La idea es que en el futuro, cuando pasemos del 50 o 60 por ciento de toda la población de Madrid, que será aproximadamente en 2021, se expanda al resto de hospitales, pero quiero insistir mucho en que eso ha sido una decisión del grupo de trabajo que fue constituido por profesionales y por técnicos de la Dirección.

En cuanto a las colonoscopias diagnósticas, no digo que no haya una colonoscopia prevista a un año, pero sí que es algo fácilmente corregible porque son casos puntuales. De las cientos y miles de colonoscopias que hacemos, y las hacemos en plazo, por agenda se pueden saltar, y estamos corrigiendo todos los días las citas; todos los días corregimos citas en el sistema de citación, porque están saltando, porque la agenda resulta que ese verano estaba cerrada y salta de julio a octubre y por atrás se recalifican y por un montón de cosas que tienen los sistemas. Pero, insisto en que son casos puntuales, tanto en citas como en pruebas diagnósticas. Desde luego, no vamos a dejar que una persona esté un año pendiente de un diagnóstico. Por tanto, si esta situación se detecta, se le vuelve a citar, como, insisto, estamos haciendo todos los días.

Tengo que decir que el programa, que es de lo que veníamos a hablar básicamente, ahora está funcionando muy bien: tenemos ya una respuesta del 51,6 por ciento; hemos pasado del 35 inicial, y subiendo. Pueden ver en la gráfica cómo va subiendo la respuesta de los profesionales invitados y disminuyendo los que rechazan. Hay un 24 por ciento que no contestan; a pesar de que se les intenta localizar por teléfono, son ilocalizables. *(El señor Freire Campo pronuncia palabras que no se perciben.)* No, esos datos son a 31 de diciembre; yo le puedo entregar datos más recientes que hemos preparado ayer para traer la respuesta aquí. Y subiendo, o sea, que el cambio que hemos hecho en el programa está funcionando y vamos a ir alcanzando... Bueno, ya he dicho además que este año vamos a ir adelantando cohortes, porque estamos teniendo la posibilidad de ampliar agendas y agendas de colonoscopias diagnósticas. Por cierto, no estuvo parado sino que estuvo haciéndose como se venía haciendo; no estuvo parado. Así como reconocí que no estaba funcionando en aquel momento, permítame que ahora le diga que está funcionando perfectamente y que nuestras expectativas son sobrepasar ampliamente el estándar del 60 por ciento, objetivos en los que nosotros queremos llegar mucho más allá para superarlos ampliamente, y llevamos el camino.

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

PCOC-204/2018 RGEF.2588. 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, se pregunta cómo valora el Gobierno de la Comunidad la situación en que se encuentran los niños y niñas atendidos en el Servicio de Oftalmología Infantil del Hospital Universitario de La Paz.

La iniciativa es de la Señora San José, del Grupo Parlamentario Podemos Comunidad de Madrid, que tiene la palabra.

La Sra. **SAN JOSÉ PÉREZ**: Gracias, señor Presidente. Señor Pascual, ¿cómo valora el Gobierno de la Comunidad la situación en la que se encuentran los niños y niñas atendidos en el Servicio de Oftalmología Infantil del Hospital Universitario La Paz?

El Sr. **PRESIDENTE**: Gracias, señora San José. Señor Director General, tiene la palabra.

El Sr. **DIRECTOR GENERAL DE COORDINACIÓN DE LA ASISTENCIA SANITARIA** (Pascual Fernández): Muchas gracias, señor Presidente. Señoría, en relación a su pregunta acerca de la valoración del Gobierno de la Comunidad sobre la situación en la que se encuentran los niños y niñas atendidos en el Servicio de Oftalmología del Hospital Universitario La Paz, permítame decirle que, en primer lugar, se trata de un servicio con una gran actividad, una de las más importantes de España, y que además dispone, como muy bien sabe, de cinco CSUR en Oftalmología y que el hospital garantiza los criterios mínimos por los cuales se asigna a estas alturas. Debo señalarle en este sentido que el Gobierno de la Comunidad de Madrid valora muy positivamente la actividad de Oftalmología Infantil y la asistencia prestada por la Sección –que no servicio- de Oftalmología del Hospital Universitario La Paz. Además, quisiera destacar especialmente su gran cartera de servicio, con un altísimo grado de superespecialización, no solo en tumores, por lo que es reconocido a nivel nacional. Muchas gracias.

El Sr. **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señor Pascual. Tiene la palabra la señora San José.

La Sra. **SAN JOSÉ PÉREZ**: Gracias, señor Presidente. Lo primero a lo que quería referirme es que no estamos hablando de la calidad asistencial ni de los cuidados que estos niños y niñas reciben en ese Servicio de Oftalmología Infantil –o sección, como muy bien dice usted-, porque sabemos perfectamente que la calidad de la asistencia es excelente. Nuestra pregunta va dirigida a la situación por la que atraviesa este servicio, con cambios recientes; situación que, además, se viene arrastrando desde hace años. Efectivamente, conocemos, como ustedes, que tienen concedidos cinco CSUR, que son los centros de referencia nacionales, que atienden alteraciones congénitas del desarrollo ocular, tumores extraoculares en la infancia, tumores intraoculares, retinopatía del prematuro avanzada o la queratoplastia penetrante del niño. Pues bien, este servicio ahora mismo atraviesa una situación crítica; es más, nosotras pensamos que, de seguir así, perderían o no podrían mantener algunos de estos CSUR, y pensamos que encaja mal con un hospital como La Paz, de excelencia, como ustedes de manera reiterada comentan.

Nosotros pensamos que esto sucede por una falta de planificación de los recursos necesarios de un servicio con estas características: es tanto una falta de recursos materiales lo que ha tenido como profesionales; no se ha previsto, por ejemplo, la necesidad de nuevos profesionales con la experiencia que estos servicios requieren. Y no lo decimos nosotros, ya la auditoría de 2016, realizada en 2015, advertía de una serie de cuestiones que había que mejorar; pues bien, esto le costó

descalificaciones al Jefe de Sección, incluso la retirada de la Jefatura y también parece que una jubilación forzada. Pero, mire, igualmente, hoy día lo repiten, porque están convencidos de lo que ven a diario, las plataformas de padres de niños atendidos en ese servicio por estas patologías, también las asociaciones de afectados con enfermedades oculares, y parece que ante todos estos cambios y falta de recursos por sucesivos recortes la Consejería no ha hecho nada y me imagino que no pueden ignorar con lo que tienen que contar esos CSUR según la ley del año 2006.

No hay suficiente equipamiento ni personal necesario para desarrollar las actividades; no se dispone de los recursos que precisa una adecuada atención del paciente con esta patología, más la atención al resto del servicio. ¿Dispone de un sistema de información que nos permita el conocimiento de la actividad y su evaluación? ¿Dispone ahora mismo de la capacidad de formación a otros profesionales? Espero que en su respuesta nos pueda contestar. Mire, estamos hablando de patologías que requieren un elevado nivel de especialización, para lo que se necesita una enorme experiencia. Con la situación de precariedad que este servicio lleva arrastrando los últimos años, pensamos que no se dan esas circunstancias que tienen que cumplirse y, ante la salida últimamente de dos profesionales, pensamos que se pone en peligro, se puede poner en peligro si no lo remedian, la continuidad de unos cuidados que hasta ahora han sido de gran calidad. Por eso nuestra pregunta incide en cómo van a garantizar ante los últimos cambios que se van a dar que los profesionales de los equipos nuevos que se formen cumplan tanto en número como en experiencia. Muchas gracias.

El Sr. **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señora San José. Tiene la palabra el señor Pascual Fernández.

El Sr. **DIRECTOR GENERAL DE COORDINACIÓN DE LA ASISTENCIA SANITARIA** (Pascual Fernández): Muchas gracias, señor Presidente. Señoría, primero quiero aclararle que no se ha producido ninguna irregularidad en el Servicio de Oftalmología, ni de adultos ni infantil, ninguna irregularidad, ni está en ninguna situación crítica. La sección de Oftalmología Infantil ni estaba ni está constituida, como se está diciendo permanentemente, por tres facultativos, está constituida por siete facultativos; dos más, por cierto, que cuando se concedieron los CSUR, y además cuenta con la colaboración de otros facultativos de adultos, y tengo que decirle que en este momento hay dos personas formándose en el propio hospital y en el extranjero para reforzar las Subsecciones de Infantil, con gran experiencia en la patología que atienden; además, hay dos enfermeros más en la consulta, uno más que cuando se concedió el CSUR.

Los puntos críticos que usted señala de la auditoría eran de plazos de cumplimentación de documentación y de no alcanzar el número suficiente de casos, no eran en relación ni con la asistencia prestada, ni con la calidad, ni con el número de profesionales, eran esos, de plazos. Además, tengo que señalarle que el doctor Abelairas no ha sido jubilado de forma anticipada; vamos a ver, al doctor Abelairas se le pasó el plazo de pedir la prórroga de jubilación, ilo siento mucho por él, pero se le pasó el plazo!, la pidió fuera de plazo, y ustedes conocen lo que es el Procedimiento Administrativo. Él tenía que haberla solicitado con una antelación no inferior a 30 días y es que no la

pidió ni con 30 días ni con 15 ni con 10, la pidió mucho después ya de cumplir los 65 años. Ningún CSUR está en situación precaria, señoría, como mínimo hay cuatro facultativos adscritos a cada CSUR.

Es verdad que la realización de obras en el Servicio de Urgencias nos ha obligado a cambiar temporalmente al Carlos III las consultas, pero tras los lógicos ajustes de funcionalidad, como pérdida de alguna cita o despiste en la localización de algún padre, nunca hubo problemas graves para los facultativos, ni de asistencia. Además, los facultativos que trabajan allí han reconocido y reiterado que las instalaciones son muy buenas y que están muy bien trabajando allí. Una vez terminadas las obras del Servicio de Urgencias -que todos saben que ya se han terminado- y desalojado el lugar que han tenido que ocupar, estamos llevando a cabo las obras para reubicar las consultas, mejorando la confortabilidad, poniendo algunos puntos críticos, como eran los que garantizasen la intimidad, las salas de espera, mejores consultas con mayor espacio; se terminarán en breve estas obras y se reubicarán allí.

Por tanto, estamos formando profesionales, que no hay. Y si a lo que se refiere es a la posible Comisión de la doctora Pastora, que no ha sacado plaza en el hospital, porque había tres plazas y no la ha sacado, se está evaluando la posibilidad de que, cuando se disponga de la vacante - porque no podemos incrementar fuera de plantilla-, la solicitemos, pero para eso tenemos que respetar los derechos de quien ha ganado la plaza, no puede ser contra los derechos de nadie que haya ganado una plaza. En segundo lugar, está la disponibilidad de los centros, porque también hay que respetar la cartera, concretamente, en este caso, del Hospital Infanta Leonor, que tiene que suplir a la doctora Pastora, no se va a quedar con un oftalmólogo menos. Combinando todo esto, en un futuro, cuando todos tomen posesión y se termine esto, intentaremos reajustar y en esa voluntad estamos. Muchas gracias.

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

PCOC-208/2018 RGEF.2769. 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 valoración que hace el Gobierno sobre la inversión que hará la Consejería de Sanidad durante 2018 para mejorar la situación de los pacientes con diabetes de nuestra región.

Tiene la palabra la señora Marbán.

La Sra. **MARBÁN DE FRUTOS**: Muchas gracias, Presidente. Buenas tardes. La pregunta es sobre la valoración que hace el Gobierno sobre la inversión que hará la Consejería de Sanidad durante 2018 para mejorar la situación de los pacientes con diabetes en nuestra región. Muchas gracias.

El Sr. **PRESIDENTE**: Gracias, señora Marbán. Señor Director General, tiene la palabra.

El Sr. **DIRECTOR GENERAL DE COORDINACIÓN DE LA ASISTENCIA SANITARIA** (Pascual Fernández): Muchas gracias, señor Presidente. Me pregunta su señoría acerca de qué valoración hacemos de la inversión de la Consejería para valorar la situación de los pacientes con diabetes en nuestra región, y tengo que decirle que es satisfactoria por las razones que explicaré a continuación y supone un impacto específico en 2018, más allá de los presupuestos normalizados de asistencia sanitaria, es decir, Atención Primaria y Atención Hospitalaria a pacientes con diabetes, superior a los 158 millones de euros.

Por otra parte, señoría, también cabe destacar que entre otros ámbitos de la Consejería, concretamente en la Viceconsejería de Humanización, en la convocatoria de subvenciones destinadas a asociaciones sin ánimo de lucro del Programa presupuestario 3110, tenemos una dotación de 311.000, a la cual pueden concurrir las asociaciones que en años anteriores recibieron subvenciones para actuaciones específicas en diabetes por importe superior a 3 millones de euros. Este año está convocada pero no resuelta y veremos a ver las actuaciones que se hacen.

Asimismo, en la Escuela Madrileña de Salud será considerado un ámbito de actuación prioritario y, en este sentido, desde que está en funcionamiento -sabe que la Escuela Madrileña de Salud lleva poco tiempo- tengo que señalarle que se han puesto en marcha numerosas actuaciones formativas dirigidas a más de 1.200 profesionales específicamente en diabetes, y a esto hay que añadir el gasto específico de cerca de 160 millones en farmacia, en antidiabéticos y monitorización de glucosa. En este sentido, debo señalarle que consideramos adecuada la respuesta presupuestaria y asistencial a la incidencia en la prevalencia de la diabetes en nuestra región con el presupuesto asignado. Muchas gracias.

El Sr. **PRESIDENTE**: Gracias, señor Director. Señora Marbán, tiene la palabra.

La Sra. **MARBÁN DE FRUTOS**: Muchas gracias, señor Director. Creo que en la sesión de hoy estamos viendo la importancia de la salud pública en general en distintas patologías, pero creemos que, además, la diabetes hoy tenía que ser otra de las preguntas importantes, porque está considerada como uno de los principales problemas de salud pública a nivel global. Principalmente, la diabetes está impulsada por la obesidad infantil, los estilos de vida poco saludables y además conlleva una elevada carga de enfermedad derivada de su prevalencia, de sus complicaciones y de la multimorbilidad asociada. Por lo tanto, creemos que es un verdadero reto para nosotros la prevención y el control de la diabetes, un reto para los profesionales, para los servicios y los sistemas sanitarios, para la Comunidad y, sobre todo, también para los pacientes porque afecta de una manera muy importante a su calidad de vida. Además, la diabetes tiene un impacto muy elevado en cuanto a lo económico y lo social.

Sin embargo, creemos que hay elementos positivos: el aumento de la prevalencia, la diabetes se puede prevenir mediante un buen control de los factores de riesgo y, además, el estado de salud de los diabéticos es fácilmente monitorizable de forma objetiva, pudiéndose medir el grado de control y la progresión con indicadores y parámetros bioquímicos fiables, algo que no sucede con

otras enfermedades. A pesar de ello, los informes nos indican que la mitad de los pacientes diabéticos diagnosticados tienen su diabetes fuera de control.

En esta introducción que quería hacer sobre la diabetes, la pregunta viene muy en referencia a la que se hizo por parte del Grupo Parlamentario Popular en el Pleno del 1 de febrero al Consejero de Sanidad por la que nos facilitó datos de lo que el Gobierno Regional desea, y así se dijo -cito textualmente-: Facilitar a las personas que padecen esta enfermedad los últimos sistemas y tecnologías diagnósticos y terapéuticos. Explicaba que va a haber una inversión de más de un millón de euros en 2.000 dispositivos de sistemas de monitorización continua, sobre todo para diabetes tipo 1, y también excepcionalmente a dispositivos para aquellos que precisen monitorización continua.

También nos indicaban que había un acuerdo marco que se firmó, de hecho, a primeros de año por el que se iban a destinar 57,6 millones de euros para la adquisición de tiras reactivas. Nosotros nos hemos ido a los acuerdos marco, el que anunció el Consejero de los casi 60 millones era de 2 años más 2, es decir, que entendíamos que eso significa que iban a agotar los cuatro años, y en el anterior eran más de 80 millones.

No quiero que se me vaya el tiempo sin ir a la pregunta clave: por qué se va a invertir un millón de euros en los 2.000 dispositivos de sistemas de monitorización continua cuando la diferencia económica que pueda haber entre un acuerdo marco y otro son más de 30 millones de euros. Nos parece que un millón de euros se queda en algo reducido; al fin y al cabo, ¿a qué población de pacientes vamos a llegar? Por los datos que tenemos y que son públicos estamos hablando de que en la Comunidad de Madrid hay casi cerca de un millón de personas que pueden ser pacientes diabéticos y 2.000 dispositivos no llegarían ni al 0,25 por ciento de esa población.

Por eso, nuestra pregunta principal es: confirmamos que hay innovación suficiente en los dispositivos y creemos que hay que invertir más; es decir, hay una diferencia de más de 30 millones de euros, en reducción, en lo que hace el Gobierno en cuanto a la compra de tiras reactivas, pero esa diferencia no se ha incrementado en nuevos dispositivos, que yo creo que van a facilitar realmente la vida a los pacientes. Realmente, ¿cuáles son los objetivos que nosotros queremos destacar hoy aquí y dejar claro? Que al final estos beneficios a corto plazo son un mejor control metabólico para estos pacientes; una mejor calidad de vida, sobre todo, para los niños y para los jóvenes; una mayor normalización del día a día de la persona que se tiene que inyectar la insulina, una mayor seguridad para la persona con diabetes a la hora de controlar su diabetes; una mejora en la salud familiar y una mayor motivación en el cuidado de diabetes.

¿Por qué? Porque estamos hablando de población, también de niños. En este caso, quiero hablar de un amiguito de mi hijo, de Álvaro, que es un preadolescente, y tener que levantarse a las cuatro de la mañana para pincharse, sacarse sangre y hacer ese análisis de glucemia o tener que inyectarse insulina supone que ese niño está rompiendo una rutina; seguramente, al día siguiente tenga menor capacidad para estar atento en el colegio y, al final, no tiene una vida como la que él quisiera, cuando ya hay avances tecnológicos que le permiten a ese niño dormir con un control

continuo, incluso con bombas de inyección de insulina para que pueda seguir con su ritmo de vida y con su sueño normal y cotidiano; es un avance muy importante. Por eso, nos parece que sea solamente un millón de euros los que invierta el Gobierno este año en este tipo de sistemas de control tiene que tener una explicación detrás. Seguramente ustedes tienen datos suficientes para darnos esa explicación y para dejar tranquilos; en este caso, a este tipo de perfiles de pacientes y, aun así, nosotros creemos que ya que se ha reducido el gasto en tiras reactivas, esa diferencia de 30 millones podría haber sido reinvertida en estos dispositivos de control. Esa era la principal pregunta o cuestión en la que queríamos centrar el debate. Muchísimas gracias.

El Sr. **PRESIDENTE**: Mucha gracias, señora Marbán. Señor Director General.

El Sr. **DIRECTOR GENERAL DE COORDINACIÓN DE LA ASISTENCIA SANITARIA** (Pascual Fernández): Gracias, señor Presidente. Señoría, evidentemente la diabetes es uno de los principales problemas de salud pública in crescendo además, muy vinculado a la obesidad, pero también muy vinculado a la cultura y al modo de vida. Últimamente, el debate de las máquinas de vending está en el orden social prioritario. Pero no es menos cierto que, como enfermedad, tenemos la posibilidad de trabajar con ella y en lo primero que estamos trabajando es con fármacos de reciente comercialización y mejor eficiencia, pero también de un precio más elevado que influye en la factura farmacéutica. En concreto, el año pasado hemos tenido casi un 8 por ciento más de gasto en antidiabéticos, con la introducción de estos nuevos fármacos, a pesar de que el número de prescripciones ha bajado casi un 3 por ciento; es decir, la política de la Comunidad ha sido apostar por las nuevas tecnologías farmacológicas que mejoran el pronóstico.

El gasto en tiras para la monitorización capilar en 2017 fue concretamente de 15,5 millones, solo bajó un 2 por ciento en relación con el año anterior. Las tiras ya están muy ajustadas al gasto, y lo cierto es que la aparición de nuevas tecnologías que permiten monitorización continua nos hizo plantear inicialmente un presupuesto por encima del que teníamos de un millón de euros para poner en marcha estos nuevos sistemas de monitorización continua intersticial, que tienen algunas diferencias de medición en cuanto al sistema de tiras. Tienen indudables ventajas, pero también tienen inconvenientes. Su periodo de validación ha sido especialmente exhaustivo y largo y, aunque ofrecen una nueva perspectiva en el manejo de la diabetes con insulina, todavía hay incertidumbres sobre su seguridad y su efectividad a largo plazo; por tanto, lo hemos analizado. Para ello constituimos un grupo multidisciplinar que está finalizando el documento de protocolo de recomendaciones, después de seis meses de trabajo, en el uso de estos sistemas en pacientes diabéticos y al mismo tiempo también definir el contenido formativo para los profesionales, tanto de Atención Hospitalaria como Atención Primaria, porque existe evidencia ya de que la cualificación de los profesionales a la hora de enseñar a los padres el manejo de estas tecnologías tiene mucho impacto.

Inicialmente, como he dicho, vamos a destinar un millón de euros excepcionalmente a pacientes menores de 18 años, con diabetes 1, y, excepcionalmente también, en adultos, porque el protocolo contempla a adultos que necesitan monitorización continua de glucosa. Conforme a estos protocolos, este presupuesto irá incrementándose a lo largo del año, conforme al desarrollo y la

implantación del protocolo de recomendaciones. Es verdad que en este protocolo la tecnología no sustituye definitivamente a las tiras, porque circula por ahí una historia sobre que si quitamos las tiras podemos poner... No, las tiras van a seguir. Es verdad que se va a reducir su gasto, y eso está ya consolidado, pero vamos a tener que incrementar el presupuesto. Además, el protocolo también va a marcar los pacientes en los que mayor eficacia pueden tener los distintos aparatos y va a indicar con qué tipo de tecnología, porque son distintas: con bomba, sin bomba, las hay de botón, etcétera. Por tanto, lo que queremos es que el protocolo defina claramente al profesional: tipología de paciente y tecnología que puede emplear. Estimamos que a lo largo del año... Insisto, no tenemos un límite presupuestario para implementar el proyecto porque, evidentemente, calculamos que tardaremos en implementar todo el proceso aproximadamente unos 12 meses, en los que los pacientes irán pasando por la consulta y aquellos que entren en el protocolo les vaya cambiando la tecnología. Muchas gracias.

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

PCOC-86/2018 RGE.825. 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, sobre valoración que hace la Consejería de Sanidad sobre el uso de las instalaciones de investigación del Hospital de Fuenlabrada.

Para formular la pregunta, tiene la palabra la diputada del Grupo Parlamentario Podemos Comunidad de Madrid, señora García Gómez.

La Sra. **GARCÍA GÓMEZ**: Buenas tardes. Muchas gracias, señor Presidente. Señor Pascual, ¿qué valoración hace la Consejería de Sanidad del uso de las instalaciones de investigación del hospital de Fuenlabrada?

El Sr. **PRESIDENTE**: Gracias, señora García. Señor Director General, tiene la palabra.

El Sr. **DIRECTOR GENERAL DE COORDINACIÓN DE LA ASISTENCIA SANITARIA** (Pascual Fernández): Muchas gracias, señor Presidente. Señoría, el Hospital Universitario de Fuenlabrada, desde sus orígenes, hace ahora 13 años, empezó siendo un hospital eminentemente asistencial, con una importante y creciente carga de trabajo. Paulatinamente fue incorporando su faceta investigadora como un aspecto cada vez más relevante en su quehacer diario y, en este sentido, tengo que decirle que el Hospital de Fuenlabrada desarrolla una labor investigadora que se corresponde a su encuadramiento como hospital general de nivel 2, incluso por encima. Puedo decirle que el Hospital de Fuenlabrada, en las tablas de los indicadores hospitalarios y de investigación publicados recientemente en el Observatorio de resultados, ocupa el puesto 14 o 15 en cuanto a tamaño, personal, número de profesionales y de camas y alcanza, sin embargo, un décimo puesto en

cuanto a proyectos de investigación; es decir, está por encima de su actividad investigadora. Ofrece unas instalaciones, desde mi punto de vista, inmejorables para avanzar en ello y en los últimos años se han ido añadiendo posibilidades de desarrollar una mayor tarea investigadora, esencialmente clínica, complementada con las posibilidades de acceder a proyectos de investigación básica, principalmente, tras la firma del convenio marco con el CNIO, en 2012, que le permitió dotarse de unas instalaciones y equipamientos excelentes para organizarse en el ámbito de la investigación traslacional, proceso en el que actualmente se encuentra. Muchas gracias.

El Sr. **PRESIDENTE**: Señora García Gómez, tiene la palabra.

La Sra. **GARCÍA GÓMEZ**: Muchas gracias, señor Presidente. Hablaba usted de la faceta investigadora de los hospitales. Sabemos cómo no se puede desarrollar una faceta investigadora o cómo se puede desaprovechar la faceta investigadora dentro de los hospitales.

Como usted bien ha dicho, hace unos años, en 2010 -usted ha dicho 2012, pero la referencia que tenemos, por lo menos la nota de prensa de la Consejería fue de 2011-, se hace un convenio con el CNIO, el Centro Nacional de Investigaciones Oncológicas; se aprovecha la construcción de un edificio de oncología, que costó 8 millones, y se hace un convenio presupuestado al 50 por ciento entre la Consejería de Sanidad y el CNIO. Actualmente, la última planta de ese edificio, que está dotada de 1.236 metros cuadrados de laboratorios con unidades, supuestamente de diagnóstico molecular, genómico e inmunohistoquímico, está cerrada desde su inauguración. Está completamente dotada, con tecnología, con todos los usos, y lo único que no se ha puesto en marcha es la actividad investigadora. Este es un hospital de nivel 2, y la dotación tecnológica que tiene este hospital, que usted ha dicho que está por encima de su nivel, en materia oncológica o de investigación oncológica es bastante superior. Hoy hemos ido a visitar las instalaciones y claramente hay una infrautilización de la dotación tecnológica, empezando por la instalación que le acabo de mencionar, todos esos metros cuadrados desaprovechados para la investigación como por un PET-TAC que no funciona todos los días y la falta de personal investigador.

En nuestra visita nos han comentado que era un proyecto muy ilusionante; un proyecto, insisto, del año 2010, de hace ya ocho años, muy ilusionante, pero que se quedó sin presupuesto. Ante lo que les hemos recordado que durante esos años, desde el año 2007, en la Comunidad se han construido once hospitales nuevos, once hospitales privados o semiprivados. Luego, presupuesto sí había, pero se ha destinado a otras cosas, no se ha destinado a la investigación, clarísimamente.

Me gustaría que usted nos hiciera una valoración del coste de oportunidad que hemos perdido en todos estos años, de por qué la Comunidad de Madrid no ha hecho nada. Me dirá que lo tenían que haber hecho los del CNIO y los del CNIO dirán que tenía que haber sido la Comunidad, supongo que será ese traspase de responsabilidades. La verdad, es que hemos perdido un coste de oportunidad en estos años, ocho años sin investigación, y nunca sabremos, porque nunca lo podremos saber, cuántas líneas investigadoras hemos perdido con este despilfarro del coste de oportunidad; ni en cuántas líneas de investigación se podría haber invertido, y, ahora mismo, ocho

años después, podríamos ser punteros en vez de ser una de las Comunidades y de los países que menos invierte en investigación y en I+D+i. Ahora mismo podríamos ser punteros, por lo menos, en uno de sus aspectos, porque la Comunidad de Madrid posee toda la capacidad investigadora, absolutamente toda. Tenemos todo lo que necesita una Comunidad para investigar: el talento, los profesionales, las ganas, las infraestructuras, el material, lo tenemos todo. Si no se hace es porque no hay voluntad política de hacerlo. Me gustaría que me contestara: ¿por qué no se invierte en investigación? ¿Por qué se ha dejado perder estas instalaciones?

Nos ha llamado la atención también que en una de las fundaciones de investigación biomédica pedían un Doctor en Ciencias Biológicas con experiencia como investigador principal –como si eso fuera fácil, ser investigador principal- con experiencia en investigaciones nacionales o internacionales, que se dotaba de un salario de 650 euros al mes, por un contrato de nueve meses, a cuarenta horas. ¿Por qué desperdiciamos la investigación? ¿Por qué la precarizamos? Por cierto, estas instalaciones venían dotadas de fondos europeos, ¿cómo se han dejado perder fondos europeos de esta manera? ¿Cómo la Comunidad de Madrid ha permitido que en su comunidad científica y su comunidad investigadora, que es, al final, el motor de cualquier ciencia y muchísimo más de la ciencia médica, se haya podido perder todo este talento y todo este potencial? Me gustaría que usted me hiciera una valoración verdadera, sentida, como la que me han hecho en el hospital de Fuenlabrada, diciéndome que ha sido una pena que durante todos estos años no hayan sido ustedes capaces de poner a funcionar el talento de toda la comunidad investigadora de la Comunidad de Madrid. Muchas gracias.

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

El Sr. **DIRECTOR GENERAL DE COORDINACIÓN DE LA ASISTENCIA SANITARIA** (Pascual Fernández): Gracias, señor Presidente. Como usted conoce muy bien, y acaba de mencionar, esta misma mañana ha podido comprobar personalmente que el dimensionamiento inicial del hospital y de las instalaciones del edificio oncológico de Fuenlabrada suponía una ambiciosa apuesta, que, evidentemente, en la fase inicial no se correspondió con la actividad desarrollada, especialmente en los laboratorios, y es cierto que la tercera planta todavía no ha comenzado sus trabajos. Pero nosotros estamos impulsando y apoyando, primero, la reactivación del convenio del CNIO, porque cuando este Director General llegó a la Consejería no se había reunido jamás la Comisión gestora de ese convenio. El CNIO pasó una profundísima crisis, que conoce todo el mundo, con cientos de investigadores que no pudieron seguir su actividad investigadora, junto con un cambio del líder del proyecto que se había llevado a cabo para Fuenlabrada, del investigador principal, Manuel Hidalgo, que estaba en el CNIO como Director técnico t era quien iba a liderar el proyecto. Eso implica siempre una dificultad al no estar la figura que ha impulsado el proyecto.

Nosotros hemos renovado con la Secretaría de Estado de Investigación este convenio. Hemos promovido que CNIO contrate más investigadores para que se ponga en marcha y hay un proyecto innovador pendiente, que les habrán explicado esta mañana, de apertura de esa planta con

inversión para investigación translacional, para investigación con retorno posterior. Hay cinco proyectos sobre cáncer de mama que ya se están llevando a cabo, y que nos ha permitido constituir en el hospital una unidad de consejo genético para la oncología, al amparo de esta investigación, que es una de las más potentes de Madrid, y cuenta con una amplia cobertura poblacional, porque no solo es para el hospital sino que abarca una gran zona y está siendo referente para que otros hospitales monten la unidad de consejo genético. Y, Además, también están siendo utilizados en el hospital los equipos de imagen médica de investigación.

Es evidente que algunas tecnologías sobrepasan la capacidad asistencial del hospital en este momento; de hecho lo que estamos haciendo es rederivando pacientes de otros hospitales para aprovechar esas instalaciones. La apuesta más firme que hemos hecho por ese hospital ha sido incluirle en la Fundación Amancio Ortega, en el proyecto de incorporación de innovación, con dos aceleradores lineales de última generación, que teóricamente, al menos, por ser un hospital de nivel 2, no le corresponderían a Fuenlabrada, pero entendíamos que tenía unas instalaciones que merecían la apuesta de subirle en el rango de la oncología a hospital terciario, aunque el resto del hospital siga siendo hospital general, es decir, merecía la pena porque teníamos instalaciones y potencial.

Además, se está realizando también el proyecto de la Comisión Europea para el tratamiento del cáncer de páncreas, que nos está permitiendo incorporar nuevos investigadores y tener la posibilidad de que el hospital de Fuenlabrada siga avanzando, porque estaba muy concentrado en el cáncer de mama, y era conocido entre los profesionales básicamente por el cáncer de mama, y esto nos permite abrir horizontes.

Por último, le hemos incorporado al mayor instituto de investigación, que es el IdiPAZ, ya orgánicamente forma parte del Consejo Rector del IdiPAZ, y eso va a permitir aprovechar todas las sinergias de un instituto de investigación como el IdiPAZ, y de hecho ya tenemos algunos proyectos para intercambiar profesionales, y que investigadores del IdiPAZ puedan ir allí a utilizar las instalaciones y el potencial innovador que tiene.

Esta es la situación actual. Nosotros creemos que progresivamente vamos a dotar de contenido la parte infrautilizada, y me atrevo a apostar que antes de fin de Legislatura vamos a poder decir que tenemos todo en marcha; es nuestra apuesta en este momento. Permítame, el histórico que pueda haber tenido el hospital de Fuenlabrada no se ha utilizado, eso está ahí, es una evidencia que no voy a negar, pero yo miro al futuro y nuestro horizonte es que podamos tenerlo funcionando al final de la Legislatura con investigadores propios y del IdiPAZ, especialmente ahora que La Paz va a empezar obras y va a necesitar trasladar investigación, probablemente, a otros hospitales. Muchas gracias.

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

PCOC-223/2018 RGEF.2868. 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, se pregunta cómo valora el Gobierno de la Comunidad la situación en la que se encuentran las personas invidentes ante el nuevo sistema de avisos para consultas en los hospitales de la Comunidad de Madrid.

Tiene la palabra la señora San José.

La Sra. **SAN JOSÉ PÉREZ**: Gracias, señor Presidente. Señor Director General, nuestra pregunta es: ¿cómo valora el Gobierno la situación en la que se encuentran las personas invidentes ante el nuevo sistema de avisos para las consultas en los hospitales en la Comunidad de Madrid?

El Sr. **PRESIDENTE**: Muchas gracias. Señor Director General, tiene la palabra.

El Sr. **DIRECTOR GENERAL DE COORDINACIÓN DE LA ASISTENCIA SANITARIA** (Pascual Fernández): Muchas gracias, señor Presidente. Señoría, los sistemas de avisos en consultas externas de los hospitales están diseñados para garantizar dos cuestiones fundamentales: cumplir estrictamente los requerimientos de protección de datos personales y garantizar el derecho a la intimidad de las personas que acuden al centro para recibir asistencia sanitaria conforme a la normativa.

El Gobierno de la Comunidad de Madrid, que es un Gobierno para todos, pone en juego los recursos a su alcance, tanto humanos como materiales, para las personas, no solo para las invidentes, ¡para todos!, y para todas las personas que tienen diversidad funcional, como ya tuve oportunidad de decir en algún momento en esta Cámara, de la misma manera que cualquier otro ciudadano. Es verdad que en el caso de las personas invidentes esta garantía de intimidad y de protección de datos está generando alguna dificultad añadida a su plena autonomía, pero no a su acceso; me explicaré: el problema es que muchas personas invidentes exigen tener autonomía y rechazan que una persona les acompañe a la consulta para detectar su código. Por ello, lo que estamos estudiando son soluciones tecnológicas, porque disponemos de un sistema de acompañamiento, que se puede solicitar en La Paz -el desarrollo del Plan de Humanización- que permite el acompañamiento de estas personas tras ser solicitado, pero ellos quieren tener absoluta autonomía. Estamos en este momento viendo las tecnologías que pueden facilitar que estas personas invidentes superen este salto tecnológico que ha implicado tener que funcionar con códigos y no citando por su nombre y apellidos a las personas. Muchas gracias.

El Sr. **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señor Pascual. Señora San José, tiene la palabra.

La Sra. **SAN JOSÉ PÉREZ**: Muchas gracias, señor Presidente. Señor Pascual, vamos a ver, comprendo lo que dice porque es lo mismo que les han contestado a las diferentes asociaciones de personas con discapacidad, en este caso personas invidentes, pero hay que cumplir la normativa de

accesibilidad universal en nuestros hospitales; es decir, que más bien antes que después se verán obligados a buscar, porque las hay, alternativas a lo que han instaurado.

Efectivamente, el cumplimiento de la Ley de Protección de Datos y asegurar la privacidad de los pacientes no justifica que haya un grupo de personas invidentes que vean mermado un derecho que poseen por la Ley de Accesibilidad Universal; por eso, pienso que no es de recibo que digan que se les han propuesto alternativas de acompañamiento, que ya lo sé, ¡lo conozco!, porque, repito, tienen derecho a esa autonomía personal que están reclamando. Se trata de las nuevas pantallas que han puesto para redireccionar a los pacientes en las consultas, pero es también, por ejemplo, con los números que se obtienen para acudir a la consulta, porque no están en Braille; es decir, vamos acumulando cuestiones de incumplimiento de esa accesibilidad, ¡y se trata de nuestros hospitales públicos! Y es que no vale con una rampa o con algunos criterios, porque, como ya hemos traído aquí varias veces, es en el diseño general, en el diseño global de nuestros centros, en el que se debe contemplar toda la normativa de esa accesibilidad. Por eso nuestra pregunta sobre cuándo se daría esto, porque, insisto, lo que les han ofrecido no resuelve el problema de un derecho que tienen las personas con discapacidad, como es el caso de los invidentes. Muchas gracias.

El Sr. **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señora San José. Señor Pascual, tiene la palabra.

El Sr. **DIRECTOR GENERAL DE COORDINACIÓN DE LA ASISTENCIA SANITARIA** (Pascual Fernández): Muchas gracias, señor Presidente. Señoría, el sistema de aviso utilizado en los hospitales, como he mencionado, está para garantizar la protección de datos y preservar el derecho a la intimidad, y, evidentemente, lo hace en la mayoría de los ciudadanos, pero efectivamente tenemos la obligación de proteger los derechos de la minoría, en este caso de los invidentes. He mencionado que tienen a su disposición el servicio de acompañamiento, que utilizan muchos de ellos, aunque hay una parte que reclama su plena autonomía y en ello estamos. Somos conscientes de que, además de las acciones que realizamos para la accesibilidad, debemos dar respuesta a las necesidades de salud y ser capaces de encontrar soluciones específicas para este colectivo; algunas vía teléfono móvil u otra serie de dispositivos y avisadores individuales presentan ventajas, pero nos estamos encontrando con que el nuevo Reglamento de Protección de Datos nos impide poner en marcha esto, porque cumpliríamos el viejo reglamento pero no el nuevo porque podríamos alterar la intimidad. Por tanto, el nuevo reglamento ha invalidado este tipo de soluciones y otras soluciones que estamos estudiando realmente no son coste-efectivas, pero tenga la seguridad, señoría, de que seremos capaces de encontrar la solución, porque estamos con ello y, además, estamos contando con un colectivo de personas invidentes para buscar esa tecnología que responda a las necesidades y cumpla el nuevo reglamento.

Insisto, la que nos parecía más fácil, que era el teléfono vibrando, el nuevo reglamento nos impide utilizarla, pero seguro que encontraremos otra porque está saliendo tecnología al mercado. Gracias.

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

— **RUEGOS Y PREGUNTAS.** —

¿Algún ruego o alguna pregunta que formular a la Mesa? *(El señor Freire Campo pide la palabra.)* ¿Sí, señor Freire?

El Sr. **FREIRE CAMPO**: Yo quería hacerle llegar una queja a usted, como Presidente, invocando el artículo 134, según me ha dicho mi compañera, porque en la pregunta que he formulado al Director General de Salud Pública, de una manera manifiesta y contumaz este se ha negado a responder al punto que motivaba su presencia y creo que usted debía haberle avisado de que se atuviera al punto.

El Sr. **PRESIDENTE**: Queda reflejada la queja y, como usted comprenderá, yo no sé qué tiene que responder el señor Director General.

¿Algún ruego o alguna pregunta más que formular a la Mesa? *(Denegaciones.)* Se levanta la sesión.

(Se levanta la sesión a las 17 horas y 2 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