

Diario de Sesiones de la Asamblea de Madrid



Número 113

13 de diciembre de 2021

XII Legislatura

COMISIÓN DE SANIDAD

PRESIDENCIA

Ilma. Sra. D.^a Marta Marbán de Frutos

Sesión celebrada el lunes 13 de diciembre de 2021

ORDEN DEL DÍA

1.- PCOC-672(XII)/2021 RGEP.14536. Pregunta de respuesta oral en Comisión, a iniciativa de la Sra. D.^a Gábor Pilar Joya Verde, diputada del Grupo Parlamentario Vox en Madrid, al Gobierno, sobre planes que tiene para atender a las personas que padecen COVID persistente en la Comunidad de Madrid.

2.- PCOC-676(XII)/2021 RGEP.14615. Pregunta de respuesta oral en Comisión, a iniciativa de la Sra. D.^a Matilde Isabel Díaz Ojeda, diputada del Grupo Parlamentario Socialista, al Gobierno, con el siguiente objeto: valoración que hace el Consejo de Gobierno sobre la estrategia integral para el tratamiento a los pacientes con COVID persistente en la Comunidad de Madrid.

3.- PCOC-918(XII)/2021 RGEF.17260. Pregunta de respuesta oral en Comisión, a iniciativa de la Sra. D.^a Vanessa Lillo Gómez, diputada del Grupo Parlamentario Unidas Podemos, al Gobierno, sobre valoración que hacen del presupuesto previsto para la Atención Primaria en el Proyecto de Presupuestos 2022.

4.- PCOC-1013(XII)/2021 RGEF.18634. Pregunta de respuesta oral en Comisión, a iniciativa de la Sra. D.^a Gádor Pilar Joya Verde, diputada del Grupo Parlamentario Vox en Madrid, al Gobierno, se pregunta cómo valora la prohibición en hospitales de Madrid por la que una persona no vacunada contra el SARS-CoV-2 no puede acompañar a un familiar enfermo.

5.- PCOC-1044(XII)/2021 RGEF.18903. Pregunta de respuesta oral en Comisión, a iniciativa de la Sra. D.^a Matilde Isabel Díaz Ojeda, diputada del Grupo Parlamentario Socialista, al Gobierno, sobre previsiones presupuestarias que tiene la Consejería de Sanidad para el nuevo Hospital La Paz.

6.- PCOC-1096(XII)/2021 RGEF.19175. Pregunta de respuesta oral en Comisión, a iniciativa de la Sra. D.^a Vanessa Lillo Gómez, diputada del Grupo Parlamentario Unidas Podemos en la Asamblea de Madrid, al Gobierno, se pregunta por qué razón el Hospital Isabel Zendal no aparece en el Proyecto de Presupuestos Generales de la Comunidad de Madrid de 2022.

7.- C-1092(XII)/2021 RGEF.16174. Comparecencia de la Sra. D.^a Marta Carmona, Presidenta de la Asociación Madrileña de Salud Mental, a petición del Grupo Parlamentario Más Madrid, al objeto de informar sobre la situación de la salud mental madrileña tras año y medio de pandemia. (Por vía del artículo 211 del Reglamento de la Asamblea).

8.- C-1133(XII)/2021 RGEF.16298. Comparecencia del Sr. Presidente del Colegio Oficial de Farmacéuticos de Madrid, a petición del Grupo Parlamentario Popular, al objeto de informar sobre la prestación farmacéutica a los ciudadanos en la región. (Por vía del artículo 211 del Reglamento de la Asamblea).

9.- Ruegos y preguntas.

SUMARIO

	Página
- Se abre la sesión a las 16 horas y 8 minutos.	6195
— PCOC-672(XII)/2021 RGEF.14536. Pregunta de respuesta oral en Comisión, a iniciativa de la Sra. D.^a Gádor Pilar Joya Verde, diputada del	

Grupo Parlamentario Vox en Madrid, al Gobierno, sobre planes que tiene para atender a las personas que padecen COVID persistente en la Comunidad de Madrid.	6195
- Interviene la Sra. Joya Verde, formulando la pregunta.	6195-6196
- Interviene el Sr. Director General de Hospitales e Infraestructuras Sanitarias, respondiendo la pregunta.	6196-6198
- Interviene la Sra. Joya Verde, ampliando información.	6198
— PCOC-676(XII)/2021 RGEP.14615. Pregunta de respuesta oral en Comisión, a iniciativa de la Sra. D.ª Matilde Isabel Díaz Ojeda, diputada del Grupo Parlamentario Socialista, al Gobierno, con el siguiente objeto: valoración que hace el Consejo de Gobierno sobre la estrategia integral para el tratamiento a los pacientes con COVID persistente en la Comunidad de Madrid.	6198
- Interviene la Sra. Díaz Ojeda, formulando la pregunta.	6198-6199
- Interviene el Sr. Director General de Hospitales e Infraestructuras Sanitarias, respondiendo la pregunta.	6199-6201
- Intervienen la Sra. Díaz Ojeda y el Sr. Director General, ampliando información.	6201-6202
— PCOC-918(XII)/2021 RGEP.17260. Pregunta de respuesta oral en Comisión, a iniciativa de la Sra. D.ª Vanessa Lillo Gómez, diputada del Grupo Parlamentario Unidas Podemos, al Gobierno, sobre valoración que hacen del presupuesto previsto para la Atención Primaria en el Proyecto de Presupuestos 2022.	6202
- Interviene la Sra. Lillo Gómez, formulando la pregunta.	6202-6203
- Interviene el Sr. Director General de Asistencia Sanitaria y Aseguramiento, respondiendo la pregunta.	6203-6204
- Intervienen la Sra. Lillo Gómez y el Sr. Director General, ampliando información.	6204-6206
— PCOC-1013(XII)/2021 RGEP.18634. Pregunta de respuesta oral en Comisión, a iniciativa de la Sra. D.ª Gábor Pilar Joya Verde, diputada del Grupo Parlamentario Vox en Madrid, al Gobierno, se pregunta cómo valora la prohibición en hospitales de Madrid por la que una persona no vacunada contra el SARS-CoV-2 no puede acompañar a un familiar enfermo.	6206

- Interviene la Sra. Joya Verde, formulando la pregunta.	6206-6207
- Interviene la Sra. Directora General de Salud Pública, respondiendo la pregunta.	6207
- Intervienen la Sra. Joya Verde y la Sra. Directora General, ampliando información. ...	6207-6210
— PCOC-1044(XII)/2021 RGEP.18903. Pregunta de respuesta oral en Comisión, a iniciativa de la Sra. D.ª Matilde Isabel Díaz Ojeda, diputada del Grupo Parlamentario Socialista, al Gobierno, sobre previsiones presupuestarias que tiene la Consejería de Sanidad para el nuevo Hospital La Paz.	6210
- Interviene la Sra. Díaz Ojeda, formulando la pregunta.	6210-6211
- Interviene el Sr. Director General de Hospitales e Infraestructuras Sanitarias, respondiendo la pregunta.	6211
- Intervienen la Sra. Díaz Ojeda y el Sr. Director General, ampliando información.	6211-6213
— PCOC-1096(XII)/2021 RGEP.19175. Pregunta de respuesta oral en Comisión, a iniciativa de la Sra. D.ª Vanessa Lillo Gómez, diputada del Grupo Parlamentario Unidas Podemos en la Asamblea de Madrid, al Gobierno, se pregunta por qué razón el Hospital Isabel Zendal no aparece en el Proyecto de Presupuestos Generales de la Comunidad de Madrid de 2022.	6213
- Interviene la Sra. Lillo Gómez, formulando la pregunta.	6213
- Interviene el Sr. Director General de Hospitales e Infraestructuras Sanitarias, respondiendo la pregunta.	6214-6215
- Intervienen la Sra. Lillo Gómez y el Sr. Director General, ampliando información.	6215-6218
— C-1092(XII)/2021 RGEP.16174. Comparecencia de la Sra. D.ª Marta Carmona, Presidenta de la Asociación Madrileña de Salud Mental, a petición del Grupo Parlamentario Más Madrid, al objeto de informar sobre la situación de la salud mental madrileña tras año y medio de pandemia. (Por vía del artículo 211 del Reglamento de la Asamblea).	6218
- Exposición de la Sra. Presidenta de la Asociación Madrileña de Salud Mental.	6218-6223
- Intervienen, en turno de portavoces, la Sra. Lillo Gómez, la Sra. Joya Verde, la Sra. Díaz Ojeda, el Sr. Figuera Álvarez y la Sra. Dávila-Ponce de León Municio.	6223-6233

- Interviene la Sra. Presidenta, dando respuesta a los señores portavoces.....	6233-6235
— C-1133(XII)/2021 RGEP.16298. Comparecencia del Sr. Presidente del Colegio Oficial de Farmacéuticos de Madrid, a petición del Grupo Parlamentario Popular, al objeto de informar sobre la prestación farmacéutica a los ciudadanos en la región. (Por vía del artículo 211 del Reglamento de la Asamblea).	6236
- Exposición del Sr. Presidente del Colegio Oficial de Farmacéuticos de Madrid.....	6236-6241
- Intervienen, en turno de portavoces, la Sra. Lillo Gómez, la Sra. Joya Verde, la Sra. Díaz Ojeda, el Sr. Padilla Bernáldez y la Sra. Dávila-Ponce de León Municio.....	6241-6253
- Interviene el Sr. Presidente, dando respuesta a los señores portavoces.....	6253-6259
— Ruegos y preguntas.	6259
- No se formulan ruegos ni preguntas.	6259
- Se levanta la sesión a las 19 horas y 58 minutos.	6259

(Se abre la sesión a las 16 horas y 8 minutos).

La Sra. **PRESIDENTA**: Buenas tardes. Damos comienzo a la Comisión de Sanidad de hoy, lunes, 13 de diciembre, y abrimos la sesión con una pregunta de control al Gobierno.

PCOC-672(XII)/2021 RGE.14536. Pregunta de respuesta oral en Comisión, a iniciativa de la Sra. D.ª Gábor Pilar Joya Verde, diputada del Grupo Parlamentario Vox en Madrid, al Gobierno, sobre planes que tiene para atender a las personas que padecen COVID persistente en la Comunidad de Madrid.

Para su contestación vamos a pedir al miembro del Gobierno, Fernando Prados Roa, director general de Hospitales e Infraestructuras Sanitarias, que tome asiento en la mesa junto a nosotros. La señora Joya Verde tiene la palabra por si quiere argumentar o formular de otra manera la pregunta, y acuérdense de que tienen diez minutos entre el compareciente y la persona que motiva la pregunta; adelante.

La Sra. **JOYA VERDE**: Gracias, señora presidenta. Gracias, señor Prados, por asistir. Para poner en contexto, aunque probablemente casi todos los que estamos aquí conoceremos el cuadro, la COVID persistente es un cuadro multiorgánico que padecen aquellos pacientes que han tenido la enfermedad, hayan sido diagnosticados de ella o no, y que siguen con sintomatología tras lo que se llama la fase aguda de la enfermedad, más allá de las primeras cuatro o doce semanas, persistiendo en el tiempo una vez se hayan descartado secuelas u otras patologías alternativas. Creo que es muy importante que no se confunda la COVID persistente con las secuelas de pacientes que han estado ingresados en la UCI o el síndrome pos-UCI porque sí que nos hemos encontrado casos, por parte de profesionales, en los que, a lo mejor por falta de conocimiento o por lo reciente de la patología, se confunden esas secuelas, y es muy importante que se tenga en cuenta que son cuadros diferentes; además, es un cuadro del que no sabemos cuál va a ser su evolución, no sabemos cómo va a ser su evolución, cuánto va a durar, que a día de hoy no tiene tratamiento, pero que supone una limitación de la calidad de vida muy importante en las personas que lo padecen. Tenemos que tener en cuenta que hay muchas personas que tuvieron COVID en marzo de 2020 y ya han agotado el periodo de baja, pero siguen trabajando y siguen con esos síntomas, que, como digo, les condicionan mucho el día a día. Luego, también hay que tener en cuenta que muchas de estas personas no tuvieron acceso a pruebas diagnósticas porque padecieron la enfermedad en la fase de mayor crudeza de la epidemia, en donde, como todos sabemos, no teníamos suficientes medios diagnósticos, y se encuentran en un limbo; se encuentran en un vacío clínico, también desde el punto de vista de la gestión de sus bajas y su incorporación al trabajo, por lo que, lamentablemente, se siente el colectivo bastante abandonado.

Otro problema que tienen es que no hay un código específico para esta enfermedad y sería deseable que todos los códigos de enfermedad se pudieran incluir, dado que las personas que no han tenido un diagnóstico previo porque no han tenido pruebas disponibles o porque fueron falsos negativos y tuvieron la enfermedad, no pueden acceder al diagnóstico posterior de COVID persistente.

Creemos que es importante que se lleve a cabo un estudio y un registro riguroso de pacientes que puedan padecer COVID persistente, que se creen unidades multidisciplinarias a nivel hospitalario, que se garantice a estos pacientes un adecuado seguimiento y un adecuado control y que, sobre todo, se lleven a cabo campañas de formación y programas de formación a los profesionales tanto de Atención Primaria como de Atención Hospitalaria, y también que se pongan a disposición de ellos unidades y programas de rehabilitación tanto desde el punto de vista físico como desde el punto de vista neurocognitivo.

También estos pacientes sufren graves problemas de salud mental debido a esa persistencia de los síntomas: cuadros de depresión, cuadros de ansiedad ante la inminente incorporación al trabajo sin que se haya identificado su cuadro...; por tanto, es importante reconocer esta enfermedad, y nosotros creemos que es importante que la consejería lleve a cabo su difusión y su visualización, porque muchos de los pacientes ni siquiera se imaginan o ni siquiera saben que lo que tienen es un COVID persistente, porque ni siquiera conocen que existe ese cuadro.

Y termino con la pregunta, que fundamentalmente es que nos explique, que nos cuente, qué están haciendo para solucionar todos estos problemas de los pacientes con COVID persistente, si tienen datos estadísticos y nos los pueden publicar o mostrar, si están tomando medidas para unificar los códigos, si han creado unidades específicas, así como qué campaña de sensibilización, información y formación a los profesionales tienen pensada y qué ayudas van a prestar a estos pacientes. Muchas gracias.

La Sra. **PRESIDENTA**: Muchas gracias. Ha utilizado prácticamente todo su tiempo; ¿lo da por agotado? Le quedarían treinta segundos; lo digo por eso.

La Sra. **JOYA VERDE**: En función de lo que me conteste el señor Prados. Gracias.

La Sra. **PRESIDENTA**: Como tiene luego otra pregunta, por eso lo decía. Tiene la palabra el doctor Prados Roa, director general de Hospitales e Infraestructuras Sanitarias; cuando usted quiera.

El Sr. **DIRECTOR GENERAL DE HOSPITALES E INFRAESTRUCTURAS SANITARIAS** (Prados Roa): Muchas gracias, señora presidenta. Gracias por la pregunta, señoría. Señorías, es una evidencia médica que algunas personas que se han visto infectadas por el SAR-CoV-2 presentan síntomas persistentes después de superar la infección aguda, cuando se prolonga más allá de cuatro semanas, y que impactan muy negativamente en su calidad de vida. Los síntomas frecuentes son: cansancio, dolor de cabeza, trastorno de atención, dificultad para dormir, pérdida de peso y apetito, disnea, tos y dolor articular, entre otros, aunque, como bien ha dicho su señoría, es una patología que acabamos de ver y, lógicamente, todavía se están produciendo estudios sobre cuál es exactamente el recorrido de la misma. También se ha observado que algunos pacientes pueden desarrollar complicaciones secundarias a secuelas por la hospitalización prolongada –que es lo que usted comentaba- y que otro grupo de pacientes precisan una valoración holística que, además de los problemas físicos, contemple síntomas cognitivos, psicológicos y psiquiátricos, así como su capacidad funcional.

En esta situación, y para dar respuesta a las necesidades asistenciales de estos pacientes, la Consejería de Sanidad ha establecido un plan de cuidados individualizado en el que se contemplan los siguientes niveles de asistencia: los autocuidados, importantísimos, cada día más en nuestra sanidad; la asistencia en Atención Primaria coordinada con servicios de rehabilitación, que contemplan recuperación funcional, atención a la salud mental, atención a las situaciones de vulnerabilidad y educación para la salud grupal, entre otros; la unidad específica COVID-19 especializada, que se ocupa de la recuperación funcional multidisciplinar para mejorar, entre otras, las secuelas respiratorias, psicológicas, neurológicas, nutricionales y de movilidad de los pacientes, aunque se podrá, evidentemente, realizar en régimen de hospitalización o de forma ambulatoria, y también contempla la tramitación de un recurso sociosanitario de media estancia para derivaciones en caso necesario –esta unidad, como ya sabrán, está ubicada en el Hospital Enfermera Isabel Zendal-; también los cuidados hospitalarios específicos, que se desarrollan en las unidades clínicas multidisciplinarias y en las unidades hospitalarias COVID-19 de la red de hospitales públicos del Sermas, cuya función principal será la evaluación de los pacientes complejos que precisen rehabilitación o seguimiento hospitalario con carácter previo o una vez que hayan sido dados de alta del proceso agudo. Asimismo se contempla realizar una evaluación individual para elaborar un plan terapéutico multidisciplinar y una ruta asistencial específica para cada paciente complejo, de manera que, a la vez que se desarrolla un modelo de atención integrada, se ajustan los tratamientos a las necesidades y expectativas de cada paciente porque, como muy bien ya ha dicho, estos pacientes todavía no tienen un cuadro exacto, un cuadro que podamos hacer homogéneo para hablar de una patología concreta. Y, por supuesto, la atención a la salud mental, enmarcada dentro del plan de respuesta asistencial prioritaria en salud mental por la crisis generada por el COVID-19; es una actuación transversal que está presente en todos los niveles de actuación, y, además, se ha reforzado la plantilla de asistencia a la salud mental con la contratación de 62 profesionales, entre psicólogos y psiquiatras principalmente. Y como medidas adicionales hay que destacar la apertura de la unidad hospitalaria de adolescentes en el Hospital 12 de Octubre y en el hospital de día del Hospital Universitario La Paz; además, sus actuaciones están centradas en tres colectivos de vulnerabilidad específica, que son: los profesionales sanitarios, los pacientes COVID-19 graves que han requerido hospitalización y familiares en duelo.

Respecto a los códigos, estamos a la espera porque es un tema internacional y, evidentemente, están trabajando en ellos; y, por supuesto, se está haciendo un registro, porque así se hace a través de la historia clínica electrónica.

En cuanto a los profesionales de Atención Primaria y de hospitales, reciben, lógicamente, su formación en las propias sesiones clínicas, incluso en los propios centros y en los hospitales cada día se aprende algo nuevo y cada día está a disposición, lógicamente, de los profesionales.

En cuanto al tema de los datos estadísticos, exactamente igual: se está trabajando con ellos y, dado que apenas hace dos años de la aparición de esta enfermedad y que, lógicamente, hay pacientes que presentan esta enfermedad, COVID persistente, estamos, lógicamente, a la espera de

lo que diga la bibliografía universal, que en este caso llega a nosotros casi todos los días. Muchas gracias.

La Sra. **PRESIDENTA**: Gracias, director general. Tiene treinta segundos la doctora Joya; cuando usted quiera.

La Sra. **JOYA VERDE**: Gracias. Simplemente quiero insistir en lo necesario que es tener un registro del número de pacientes afectados; en el tema de los códigos, que incluyan todas las enfermedades dado que no tuvieron acceso en su momento al diagnóstico, y, luego, en la medida de sus competencias, trabajar para la tramitación de las bajas laborales de estas personas que, como digo, pasan el año y siguen con síntomas y supone para ellos una carga de ansiedad muy importante tener que incorporarse obligatoriamente a su desarrollo profesional padeciendo síntomas que hemos visto que en muchas ocasiones son incapacitantes. Muchas gracias.

La Sra. **PRESIDENTA**: Muchas gracias, doctora Joya. Gracias, director general, y le pedimos que siga con nosotros en la mesa puesto que iniciamos la siguiente PCOC.

PCOC-676(XII)/2021 RGE.14615. Pregunta de respuesta oral en Comisión, a iniciativa de la Sra. D.ª Matilde Isabel Díaz Ojeda, diputada del Grupo Parlamentario Socialista, al Gobierno, con el siguiente objeto: valoración que hace el Consejo de Gobierno sobre la estrategia integral para el tratamiento a los pacientes con COVID persistente en la Comunidad de Madrid.

Igualmente, como antes he comentado, son diez minutos, a repartir. Entiendo que la diputada querrá argumentar esta pregunta, así que la escuchamos; cuando usted quiera.

La Sra. **DÍAZ OJEDA**: Muchas gracias, presidenta. Buenas tardes y gracias, doctor Prados; bienvenido a esta comisión. Efectivamente, el COVID persistente es un asunto de especial interés para las diputadas y diputados socialistas. La magnitud del problema y el impacto en la salud de las personas nos hacen reconocer que no hay que esperar a que el problema sea inabarcable; por esta razón, en esta comisión, hoy, hemos dado la oportunidad de dedicar dos preguntas a un asunto de la mayor importancia. Es imposible despachar el asunto en veinte minutos -lo sabemos-, y por eso nosotros nos hemos centrado en la valoración que hace el Consejo de Gobierno sobre la anunciada estrategia integral para el tratamiento de los pacientes con COVID persistente en la Comunidad de Madrid; asunto este sobre el que ya hemos formulado peticiones de información hace varios meses y aprovecho para agradecerle las contestaciones que nos han facilitado. Es, por tanto, una pregunta sobre el dispositivo público disponible, los equipos de profesionales, la forma de acceso de los pacientes, el circuito establecido para ello y el presupuesto específico, si lo hay.

Sobre esta estrategia integral para el tratamiento de los pacientes con COVID persistente en la Comunidad de Madrid hemos tenido varios anuncios, sobre todo en relación con ese aparato de

propaganda del Zendal, y, salvo que usted nos demuestre lo contrario, ese fue el único objetivo de la noticia cuando se anunció una unidad de rehabilitación integral pos-COVID en el Hospital Isabel Zendal. En sus respuestas a nuestras peticiones de información sobre la estrategia integral para el tratamiento de los pacientes con COVID persistente en la Comunidad de Madrid ustedes nos responden con una relación de actuaciones, aunque en realidad no presentan una estrategia sino más bien bastante propaganda: estrategia, poca, y medios adicionales del Servicio Madrileño de Salud nos parece que ninguno; por tanto, yo le ruego que se extienda más sobre este asunto. Y en esas actuaciones se limitan a la incorporación al grupo técnico sobre COVID-19 de la Gerencia Asistencial de Atención Primaria de un experto de la SEMG; así que bienvenido el experto de la SEMG. Y una de mis preguntas en relación con la PCOC de hoy es qué ha hecho el grupo técnico sobre COVID-19 de la Gerencia Asistencial de Atención Primaria para ir liderando este asunto, qué iniciativas ha tomado.

Otra de las actuaciones que ustedes referían es que se está elaborando un protocolo de registro. Parcialmente, ya a la anterior portavoz le ha contestado sobre este asunto, pero son muy importantes los criterios de inclusión y de exclusión, según la definición de COVID persistente que ya se va acuñando en el conocimiento científico. ¿Qué respuesta se está dando a los pacientes con evidentes síntomas de COVID persistente? Y, con respecto a los profesionales del Sermas, ¿qué atención específica se les está ofreciendo?

En cuanto a la tercera actuación que ustedes refieren, la sitúan en el INSS, que determinará la parte asistencial y de seguimiento en relación con las personas con COVID persistente, correspondiendo al Servicio de Prevención de Riesgos Laborales de Atención Primaria velar por la prevención terciaria y la reincorporación laboral tras las bajas. Pregunto: ¿facilitan la incorporación progresiva a sus puestos de trabajo? ¿O de la noche a la mañana se les exige pleno rendimiento y a tiempo completo, incluso con guardias de 24 horas y turnos de noche incluidos?

Y, por último, con respecto a las unidades del Servicio Madrileño de Salud y el dispositivo de profesionales, ustedes citan la unidad de rehabilitación del Zendal, las unidades de seguimiento pos-COVID-19 en hospitales y centros de salud como unidades específicas. Le pregunto cómo identifican y cómo acceden a esas unidades específicas las personas afectadas, porque no son conocidas ni tan siquiera por la mayoría de los profesionales. Y, en cuanto al plan de respuesta asistencial prioritaria en Salud Mental que ustedes también refieren, aquí lo que nos transfieren los pacientes que sufren COVID persistente es que no acceden a tratamientos ni a revisiones periódicas y frecuentes de su estado de salud.

La Sra. **PRESIDENTA**: Muchas gracias, señora Díaz; le quedarían cincuenta segundos para su segunda intervención. Y tiene ahora la palabra el director general; cuando usted quiera.

El Sr. **DIRECTOR GENERAL DE HOSPITALES E INFRAESTRUCTURAS SANITARIAS** (Prados Roa): Gracias, presidenta. Señorías, como he expuesto en mi anterior intervención, la Comunidad de Madrid ha puesto en marcha un ambicioso plan de cuidados pos-COVID para aquellos

pacientes que presentan síntomas persistentes que les impiden retomar las actividades normales que venían desarrollando antes de contraer la enfermedad.

Ahora se me pregunta por la valoración que hace el Gobierno de este plan, y mi respuesta, evidentemente, es muy positiva, como entenderá. Y le voy a basar esta información en criterios objetivos que contemplan factores derivados de la experiencia en el tratamiento de los pacientes COVID-19, que desafortunadamente han sido muy numerosos pero que nos han permitido aprender mucho de esta enfermedad y de sus secuelas.

Paso a detallar algunas de las características que nos hacen valorar este plan no como un simple instrumento de propaganda, como nos han dicho, sino de absoluto interés para los pacientes que presentan esta patología. En primer lugar, el plan que contempla la estrategia integral de cuidados pos-COVID ha sido elaborado por profesionales sanitarios de Atención Primaria y Hospitalaria, que han estado y siguen estando en relación directa con los pacientes a los que se dirige esta estrategia; esta cercanía les ha permitido conocer en profundidad no solo los síntomas y problemas físicos y psicológicos derivados de la enfermedad sino también las condiciones y requerimientos terapéuticos que deben estar presentes en sus tratamientos, y en base a este conocimiento se ha elaborado el plan por el que a mí se me pregunta.

En segundo lugar, el plan de cuidados pos-COVID contempla todos los niveles de atención asistencial, desde los autocuidados -como he dicho anteriormente- de los propios pacientes hasta la educación, para ello, en la Atención Primaria, en los centros de salud, incluso en la Hospitalaria, en unidades especializadas, si así lo requiriera el paciente.

En tercer lugar, esta atención asistencial se caracteriza por tener un enfoque holístico que permite tratar al paciente en su conjunto, contemplando sus necesidades físicas, cognitivas, psiquiátricas y su capacidad funcional.

En cuarto lugar, como consecuencia de esta visión integral del paciente, el plan insiste en la necesidad de prestar una asistencia multidisciplinar, de manera que se contará con los especialistas que requieran los síntomas y necesidades de los pacientes. Evidentemente, no contando con especialistas únicamente para la atención de estos pacientes pero sí dando acceso a los pacientes a los cuidados especializados que pudieran requerir.

En quinto lugar, funcionalmente la asistencia al paciente pos-COVID persistente se centraliza en las unidades especializadas, con las grandes ventajas que la centralización de los servicios involucrados en el tratamiento de las enfermedades presenta para los pacientes y para los profesionales sanitarios. Especial mención hay que hacer en este sentido a la unidad de recuperación funcional del Hospital Enfermera Isabel Zendal, que le aseguro que no es propaganda sino la posibilidad de, en un solo lugar, poder atender, como hasta ahora, a 137 pacientes con una estancia media de 19,6 días y que permite, evidentemente, recoger todo el conocimiento sobre esos pacientes y que los profesionales puedan manejarlos y tener a su disposición también este mismo conocimiento de la evolución de sus pacientes.

En sexto lugar, otra de las grandes ventajas de este plan es su orientación individualizada, que hace posible una atención específica para cada paciente complejo basándose en una evaluación individual que permite elaborar un plan terapéutico multidisciplinar y una ruta asistencial específica, de manera que los tratamientos se ajusten a las necesidades y expectativas de cada uno de los pacientes.

Y, en séptimo y último lugar, es importante destacar el carácter transversal en la atención a la salud mental, que está presente en todos los niveles de actuación y que discrimina los colectivos con mayor vulnerabilidad, a los que se dedicarán, lógicamente, los recursos que sean necesarios. En este sentido, como ya he dicho antes, hay que hacer mención especial a los adolescentes, para los que se ha abierto una unidad hospitalaria en el 12 de Octubre.

Respecto al presupuesto, evidentemente, contará con los recursos del sistema; no hay un recurso de un presupuesto específico porque, evidentemente, la dimensión de este colectivo de pacientes todavía es difícil de ver. Dado que estamos todavía en plena pandemia, todavía estamos atendiendo a un número importante de pacientes agudos y no sabemos la dimensión que todavía nos puede dar esta patología crónica. El grupo de trabajo, como ya les he dicho, está trabajando en el sentido de poder confeccionar unas rutas y unos criterios que puedan ser utilizados por el resto del sistema, por el resto de los compañeros, de los profesionales que están en contacto con estos pacientes con menos frecuencia y, por lo tanto, que tienen menos experiencia, y que puedan, evidentemente, asegurar la equidad en el manejo de todos los pacientes.

Respecto a cómo se accede al sistema, muy mal estará funcionando el sistema de propaganda del Zendal cuando todavía no se han informado de ello!; pero no, realmente el acceso se hace igual que el resto de los pacientes: cuando se encuentran con alguna patología, acceden al sistema, y es el sistema el que les va a encaminar, lógicamente, hacia el tratamiento o hacia el cuidado que sea necesario de acuerdo con sus características y su patología. Muchísimas gracias.

La Sra. **PRESIDENTA**: Muchas gracias, señor director. Tiene la palabra la diputada, y tiene cincuenta segundos. (*Rumores.*) Sí, a él también le queda tiempo; cuando usted quiera.

La Sra. **DÍAZ OJEDA**: Gracias, presidenta. Solo dos detalles: uno, sorprende que en la memoria del Sermas 2020 no se haya incluido ninguna referencia con respecto a la COVID persistente, y sí sería conveniente que apareciera, al menos en las futuras memorias, contenido respecto a lo que estamos debatiendo hoy aquí para darle visibilidad y, por supuesto, para que cada vez sea más conocido no solamente el proceso de COVID persistente sino también el dispositivo sanitario.

Y, en último lugar, respecto a cómo dimensionar los equipos profesionales y la distribución de los dispositivos de atención a COVID persistente, según estimaciones a nivel internacional, la COVID persistente -o long-COVID- podría afectar, como mínimo, a un 10 por ciento de las infecciones; eso, en la Comunidad de Madrid, teniendo en cuenta que ha habido aproximadamente 900.000 casos, quiere decir que estamos hablando de un número muy importante de personas, alrededor de las

90.000. O sea que, efectivamente, sí se pueden planificar los equipos de profesionales para responder a lo que seguramente van a ser necesidades a muy corto plazo. Muchas gracias, y ha sido muy amable.

La Sra. **PRESIDENTA**: Muchas gracias. Cierra el debate el director general; cuando usted quiera.

El Sr. **DIRECTOR GENERAL DE HOSPITALES E INFRAESTRUCTURAS SANITARIAS** (Prados Roa): Gracias, señoría. Respecto a la memoria, recojo la sugerencia; es verdad que hay que tener los datos bien organizados porque es lo que con seguridad nos dará el conocimiento. En cuanto a dimensionar en medicina las estimaciones y el "como mínimo", dan poca evidencia, y, bueno, es verdad que podemos tener una idea de lo que nos vamos a encontrar, pero vuelvo a repetir que estamos todavía en plena pandemia, todavía no sabemos cómo van a evolucionar los diferentes picos que se vayan produciendo de aumento de pacientes y de aumento de la enfermedad, de la infección, con las diferentes cepas que se puedan ir produciendo, y, evidentemente, hay que manejarse en una incertidumbre en la que todavía estamos y creo que vamos a estar todavía durante un tiempo. Muchísimas gracias.

La Sra. **PRESIDENTA**: Muchas gracias, director general, y le pedimos que abandone la mesa pero que no se vaya de la sala. Ahora higienizamos la zona. *(Pausa.)* Muchas gracias. Pedimos al doctor Vázquez, director general de Asistencia Sanitaria y Aseguramiento, que se reúna con nosotros en la mesa para que se pueda dar comienzo al tercer punto. *(Pausa.)*

PCOC-918(XII)/2021 RGE.17260. Pregunta de respuesta oral en Comisión, a iniciativa de la Sra. D.ª Vanessa Lillo Gómez, diputada del Grupo Parlamentario Unidas Podemos, al Gobierno, sobre valoración que hacen del presupuesto previsto para la Atención Primaria en el Proyecto de Presupuestos 2022.

Les recuerdo que tienen diez minutos y que tiene el turno de palabra la diputada antes mencionada; cuando usted quiera.

La Sra. **LILLO GÓMEZ**: Gracias, presidenta. Buenas tardes, señorías. Buenas tardes, señor Vázquez, y bienvenido de nuevo a esta Comisión de Sanidad. Como ha dicho la presidenta, lo que queremos conocer es su valoración sobre el presupuesto previsto, dentro del proyecto de presupuestos de 2022, destinado a Atención Primaria; sobre todo si considera que es un presupuesto suficiente para hacer frente a la situación actual teniendo en cuenta las circunstancias y la situación de la Atención Primaria ya antes de la pandemia, pero partiendo de una valoración, que, de entrada, es que el gasto que se propone supone un incumplimiento de algunos textos aprobados en esta Cámara, incluso algunos por un amplio consenso, como puede ser el dictamen de la Comisión de Reconstrucción, que es un consenso que ustedes han dinamitado con estos presupuestos.

Además, el gasto sanitario general, de 8.783 millones, de nuevo nos pone a la cola en lo que tiene que ver con el gasto, lo que equivale a 1.340 euros per cápita, muy por debajo de la media, y, si hablamos de la Atención Primaria en particular, supone un aumento de 76,6 millones respecto a 2019, y le quiero preguntar por qué esta cantidad no cubre ni siquiera los 83 millones prometidos por la presidenta para Atención Primaria de 2020 y tampoco refleja los 200 millones prometidos para los dos años siguientes. Y, aparte de su valoración, quiero preguntarle qué ha pasado con esas promesas de la presidenta y a dónde se han ido esos millones, que, desde luego, en Atención Primaria no están. Gracias.

La Sra. **PRESIDENTA**: Muchas gracias, señora Lillo; ha consumido un minuto y quince segundos. Tiene la palabra a continuación el director general de Asistencia Sanitaria para iniciar el debate; cuando usted quiera.

El Sr. **DIRECTOR GENERAL DE ASISTENCIA SANITARIA Y ASEGURAMIENTO** (Vázquez Castro): Muchas gracias, presidenta. Buenas tardes, señorías. Empezaré contándoles algo que ya les dijo el consejero de Sanidad en la comparecencia de Presupuestos de noviembre de 2022, y es que, en el presupuesto sanitario para este año, hemos pasado de 8.106 millones de euros en el ejercicio 2019 a 8.783 en el ejercicio 2022, es decir, ha habido un crecimiento de un 8,6 por ciento, que supone 693 millones más para la sanidad. En concreto, como saben, uno de los programas esenciales para esta consejería no es otro que el 312B, es decir, el que corresponde a Atención Primaria, a ese Plan de Atención Primaria de Salud, cuyos créditos ascienden, como saben, a más de 2.056 millones de euros, que, como muy bien dice, es un incremento neto de 76,6 millones de euros respecto al ejercicio 2019, que supone ese 4 por ciento, sin contar con las recetas médicas, que, como sabe, en ese caso mantiene una dotación prevista para Atención Primaria que se incrementa en un 8,8 por ciento.

Si desgranamos con más exactitud cada uno de esos capítulos, en concreto el Capítulo Primero, que es el que corresponde a personal, la dotación presupuestaria para el año 2022 es de casi 799 millones de euros en el anteproyecto de 2022, lo que supone 73,1 millones más que en el año 2019, sin contar, lógicamente, las prolongaciones de los contratos COVID, en este caso de Atención Primaria, durante los tres próximos meses, como se ha comentado. Con este plan de mejora de Atención Primaria, como saben, se crean 1.222 plazas en la plantilla orgánica y las modificaciones oportunas en los criterios de pago tanto en la tarjeta sanitaria individual, complemento específico, como en ese nuevo concepto, que es la tarjeta sanitaria de población atendida en relación a quienes tienen un abono especial por un complemento específico por las condiciones asistenciales vinculadas a la dificultad, a la ruralidad o a las poblaciones que se atienden tanto en domicilio, como esos abonos de módulos de actividad complementaria por las ausencias de larga duración. En concreto, para el año 2022 corresponderían a esta dotación del Capítulo Primero 46,8 millones, de los cuales 20,6 irían destinados a la creación de 615 plazas de diferentes categorías estatutarias, 5,3 millones para el reajuste de la productividad fija que les comentaba de la tarjeta sanitaria individual, 18,3 millones a retribuciones específicas para esas condiciones especiales asistenciales por la población que realmente

se atiende en cada uno de los cupos y la ubicación geográfica del centro, además de 2,5 millones para los módulos de actividad complementaria.

Por otro lado, si nos referimos al Capítulo Sexto, "Inversiones reales", se mantiene o es similar al que se había presupuestado en el año 2019. En concreto se van a aumentar los cinco centros ya comentados en fase de ejecución, más los correspondientes en tramitación.

Y, por último, en el Capítulo Segundo, "Bienes y servicios", el anteproyecto contempla una cantidad de 120 millones, que, con respecto al año 2019, supone un incremento de 4 millones de euros en los distintos capítulos y artículos que contempla el Capítulo Segundo. Por tanto, nuestra valoración no puede ser otra que una valoración francamente positiva, porque yo no recuerdo personalmente ningún incremento similar en ejercicios previos.

Y, con respecto a la pregunta que me hacía de los 83 millones, creo que lo hemos explicado ya en numerosas ocasiones: que prácticamente 1,5 millones eran un tema que correspondía al Summa 112, que se ha retirado de ese presupuesto, y, luego, un tema de variable con respecto al número de posibles actuaciones correspondientes a la dificultad de las plazas de difícil cobertura, que no es viable meterlas, igual que el número de las prolongaciones de jornada, algo que no es, lógicamente, una partida estable en el sentido de que no se pueden dimensionar las ausencias que pueda haber a lo largo del año ni tampoco la negociación que se estaba realizando con respecto a las plazas de difícil cobertura. Muchas gracias.

La Sra. **PRESIDENTA**: Gracias, director general. Tiene la palabra para réplica la diputada; cuando usted quiera.

La Sra. **LILLO GÓMEZ**: Gracias, presidenta. En una cosa estamos de acuerdo, señor Vázquez, y es que ciertamente ustedes siempre nos cuentan lo mismo, aunque ello no supone que contesten a nuestras preguntas. Y se le ha olvidado decir que el aumento del presupuesto en Atención Primaria es, sin duda, el aumento más bajo dentro de Sanidad, incluso que el aumento en el gasto sanitario comparado con otras consejerías tampoco llega a la media del aumento general de los presupuestos, y es que de nuevo volvemos a estar a la cola en el gasto sanitario destinado a Atención Primaria. Ustedes siempre meten el gasto farmacéutico para decir que llegamos al 25 por ciento, pero de nuevo estamos por debajo de lo que se estuvo en 2019, que estábamos en un 11,2 por ciento; se destina menos dinero, está muy lejos del 14 por ciento de la media estatal y, por supuesto, mucho más lejos del 25 por ciento que lleva la OMS recomendando desde hace muchos años y que es uno de los acuerdos que está aprobado en esta Cámara, ir acercándonos a ese horizonte.

En concreto, con el Capítulo Primero, los profesionales no cubren vacantes ni cubren sustituciones, y de nuevo vuelven a presupuestar la tercera parte del dinero que se ejecuta en esa partida en concreto. Hablan de que se han renovado los contratos COVID durante tres meses, pero yo le pregunto: ¿dentro de tres meses ya no van a hacer falta? ¡Si ni siquiera son capaces de cubrir las plazas estructurales! ¿Cuántos de esos 7.500 contratos que se iban a despedir corresponden a Atención Primaria? Y también le pregunto: ¿por qué, si son estas condiciones, los cinco sindicatos de

la Mesa Sectorial se han levantado de la mesa? ¿Porque ni siquiera ustedes quieren cumplir con lo que está diciendo la Justicia en lo que tiene que ver con la carrera profesional? ¿Cuánto está destinado a la carrera profesional? Porque creo que también está muy por debajo de lo que están diciendo los sindicatos.

Y, si nos vamos al Capítulo Sexto, usted lo ha dicho: son 23.900.000 euros, y lo que brilla son las ausencias; de hecho, no aparecen en los presupuestos centros de salud que sí que aparecían en presupuestos anteriores, incluso ya con la dotación presupuestaria de la ejecución de la obra. ¿Qué sucede con Villaamil? ¿Qué sucede con Parla Este, con San Sebastián de los Reyes, con Móstoles, con Valdemoro, con Getafe...? Yo le puedo dar un listado de más de 50 centros de salud porque cada uno de ellos es una enmienda que hemos hecho para que se tenga en cuenta en el ejercicio presupuestario. En definitiva, ¿por qué en Parla hay que decir a los vecinos que tienen que esperar de nuevo un año más, de los trece que llevan esperando, para su centro de salud? Me gustaría que nos comentase, en concreto sobre las infraestructuras, cuáles se van a llevar a cabo y, con respecto al aumento en lo que usted dice, si los sindicatos están de acuerdo con esas medidas. Gracias.

La Sra. **PRESIDENTA**: Muchas gracias. Cierra este debate el director general; cuando usted quiera.

El Sr. **DIRECTOR GENERAL DE ASISTENCIA SANITARIA Y ASEGURAMIENTO** (Vázquez Castro): Muchas gracias. ¿De qué tiempo dispongo, por favor? (*Pausa.*) A ver, simplemente quiero decirle que el tópico de que hay que tener un 25 por ciento de presupuesto para Atención Primaria, como sabe, en ningún lugar de España se cumple; estamos en horquillas entre un 11 y un 18 por ciento. Y no significa que el que tenga más presupuesto lo esté haciendo mejor; eso también es una realidad.

En segundo lugar, también es importante recordar sobre la renovación de los contratos COVID que, lógicamente, estos van ligados a la pandemia. La Comunidad de Madrid creo que en eso ha sido pionera, en poder hacer una renovación cuando se ve que empieza a subir y hay pandemia, y, lógicamente, creo que es un esfuerzo, un esfuerzo importante, que, lógicamente, derivará en el tiempo que sea necesario. En estos momentos le digo que se han renovado los contratos de Atención Primaria, como en el resto de los ámbitos asistenciales.

Luego, es verdad que no han firmado los sindicatos. La respuesta que siempre hemos obtenido es porque considera que es insuficiente; triplican las plazas, el presupuesto, etcétera. Yo también le digo que los presupuestos se rigen por normas marcadas por una ley, la Ley de 2009, de Financiación de Comunidades Autónomas, y también por Hacienda. Lógicamente, la Atención Primaria es importantísima, pero también hay otras partidas presupuestarias, porque también estamos hablando de salud mental, estamos hablando de cuidados paliativos y estamos hablando de otras partidas que son también muy necesarias; por tanto –lógicamente, no voy a entrar en cada uno de los centros por los que me ha preguntado, pero estaré encantado de venir otro día-, Villaamil, para empezar, no tiene nada que ver con esto, pues es un problema muy concreto y en una zona de

Madrid donde no hay tierra, donde no hay solar, y, por tanto, va aparte totalmente de esto. Muchas gracias.

La Sra. **PRESIDENTA**: Gracias, señor director. La diputada reclama los cuarenta y cinco segundos que le quedan.

La Sra. **LILLO GÓMEZ**: Gracias, presidenta. Muy breve. No hay solar, pero nos gastamos tres millones y pico de euros en el alquiler de las oficinas del Sermas, en Castellana, 280; o sea, hay otras opciones si se pagan otros arrendamientos, la solución no es el cierre.

Simplemente termino diciéndoles que no solo hacen oídos sordos a los sindicatos sino también a la ciudadanía, que lleva manifestándose desde este verano ¿sabe en cuántas movilizaciones? ¡Más de noventa en seis meses!, reivindicando una Atención Primaria en condiciones. Solo les pido que rectifiquen y que apoyen, si no, nuestras enmiendas, porque las hemos hecho para acercarnos al 13 por ciento del gasto sanitario; unas enmiendas para aumentar más de 170 millones en profesionales y 34 millones más para infraestructuras, porque es posible, evidentemente, hacer un gasto más eficiente y dignificar la Atención Primaria, ¡porque lo necesitamos! Gracias.

La Sra. **PRESIDENTA**: Gracias, señora Lillo. No sé si el director general quiere apuntillar algo... *(Pausa.)* Vale, fenomenal; muchas gracias. Continuamos con la siguiente pregunta y, por lo tanto, pedimos al director general que abandone la mesa. *(Pausa.)* Una vez higienizada la tribuna, pedimos a la doctora Andradás que, cuando pueda, nos acompañe en la mesa. *(Pausa.)* Buenas tardes. Damos inicio al cuarto punto del orden del día de hoy.

PCOC-1013(XII)/2021 RGE.18634. Pregunta de respuesta oral en Comisión, a iniciativa de la Sra. D.ª Gábor Pilar Joya Verde, diputada del Grupo Parlamentario Vox en Madrid, al Gobierno, se pregunta cómo valora la prohibición en hospitales de Madrid por la que una persona no vacunada contra el SARS-CoV-2 no puede acompañar a un familiar enfermo.

Les recuerdo que tienen dos minutos, a distribuir. Tiene la diputada la palabra si quiere argumentar la pregunta; cuando usted quiera.

La Sra. **JOYA VERDE**: Gracias, señora presidenta. Gracias, doctora Andradás, por su presencia aquí. En primer lugar, querría, salvo que usted me corrija, que tuviéramos en consideración, que es algo que me parece muy importante también de cara a la información a la ciudadanía para evitar excesos de relajación o falsas seguridades, que, como digo, salvo que usted me corrija, una persona que está vacunada no impide que pueda ser transmisora del virus SARS-CoV-2, del coronavirus; sabemos por los estudios que sí que puede seguir siendo portadora, quizá con menos carga viral, con un número menos de réplicas y también durante menos días, pero no evita, por el hecho de estar vacunada, que pueda contagiar a cualquiera de su entorno.

Dicho esto, mi pregunta va sobre el hecho de que hace un par de semanas o algo más aparecieron unos carteles informativos, en concreto en el Hospital Ramón y Cajal y en el Hospital La Paz, en los que se comunicaba que nadie podría acompañar a sus familiares enfermos, bien adultos, bien hijos, personas que no hubieran sido vacunadas contra el SARS-CoV-2. Yo querría preguntarle cuál es su valoración sobre esta prohibición; qué base científica se tiene para llevar a cabo esta prohibición; en qué publicaciones médicas, epidemiológicas, de salud pública, científicas, se basan para hacer estas prohibiciones; si ustedes, en la Consejería de Sanidad, tenían conocimiento de que se iban a hacer estas prohibiciones, cuál es su opinión respecto a que se hagan y si han tomado alguna medida a favor o en contra de ellas. Muchas gracias.

La Sra. **PRESIDENTA**: Muchas gracias, señora Joya. Es ahora el turno de intervención de la directora general de Salud Pública; cuando usted quiera.

La Sra. **DIRECTORA GENERAL DE SALUD PÚBLICA** (Andradas Aragonés): Buenas tardes. Gracias, presidenta. Buenas tardes, señorías. Señora Joya, la situación actual de la pandemia en la Comunidad de Madrid permite que los pacientes no COVID que están ingresados en los hospitales de Madrid puedan recibir visitas o permanezcan acompañados. La Dirección General de Salud Pública coordinó las recomendaciones de acceso a los centros sanitarios siempre contando con la participación de los servicios de medicina preventiva de los hospitales, y, en este sentido, en la primera semana de octubre de 2021 se actualizaron las recomendaciones de acceso para visitas, acompañamiento y voluntariado, que ya fueron elaboradas en su momento en octubre de 2020. Existe un documento de recomendaciones para el acompañamiento y las visitas en áreas hospitalarias no COVID que ha sido distribuido, una vez que fue acordado, a todas las direcciones, gerencias de los hospitales de la Comunidad de Madrid, que recoge normas generales dirigidas a las personas que acuden a un centro hospitalario y, desde luego, contempla la recomendación, irecomendación!, de contar con pautas de vacunación completa frente al COVID-19; por tanto, no se trata de una prohibición lo que contemplan los protocolos oficiales de la Consejería de Sanidad sino de una recomendación.

La Sra. **PRESIDENTA**: Muchas gracias, señora directora general. Tiene ahora su turno de intervención la doctora Joya; cuando usted quiera.

La Sra. **JOYA VERDE**: Gracias, señora Andradas. Yo siento contradecirle, dado que es fácilmente comprobable, puesto que, al menos, en estos dos hospitales sí que expresamente, incluso en el caso de los menores, se prohíbe el acompañamiento en caso de no estar vacunado; usted lo puede comprobar. Quizá estas recomendaciones o estas prohibiciones se han llevado a cabo sin su conocimiento, pero es fácilmente comprobable, y, cuando quiera, yo le muestro los carteles en los que expresamente se impide que, si no es está vacunado, en una parte... Luego, se rectificó, y, efectivamente, donde ponía que estaba prohibido, ponía: se recomienda; pero en una de las circulares –creo recordar que era de La Paz- seguía poniendo abajo: “No podrán acompañar a los pacientes o a los niños aquellos padres que no estén vacunados”. Yo querría preguntarle: ¿usted apoya esta medida? ¿Usted cree que solo por el hecho de estar vacunado se acaba con el riesgo de que esa

persona pueda entrar a un hospital y contagiar? En caso de que usted apoye –y me gustaría que me dijera sí o no- esa recomendación o esa prohibición de no acompañar a los pacientes si no se está vacunado, ¿reconoce que eso supone obligar explícitamente a los trabajadores a vacunarse? Porque, si no se permite a un padre acompañar a un hijo en un hospital si no está vacunado, se entiende que es porque ustedes consideran que tiene más riesgo de contagiar el entorno hospitalario y, por tanto, ustedes deberían asumir que tendrían que obligar a todos los trabajadores sanitarios a estar vacunados, porque si no tendrían que exigirles a ellos también no acceder al hospital si no tienen el certificado de vacunación.

Y quiero aprovechar para pedirle que nos diga cuál es su opinión respecto al hecho de, en un momento dado, pedir o exigir el certificado de vacunación para permitir la libertad de movimiento de los ciudadanos, y sobre todo que usted nos diga si existe alguna base científica para asumir –por ejemplo, como tiene la consejería- que una persona vacunada se puede mover libremente, sin riesgo de contagio, frente a otra que no lo está, y cuál sería su postura ante la posibilidad de que se exigiera un certificado de vacunación para entrar en hostelería o para entrar en los hospitales.

Miss preguntas son muy claras: ¿usted está a favor y comparte esas circulares o cree que han sido un error? ¿Conocía que se iban a comunicar? ¿Cree que son erróneas o comparte esa prohibición de que no se acompañe a familiares si no se está vacunado? Y le pido que nos explique, por favor, si cree que hay alguna limitación o se está llevando a cabo una información adecuada hacia la ciudadanía sobre lo que supone estar o no vacunado frente al riesgo de que se pueda seguir contagiando a su entorno, dado que yo creo que podemos correr el riesgo de que la gente se relaje o tenga una excesiva seguridad cuando piensa que está vacunada porque se les trasmite que con un certificado de vacunación puedan acceder sin límite y sin control a todos los lugares frente a los que no están vacunados. Siendo, como somos nosotros –nuestro grupo ya lo ha explicado muchas veces públicamente en nuestras preguntas y en nuestras iniciativas-, favorables a la vacunación pero también defensores de la libertad y, sobre todo, de que se apliquen criterios clínicos, ¿no sería más sensato, en vez de pedir un certificado de vacunación a una persona que va a entrar de acompañante en un hospital, pedirle una PCR, que es algo más seguro, además, para el entorno? Muchas gracias.

La Sra. **PRESIDENTA**: Muchas gracias. Ha agotado su tiempo, así que cierra el turno de intervención la directora general; cuando usted quiera.

La Sra. **DIRECTORA GENERAL DE SALUD PÚBLICA** (Andradas Aragonés): Muchas gracias. Como he comentado anteriormente, en el documento de recomendaciones para el acompañamiento y las visitas en las áreas hospitalarias se recoge una serie de normas generales que están dirigidas a aquellas personas que acompañan o que visitan –que son conceptos diferentes-, o a los propios voluntarios que acuden a los centros hospitalarios de la Comunidad de Madrid; pero, además, el documento incluye una serie de indicadores que permiten clasificar, en función de estos indicadores, el nivel de riesgo al que pueden estar sometidas las personas que acuden a un centro sanitario y que, por tanto, el centro puede, desde luego, también establecer actuaciones propias en función del control que sea necesario para la situación de riesgo, y entre las normas generales se

incluye: la utilización obligatoria de mascarilla quirúrgica; el lavado o higiene de manos al entrar o al salir del hospital; retirar guantes si un visitante o un acompañante los lleva al entrar a un centro sanitario; se recomienda mantener una distancia de seguridad de, al menos, 1,5 metros; respetar, entre otros aspectos, en ascensores y salas de espera, las restricciones de capacidad y, desde luego, insisto en que se recomienda contar con una pauta de vacunación completa frente al COVID-19. Y, en el caso de los voluntarios -sobre los que voy también a hacer una reseña- que visitan a más de un paciente en un hospital, además de hacer una adecuada higiene de manos, al entrar y salir de cada una de las habitaciones en las que visiten a pacientes deben evitar también el contacto estrecho con familiares, con pacientes y, de nuevo, se vuelve a recomendar al personal voluntario que cuente con una pauta de vacunación completa. Pero, desde luego, en función de la situación epidemiológica o de situaciones específicas como la que usted ha mencionado en relación con el Hospital Ramón y Cajal, en la que en un momento determinado se pueden estar produciendo tres brotes nosocomiales en la zona no COVID, la dirección del hospital puede prohibir el acceso de acompañantes o de visitas, si bien esto es independiente del estado de vacunación de las personas que vayan a acompañar o a visitar; es decir, una dirección de hospital tiene capacidad suficiente para limitar, por supuesto, los riesgos, fundamentalmente pensando en los pacientes que hay en esos hospitales o pensando también, por supuesto, en los mismos profesionales sanitarios. Y, efectivamente, estamos de acuerdo en que las vacunas frente al COVID protegen contra la enfermedad porque producen inmunidad frente al virus, reducen el riesgo de sintomatología, también reducen la probabilidad de que una persona que esté infectada pueda contagiar a otras y, por tanto, protegen, y este hecho sí tiene una especial importancia para proteger fundamentalmente a las personas o a los grupos que corren un mayor riesgo de padecer enfermedades, complicaciones más graves, como las personas mayores o aquellos pacientes que están ingresados que tienen enfermedades que producen inmunosupresión, de manera que, aunque las vacunas, efectivamente, son muy efectivas frente a la infección sintomática, asintomática, fallecimiento y hospitalización, representando un beneficio para todos, incluidos los acompañantes y los visitantes, no son la única medida de prevención, en este caso primaria, sino que hay otras medidas que son absolutamente indispensables, que son las que he mencionado previamente: uso obligatorio de mascarilla en cualquier espacio cuando no se pueden mantener distancias y demás.

No obstante, quiero hacer una diferenciación entre el acompañamiento y las visitas porque, independientemente de la situación epidemiológica que exista en el área de referencia de un hospital, un médico, ante determinadas situaciones que puedan padecer los pacientes, y estoy pensando en pacientes con un mal pronóstico inmediato, en cuidados paliativos o en situación final de la vida, en pacientes dependientes con deterioro cognitivo, en una mujer que está siendo asistida a una cesárea o a un parto, en hospitalización pediátrica, en neonatología, en un posoperatorio inmediato en planta..., repito, a criterio del médico, independientemente de la situación epidemiológica que exista, se puede autorizar un acompañamiento en situaciones similares a las que acabo de mencionar; cosa diferente son las visitas, ilas visitas!, o el acceso en la asistencia al voluntariado. Desde luego, nosotros, desde la Dirección General de Salud Pública, a pesar de que la vacunación no es obligatoria ni en España ni en la Comunidad de Madrid, seguimos recomendando que haya una pauta de

vacunación completa cuando una persona va a acudir da igual a qué tipo de establecimiento pero también a los centros sanitarios. Y, efectivamente, nosotros, desde la Dirección General, desde la Consejería de Sanidad, no apoyamos la obligatoriedad del certificado de vacunación COVID para realizar ningún tipo de actividad, pero consideramos que es muy importante la vacunación y vamos a seguir trabajando por aumentar las coberturas de vacunación, yendo con equipos móviles allá donde sea necesario aumentar estas coberturas de vacunación e informando a la población de la importancia que tiene, además de la vacunación, el cumplimiento estricto del resto de las medidas de prevención frente al COVID-19. Muchas gracias.

La Sra. **PRESIDENTA**: Muchísimas gracias, directora general de Salud Pública. Higienizamos la tribuna antes de pasar al siguiente punto del orden del día. *(Pausa)*.

La Sra. **SECRETARIA**: Para el siguiente punto del orden del día invitamos a subir a don Fernando Prados, director general de Hospitales e Infraestructuras Sanitarias de la Comunidad de Madrid. *(Pausa)*.

PCOC-1044(XII)/2021 RGE.18903. Pregunta de respuesta oral en Comisión, a iniciativa de la Sra. D.ª Matilde Isabel Díaz Ojeda, diputada del Grupo Parlamentario Socialista, al Gobierno, sobre previsiones presupuestarias que tiene la Consejería de Sanidad para el nuevo Hospital La Paz.

Como saben todos ustedes, el tiempo de la pregunta no podrá exceder de diez minutos, repartidos por igual entre el autor de la iniciativa y el representante del Consejo de Gobierno en tres turnos para cada uno de ellos. Tiene la palabra para formular la pregunta doña Matilde Díaz.

La Sra. **DÍAZ OJEDA**: Gracias, presidenta. Buenas tardes. Gracias, doctor Prados. ¿Qué previsiones presupuestarias tiene la Consejería de Sanidad para el nuevo Hospital La Paz? Formulamos esta pregunta porque las previsiones presupuestarias deben obedecer a un proyecto y sustentar la gestión pública; o sea, le estamos preguntando qué planes tiene el Gobierno para el nuevo Hospital La Paz cuando la Sección "Sanidad", en el Proyecto de Presupuestos Generales de la Comunidad de Madrid para 2022, en los proyectos de inversión, concretamente en la página 433, encontramos en las líneas de inversión sobre Atención Especializada Hospitalaria, en las infraestructuras sanitarias, el nuevo Hospital La Paz, fase 1, 1.378.412 euros; sin embargo, en la comparecencia del consejero de Sanidad el pasado 15 de noviembre este afirmó que en 2022 se producirá el arranque del nuevo Hospital La Paz con la financiación de su proyecto, para lo que se han destinado 3,7 millones de euros. ¿En qué quedamos: en casi 1,4 millones o en 3,7 millones? Porque hemos estado buscando esta cifra. ¿Y qué supone para usted el arranque, desde el punto de vista político, cuando el nuevo Hospital La Paz está arrancando desde 2018? Es más, si lo comparamos con el presupuesto, en este mismo proyecto de presupuestos 2022, el proyecto de obra del nuevo Hospital 12 de Octubre, ique está dotado con 89,5 millones de euros!, se comprende menos todavía porque se puede considerar que este hospital, desde luego, tiene velocidad de crucero -está clarísimo-

, o con respecto al presupuesto de once millones y pico de euros para las obras varias del Hospital Clínico San Carlos. Sin duda, el presupuesto del Hospital La Paz es insignificante, la cifra es insignificante!; por ello le pregunto qué modelo de financiación y gestión va a tener el nuevo Hospital La Paz, partiendo de este escasísimo presupuesto para 2022. Gracias.

La Sra. **SECRETARIA**: Ha consumido dos minutos y cinco segundos. Para responder tiene la palabra, en representación del Consejo de Gobierno, don Fernando Prados.

El Sr. **DIRECTOR GENERAL DE HOSPITALES E INFRAESTRUCTURAS SANITARIAS** (Prados Roa): Gracias, señorías. Como sabrán, en el año 2019 se convocó el concurso de proyectos, con intervención de un jurado, para la contratación de los servicios, redacción de los proyectos y dirección de las obras de la reforma integral del complejo hospitalario y universitario La Paz –el procedimiento 5/2019-, del que resultó ganador el proyecto Campo de Retamas, elaborado por miembros de los estudios de arquitectura Vicente y Núñez Arquitectos, Cruz y Neila, y Burgos y Garrido Arquitectos. El desarrollo del proyecto de construcción del nuevo hospital contempla una duración de 144 meses, es decir, doce años, y se desarrollará en distintas fases para que la actividad asistencial del hospital continúe sin la más mínima alteración posible. En la actualidad se está desarrollando la redacción del proyecto, por lo que en los presupuestos de 2022 se ha previsto una inversión, como usted ha dicho, de 1.378.412 euros, destinados justo a este fin. Se prevé que el proyecto esté redactado en el primer semestre de 2022 y, una vez redactado el proyecto, se procederá a iniciar los trámites para la licitación de obra, para lo cual, tal como se señala en las bases del concurso, se estima un periodo de nueve meses para llevar a término la tramitación, supervisión y aprobación de la documentación técnica y la licitación y adjudicación de las obras. En base a estos plazos no está previsto que se realice la adjudicación de la contratación de la obra hasta 2023, motivo por el cual no se ha posicionado ningún crédito adicional para la construcción del nuevo Hospital La Paz para el año 2022.

Respecto a otras obras que se están llevando a cabo, como la que ha mencionado del 12 de Octubre, con casi 90 millones de euros, evidentemente va por fondos europeos y es necesaria la finalización de esos periodos que les he dicho, de los cuales se compone toda obra que se tenga que hacer en este año y, por lo tanto, el gasto sí se va a producir este año, pero no va a ser menor, lógicamente, el gasto que se va a producir para el Hospital La Paz cuando, evidentemente, lleguen las diferentes fases en las que se tiene que realizar la obra. Muchas gracias.

La Sra. **SECRETARIA**: Muchas gracias. Para el turno de réplica tiene la palabra la señora Díaz.

La Sra. **DÍAZ OJEDA**: Muchas gracias, doctor Prados. Efectivamente, lo que le preguntábamos era qué significaban en ese presupuesto esas cantidades. No me ha contestado a por qué ha utilizado otra cantidad diferente el consejero en su comparecencia, y se lo agradecería aunque solo fuera para localizar esa cantidad en el presupuesto; pero, fíjese, da qué pensar. Es verdad que se ha utilizado siempre –o así nos parece a nosotros- el nuevo Hospital La Paz como un cierto reclamo

electoral, porque aparece y desaparece; aparece a principios de 2018, hasta la publicación del concurso arquitectónico –como usted también decía-, en plena campaña electoral, pero fíjese que es un proyecto con el siguiente impacto: es la reforma integral del Hospital La Paz, cuyos edificios, distribución o limitación estructural aconsejan que sea una renovación, efectivamente, integral, porque no aguanta ni tan siquiera la tecnología, y ya en una comparecencia fueron presentadas aquí gran parte de las adversidades, de los problemas, que tenía la edificación de este nuevo hospital y, sobre todo, los problemas que planteaba la estructura del hospital actual. Pero la renovación integral prevista en el plan funcional de 2008, que, además, fue revisado en 2019 con una participación espectacular de 700 profesionales, 21 asociaciones, 1.900 pacientes –toda esta movilización de personas comprometidas y participando que hay que poner en valor-, en realidad lo que establecía era un nuevo plan funcional, un nuevo plan de espacios y un plan de equipamientos; lo digo por la lentitud del proceso.

Es verdad que el Consejo de Gobierno del 9 de abril de 2019 autorizó la contratación del concurso de proyectos, que fue adjudicado a Campo de Retamas; pero un nuevo hospital, que se construirá por fases –demoler, construir y funcionar-, que es tal y como se presentó que iba a ser el nuevo Hospital La Paz, tenía un presupuesto –o, al menos, esos son mis datos- de, aproximadamente, 504,5 millones de euros y su finalización sería hacia 2032. Más o menos coincide con los datos que usted nos está dando, pero fíjese que afecta al funcionamiento del Hospital La Paz, de tres centros de especialidades y de los hospitales de Cantoblanco y Carlos III. En realidad, cómo resuelven con los presupuestos de 2022 algunos de los problemas que sabemos que son: planificar la eliminación de casi la totalidad de edificios existentes, los problemas de espacio-tiempo –algo que es importante; los 77.000 metros cuadrados que constriñen para cualquier actividad-. Bueno, pues es que a nosotros nos preocupa. Y la desproporción entre ese presupuesto y lo que nos parece que es un reto, que parecía inmediato desde la primera fecha del anuncio, es lo que nos ha parecido contradictorio. Es sobre ese sentido sobre lo que yo quería insistirle para que nos aclarara cuál es el espíritu del presupuesto y, después, cuál de las dos cifras es la real, una u otra. Muchas gracias nuevamente, y muy agradecida.

La Sra. **SECRETARIA**: Muchas gracias. Para el turno de dúplica tiene la palabra don Fernando Prados.

El Sr. **DIRECTOR GENERAL DE HOSPITALES E INFRAESTRUCTURAS SANITARIAS** (Prados Roa): Gracias, presidenta. Señoría, las dos cifras, evidentemente, son válidas, lo que pasa es que para realizar el cambio de hospital –porque realmente se va a modificar por completo el hospital- hay que hacerlo por fases, porque el hospital tiene que seguir funcionando, y por eso, evidentemente, se va a tardar mucho tiempo, porque la idea es ir demoliendo zonas para poder construir sobre ellas, y, además, se van a utilizar tanto el Hospital de Cantoblanco como el Carlos III, que ya forman parte del hospital y que también van a sufrir modificaciones, como el Hospital Enfermera Isabel Zendal, donde se van a realizar actividades mientras se realizan esos cambios que se tienen que ir produciendo. El problema de esto es que en cada año figura una partida diferente porque hay posibilidad de hacer un gasto. Esta consejería estaría encantada de poderlo hacer en muy poco tiempo, pero el propio plan funcional que han ido viendo los propios profesionales –como muy bien ha

dicho y que yo también quiero remarcar porque sin ninguna duda ha sido un ejemplo para realizar cualquier tipo de intervención en una infraestructura sanitaria- requiere en estos casos de una organización y de cumplir una serie de plazos y una serie de requisitos que nos exige la ley; tenemos que ir paso a paso, y cada uno de ellos debe ser modificado. De todas maneras, al afectar a un espacio de tiempo tan amplio, al ser muchos años, estoy absolutamente seguro de que cada una de las fases va a sufrir modificaciones en el transcurso de su función, porque la medicina avanza a un nivel de asistencia sanitaria que cada día sufre cambios y modificaciones, a los que, lógicamente, ese hospital, que va a seguir siendo puntero, se tendrá que ir adaptando. Entonces, evidentemente, la idea de esta consejería es realizar estos cambios lo antes posible, y, sobre todo, en lo que sí estamos empeñados es en que sufra la asistencia sanitaria el menor problema que, evidentemente, van a tener que asumir los profesionales por el cambio de estructuras. Muchas gracias.

La Sra. **SECRETARIA**: Muchas gracias. ¿Quiere intervenir? *(Pausa.)* Bueno, esperamos ya a la presidenta, que está llegando. *(Pausa.)*

La Sra. **PRESIDENTA**: ¿Han terminado la pregunta o tenían...? *(Pausa.)* ¿Ya? Vale. Pues pasamos al siguiente punto del orden del día.

PCOC-1096(XII)/2021 RGE.19175. Pregunta de respuesta oral en Comisión, a iniciativa de la Sra. D.ª Vanessa Lillo Gómez, diputada del Grupo Parlamentario Unidas Podemos en la Asamblea de Madrid, al Gobierno, se pregunta por qué razón el Hospital Isabel Zendal no aparece en el Proyecto de Presupuestos Generales de la Comunidad de Madrid de 2022.

Tiene su turno de intervención si quiere argumentar la pregunta.

La Sra. **LILLO GÓMEZ**: Gracias, presidenta. Bienvenido, señor Prados. Viene muy bien esta pregunta justo después de la que acabamos de escuchar porque ha hecho que me anote otra pregunta más, que espero me pueda contestar: ¿por qué no aparece en el proyecto de presupuestos este hospital, en el que si en algo coincidimos es en que es el hospital más mediático del mundo? Evidentemente, las razones serán diferentes, porque ustedes dirán, como dijo la presidenta, que es porque es el mejor hospital de pandemias del mundo –yo pregunto cuántos hospitales de pandemias hay en el mundo antes de hacernos esa pregunta-, y nosotras preferimos hablar de que es, sin duda, el único hospital del mundo que no tiene personal propio, el único hospital del mundo que no tiene quirófanos y, por no tener, no tiene ni presupuesto; nos gustaría saber por qué y que nos explique estas razones. Gracias.

La Sra. **PRESIDENTA**: Muchísimas gracias, señora Lillo. Es el turno ahora de intervención del director general de Hospitales e Infraestructuras Sanitarias, doctor Prados; cuando usted quiera.

El Sr. DIRECTOR GENERAL DE HOSPITALES E INFRAESTRUCTURAS SANITARIAS

(Prados Roa): Gracias, presidenta. Gracias, señora Lillo. La razón se encuentra en el hecho de que no es un centro de gasto. Como bien saben sus señorías, este centro hospitalario fue diseñado pensando en hacer frente a la crisis sanitaria provocada por el COVID-19 y otras circunstancias de emergencias sanitarias futuras que, como en el caso de esta pandemia que todavía no ha finalizado, en la mayoría de los casos no se podrá prever con antelación; por este motivo, funcionalmente responde a un modelo de hospital versátil y polivalente, y es precisamente en estas características donde radica una de sus fortalezas ya que le dotan de utilidad y de operatividad para la gestión de las emergencias sanitarias imprevistas. Son estas mismas características las que le adjudican un estatus distinto de los hospitales de agudos de usos tradicionales, ya que la actividad de estos últimos se concreta en una cartera de servicios definidos, determinados y fijos. En estos hospitales, la estructura y el presupuesto necesario para su funcionamiento están delimitados y son acordes a las actividades que, lógicamente, ya están previamente planificadas. En el caso del Hospital Enfermera Isabel Zendal no es así; fue creado para una emergencia concreta sin saber con certidumbre la duración o evolución de la misma ni las nuevas necesidades asistenciales que podrían surgir. Un ejemplo evidente de esta situación se encuentra en la variación de usos que se están desarrollando en el centro, y que se van a seguir desarrollando, desde su puesta en funcionamiento; en un principio fue diseñado y dedicado a hacer frente a las crisis sanitarias y al tratamiento de pacientes COVID agudos, superando la cifra, ¡ya!, de más de 8.000 pacientes ingresados, para pasar en la actualidad a ser el principal centro de vacunación de la Comunidad de Madrid, con más de 1.870.000 vacunas administradas, y en el futuro está preparado para afrontar nuevos retos de cualquier actuación sanitaria que necesite nuestro sistema sanitario madrileño.

Otro claro ejemplo de la situación que le estoy describiendo se ha producido en el Laboratorio Regional de Salud Pública, que desde su traslado al hospital ha incrementado sus servicios asumiendo funciones analíticas como laboratorio de referencia para estudios de seroprevalencia y realizando pruebas diagnósticas para zonas de Atención Primaria que tienen presupuesto propio. Asimismo se ha dotado con el equipamiento necesario para desarrollar técnicas avanzadas de biología molecular tanto de diagnóstico como de su secuenciación, y, por último, en su nueva sede cuenta con los requerimientos necesarios para afrontar parte de la red de laboratorios de resistencia antimicrobianos y trabajar con técnicas y microorganismos que requieren nivel 3 de bioseguridad.

Por último, no quiero dejar de mencionar otro nuevo campo de trabajo recientemente incorporado al hospital; me refiero a la intensa actividad en el desarrollo de proyectos de investigación y científicos, que, evidentemente, tienen un coste aparte de los presupuestos, pues en la actualidad se están llevando a cabo 29 proyectos de investigación y 13 ensayos clínicos, lógicamente, al ser el hospital que más pacientes COVID ha visto de todos los hospitales del Sermas. En este campo también es necesario destacar las actividades docentes, dentro de las cuales 17 residentes han pasado por las distintas unidades asistenciales hospitalarias y se ha atendido a la formación continuada de los profesionales que trabajan en el hospital con la realización de numerosos cursos y sesiones clínicas y biográficas.

Respecto a que íbamos a estar de acuerdo en lo más mediático, yo no estoy de acuerdo en absoluto en que sea un hospital mediático; es un hospital absolutamente funcional, que se está destinando, lógicamente, en plena pandemia, a cubrir las necesidades que el Sermas tiene referentes a estos pacientes, a los pacientes COVID. Y, por supuesto, no es el único hospital que no tiene quirófanos sino que hay otros muchos hospitales, y en Madrid tenemos ya algunos –tres, seguro, o cuatro, cinco o seis- que no tienen quirófanos pero que no por eso dejan de ser un hospital; de todas maneras, este es, de todos los hospitales que le he mencionado, el único que tiene la posibilidad de tener quirófanos algún día. Muchas gracias.

La Sra. **PRESIDENTA**: Muchas gracias, director general. Tiene ahora la palabra la diputada; cuando usted quiera.

La Sra. **LILLO GÓMEZ**: Gracias, presidenta. Habla de versatilidad, fortaleza... -un montón de palabras que a mí me recuerdan a Mr. Wonderful, que estaría muy bien si estuviésemos en otro contexto-, pero no ha sido capaz de concretar. Lo que usted dice que es su fortaleza es lo que viene a poner de manifiesto su debilidad, porque, sí, el Zandal ha estado muchas veces en los titulares, pero, por desgracia, no habitualmente para bien; de hecho, hace unos días Comisiones Obreras denunció que el pabellón que se está utilizando para vacunar tiene graves deficiencias en cuestiones de seguridad tanto para los pacientes como para los trabajadores.

Podemos recordar que, desde su propia justificación, la propia presidenta hablaba de que iba a ser un pulmón asistencial, una bomba de oxígeno para los profesionales del conjunto de hospitales del Sermas...; pero ¿cómo puede ser una bomba de oxígeno un hospital que no aumenta los profesionales, a los que, primero, pide que vayan de manera voluntaria y, como no le sale bien, después obliga a ir a trabajar allí? En concreto, a 1.538. ¿Cómo afectó esto a La Paz o al Marañón, o al 12 de Octubre? Porque se llevaron a 237, 162 y 152 profesionales de esos hospitales. El propio tipo de pacientes que ustedes dicen que no se pueden derivar; solamente pacientes leves y que no sean pacientes terminales. ¿Eso es una bomba de oxígeno?, ¿esa nota en la que salió diciendo que solamente fuesen derivados pacientes leves y terminales? Y se ha ido reinventando: primero, iba a ser un almacén que se ofreció a todo el país; luego, un "vacunódromo". Y permítame que le diga que no ha sido el lugar donde más vacunas se han puesto; donde más vacunas se han puesto ha sido en Atención Primaria -en este documento que le muestro están los datos- y, a pesar de que se boicoteó la Atención Primaria, ha sido el nivel asistencial que más ha vacunado en este tiempo. De hecho, como quisieron que fuese un "vacunódromo", en la quinta ola, cuando empezó el pico a subir, de nuevo tuvieron que volver a dar marcha atrás y quitar espacios para vacunar cuando era lo prioritario, porque quisieron poner todos esos "vacunódromos" y al final ni se vacunó como ustedes querían ni se atendió como ustedes querían.

Pero realmente lo que nos llama la atención es que, aunque sea sede, diga que no es un centro gestor; aunque sea sede el Laboratorio Regional, ino aparece la palabra Zandal en ninguna de las 700 páginas del presupuesto de Sanidad, ni siquiera para decir que es la sede en la cual se sitúa el Laboratorio Regional! Y, luego, está –porque no nos ha concretado- el anuncio que se hizo de que iba

a ser un centro de cuidados hospitalarios diseñado para la atención a pacientes que reciben el alta hospitalaria, que albergaría el centro coordinador del Summa 112, y usted nos ha dicho aquí: bueno, ahora ya se retrasan. También el consejero dijo que iba a ser para que los pacientes de La Paz estuviesen allí. ¿Con qué profesionales? A mí me gustaría que me concretase esto qué tiene que ver con las obras de La Paz, con el Summa 112, y qué futuro tiene para convertir en ese hospital de media y larga estancia de cuidados. ¿No se va a convertir en un centro gestor? ¿No va a tener profesionales propios? Me gustaría que me concretase esto. Gracias.

La Sra. **PRESIDENTA**: Gracias. Se ha dejado también unos segundos para el siguiente turno; perfecto. Señor director, que sepa que todavía queda una réplica más; cuando usted quiera.

El Sr. **DIRECTOR GENERAL DE HOSPITALES E INFRAESTRUCTURAS SANITARIAS** (Prados Roa): Muy buenas. Contestando a varias preguntas respecto a los titulares que dicen que no siempre son para bien, como muy bien sabe usted, está en el punto de mira de mucha gente que quiere que eso no funcione, y, lógicamente, se dicen cosas. Evidentemente, sí es verdad que se vieron unas deficiencias que fueron solucionadas; es decir, el hecho de las deficiencias sí se dice, pero el hecho de que se hayan solucionado no, y, aunque a esto ya estamos acostumbrados, tampoco es necesario, porque son -ya digo- deficiencias que hemos visto en otros sitios, donde, evidentemente, no han tenido la misma trascendencia.

En cuanto a si es el pulmón asistencial, del resto de los hospitales le tengo que decir que se ha atendido a más del 25 por ciento de los pacientes COVID; eso significa que cada uno de los hospitales hubiera tenido que trabajar con un 25 por ciento más de pacientes COVID. Esta cifra es bastante importante, no es una cifra más, porque estamos hablando de más de 8.000 pacientes que, evidentemente, tendrían que haber sido atendidos, y ese porcentaje no obedece al mismo porcentaje de profesionales porque, como muy bien sabe, se hicieron, para el COVID, más de 11.000 contratos COVID, ise hicieron más de 11.000 contratos COVID!; podrán decir que sí o que no, pero son 11.000 contratos que hemos tenido que renovar ahora y que, evidentemente, sabemos que son más de 11.000 porque se han renovado, ide esto no hay duda alguna! Sí es verdad que entre los profesionales había otros que tenían contratos peores y que decidieron pasarse a estos contratos, pero no dejan de ser más de 11.000 los contratos que se hicieron y, ya digo, en este caso no llegan al 25 por ciento del porcentaje de pacientes que ha manejado el Zendal.

Lo de los pacientes leves o terminales. De verdad, si a cada bulo que se cuenta del Hospital Zendal se le hace seguimiento... En este hospital ha habido pacientes en UVI casi en el mismo porcentaje que en el resto de hospitales del Sermas, iexactamente igual!; y lo digo porque he sido gerente, les he visto entrar por la puerta y he convivido con ellos, y le puedo asegurar que los pacientes que iban lo hacían con un perfil determinado. Sí es verdad que, como este hospital tiene unas características diferentes al resto de los hospitales de agudos, pedíamos que estos pacientes no tuvieran otras patologías que fueran concomitantes con el COVID y que requirieran el manejo por parte de especialistas que no se tenían en el Zendal y, lógicamente, para ser eficientes, solo atendíamos la patología COVID; con lo cual, aquellos pacientes que tuvieran otra patología que

requiriera el estudio de otras especialidades se quedaban, lógicamente, en el hospital donde sí tenían esas otras especialidades. Esto también se hace en otros hospitales, pero en el Zandal se critica y en los otros hospitales no, cosa que me parece bien y estoy muy contento.

Y, respecto a si es el centro donde más vacunas ha habido, le puedo asegurar que sí. Evidentemente, de Atención Primaria hay 450 centros y, lógicamente, si sumamos todo lo que hacen los 450, alguna más habrá, pero, desde luego, están cerca de haberse puesto nada más y nada menos que 2 millones de vacunas COVID y es difícil que haya habido otro centro en España donde se haya podido realizar eso.

Vuelvo a repetir el porqué no está en los presupuestos: porque no es centro de gasto; pero eso no significa que no tenga gasto, ¡claro que tiene gasto!, porque tiene gasto en personal, que lo cubren otros centros del Sermas, y tiene gasto en el Capítulo Segundo, que lo cubre la consejería, y, evidentemente, funciona con la incertidumbre de no saber todavía cuál va a ser su función dentro de unos años. Lo que sí le digo es que, como muy bien ya ha dicho el consejero, irán pacientes de La Paz, cuando La Paz lo necesite, con el personal de La Paz, porque, lógicamente, no vamos a dejar al personal donde se están haciendo obras; nos los llevaremos a La Paz y, lógicamente, tratarán a sus pacientes donde estén.

Respecto al 112, estamos pendientes de que puedan incorporarse a ese sitio donde se requieren una serie de requisitos que se están cumpliendo para poderlos hacer. Muchas gracias.

La Sra. **PRESIDENTA**: El último turno de palabra lo tiene la diputada y, luego, cierra el director general.

La Sra. **LILLO GÓMEZ**: Gracias, presidenta. ¡Cierto, señor Prados!; se me había olvidado que si hay una característica de este hospital es que es el único hospital del que no se puede hablar mal porque si no serás acusada de hereje, de sabotaje, io de vaya usted a saber!

Los contratos. Sabe que hay muchos contratos que estaban antes de COVID, no son contratos COVID, lo que viene a demostrar que son contratos estructurales.

Pero termino con una cuestión, y es que lo que nos viene a decir es que no hay una previsión definida. No es centro de gasto y no hay previsión definida, y seguramente sea porque es mucho más fácil que siga siendo una maquinaria propagandística sin decir para qué se va a destinar, porque así lo pueden adaptar a lo que ustedes quieran y se pueden seguir justificando contrataciones por urgencia, es decir, contrataciones a dedo, porque, de hecho, hay contratos, como el de limpieza o como el de catering, que finalizan en diciembre, que se dieron, por urgencia, 2 millones, 3 millones, y que ya en verano se hablaba de que se estaba trabajando en los pliegos; por lo tanto, si va a haber unos servicios que se van a prestar en esas infraestructuras, algún planteamiento habrá, ¿o nos vamos a gastar dinero en unos servicios sin saber todavía qué servicios se van a prestar? Esto, desde luego, nos viene a justificar que su improvisación sigue justificando una maquinaria de propaganda. Gracias.

La Sra. **PRESIDENTA**: Y, ahora sí, cierra el director general; por favor, cuando quiera.

El Sr. **DIRECTOR GENERAL DE HOSPITALES E INFRAESTRUCTURAS SANITARIAS** (Prados Roa): Realmente es que a todo esto no le puedo contestar más. Dice que será adaptado a lo que queramos, y le digo: ¡en ningún caso!; será adaptado a lo que se necesite, que, evidentemente, querremos que sea para lo que se necesite. Esa es la lógica, pero tampoco lo sabemos; ni lo sé yo ni lo sabe usted, porque es imposible saber qué necesidades va a tener. Este no es un hospital más; no hemos hecho un hospital más para tener, además de 32, un 33 de agudos. No, no hemos hecho un hospital más; hemos hecho un hospital que puede potenciar al resto y que lo va a hacer siendo así de versátil, dando la posibilidad de que cualquier necesidad que se produzca en el sistema madrileño de salud pueda ser ayudada o pueda ser solucionada a través de un dispositivo que tiene la posibilidad de adaptarse a la actividad sanitaria que queramos, incluida la quirúrgica, incluida la quirúrgica!, que se hará, con seguridad, porque La Paz tiene esa idea. Con lo cual, no tenga ninguna duda de que este hospital, evidentemente, si nos queremos seguir metiendo con él, nos meteremos con él; no hay ningún problema, no hay ningún hereje. No se preocupe, que, en cualquier caso, este hospital va a seguir y va a ser fantástico, de verdad, que sigamos hablando de él, porque yo me siento orgulloso de él, por supuesto, pero es que, además, es algo cuyo modelo no van a tardar muchas comunidades autónomas y muchos países en copiar, ¡ya lo verán! Muchas gracias.

La Sra. **PRESIDENTA**: Muchas gracias, señor director. Ahora sí le despedimos, que hoy ha tenido una comisión importante. Antes de pasar al siguiente punto, higienizamos el escaño. *(Pausa.)* Muchas gracias. Pasamos al siguiente punto del orden del día.

C-1092(XII)/2021 RGE.16174. Comparecencia de la Sra. D.^a Marta Carmona, Presidenta de la Asociación Madrileña de Salud Mental, a petición del Grupo Parlamentario Más Madrid, al objeto de informar sobre la situación de la salud mental madrileña tras año y medio de pandemia. (Por vía del artículo 211 del Reglamento de la Asamblea).

Damos la bienvenida a la presidenta de la Asociación Madrileña de Salud Mental, doña Marta Carmona, a la que invitamos a subir con nosotros a la mesa. *(Pausa.)* Buenas tardes. Como esta petición es por el artículo 211 del Reglamento de la Asamblea, intervendrá el compareciente para dar la información solicitada en el objeto de la comparecencia, y tiene la palabra, durante quince minutos, doña Marta Carmona; cuando usted quiera.

La Sra. **PRESIDENTA DE LA ASOCIACIÓN MADRILEÑA DE SALUD MENTAL** (Carmona Osorio): *(Palabras que no se perciben al no estar encendido el micrófono).*

La Sra. **PRESIDENTA**: Encienda el micrófono, por favor.

La Sra. **PRESIDENTA DE LA ASOCIACIÓN MADRILEÑA DE SALUD MENTAL** (Carmona Osorio): Gracias. Buenas tardes a todos. Lo primero de todo, agradecer a la presidenta de la comisión, a todos los grupos parlamentarios presentes y, en particular, al Grupo Más Madrid la invitación.

La Asociación Madrileña de Salud Mental es la mayor asociación profesional multidisciplinar de la salud mental constituida por profesionales de la psiquiatría, psicología, enfermería, trabajo social, terapia ocupacional, educación social, medicina de familia y comunitaria, etcétera, y es para nosotros un honor ser convocados y poder aportar nuestro punto de vista.

En el momento actual consideramos muy alarmante la situación de la salud mental en la Comunidad de Madrid: consultas anegadas, profesionales saturados que no dan abasto y no pueden ofrecer la atención de calidad que podrían dar en otras condiciones, y, fundamentalmente, una población que está sufriendo de forma transversal pero con especial crudeza en grupos vulnerables como los ancianos, los dependientes o, muy en particular, los niños y adolescentes.

Uno de los temores fundamentales al inicio de la crisis COVID era el impacto que pudiera tener esta sobre la salud mental. Ahora que ya sabemos que esta crisis funciona en oleadas, sabemos también que el malestar psíquico y las consecuencias para la salud mental de la población no han dejado de crecer y que, además, no hay una sola forma de presentar sufrimiento psíquico, es decir, no existe un trastorno mental COVID; lo que sí hay son muchos trastornos mentales agravados o directamente generados por esta crisis y un sistema de salud mental que está respondiendo a duras penas. Insisto en que desde la Asociación Madrileña de Salud Mental agradecemos ser escuchados en esta comisión porque consideramos que la situación actual, siendo mala, es una oportunidad de oro para enfrentarnos a carencias estructurales graves de nuestros sistemas de protección, incluyendo el sistema sanitario y, dentro de este, de la atención a la salud mental.

Para entender qué está pasando en este momento no basta solo con mirar qué ha supuesto la pandemia sino qué venía pasando en la Salud Mental madrileña en las últimas décadas. La inversión en Salud Mental comunitaria fue prácticamente nula desde el año 2008 hasta la aprobación del Plan de Salud Mental vigente 2018-2020. La red comunitaria, en concreto los centros de Salud Mental y los programas de continuidad y de cuidados, fue la gran damnificada por esta falta de inversión; las plantillas se mantuvieron intactas desde principios de los años 2000 –de hecho, en algunos sectores profesionales y centros se llegaron a reducir- pese a que, en estas décadas, la demanda no ha parado de crecer. Por citar algunos ejemplos, entre 2008 y 2016 las ratios de profesionales sanitarios por cada 100.000 habitantes se redujeron, en el caso de los psiquiatras, pasando de 5,46 a 5,21; en el caso de las psicólogas clínicas, de 3,10 a 3; en las terapeutas ocupacionales, de 0,45 a 0,40, etcétera, y todo ello tremendamente alejado de las recomendaciones y ratios de organizaciones como la Organización Mundial de la Salud. En el año 2018, las ratios de enfermería y trabajo social en la red comunitaria eran menores que en el año 2000, y las enfermeras y trabajadoras sociales son quienes constituyen los equipos de continuidad de cuidados encargados de sostener a los pacientes más graves; es decir -traduciendo los datos-, las personas más graves

atendidas en la red de Salud Mental han ido recibiendo cada vez peor atención comunitaria pese al esfuerzo de sus profesionales.

Esta falta de inversión en los recursos que suponen el núcleo del sostenimiento de la atención comunitaria va en paralelo al aumento de los recursos destinados a unidades de hospitalización de corta, media y larga estancia. En términos globales, desde el año 2007 se traspasó la inversión en recursos comunitarios a recursos hospitalarios; esto es: en vez de acompañar a las personas más graves, favoreciendo su autonomía y brindándoles el apoyo necesario para evitar crisis o para que las crisis tengan el menor impacto posible en sus vidas, el grueso de la inversión ha ido a recursos para cuando estas crisis ya se habían producido y desbordado y para cuando la autonomía de estas personas ya se había deteriorado, en ocasiones para siempre. A su vez, al igual que faltan recursos para dar una correcta atención a las personas con trastorno mental grave desde los centros de salud mental, esto repercute directamente en la atención al trastorno mental común; con profesionales saturados y faltos de tiempo parece que los pacientes tuvieron que competir entre ellos para llevarse unas migajas de atención en vez de una atención de calidad. El vigente Plan de Salud Mental de la Comunidad de Madrid sí vuelve a contemplar algo de inversión en la red comunitaria, pero no trae un cambio sustancial: las ratios de profesionales de continuidad de cuidados continúan muy alejadas de los estándares y una dotación económica muy significativa; un tercio del total se dedica a seguir conveniando camas de larga estancia. De alguna manera, un presupuesto así implica asumir que la red comunitaria no va a poder atender bien a los pacientes y estos van a acabar, sí o sí, en unidades de larga estancia, y, en tanto se infrafinancia la atención comunitaria, esto se convierte en una profecía autocumplida y acaba sucediendo.

En paralelo a esto, durante los últimos años hay también una deriva muy preocupante en la red de rehabilitación psicosocial desarrollada en el plan de atención social a personas con enfermedad mental grave y crónica. No me voy a extender mucho en este punto ya que este plan se organiza desde la Consejería de Familia, Juventud y Política Social, pero creo que es importante que la Comisión de Sanidad esté al tanto de esta situación: primero, porque es una prestación incluida en la cartera de servicios del sistema nacional de salud, pero también porque la red de Salud Mental trabaja de forma muy estrecha con esta otra red y lo que sucede en ella nos afecta enormemente e influye de forma directa en nuestro funcionamiento diario. La cada vez más llamativa presencia de fondos de inversión de capital de riesgo tras los recursos que dan atención a esta población tan vulnerable pone en compromiso la calidad asistencial de estos recursos, y esto es algo que empieza a condicionar cada vez más el trabajo clínico en la parte sanitaria de la red. A su vez, en nuestro trabajo repercute muy directamente la gravísima situación en la que se encuentra Atención Primaria. Aunque oficialmente Salud Mental somos parte de la red de Atención Especializada, compartimos con Atención Primaria la importancia cardinal de la accesibilidad, la longitudinalidad y la continuidad asistencial; si Primaria no puede funcionar según sus parámetros imprescindibles, nosotros tampoco podemos. Esta era, grosso modo, la situación de la Salud Mental en Madrid cuando llegó el COVID.

En mayo de 2020 se publica el plan de respuesta asistencial en salud mental en la poscrisis por COVID-19 por parte de la Oficina Regional de Salud Mental. Antes de nada, hemos de agradecer

la rapidez con la que se publicó este plan y el que se entendiera que Salud Mental era uno de los servicios que más refuerzo iba a necesitar en esta crisis sanitaria; ahora bien, al igual que la rapidez es muy de alabar, nos genera preocupación que no se haya actualizado ese plan desde entonces, a la espera de publicación del próximo plan de salud mental, y que no se hayan ido readaptando los refuerzos instaurados en ese momento. A la luz de la evolución de la pandemia, el refuerzo ha ido siendo cada vez más necesario a nivel comunitario, no tanto a nivel hospitalario, como la primera ola pudo hacer parecer; sin embargo, los refuerzos no se han redistribuido. Recordemos que este plan de respuesta implicó contratar a facultativos, psiquiatras y psicólogos, 33 para medio hospitalario y 23 para centros de salud mental, donde actualmente estamos sosteniendo el grueso de la demanda. Insistimos en que apostar por la respuesta hospitalaria implica priorizar atender las crisis una vez desbordadas en vez de apostar por sostener a las personas durante la crisis y evitar que lleguen a desbordarse. Más grave aún que esa distribución priorizando la asistencia hospitalaria frente a la comunitaria es la falta de refuerzo en dos de las categorías profesionales más claramente infradotadas de la Salud Mental, que son las enfermeras especialistas en salud mental y las trabajadoras sociales; esto es los equipos de continuidad de cuidados que dan atención al trastorno mental grave.

¿Qué ha pasado desde la puesta en marcha de este plan? Los datos con los que contamos muestran un aumento de primeras consultas, un aumento importante de las segundas consultas y, en general, un aumento muy llamativo de la necesidad de seguimiento, y nos consta también un incremento de las urgencias hospitalarias y ambulatorias, especialmente dramático en población infantojuvenil, todo ello en un contexto que no estaba capacitado para atender la demanda en Salud Mental ya antes de la pandemia.

Por ilustrar con datos concretos de algunas áreas, hemos visto aumentos del 20 o 30 por ciento de primeras consultas, del 64 por ciento de consultas sucesivas, aumentos de más del 50 por ciento de intervenciones técnicas –que incluye psicoterapia, incluye continuidad de cuidados...-, en áreas donde hay disponible hospitalización domiciliaria –que no hay en todas- un aumento de hasta el 120 por ciento. Por ilustrar con una de las poblaciones más vulneradas durante la pandemia, en los niños y adolescentes se han duplicado las asistencias a urgencias. Durante todo 2021 hemos tenido situaciones nunca vistas en la Salud Mental madrileña: niños y adolescentes esperando hasta una semana para poder cursar un ingreso urgente, y nótese que no hablo de ingresos programados en los que el paciente espera en su casa la indicación de ingreso sino que hablo de un ingreso urgente en el que el paciente está en el centro hospitalario, no puede irse a casa y tiene esperar una semana en esa situación; equipos de guardia que llaman para solicitar cama de ingreso urgente para un adolescente y se enteran de que está el número 40 en la lista de espera. Hablamos de personas en un momento vital fragilísimo que buscan ayuda y se encuentran con un sistema colapsado que no es capaz de atenderles. Y estos datos hospitalarios son nuevamente la punta del iceberg; si las urgencias y unidades de agudos infantojuveniles se colapsan es porque, a su vez, los centros de salud mental infantojuvenil están tan saturados que no pueden ofrecer una contención ambulatoria. No solo las listas de espera para iniciar seguimientos son excesivamente largas sino que, algo que en Salud Mental es infinitamente peor, el tiempo entre consultas sucesivas es tan amplio que es imposible hacer un trabajo psicoterapéutico en condiciones. Es importante entender el impacto que esto tiene

en Salud Mental. Nuestro trabajo no es una intervención quirúrgica en la que tras la espera que sea necesaria se realiza la intervención y el paciente tiene el problema resuelto; en Salud Mental, por definición, trabajamos con el vínculo con el paciente, algo que requiere un tiempo, más aún si hablamos de adolescentes y máxime si estamos hablando de niños, y nuestro trabajo es progresivo y en paralelo a lo que sucede en la vida del paciente. Si una chica de 13 años está tan triste que quiere suicidarse, o no puede comer, o solo calma su angustia autolesionándose, no podemos hacerle esperar cinco meses para verla por primera vez y luego verla cada mes y medio. Si vemos que su sufrimiento es tan grave que va a necesitar psicoterapia intensiva en un hospital de día, no podemos tener un año de espera para que empiece allí su tratamiento y, sin embargo, esto es lo que está pasando, estos son datos reales, cotidianos, de esta semana.

En este contexto, tenemos una población mal atendida, profesionales excelentes que adoran su trabajo y que, sin embargo, están más quemados cada vez ya que, como todos los sanitarios de primera línea, se han visto expuestos a situaciones durísimas durante la pandemia y, además, ahora se enfrentan a la frustración de no poder dar una atención en condiciones porque la precariedad de los contratos amenaza continuamente la posibilidad de vincularse con los pacientes. Insisto, para los profesionales de la Salud Mental el vínculo es tan importante como para los cirujanos lo es el quirófano. El vínculo para nosotros no es algo que mejore la atención sino que es nuestro instrumento de trabajo y si nos lo quitan es como quitar quirófanos a cirujanos. Necesitamos más profesionales, pero sobre todo necesitamos poder construir equipos estables.

Primero de todo, necesitamos que los refuerzos contratados en el plan asistencial de respuesta a la crisis COVID, es decir, los conocidos comúnmente como contratos COVID, se vuelvan estructurales. Hablando en plata: si tras la prórroga de marzo no se produce esa asimilación, los servicios de Salud Mental van a colapsar definitivamente. En este sentido, nos preocupa mucho que el aumento previsto en el presupuesto para Salud Mental sea el mismo, 33 millones, que el que contemplaba el último Plan de Salud Mental antes de la pandemia, lo cual nos hace pensar que es difícil esta asimilación; a su vez, la asimilación y estructuración de esos refuerzos es un primer paso imprescindible pero no es el único.

No voy a repetir las ratios, pero sí voy a recordar que estamos lejísimos de la media de los países de nuestro entorno o de aquellos a los que deberíamos poder asemejarnos. Ni siquiera estamos haciendo una petición ambiciosa; esta que voy a hacer es una petición de lo más humilde: necesitamos desesperadamente más psicólogos clínicos, necesitamos más enfermeras especialistas en Salud Mental, necesitamos más trabajadoras sociales, necesitamos un refuerzo masivo y estable en la red de Salud Mental comunitaria. Solo así podremos dar una atención de buena calidad, que no patologice el malestar pero que no deje sin atención a quien la necesita; solo así podremos llevar a cabo la transformación y evolución que necesitan los servicios para dar una atención más respetuosa y, entre otras cosas, más respetuosa con la Convención de Derechos de las Personas con Discapacidad, a la que nuestra legislación se acaba de adaptar, y el funcionamiento cotidiano de los servicios aún dista mucho de poder funcionar de manera acorde con esta legislación. En suma,

necesitamos ese refuerzo masivo y estable en la red de Salud Mental comunitaria para poder dar la atención que la población necesita y merece en un momento histórico como este.

La Sra. **PRESIDENTA**: Muchas gracias. Se inicia ahora el debate y, por lo tanto, la intervención de los distintos grupos políticos, por orden de menor a mayor. Tiene la palabra la señora Lillo; cuando usted quiera.

La Sra. **LILLO GÓMEZ**: Gracias, presidenta. Muchísimas gracias por estar aquí y por la intervención que acaba de hacer para exponernos la situación. La verdad es que se hace difícil... Dice: poco más que aportar y que agradecer. Y también quiero agradecer al Grupo Más Madrid la petición de esta comparecencia, porque es cierto que ya en la legislatura pasada –corta legislatura pasada– abordamos la cuestión de la salud mental, y permítanme que recuerde que por dos veces se canceló el pleno monográfico de salud mental. La primera vez se canceló precisamente por la llegada de la pandemia. Volvimos a tener fecha para el pleno de salud mental y, además, en lo que se refiere a nuestro grupo parlamentario, nos reunimos con diferentes asociaciones de profesionales, de pacientes, de familiares, para dar la visión integral, porque entendemos que también se tiene que abordar de esa manera la salud mental y, por la convocatoria de elecciones, se volvió a cancelar. Yo creo que es un consenso en el que tenemos que insistir porque está todavía sin fecha, pero esperemos que pronto podamos abordar tener un pleno monográfico porque, aunque en esta legislatura hemos debatido también –yo creo que en tres ocasiones– proposiciones no de ley y hemos hablado de salud mental, siempre se queda corto el tiempo para abordar esta situación, y más en las circunstancias actuales.

Yo, cogiendo algunos de los elementos que ha planteado aquí, quería insistir sobre algunas cuestiones, empezando por el propio Plan de Salud Mental, porque llama la atención, primero, que se vuelvan a dotar 33 millones, que ya era la dotación de un Plan de Salud Mental previo a la pandemia, cuando ya todo el mundo está reconociendo –y salimos a la tribuna a hablar de ello– que viene la ola de la salud mental, pero, luego, a la hora de materializarlo en recursos, no se corresponde con la realidad. Y, sobre todo, también aprovecho para insistir en la necesidad de tener la evaluación del Plan de Salud Mental 2018-2020, porque se han anunciado ya incluso planes futuros de salud mental –de 2021-2023, etcétera– sin que tengamos ni conozcamos la evaluación; entonces, es como hacer un plan nuevo sin haber evaluado ni ver qué ha funcionado o no ha funcionado del plan vigente.

También yo quería conocer si tienen o les han hecho llegar alguna evaluación, porque yo recuerdo algún dato concreto, como alguna de las once líneas estratégicas que tenía ese Plan de Salud Mental; una en concreto tenía que ver con la Atención Primaria, insistiendo en la importancia de la Atención Primaria. En concreto, de las actuaciones que tenía por desarrollar, yo recuerdo que en 2018 estaban finalizadas el cero por ciento de las actividades de Atención Primaria y en 2019 estaban solamente el 3 por ciento de las acciones previstas en ese Plan de Salud Mental en Atención Primaria. Y llama la atención cuando, además, el propio plan insiste, y en las memorias del Sermas se reconoce, en que el 80 por ciento de los pacientes que acuden a la especializada entran a través de Atención Primaria; entonces, la necesidad de que Atención Primaria –antes hemos preguntado sobre ello– esté

con los recursos suficientes y, sobre todo, si hay un Plan de Salud Mental que incide en la importancia de la Atención Primaria, que se desarrolle en esas actuaciones.

Y ha dicho usted cómo baja –por así decirlo- el enfoque comunitario en 2007 y nos vamos a la atención más hospitalocéntrica, o la cuestión que al final no deja de ser un reflejo de lo que, por lo menos nuestro grupo, venimos denunciando y es que es algo que ocurre en todos los sistemas, que a final la Atención Primaria se merma y nos vamos al modelo hospitalocéntrico. También hay que ver los cierres de los servicios de urgencias de Atención Primaria, etcétera, y cómo influye esto en la calidad asistencial.

Ha dicho usted también una cuestión sobre los profesionales y las ratios. En concreto no tengo la cuenta hecha, pero nosotros hicimos una petición de información para conocer los profesionales que trabajaban actualmente en unidades de salud mental en centros del Servicio Madrileño de Salud, desglosado por categoría profesional y centro en el que se ubican, y la respuesta –esto está fechado este verano, en agosto de 2021- es de un total de 1.635 profesionales, con el siguiente desglose, que nos viene por categoría y por centro hospitalario, y es cierto que llama muchísimo la atención que estamos hablando de que hay 107 trabajadores sociales –isolamente 107 trabajadores sociales!- y, terapeutas ocupacionales, 72, que al final viene a ser la demostración de lo que usted ha dicho, de cómo influye, de qué enfoque se le da a la salud mental con este tipo de planteamientos.

Otro elemento. La última vez que debatimos en el pleno sobre salud mental fue a través –si no recuerdo mal- de una proposición de ley que trajo el Partido Socialista para abordar la cuestión de la salud mental comunitaria, de su importancia, que al final salió aprobada; fue apoyada por la mayoría de esta Cámara, y en nuestro caso hicimos una aportación, que nos alegramos mucho de que fuese incorporada al texto, que tenía que ver con el corte social de la salud mental para que no nos olvidemos, y era que se pudiese en marcha un observatorio donde se pudiese hablar de las condiciones de vida –por así decirlo- y de cómo afectan las condiciones de vida a la salud mental. También por el enfoque comunitario, entendiendo que abordar la salud mental no es solamente, cuando a alguien le llega ese momento crítico, tener más camas de hospitales sino cómo hacemos para –como solemos decir- no medicalizar el dolor sino evitar las causas que generan ese dolor y todo lo que tiene que ver con las condiciones materiales, que para nosotras entendemos que es una prioridad. Bueno, en su segunda intervención díganos qué planteamiento tienen, si les parece una cuestión interesante que se pueda poner en marcha esa cuestión del corte social.

Y simplemente quiero terminar agradeciéndole de nuevo que esté aquí. Por nuestra parte tienen todo el compromiso para que, dentro de nuestras posibilidades, podamos llevar adelante... Hemos hecho enmiendas al presupuesto entendiendo que no es suficiente lo que se plantea, pero esperemos que alguna de las enmiendas sea aceptada, sobre todo si después de esta comparecencia todos compartimos el compromiso de que este es un tema que se tiene que abordar, y abordarlo no es solamente decirlo sino garantizar que va a haber recursos suficientes. De nuevo, les agradezco la labor que están haciendo porque sin duda hablamos de la cuarta, de la quinta ola ahora, u otras, pero

la cuestión de la salud mental la tenemos que abordar y no solamente –como digo- de palabra sino con nuestros hechos, así que muchísimas gracias por su comparecencia.

La Sra. **PRESIDENTA**: Muchísimas gracias, señora Lillo, portavoz de Unidas Podemos, que antes no lo he comentado. Ahora tiene la palabra la portavoz del Grupo Vox en Madrid, doña Joya Verde; cuando usted quiera.

La Sra. **JOYA VERDE**: Muchas gracias, señora presidenta. Bienvenida, señora Carmona. A nuestro grupo también le parece muy importante el tema de la salud mental, que, como tantas otras cosas, ha visto la luz –entre comillas- gracias a la pandemia; la pandemia ha traído cosas muy negativas, pero podemos aprender de muchos temas que han aflorado, y uno de ellos es el de la Atención Primaria y la salud mental. Querría que nos valorara o que nos pudiera..., porque yo, aunque soy médico, al no ser especialista en psiquiatría, sí que percibo que hay, como si dijéramos, dos bloques, uno de los cuales es el que más ha podido aumentar en incidencia y, otro, el que más se ha podido ver perjudicado en su evolución. Me explico: podría usted establecer usted una diferencia entre la evolución de lo que se puede llamar trastornos, que no son trastornos de salud mental graves o enfermedades psiquiátricas como tales, sino los cuadros que por pandemia están aflorando, a lo mejor cuadros depresivos, cuadros de ansiedad, alteraciones emocionales, que puede que no se identifiquen –usted es la experta- como enfermedades psiquiátricas graves, pero que sean los que quizás más están ahora viéndose aumentados en su incidencia... ¿Podría usted explicarnos o hacer una valoración distinguiendo entre lo que son ese tipo de cuadros de enfermedades psiquiátricas graves y lo que son los trastornos emocionales, si es que existe tal diferencia? Espero que entienda mi pregunta. ¿Y cómo cree usted que puede manejarse –si se pudiera aceptar esa distinción entre bloques- cada uno de ellos? Porque entiendo que todas esas enfermedades psiquiátricas graves ya existentes, que no han sido desencadenadas por la pandemia, también han debido de, como todas las enfermedades crónicas, verse perjudicadas en su evolución debido a que no han sido controladas, no se ha llevado a cabo el control, a lo mejor, en cuanto al control del tratamiento, lo que ha supuesto el confinamiento para personas a lo mejor con enfermedad mental grave o, en el tema de la salud mental de infantojuvenil, todos los niños del TEA, del espectro autista. En fin, me gustaría que me pudiera hacer una valoración de cómo ha afectado a cada uno de esos dos bloques.

Yo iba a hablar también del sistema hospitalocéntrico del que ha hablado la señora Lillo porque –lo he dicho muchas veces- creo que aquí se ha creído más en un sistema hospitalocéntrico y se ha visto, y se han volcado todos los recursos, en plena pandemia; en plena pandemia nos hemos pertrechado en las puertas de urgencias de los hospitales, hemos laminado los servicios de Atención Primaria y el resto de servicios asistenciales y que nos venga todo aquí, a los hospitales. Eso ha generado el colapso, la acumulación de muchas personas en las urgencias hospitalarias que podrían haber sido atendidos en centros de salud o en sus casas. Y querría también que nos explicara cómo afecta esta concepción del sistema hospitalocéntrico de salud a la salud mental. También, si usted puede, háganos una valoración de la situación de las adicciones, de cómo ha afectado la pandemia en todo el tema de las adicciones, sobre todo en las adicciones conductuales, como las adicciones al

juego, las adicciones a la pornografía en el confinamiento. ¿Tiene algún dato o nos puede hacer una valoración de cómo ha influido la pandemia en ellas?

Específicamente, en la salud mental infantojuvenil le pido que nos valore, por favor, cómo cree que está actualmente la situación de los recursos de atención a salud mental infantojuvenil, qué patologías cree que han sido más afectadas durante la pandemia, qué medidas integrales propone para la prevención del suicidio, sobre todo en esta población infantojuvenil que sabemos que está – por los datos que usted nos ha dado y que estamos conociendo- aumentando de manera alarmante. También me gustaría que nos dijera qué acciones coordinadas a nivel nacional, al nivel del Ministerio de Sanidad y al nivel de comunidades autónomas, ustedes propondrían para, de alguna manera, poder actuar conjuntamente. Y, para terminar, me gustaría que nos hiciera un análisis o una valoración de qué papel se está dando o cómo se está apoyando el papel fundamental de la familia como principal cuidadora de los enfermos con salud mental, cómo cree que está actualmente la atención a los cuidadores de enfermos con salud mental y qué programas propondría usted de apoyo a las familias como principales cuidadores de enfermos de salud mental. Muchas gracias.

La Sra. **PRESIDENTA**: Muchas gracias, señora Joya. Es el turno ahora de intervención del Grupo Socialista, de la doctora Díaz; cuando usted quiera.

La Sra. **DÍAZ OJEDA**: Gracias, presidenta. Agradecemos al Grupo Más Madrid la activación de esta comparecencia. Muchas gracias, doctora Carmona; ha sido impresionante su exposición, enhorabuena. La pandemia COVID, sin duda, es un problema colectivo y, además, se ha instalado en toda la sociedad y va a seguir entre nosotros un tiempo largo, aunque también es un problema que se vive en primera persona; por ello, el Grupo Socialista defiende las políticas de salud pública y la salud pública en todas las políticas, además de reforzar la Atención Primaria de salud y salud mental comunitaria. Nuestro grupo ha presentado enmiendas de calado sobre salud mental que esperamos contribuyan a mejorar este panorama que usted nos ha expuesto esta tarde y que es sumamente preocupante, pues la salud mental, como la confluencia de muchos factores que influyen en el bienestar emocional, psicológico y social, ha sido objeto –como ha dicho la señora Lillo hace unos minutos- de resoluciones y de debates en esta Cámara. Y a mí me gustaría que usted valorase, en alguna medida, el cumplimiento o la percepción que tienen ustedes del cumplimiento, de esas resoluciones. Fíjese que hay una resolución, ya de 2017, en la que se acuerda el establecimiento de tiempos máximos de espera; ¡de 2017! Y fíjese que el tiempo establecido en esa resolución era de 30 días, y estamos hablando de 2021! Pero en 2021, efectivamente a propuesta del Grupo Más Madrid, una PNL incluía un plan de choque en salud mental. Bueno, ¿hay algún plan de choque que usted conozca que en la Comunidad de Madrid se haya iniciado o esté propuesto? Y, sí, otra mucho más reciente, sobre el modelo de salud mental comunitario, que ya tendremos ocasión de debatir. Fíjese que llama especialmente la atención que la salud mental apenas ocupa página y media en la memoria del Sermas 2020. Esto es muy interesante, ¿verdad? Porque dice mucho. Son las páginas 192 y 193. Bueno, pues a mí también me gustaría que valorase usted por qué ocurre eso; por qué ocurre eso después del impacto que tiene la COVID en la salud mental y el impacto que la salud mental tiene o debería tener en el conjunto de las políticas sanitarias.

Y, ciertamente, en cuanto a los procesos atendidos en hospitalización, en la memoria del Sermas las enfermedades y trastornos mentales han supuesto 10.612 procesos, lo que supone un 2,21 por cien del total, mientras que la actividad global ambulatoria de atención a la salud mental ha alcanzado 855.000 consultas en psiquiatría y psicología clínica, lo que ha supuesto un incremento de cerca del 21 por cien en relación a 2019. Estos son los datos que facilita el propio Sermas, prueba evidente de dónde hay que poner la mirada y los refuerzos. Yo creo que usted lo ha dejado clarísimo, algún número más ya sencillamente evidencia mucho más el diagnóstico y también dónde están las soluciones.

Yo le agradecería que se detuviera más en algunos aspectos que nos interesan especialmente. En cuanto al impacto de la COVID en la salud mental de las personas, la situación de vulnerabilidad como condición humana y los determinantes sociales de salud se han puesto en evidencia con esta pandemia. Y es importante la reflexión, es importante saber cómo las políticas sanitarias tienen que ser sensibles ante estos dos aspectos: la vulnerabilidad como condición humana, los determinantes sociales de salud y, naturalmente, las desigualdades, porque las políticas se construyen observando la realidad, reconociendo la realidad y buscando soluciones, pero también sobre la cultura del cuidado y el buen trato, porque es importante que las instituciones incorporen en su forma de actuar el buen trato, y el buen trato pasa porque la ciudadanía no espere meses, no espere semanas una atención que es en algunos casos urgente y en otros casos muy importante, tan importante como urgente.

Sobre el dispositivo sanitario de salud mental y las estrategias, le agradecería mucho una valoración sobre el Plan de Respuesta Asistencial Prioritaria en Salud Mental del que usted ha dado algunas pinceladas. Es de mayo de 2020 y me ha parecido entenderle que le parecía que era el momento de su actualización, que ya probablemente vamos tarde, pero este plan se centra en tres colectivos de vulnerabilidad específica: los profesionales sanitarios, los pacientes con COVID-19 grave y los familiares en duelo por COVID-19. Probablemente también hay que replantear a día de hoy los colectivos a los que hay que dirigirlo y los objetivos. ¿Cree usted que este plan responde a los tres elementos de acción en Salud Mental, según Naciones Unidas, que son el enfoque poblacional, la atención de emergencia a los problemas de salud mental y psicosocial y una nueva organización de atención a la salud mental para el futuro? Porque en esto también hay que pensar; hay que pensar cómo debe ser el dispositivo para responder a las necesidades, porque el futuro ya está aquí; está aquí, lo estamos viendo.

¿Y cree usted que este actual plan de respuesta asistencial prioritaria en salud mental en la crisis del COVID-19 recoge el compromiso de inversión extraordinaria en atención a la salud mental del Sermas, como forma de minimizar consecuencias y reparar daños en la crisis por COVID-19 y como oportunidad para continuar construyendo un sistema de atención de calidad para el futuro siguiendo el modelo comunitario? Porque esta es la línea que plantea el Plan Estratégico de Salud Mental 2018-2020 y tienen que concordar las estrategias; las estrategias tienen que tener al menos la concordancia suficiente para que la ciudadanía, los profesionales, sepamos cuáles son las estrategias reales. ¿Cree usted que esta respuesta no sanitaria a la que se refieren estos planes, sino social,

laboral y económica, se está produciendo en la Comunidad de Madrid? Porque los determinantes sociales de salud son determinantes, son sociales y son fundamentales para la salud, con lo cual es importante saber si estas políticas son políticas consultadas con los profesionales. Por mucho dispositivo sanitario que hagamos crecer, hace falta también esa respuesta no sanitaria y es importante que ustedes en esto tengan una presencia y una participación fundamental, porque pueden orientar a la Administración.

Por último, también me gustaría conocer su valoración sobre el Plan de Atención Integral al Profesional Sanitario Enfermo –PAIPSE-. ¿En realidad está dando respuestas a las necesidades de los profesionales o necesita mayor dotación presupuestaria, mayores equipos, unos equipos dotados de mejores recursos o incluso los profesionales, que probablemente son muy deficientes? Por tanto, ¿cómo cree usted que debe abordarse la COVID persistente entre el personal de los servicios sanitarios y, en concreto, en el Sermas? Muchísimas gracias.

La Sra. **PRESIDENTA**: Muchas gracias. Es ahora el turno de intervención del Grupo Más Madrid; doctor Figuera, cuando usted quiera.

El Sr. **FIGUERA ÁLVAREZ**: Muchas gracias, presidenta. Muchas gracias, Marta Carmona, por haber venido a poner de manifiesto, como representante de la Asociación Madrileña de Salud Mental a la que yo también pertenezco, todas las grandes dificultades y la situación que tenemos hoy en día con respecto a la salud mental, pero no solo la salud mental comunitaria sino la salud mental en general y, sobre todo, todo el estrago que están haciendo la COVID y las sucesivas olas en nuestra salud mental. Esta comparecencia para nosotros era fundamental sobre todo para volver a poner voz a las personas que estáis trabajando día a día al pie del cañón con todas las problemáticas de salud mental. La AMSM –Asociación Madrileña de Salud Mental- es una asociación multiprofesional, como tú has dicho, y esto lo quiero recalcar porque es muy importante, porque es de las pocas asociaciones científicas en las que se pueden aunar todos los colectivos y todas las personas que trabajamos en salud mental, en los lugares de trabajo diferentes, en la Atención Primaria, a nivel educativo, a nivel de los dispositivos de salud mental comunitarios, a nivel de las unidades de hospitalización y de larga y media estancia, a nivel de la red de atención social a las personas con enfermedad mental.

Y yo te quiero hacer sobre todo algunas... Quiero darte las gracias, por un lado, pero sobre todo porque esta comparecencia era para que los señores del Partido Popular, los señores que están en el Gobierno, pudieran escuchar de primera mano todas estas dificultades desde una asociación que es científica, desde una asociación que se supone que tiene unos intereses para la población general, desde una asociación que tiene las ganas de que la salud mental comunitaria y la pública puedan salir adelante. Y yo creo que has sido muy clara en la exposición de todo lo que nos falta y en lo que nos faltaba de antes. Y sabemos claramente por dónde se puede mejorar la atención de la salud mental. Necesitamos mucho más presupuesto, tú lo has dicho claramente: hay casi que duplicar el presupuesto para ponernos a niveles, mínimamente, de poder sostener la avalancha para triplicar el presupuesto, como se aprobó en el plan de recuperación, donde por primera vez se aprobó una resolución de salud mental que nosotros presentamos en el plan de recuperación, allá en septiembre

del año pasado. Y la pregunta es: ¿por qué creéis que el Gobierno no escucha? Porque no escucha a los profesionales, no escucha a la calle, no escucha al resto de los políticos, no escucha a Europa, no escucha a la OMS y otra vez, efectivamente, en los presupuestos nos vuelven a traer un plan ridículo, con unos presupuestos que sabemos que son absolutamente insuficientes –tú lo acabas de señalar- y aparentemente no pasa nada. No sabemos si es que la salud mental, que efectivamente tiene esos determinantes sociales de la salud como uno de los factores de vulnerabilidad más importante, que evidentemente no es el único, porque sabemos de los factores del deterioro y de los factores biológicos, que no se nos olvidan a pesar de que nos han criticado por hablar de los determinantes sociales. ¿Por qué no se escucha? ¿Por qué no hay un observatorio? ¿Por qué en los planes de salud mental no se ha consultado ni os están consultando? ¿Por qué no os han llamado para las evaluaciones del último Plan de Salud Mental? ¡No lo entendemos! Yo no lo entiendo bien, cuando se han aprobado resoluciones, como la PNL que efectivamente planteamos antes del verano desde nuestro grupo parlamentario, como la PNL de ahora –de hace unas semanas-, prácticamente también aprobada en la Asamblea de Madrid. ¿Por qué no se escucha? ¿Qué es lo que pasa, cuando es algo que está tan claro, cuando es relativamente barato en proporción a las inversiones en otras cosas? Para construir un Zendal no ha habido problemas en gastar 150 millones, lo acabamos de escuchar, un Zendal que ahora hay que reconvertir, que no sabemos muy bien para qué va a servir: ¡33 millones! Realmente es que el año pasado, además, se confundieron en la última partida del dinero del Plan de Salud Mental en 2020 y se mezcló con las partidas aparentemente extras para los planes de la COVID, para estos planes de urgencia. Realmente, lo que no entiendo –y me gustaría, si pudiese, que hiciera una reflexión- es por qué creéis que no se escucha, qué es lo que pasa, por qué no interesa mejorar todo esto cuando es tan relativamente barato, cuando están las asociaciones de enfermos, cuando la gente se manifiesta en la calle, cuando está aumentando el nivel de suicidios, el nivel de sufrimiento de la población, cuando está en todos los medios, en los periódicos, cuando está en el Congreso, cuando –y doy un recuerdo a la familia de Verónica Forqué- nos acabamos de enterar, hoy, de que acaba de fallecer Verónica Forqué probablemente por un suicidio, como ha informado la policía, y realmente es espeluznante lo que está pasando. Yo no entiendo, y no entendemos, por qué no se puede hacer algo más, por qué no se implementan más partidas de dinero, por qué no se especifican en los presupuestos de la Comunidad de Madrid más recursos para la red de atención, para la Atención Primaria, para aumentar la psicología en todos los sitios, para...

También te quería preguntar qué pasa con la prevención en los colegios, en los centros culturales; qué pensáis de cómo trabajar para esa prevención, que sabemos hoy en día cómo se puede hacer, a nivel también de la atención infantojuvenil. Y, luego, por qué y cómo se pueden emplear más recursos, qué impedimentos hay, por ejemplo, a nivel de recursos intermedios porque, por ejemplo –tú lo has dicho muy bien- hay una media de un año de lista de espera para los hospitales de día. Sabemos –yo trabajo en un hospital de día y lo compatibilizo con venir aquí- que estamos saturados y que nosotros necesitamos recursos humanos, efectivamente, necesitamos la capacidad de poder tener un rato para escuchar a los pacientes porque nuestra herramienta de trabajo, en el 90 por ciento del tiempo, es una herramienta de escucha, es una herramienta de vinculación. ¿Por qué? ¿Por qué no se puede cambiar este modelo? ¿Por qué hay un interés tan claro,

como se ha demostrado hace poco, en que los fondos de inversión se estén metiendo en las unidades de media y larga estancia en los centros de rehabilitación psicosocial? Si hay tanto interés ahí, si es un negocio, ¿por qué no se puede mejorar?, ¿por qué ha retrocedido la salud mental comunitaria?, ¿por qué la COVID no se está aprovechando como una oportunidad de verdad para ampliar los recursos? Porque es verdad que, por suerte o por desgracia, no vamos a tener otra oportunidad como esta para las próximas generaciones. Y, sobre todo, estamos viendo la incidencia, efectivamente, en las urgencias de la avalancha de problemas de salud mental en los chavales jóvenes, con niños que se están suicidando –y ya se está sabiendo- con 7 y 8 años; o sea, cada vez más jóvenes, niños que se han quedado en casa con un sufrimiento enorme, con un aumento en las adicciones, que no son con sustancias, a través de internet. La soledad de las personas mayores también, en las residencias, abandonadas a su suerte. Lo que me gustaría saber es qué podemos hacer, qué crees que podemos hacer los políticos para poder convencer a los Gobiernos de que aumenten el presupuesto, de que nos hagan caso, de que escuchen a las personas que sufren en primera persona, a sus familias –como decía la representante de Vox- y a toda la sociedad. Porque sabemos claramente lo que podemos hacer y lo que no entendemos –yo no lo entiendo, claramente- es que después de tantas resoluciones, de tanto apoyo, de una unanimidad de todos los grupos políticos, aparentemente luego no se haga absolutamente nada y se siga pensando en la salud mental, como siempre, como lo último de la cola junto con otros problemas de las personas con discapacidad. ¿Por qué? Porque yo no lo acabo de entender, la verdad. Desde Más Madrid no acabamos de entender que después de tantas resoluciones aprobadas por unanimidad no haya un cambio y, encima, tampoco os llamen, a los colectivos de la sociedad civil, por ejemplo al nuevo Plan de Salud Mental o a evaluar el anterior, cuando aparentemente todo esto se tiene que solucionar, porque no es de derechas ni de izquierdas sino que es simplemente evidencia científica de cómo funcionan las cosas.

Lo quiero dejar aquí. Te quiero felicitar, de verdad. Me encantaría que tuvieras más tiempo y, desde luego, te vamos a llamar y os vamos a llamar, como Asociación Madrileña de Salud Mental, a comparecer en más ocasiones, y me gustaría saber si realmente, en último extremo, estaríais dispuestos a colaborar de manera activa y que lo oigan los señores del Partido Popular, aquí, y se puedan manifestar y ojalá hoy hubiera estado el doctor Raboso, que sabemos que no puede venir por temas de COVID, pero me gustaría que la persona que lo vaya a representar pueda respondernos también a esta pregunta. Muchas gracias.

La Sra. **PRESIDENTA**: Muchas gracias. Cierra este turno de intervenciones de los grupos políticos la señora Dávila por el Grupo Parlamentario Popular; cuando usted quiera.

La Sra. **DÁVILA-PONCE DE LEÓN MUNICIO**: Muchas gracias, presidenta. Buenas tardes, señorías. Muy buenas tardes, señora Carmona; muchas gracias y bienvenida a la Asamblea de Madrid. En primer lugar, permita que me dirija a mis compañeros, y en particular al diputado Figuera: aunque el doctor Raboso hubiese venido, lo hubiese defendido yo. Siento transmitirle este mensaje, que parece que no le gusta.

Y también me voy a dirigir, en segundo lugar, a algunos diputados que han hecho una serie de afirmaciones que no son reales, y nosotros hemos contrastado la información porque nos gusta tomarnos esta comisión en serio. Yo entiendo que hay cosas de las que hay que hacer política, pero nosotros hay algunas cosas que no podemos consentir. Por ejemplo, que no se recojan contribuciones al Plan de Salud Mental por parte de las entidades, sociedades científicas, pacientes, sociedades de pacientes y profesionales, porque es así y así ha sido, y puede usted preguntarlo a la doctora Mercedes Navío, que es la que coordina la Oficina Regional de Salud Mental y es la que asume todas las contribuciones que se hacen al plan. Del antiguo plan –ya estamos en marcha con el siguiente Plan de Salud Mental- se ha ejecutado íntegramente el presupuesto, un total de 33.288.482 euros. Por supuesto, hay márgenes de mejora, de ahí que a raíz de este Plan de Salud Mental se haga un nuevo Plan de Salud Mental, pero primero se hace una evaluación y se vuelven a tomar en consideración las contribuciones de las entidades, de las asociaciones. Las contribuciones de la Asociación Madrileña de Salud Mental al anterior plan –el actual aún no está publicado, pero recientemente verá la luz- fueron recogidas en ese plan y así lo ha manifestado la Consejería de Sanidad.

¿Qué acciones destaca el presupuesto del plan anterior? Un 59 por ciento en una dotación de recursos humanos, que ahora –bajo mi modesta opinión- veremos a ver si se han redistribuido o no bien esos recursos, y un 33 por ciento a dotación en infraestructuras y nuevos dispositivos. Este plan ha conllevado la contratación de 225 nuevos profesionales en la red de salud mental. Estamos viendo que estaba usted haciendo mención a datos previos a este Plan de Salud Mental, que inicia su funcionamiento en el año 2018, y da usted datos económicos y de distribución de recursos del año 2015 para atrás; ha dado datos de 2008... Sí, bueno, yo he tomado buena nota de lo que ha dicho y ha dado datos previos a toda esta contratación que se ha cerrado en estos últimos años, de 2018 a 2020. Y me gustaría relatarle un poco esa redistribución. Se ha reforzado la atención comunitaria con 141 nuevos profesionales en los centros de salud mental. Destaca la potenciación de la atención domiciliaria –usted ha hablado de su importancia- por enfermería, con un total de 56 nuevas enfermeras. Asimismo se suman en estos centros 25 psiquiatras, 37 psicólogos clínicos, 13 trabajadores sociales y 10 administrativos. Con respecto a estos refuerzos, no se incluyen los del plan COVID, que han supuesto que se haya llegado hasta más de 300 contrataciones. Se han puesto en marcha varios recursos, como decía: un nuevo hospital de día infantojuvenil en el Hospital Puerta de Hierro Majadahonda, un nuevo hospital de día de trastornos de la personalidad en el Hospital Doctor Rodríguez Lafora, la creación de un nuevo hospital de día de adultos en el Hospital La Paz, la ampliación de la dotación de unidades de hospitalización breve, con 21 profesionales. Se ha puesto en funcionamiento una nueva unidad de hospitalización breve de adolescentes; refuerzo del hospital de día de la unidad de trastornos de la conducta alimentaria del Hospital Santa Cristina; refuerzo de personal en programas especiales de diagnóstico complejo de trastorno del espectro autista en el Gregorio Marañón, la unidad AMI-TEA; refuerzo de profesionales en el equipo de calle de salud mental para personas sin hogar con trastorno mental grave; refuerzo del servicio especializado de salud mental para personas con discapacidad intelectual; refuerzo del Paipse, como ha dicho también la diputada del Partido Socialista; y un incremento de cien camas de media y larga estancia para pacientes con trastorno mental grave, entre otras cosas.

Habla usted de ratios profesionales y de que están lejos de los estándares. Nosotros tenemos cierto vicio, aquí, en la Comunidad de Madrid, de contar como ratio de profesionales solo a los que atienden en la sanidad pública, si bien es verdad que en otros países de Europa, primero, el modelo de financiación de la sanidad es completamente diferente, hay un sistema generalmente de copago para los usuarios, cosa que aquí no sucede, pero es que también atendemos en nuestras consultas privadas, ¿no? Ustedes atienden en la pública, atienden en la privada y yo, por ejemplo, como es mi caso, trabajo en una consulta privada, y deberíamos formar parte de la ratio, según lo que yo creo, porque atendemos a pacientes que eligen la asistencia privada porque, gracias a la voluntad política de este Gobierno, podemos decidir quién queremos que nos atienda y dónde.

Con respecto al plan de respuesta asistencial prioritaria de salud mental por el COVID, efectivamente, esto ha respondido a una necesidad sobrevenida que ojalá no hubiésemos tenido, pero que también ha supuesto refuerzos en los centros de salud mental y, además, ningún jefe de servicio de ninguna orientación ni política ni ideológica ha rechazado este plan; todo lo contrario. Además, cada jefe de servicio ha tenido un amplio margen para autogestionar a la hora de posicionar los recursos priorizando entre las diferentes necesidades locales; quiero decir que no ha sido una cosa política, los políticos generalmente, en el caso de la gestión de la Consejería de Sanidad ofrecen los recursos y muchas veces son los jefes de servicio y los propios equipos los que los distribuyen; no decide el consejero a dónde van a ir esos refuerzos.

Y, con respecto al nuevo Plan de Salud Mental, que, como nos ha trasladado en comisiones anteriores el director general y aquí también se ha pedido la comparecencia de la doctora Navío, le quiero informar de que hay una línea estratégica nueva que va a revisar la relación entre la Atención Primaria y la salud mental para atender a esos trastornos mentales más leves, que no necesitan ni hospital de día ni hospitalización, para que se combata la medicalización y la psicologización de algunos malestares de la vida cotidiana y que así podamos reducir las demoras que actualmente en muchos casos son significativas con respecto a la psicología clínica sobre todo. Quiero decirle que aquí, en la Asamblea de Madrid, hemos pedido al Ministerio de Sanidad que convoque más plazas PIR y que convoque más plazas MIR de la especialidad de psiquiatría infantil y adolescente. También hemos trasladado, y trasladamos desde nuestro grupo, que consideramos muy insuficiente la dotación del plan de prevención del suicidio del Estado que nos vendió el presidente Sánchez y que no va a dar nada más que para folletos.

Con respecto a alguna de las líneas que se han abierto por motivos de la urgencia y con las que ustedes han sido ciertamente críticos, por ejemplo con la apertura de unidades de hospitalización para adolescentes por vía de emergencia en la Clínica de Nuestra Señora de La Paz... Sí, eso es lo que he leído. Ha dicho usted que es fruto del desmantelamiento de lo público y de la privatización. Bueno, son plazas que suelen salir en todas las comunidades autónomas, gobierne quien gobierne, por vía de emergencia, en tanto en cuanto se desarrollan algunos servicios con recursos propios, que muchas veces conllevan nuevas construcciones o adaptaciones de construcciones, y esas cosas hay que sacarlas a concurso, y muchas veces nos cuesta mucho más eso que unas camas que ya podemos adjudicar a pacientes que lo necesitan porque, efectivamente, sabemos que la parte de infantil y

adolescente, sobre todo en trastornos de la conducta alimentaria más grave y en tentativas o conductas suicidas, requieren una hospitalización en un amplio porcentaje y, además, urgente. También se ha apostado por la atención a domicilio. Sabe usted que se ha abierto alguna unidad, últimamente, de atención a domicilio en trastornos, que está funcionando muy bien. Además, es algo que agradecen mucho los pacientes, sobre todo hablando de pacientes infantiles y adolescentes, pero sobre todo también los padres.

Así que no sé si me da tiempo a mucho más, porque no he puesto el reloj, pero sí me gustaría trasladarle un último mensaje con relación a la intervención psicosocial. Muchos de los diputados que estamos aquí también pertenecemos a la Comisión de Discapacidad, yo soy la portavoz de mi grupo y me gustaría animarle a que vea la intervención de la consejera de Políticas Sociales en la Comisión de Discapacidad, en la que explica cuáles son las nuevas medidas que se han tomado para las personas con trastorno mental grave y duradero en situaciones de carácter social que, como usted bien ha dicho, son las que lleva esa consejería. Esperaré a sus intervenciones para luego darle otra serie de datos que a lo mejor también le pueden resultar interesantes. Muchas gracias.

La Sra. **PRESIDENTA**: Cerramos ya este punto del orden del día con su intervención; cuando usted quiera, tome la palabra.

La Sra. **PRESIDENTA DE LA ASOCIACIÓN MADRILEÑA DE SALUD MENTAL** (Carmona Osorio): Muchas gracias a todos por sus preguntas; muy interesantes todas ellas. No sé si me dará tiempo a responder a todas, pero intentaré cubrir un poco algunas de las ideas principales de lo dicho y empezando en orden inverso. Desde la Asociación Madrileña de Salud Mental, evidentemente, celebramos que se haya abierto la unidad de adolescentes, teniendo en cuenta la situación de tremendo atasco que había durante los meses previos en las urgencias. Pero lo que volvemos a decir, una y otra vez, es que si solo apostamos por soluciones hospitalarias, ya sean de corta, media o larga estancia en cualquier grupo de edad, al final tendremos un circuito comunitaria totalmente colapsado al que nunca se mira lo suficiente, que no puede dar una respuesta digna y que acompaña a la vida de las personas. Y, entonces, al final tenemos a una a sociedad sufriendo, a unas personas muy vulnerables en una situación de crisis que acaban ocupando ese tipo de recursos, se colapsan esos recursos y reciben una atención que probablemente no es la que merecen. Evidentemente, ¿es mejor eso que nada? Por supuesto que sí. Pero, además de abrir esas unidades, ¿es necesario reforzar el nivel comunitario? También. Y eso lo vamos a seguir diciendo siempre.

Por mencionar un poco de las ratios, para equipararnos con la media europea necesitaríamos cinco veces más enfermeras especialistas en salud mental, tres veces más ecólogas, tres veces más trabajadores sociales y dos veces más psiquiatras. Esto para estar en la media. Teniendo en cuenta que las plantillas venían de estar tremendamente infradotadas, evidentemente, el plan de respuesta asistencial, al meter 33 facultativos más en medio hospitalario y 23 más en medio ambulatorio, evidentemente, es un soplo de aire fresco, pero no se ha contratado a más enfermeras ni a más trabajadoras sociales, con lo cual los equipos de continuidad de cuidados, que insisto son los que sostienen a las personas con trastorno mental grave, no han recibido ningún tipo de refuerzo.

Una vez más, la población más vulnerable en ese sentido se vuelve a quedar menos atendida que el resto, cuando lo necesitaban tanto o más.

Si hay una cosa que nos ha enseñado la pandemia a todos –creo que no solo en salud mental- es que ha puesto de relieve la interdependencia entre las personas, entre las circunstancias. O sea, yo entiendo esta diferencia que se nos pregunta entre trastornos mentales graves, trastornos mentales comunes –en relación con lo que decía la señora Joya-, pero, en realidad, en salud mental, aunque en la visión transversal puntual sí que podamos hacer una diferenciación fenomenológica o una diferenciación clínica, lo cierto es que en el funcionamiento eso no está tan desligado. Pongamos de ejemplo a dos hermanas, una de las cuales tiene un diagnóstico de esquizofrenia paranoide, un diagnóstico de enfermedad mental clásica muy claramente identificable, y su cuidadora principal y conviviente es su hermana, que tiene un trastorno de ansiedad generalizada, un trastorno mental común. Teniendo en cuenta que el cuidado que se brindan entre ellas dos es imprescindible para el equilibrio mental de ambas, si el despido de la que tiene el trastorno de ansiedad generalizada, que es un trastorno mental común, afecta tanto a ambas que acaba ingresando por un brote y por una descompensación en la que diagnosticada de esquizofrenia... Quiero decir, el despido de una ha afectado directamente a la otra, porque el cuidado que se ejercen entre ellas y la relación que tienen entre ellas está indisolublemente ligado a los síntomas que tienen y a sus trastornos. Toda la salud está muy ligada con las condiciones de vida, pero es que en salud mental esto se pone particularmente de relieve, por eso es imprescindible para cuidar la salud mental de la población que haya una serie de políticas que atiendan a que las vidas, para empezar, merezcan la pena ser vividas, y esto parece una cosa muy teórica, pero con los adolescentes en consulta se habla muchísimo. ¡Cómo no van a querer morirse cuando tienen un futuro por delante de lo más desolador muchísimos de ellos! Entonces, esta es una cosa que en la realidad clínica comparece de forma continua. Por eso también es importante poner el foco, poner los presupuestos y poner todo el empuje posible en el nivel comunitario de la asistencia a la salud mental, porque solo en el nivel comunitario es donde podemos atender bien a las personas, conociendo verdaderamente su contexto, conociendo sus condiciones de vida y pudiendo coordinarnos y organizarnos con todos los agentes comunitarios que pueden transformar esas condiciones de vida. Entonces, esta separación de momentos de crisis, entonces ponemos unidades que atienden muy específicamente en momentos muy concretos o por patologías muy concretas. No dudo de la calidad de la asistencia en esas unidades; está clarísimo que sí, pero lo cierto es que el potencial de transformación en la vida de las personas es infinitamente más bajo que el que tiene, al final, el profesional de referencia en el centro de salud mental. Por eso el último Plan de Salud Mental, el de 2018-2020, cierto es que vuelve a poner la mirada en los centros de salud mental, pero lo cierto es que veníamos de una década completa en la que no había habido absolutamente nada de inversión y es un hecho incontestable que en 2018 la ratio de enfermeras y trabajadoras sociales era más baja que en el año 2000. Entonces, aunque haya habido un aumento de la inversión, no es capaz de revertir dos décadas completas de abandono de los centros de salud mental. Así que, por supuesto que agradecemos ese giro y que la oficina y el presupuesto vuelvan a mirar a los centros de salud mental, pero es que quedan dos décadas completas de efectos por revertir. Y, además, en esas dos décadas han pasado muchísimas cosas, en la red de rehabilitación

psicosocial han pasado muchísimas cosas y es que, además, la sociedad se ha transformado mucho en estas últimas dos décadas. Entonces, claro que se agradece ese cambio de mirada, pero teniendo en cuenta que un tercio de ese plan sigue yéndose a conveniar camas de larga estancia, vemos que hace falta mucha más inversión en el ámbito comunitario. Insistimos, porque es el único ámbito desde el cual se puede mirar y se puede trabajar con una mirada comunitaria que tenga en cuenta las condiciones de vida.

A la Asociación Madrileña de Salud Mental se le consultó, en efecto, antes de la publicación del último Plan de Salud Mental, pero lo cierto es que –yo creo que esto es algo común a todos los colectivos- querríamos poder participar más proactivamente, no solamente al final sino durante toda la elaboración. Es cierto que ha habido siempre una intención de la oficina por contactaros, pero es verdad que nosotros deseábamos poder hacerlo de una forma más intensiva y más a lo largo de todo el proceso, y desde aquí lo manifestamos, y manifestamos nuestra absoluta disposición tanto con la oficina como con esta comisión o con la Comisión de Políticas Sociales para aportar todo lo que podamos.

Quería comentar también, respecto al Paipse y respecto a los refuerzos dedicados a los profesionales sanitarios, esta es una de las cosas que más nos gustó en realidad del plan de respuesta asistencial; que se reforzara. Es verdad que los profesionales sanitarios han sufrido enormemente, y a nivel de salud mental se ha visto una repercusión importante y agradecemos mucho que se pusiera el foco en ellos. Es cierto que los profesionales de Atención Primaria, en ese sentido, da la sensación de que quizá no tienen una cobertura tan clara y, además, incluso aunque se pongan profesionales o se haga más accesible en la atención técnica el sufrimiento que puedan tener los compañeros en Atención Primaria, lo cierto es que están teniendo que trabajar en unas condiciones que, por mucha intervención técnica que les pongamos al alcance de la mano, la mejor de las intervenciones psicoterapéuticas no es capaz de compensar unas circunstancias y unas condiciones de trabajo totalmente inasumibles. Esto yo creo que se puede aplicar a cualquier sanitario, pero, en el caso de Atención Primaria, es particularmente flagrante y particularmente duro ver a los compañeros trabajar en condiciones durísimas y con un efecto y un impacto emocional sobre ellos tremendamente importante. Esa es una de las cosas que en el día a día de las consultas y en el día a día del trabajo en la red de salud mental vemos, que Primaria no está pudiendo trabajar como ellos saben y como ellos pueden, porque no se les está dejando y esa es una de las cosas que más nos alarman.

La Sra. **PRESIDENTA**: Si ya ha finalizado, le damos las gracias por haber estado hoy con nosotros y cerramos este punto del orden del día para iniciar el penúltimo, que es la comparecencia del Colegio... *(Pausa.)* ¿Por qué me miran ustedes así? En principio, como es un 211, no se abre otro turno de intervención; si les ha quedado alguna información, me gustaría que... *(Rumores.)* Ya lo sé. No lo hay, pero sí es cierto que, si quieren acompañarla y charlar... *(Rumores.)* Pues lo siento, pero pasamos al siguiente punto del orden del día. Limpiamos el escaño, por favor, para dar la bienvenida al presidente del Colegio Oficial de Farmacéuticos de Madrid. *(Pausa.)* Buenas tardes. Damos las buenas tardes al presidente del Colegio Oficial de Farmacéuticos de Madrid y acompañantes; les damos la bienvenida a la Comisión de Sanidad. *(Pausa.)* Y, señorías, vamos con el octavo punto.

C-1133(XII)/2021 RGEF.16298. Comparecencia del Sr. Presidente del Colegio Oficial de Farmacéuticos de Madrid, a petición del Grupo Parlamentario Popular, al objeto de informar sobre la prestación farmacéutica a los ciudadanos en la región. (Por vía del artículo 211 del Reglamento de la Asamblea).

Como se trata de la aplicación del artículo 211, como en el anterior caso, abre el debate, por quince minutos, el señor presidente; así que, cuando usted quiera, tiene la palabra.

El Sr. **PRESIDENTE DEL COLEGIO OFICIAL DE FARMACÉUTICOS DE MADRID** (González Díez): Perfecto. Muchas gracias. Buenas tardes. En primer lugar, agradezco a la Comisión de Sanidad, y en particular al Grupo Parlamentario Popular de la Asamblea de Madrid, la oportunidad que se me da en el día de hoy para informar, según la solicitud tramitada, sobre la prestación farmacéutica a los ciudadanos de la región. Comparecí ante esta Comisión de Sanidad en el año 2018 para explicar nuestra visión del proyecto de ley de farmacia que se tramitaba entonces en esta Asamblea; en aquella ocasión no pudo ser y su tramitación se interrumpió después de formularse enmiendas por los distintos grupos parlamentarios.

En el día de hoy se me invita para informar sobre la prestación farmacéutica en nuestra región y, al mismo tiempo, disculparán que, aprovechando que ya existe un anteproyecto de la ley de ordenación y de atención farmacéutica que se someterá en breve a audiencia pública, facilite la opinión de esta corporación profesional a la que pertenecen 13.697 compañeros farmacéuticos que ejercen su actividad en distintas modalidades de ejercicio, como ha de ser: Atención Primaria, farmacia hospitalaria, docencia, investigación, farmacia comunitaria, industria o distribución farmacéutica, salud pública y laboratorio clínico, sin olvidar, por ello, otras disciplinas, como alimentación y nutrición, fórmulas magistrales, dermofarmacia, óptica y ortopedia. La prestación farmacéutica, como todos ustedes saben, quedó perfectamente definida en la Ley 16/2003, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, en concreto en su artículo 16, donde se dice: La prestación farmacéutica comprende los medicamentos y productos sanitarios y el conjunto de actuaciones encaminadas a que los pacientes los reciban de forma adecuada a sus necesidades clínicas en las dosis precisas, según sus requerimientos individuales, durante el periodo de tiempo adecuado y al menor coste posible para ellos y la comunidad.

En España, la base de datos de medicamentos financiados y no financiados nos da la idea del arsenal terapéutico con el que cuenta nuestra sanidad; un total de 23.350 medicamentos disponibles que se pueden clasificar de la siguiente forma: medicamentos con denominación genérica, principio activo más laboratorio, 33; medicamentos éticos de marca, 9.587; medicamentos genéricos – EFG-, 13.383; medicamentos publicitarios –antigua denominación EFP-, 202; medicamentos sin recetas, 7 y medicamentos a base de plantas medicinales, 138. No se incluyen en esta base de datos ni los productos sanitarios ni los envases clínicos y tampoco los medicamentos de uso o diagnóstico hospitalario. Por otra parte, la prestación farmacéutica, como ustedes saben, se encuentra incluida en la cartera de servicios comunes del sistema nacional de salud, conforme a lo desarrollado en el Real Decreto 1030 del año 2006, por el que se establece dicha cartera de servicios comunes del sistema

nacional de salud. ¿Qué se incluye en esa cartera común? Para los pacientes no hospitalizados se incluye: medicamentos financiados, efecto y accesorios, fórmulas magistrales y preparados oficinales, vacunas individualizadas antialérgicas y vacunas individualizadas bacterianas. Para los pacientes sí hospitalizados incluye: medicamento de uso hospitalario, medicamento de diagnóstico hospitalario y todo aquel producto necesario para el tratamiento del paciente ingresado en el hospital.

Uno de los elementos que más han contribuido, y contribuye aún, al control y seguimiento de la prestación farmacéutica fue la puesta en marcha de la receta electrónica en la Comunidad de Madrid. Esto sucede en el año 2013, en el mes de febrero en concreto, cuando desde el colegio, en colaboración con la Consejería de Sanidad, se produce el despliegue por zonas asistenciales de la receta electrónica. En estos momentos, la receta electrónica registra ya el 98 por ciento de las recetas prescritas en la Comunidad de Madrid; es decir, solo nos resta un 2 por ciento de recetas fresquitas en papel, que se mantendrá todavía un largo tiempo.

Cuando hemos hablado de colaboración hemos dicho bien: colaboración de las oficinas de farmacia y de su representante legal como corporación de derecho público con el sistema público regional de nuestra comunidad. La colaboración no solo fue estratégica y estructural; había que coordinar al sistema público, la sede central y los médicos de los centros de salud con las oficinas de farmacia y con la compañía, en el caso de Madrid, Telefónica, que aportaría la infraestructura tecnológica, pero también la metodología para incorporar zonas donde se ubicaban farmacias y centros de salud con toda una nueva tecnología que permitiera la comunicación y la seguridad a la vez. En este sentido, la corporación farmacéutica de Madrid puso a disposición del sistema toda la infraestructura necesaria para que la receta electrónica se pudiera poner en marcha; infraestructura que hoy se mantiene muy mejorada con el coste que asume la corporación farmacéutica. En total, 2 millones y medio de euros anuales es lo que supone mantener esta infraestructura por las farmacias de Madrid, donde destaco los sistemas de seguridad contratados a Palo Alto, además de una red VPN virtual de acceso único por la que solo circulan las recetas y tres CPD de servidores, que soportan el tráfico, por ejemplo, de este mes de noviembre, de más de 4,2 millones de actos de receta electrónica dispensadas por las 2.910 farmacias de la Comunidad de Madrid.

Llegado a este punto, tendría que facilitar cifras del gasto del medicamento en esta comunidad para conocer mejor la dimensión de la prestación farmacéutica y de la actividad de la farmacia comunitaria solo en la parte que corresponde a la disposición de medicamentos. Los años 2011, 2012 y 2013, por ejemplo, arrojaron un resultado de crecimiento negativo de lo facturado con respecto al ejercicio anterior; es decir, tuvimos decrementos de la factura de entre el 3 y el 8 por ciento con respecto a la factura del año anterior. A partir de 2014 se han producido incrementos de entre el 1,9 y el 5 por ciento. El incremento del 1,9 se refiere a 2020. En lo que llevamos de año, de enero a septiembre de 2021, el crecimiento acumulado neto es del 5,75 por ciento. El precio medio por receta, acumulado de este periodo 2021, es de 4,97 y el acumulado neto es de 5,03. Lo que las oficinas de farmacia retornan al sistema público –es decir, a la Comunidad de Madrid y a las distintas mutualidades- asciende, en el periodo de enero a octubre de 2021, a 45.877.402,24 euros, terminando muy posiblemente en algo más de 50 millones de euros como consecuencia de la

aplicación de dos reales decretos, que llevan con nosotros desde el año 2000, que producen deducciones en función de la facturación de la farmacia o por determinados medicamentos, y esto es al margen, como todos ustedes saben, de la aplicación, todos los años, de los llamados precios de referencia, que tienen un importante impacto sobre la economía de la farmacia. En lo que llevamos de año, los medicamentos de marca han representado, sobre la facturación neta del sistema nacional de salud, el 75,3 por ciento del gasto, el medicamento genérico el 24,7 del total. En unidades cambia sustancialmente: las marcas representan, sobre el total del sistema nacional de salud, el 49,2 y el genérico el 50,8. El gasto farmacéutico hospitalario ha crecido por encima del gasto de Primaria, llegando en ocasiones a dos dígitos, como fue en el año 2020, con un crecimiento sobre el año anterior, 2019, del 10,2. Aquí, en la farmacia hospitalaria, no existen –repito, no existen-, por parte del sistema público, ningún tipo de medidas que penalicen o controlen este crecimiento.

Hasta ahora he hablado de la prestación farmacéutica y del gasto en medicamento. En nuestro caso hablamos de inversión en el medicamento, que evita estancias más o menos largas en el hospital. Lo mismo que se regula la prestación farmacéutica en norma legislativa, igualmente, en norma, también se deben regular las funciones, servicios y actividades de los establecimientos sanitarios y, en especial, de las oficinas de farmacia. La Ley 14/1986, General de Sanidad, ya estableció entonces, en el año 1986!, que a las oficinas de farmacia les corresponde, entre otras actividades, la custodia, conservación y dispensación de medicamentos en su artículo 103, sin circunscribir solo a estas funciones cuál debe ser a partir de ahí la participación de la oficina de farmacia en el conjunto del sistema nacional de salud. En el caso de las funciones y servicios que prestan las farmacias, como el seguimiento farmacoterapéutico, la adherencia o la prevención y promoción de la salud, entre otros, la ley debe reconocer otras funciones y servicios que surjan de las nuevas necesidades de la población ligadas a una farmacia cada vez más asistencial relacionada con el paciente. Sin duda, la legislación estatal necesita igualmente de una adaptación moderna de la visión de la farmacia del siglo XXI. A mayor abundamiento, la Ley 16/1997 –he hablado hasta ahora de 1986, ahora vamos a hablar de 1997-, de Regulación de Servicios de las Oficinas de Farmacia, relaciona, en su artículo 1, los servicios que se deben prestar desde estos establecimientos sanitarios e incluye desde el seguimiento de los tratamientos farmacológicos hasta la detección de reacciones adversas, con notificación a los organismos de farmacovigilancia, o la adherencia de los medicamentos en los tratamientos. A esto me refería cuando decía que la ley estatal debe reconocer el avance de la farmacia a requerimiento de la sociedad. Posteriormente, la Ley Autonómica 19/1998, de Ordenación y Atención Farmacéutica de la Comunidad de Madrid, recoge, como no podía ser de otra forma, las funciones y servicios de las farmacias. Con posterioridad a esta ley autonómica se dota a las farmacias de nuevas funciones relacionadas con sistemas de vigilancia que se unen a las de farmacovigilancia. Me estoy refiriendo a la notificación de efectos no deseados y efectos graves relacionados con el uso de productos cosméticos, denominada “cosmetovigilancia”, y a la notificación de incidentes con productos sanitarios. A partir de esta norma específica del sector, del año 1998, a excepción de previsiones incluidas en el concierto y convenios suscritos por este colegio y la Consejería de Sanidad, no existe otra norma habilitadora de funciones y/o servicios a pesar de haber transcurrido 23 años y de una demanda social que se ha visto a lo largo de esta pandemia reforzando

líneas de cooperación con el sistema regional. Esta previsión de la atención farmacéutica domiciliaria ha sido muy bien acogida por los ciudadanos de nuestra Comunidad de Madrid y es una de las actividades reconocidas que ha venido a quedarse entre nosotros por demanda de la población.

El Colegio Oficial de Farmacéuticos de Madrid, como todos ustedes bien saben, es una corporación de derecho público que tiene por misión, entre otras, la defensa de los intereses de sus integrantes y la colaboración con el sistema nacional de salud en tanto aborda cuestiones relacionadas con el sistema público de nuestra región. En este sentido, se suscribió un convenio con la Consejería de Sanidad que posibilita hacer realidad las campañas y acciones relacionadas con la prevención y promoción de la salud de los ciudadanos. Con independencia de los casi 14.000 colegiados, nuestra comunidad cuenta con 2.910 oficinas de farmacia, de las que 1.815 están situadas en Madrid ciudad y 1.095 en el resto de municipios. Estos recursos esperan ser utilizados por el sistema público en beneficio de nuestra población, de forma razonable, y cooperar con el resto de profesionales sanitarios. Somos los farmacéuticos los primeros en reforzar esta estrategia y en contribuir a mejorar, si cabe, la salud de todos en un entorno multidisciplinar donde todos caben y donde todos los profesionales deben respetarse para contribuir a optimizar esfuerzos. Son recursos limitados, pero que podemos contar en nuestro sistema para lograr los beneficios que todos buscamos para la sociedad. La planificación es la mejor herramienta para que los ciudadanos tengan un acceso fácil al medicamento. En la Comunidad de Madrid hay diecisiete municipios que no cuentan con farmacia; son municipios de entre 48 y 200 habitantes; sin embargo, existen farmacias, como la de Pinilla del Valle, con 191 habitantes, o Alameda del Valle, con 200 habitantes. Como decía, la planificación es la mejor herramienta para que el ciudadano llegue a esa accesibilidad que hoy cuenta para ser dispensado el medicamento y los servicios a pacientes. Esa planificación será un éxito si somos todos capaces de recoger en norma la ordenación de nuestros establecimientos sanitarios, que son concertados, por otra parte, con los centros de salud y hospitales de las zonas básicas de salud, dentro de una misma planificación sanitaria que además cubra todos los recursos para ponerlos a disposición de nuestros ciudadanos. Y esto que parece obvio, sin embargo, hasta ahora, señorías, no ha sido así. Esta pieza básica, que tiene que fijarse en norma de ley, no lo es en estos momentos precisamente porque la planificación prevista en nuestra ley del año 1998 nada tiene que ver con la actual planificación de centros y establecimientos sanitarios de la Comunidad de Madrid. Y esta debe ser una de las razones que inspiren la nueva ley que se está instruyendo en nuestra comunidad, y no solo por el efecto de la planificación sino también por las necesidades de la sociedad derivadas de nuevos acontecimientos que se viven recientemente y que necesitan de una respuesta ágil, coordinada y con todos los dispositivos puestos a disposición de nuestro sistema de salud.

Aún estamos ante una pandemia que ha precisado de utilizar todos los recursos sanitarios disponibles de la comunidad. La farmacia ha hecho durante estos dos años lo que le han pedido las autoridades sanitarias –lo digo así de claro: itodo lo que nos han pedido las autoridades sanitarias!-, pero aún nos sentimos... Yo siento que puedo hacer mucho más, ¡muchísimo más! Esperamos que, en las circunstancias en las que nos encontramos en estos momentos, se nos solicite algo más, y no solo poder hacer entrega de un test. Hay comunidades que están avanzando, y mucho, por ejemplo, en certificar los test que se hacen en las farmacias a petición y con el consentimiento del paciente. Estos

son cribados muy importantes que pueden facilitar datos de salud pública, como también fuimos nosotros la única comunidad que realizó test de antígenos a través de sus oficinas de farmacia; la única comunidad en España! Algo más de 300.000 test de autodiagnóstico, solo en el mes de noviembre!, han sido puestos a disposición de las farmacias por laboratorios y por la distribución farmacéutica. Sin embargo, no sabemos nada de sus resultados. ¿Cuántos positivos? Ya no lo vamos a saber. Esperamos que el consejero, con el que he hablado de este tema, vea con interés este ofrecimiento y se puedan estudiar procedimientos que tenemos para poner esta colaboración en marcha y notificaciones a los centros de salud.

La ley de farmacia, hoy en trámite como nuevo anteproyecto de ordenación y atención farmacéutica, es necesaria para una farmacia que precisa de nuevas funciones, servicios, secciones y actividades que la población, ¡hoy en día!, nos está demandando. La Ley de 1998 pertenece al siglo XX, con demandas sociales y políticas de aquel tiempo: no existía el concepto de atención farmacéutica, la planificación sectorial y no incluía a la planificación sanitaria de la comunidad, las funciones estaban limitadas, las exigencias administrativas se convertían en trabas burocráticas y dificultaban decisiones que deberían ser más ágiles, los horarios estaban limitados o por módulos, la relación con los centros asistenciales no existía, los traslados fuera del municipio tampoco, así podría seguir añadiendo situaciones que, siendo lógicas en la época, no se corresponden con la demanda de una ciudadanía cuyas necesidades y exigencias hoy en día son muy distintas. Hoy tenemos que tener en cuenta las redes sociales, la publicidad ordenada, el mundo on line o las páginas web que precisan de ser reguladas para que su utilización, tanto por los profesionales como por los ciudadanos, sea acorde a los principios de seguridad y con garantías.

La Ley de 1998 fue muy interesante en aquellos años, porque, aunque solo se disponía de disposiciones reglamentarias de carácter nacional, algunas comunidades autónomas comenzaron a desarrollar sus leyes; solo en Cataluña y Castilla-La Mancha fueron anteriores a la de Madrid. Esta ley de 1998 es previa a la recepción por la Comunidad de Madrid de las competencias sanitarias del entonces Insalud, que fueron refrendadas por la Ley 12/2001 de la Comunidad de Madrid. Esta es una de las cuestiones a tener en cuenta para reivindicar una nueva ley de respuesta a los profesionales, pero también a los ciudadanos y a la colaboración multidisciplinar que debe existir entre los centros de salud y los establecimientos sanitarios.

Parece que es inminente la publicación en el Portal de Transparencia del segundo anteproyecto de ley. De las conversaciones mantenidas puedo entender que el texto tendrá una mejor calidad normativa y, con respecto al fondo, nuestras sugerencias mejorarán lo que fue el contenido del primer borrador, que tenía por objeto cumplir el trámite de rueda informativa interna por parte de los centros directivos de las correspondientes consejerías. Del primer texto de borrador que se hizo público en el Portal de Transparencia llamaron la atención una serie de puntos que deben ser reforzados en el anteproyecto que se publique. En este sentido, es fundamental que el texto contemple la libre elección de farmacia por parte del paciente o ciudadano, y que esta elección se haga extensiva a los centros sociosanitarios para que aquellos ciudadanos institucionalizados que se consideren válidos. Es básico para el papel de la farmacia que su planificación esté ajustada a la

planificación sanitaria de la comunidad y se revise el módulo de habitantes. Es igualmente fundamental la relación entre la farmacia comunitaria y los centros de salud, una mayor cooperación multidisciplinar de la Atención Primaria. Es necesario determinar funciones y actividades que vayan encaminadas a mejorar la vida de los ciudadanos. Es de gran utilidad para los ciudadanos, por la accesibilidad a su farmacia, marcar la tendencia a una farmacia asistencial que colabore en planes de cribados y de prevención de la salud. Es posible, con la intervención del farmacéutico, mejorar la adherencia a los tratamientos con una atención domiciliaria a pacientes con vulnerabilidad física o psíquica. Esto, obviamente, para que no se transforme en un delivery, debe fijarse en la zona básica de salud como determinación geográfica. El abandono de los tratamientos o la confusión en la medicación de los pacientes polimedcados es consecuencia de gastos extraordinarios, algunos hospitalarios, que pueden evitarse con mayor participación del farmacéutico. Es necesario abrir los llamados SPD a terceros, como sucedió con las fórmulas magistrales, facilitando a la población y a las farmacias, que no tienen posibilidad, por estructura, acercar al paciente la dispensación por medio de sistemas de dosificación personalizados. La flexibilidad de horario, a partir de un horario mínimo ordinario y de obligatorio cumplimiento, es determinante para el servicio farmacéutico a los ciudadanos. El régimen sancionador debe ser proporcional porque no es solo para la oficina de farmacia sino también para el resto de servicios y centros sanitarios. La atención farmacéutica en centros sociosanitarios debe, igualmente, estar delimitada a la participación de las farmacias en la zona básica de salud, con ello se mejorará el servicio farmacéutico a los pacientes institucionalizados al mismo tiempo que se generará empleo cualificado.

En el fondo, nos reafirmamos en que es necesaria una ley que regule los centros y establecimientos sanitarios, las nuevas funciones y servicios, la eliminación de trabas burocráticas innecesarias, la mejora en los procesos de cooperación multidisciplinar y, sobre todo, abrir la comunicación y colaboración entre el farmacéutico y el médico de Atención Primaria. Esto es fundamental para el ciudadano porque son los profesionales más directos que tiene el paciente en la prescripción y en la dispensación. Estos son ejes que deben inspirar la nueva ley, mejorando la actividad de la farmacia comunitaria, la farmacia de hospital y la farmacia de Primaria que, desde una u otra forma, deben estar implicados en el seguimiento del paciente, cada uno desde las competencias de las que cada profesional dispone.

Muchísimas gracias a todos ustedes por darme la oportunidad de facilitarles información sobre la prestación farmacéutica y algunas ideas sobre la futura ley de ordenación y atención farmacéutica de la Comunidad de Madrid. Muchas gracias.

La Sra. **PRESIDENTA**: Muchísimas gracias, señor presidente. Y ahora tienen la palabra, por orden de intervención de menor a mayor, los distintos grupos parlamentarios. Tiene la palabra la portavoz del Grupo Unidas Podemos; cuando quiera.

La Sra. **LILLO GÓMEZ**: Gracias, presidenta. Gracias, señor González. Bienvenido a la Comisión de Sanidad y gracias por su exposición. Yo voy a aprovechar –no sé si voy a agotar todo el tiempo- para hacerle algunos planteamientos y exponer algunas dudas sobre alguno de los elementos

que usted ha puesto encima de la mesa. Empezando por la ley de farmacia... Bueno, aprovecho para hacer una reflexión, casi más al resto de los grupos parlamentarios, en concreto al grupo del Gobierno, en cuanto a las formas en la tramitación de la ley, porque, de nuevo, se colgó y la tramitación urgente supuso algunas críticas por parte de otros sectores porque impide un poco la participación. Yo aprovecho aquí, por parte de mi grupo, para hacer entender que para esta, como para cualquier otra ley cuya implantación es importante, también es importante contar con el mayor consenso posible y para eso hay que garantizar la participación de todos los agentes sociales y, en este caso concreto, de los grupos parlamentarios. Porque, además, llevamos una deriva en la que las leyes aprobadas hasta la fecha normalmente lo están siendo por lectura única. Ya no es ni siquiera que se permita la participación sino que ni siquiera hay procedimiento de enmiendas. Me gustaría preguntarle sobre esa cuestión: ¿qué le parece la importancia en la tramitación de las formas para que podamos llegar a los máximos consensos posibles en este sentido?

Entrando en el contenido de algunos elementos que usted ha planteado sobre la ley, le quiero preguntar –porque es verdad y me llama la atención que hay algunas cuestiones de las que no ha hablado y de las que me gustaría conocer su opinión- también sobre la propia crítica o los comentarios que se hicieron a este texto por parte de Sefap, por ejemplo. Entonces, es cierto que hay algunos elementos que tienen que ver con la farmacia de Atención Primaria. Yo voy a hacer hincapié en Atención Primaria, porque es un elemento que para nuestro grupo parlamentario es prioritario, y del que hemos hablado antes también en salud mental, y entendemos que también hay que hacerlo ahora porque entendemos que si hay algún elemento, algún servicio que no funciona bien, la solución no es cambiarlo sino identificar también qué campos de mejora se tienen, por ejemplo, en la cuestión de la farmacia de Atención Primaria, que entendemos, y que el propio Sefap ha entendido, que no están recogidos también elementos que la ley no recoge y que tendrían que recogerse. Por ejemplo, creo que tiene que hablar del servicio de farmacias y de las unidades de farmacia, del depósito de medicamentos en las estructuras de Atención Primaria, de lo que tiene que ver con los recursos materiales de los servicios de farmacia de Atención Primaria. En definitiva, usted ha dicho que hay nuevos retos y eso es compartido, porque COVID nos ha traído nuevas realidades, pero es cierto –y aquí quizá, seguramente, no vayamos a estar de acuerdo; usted lo ha dicho- que surgen nuevas necesidades y que la farmacia tiene que asumir nuevas funciones asistenciales. Nosotros no compartimos al cien por cien ese planteamiento porque entendemos que no se puede convertir esto en nuevas ofertas de mercado de la salud porque, además, de hecho hay declaraciones a lo largo de este tiempo, por ejemplo de Jesús Aguilar, presidente del Consejo General de Colegios Farmacéuticos, que decía: queremos ir hacia la farmacia asistencial; la reinención de la farmacia va a venir a través de los servicios profesionales; o que el objetivo de los farmacéuticos es que el autocuidado llegue a ser la mitad de todo lo que se venden en la farmacia; estos productos dejan mucho más margen; e incluyó que quienes menos se iban a beneficiar de este planteamiento iban a ser las oficinas rurales, en sitios pequeños. Nosotros comprendemos que en esa nueva búsqueda hay que adaptarse a las realidades, pero no pueden pasar por asumir funciones que entendemos que cumplen completamente otros servicios y que, quizás, si no se cumplen al cien por cien no es porque no están preparados sino porque a lo mejor no está dotados suficientemente. Y la cuestión es dotar de los recursos necesarios

a quienes ya tienen esas competencias y no abrir el abanico tanto a que sea desde la farmacia desde donde –porque me ha parecido entenderle, con la cuestión del diagnóstico- incluso se pueda diagnosticar, algo que me parece que está limitado y que así debe continuar.

Sí que me gustaría preguntarle, usted lo ha dicho, por el convenio, por ejemplo, con la Comunidad de Madrid, porque es cierto que fue al principio de la pandemia cuando se empezaron a hacer los test de antígenos en las farmacias, algo que por nuestra parte nos preocupaba mucho, por cómo se iba a garantizar la seguridad de los propios trabajadores y trabajadoras, puesto que además estábamos viendo que se justificaban, por ejemplo, el cierre de las urgencias de Atención Primaria y muchos cierres de establecimientos, justificándose que no se podían hacer dobles circuitos, COVID y no COVID. Entonces, cómo se iba a garantizar que todos esos requisitos que se ponían para otro tipo de infraestructuras de repente en las farmacias estuviesen velados.

Y luego, también, cómo era el mecanismo de comunicación con el sistema de salud pública, porque, claro, a una persona que da un positivo en COVID su médico de familia sí puede tramitarle una baja o decirle: Usted se tiene que aislar durante equis días. En el caso de las farmacias, cuando se da un positivo, ¿cómo se actúa o qué garantías hay de que realmente... Como usted ha dicho que no sabemos si va a haber positivos o no, a mí me parece un riesgo muy alto el que se repartan test sin saber luego realmente cuánto se va a traducir en el sistema de salud pública, para saber en qué datos estamos, o que demos por hecho siempre la responsabilidad de la gente y que de repente no vayamos a encontrarnos con alguna circunstancia, ya no por irresponsabilidad sino porque a alguien con un test de farmacia no le van a dar la baja o no puede dejar de faltar a su puesto de trabajo simplemente porque haya comprado un test en una farmacia y no haya manera ni de acreditar siquiera que ese test sea suyo de cara a terceros. Y, de todas esas farmacias que existen en la Comunidad de Madrid, ¿cuántas estuvieron integradas en ese convenio? ¿Sabe la cifra de en cuántas se repartieron esas pruebas y cuántos test de antígenos se repartieron?

Y algún elemento más que usted ha planteado. Ha dicho que el gasto en medicamentos fue mayor en hospitales que en Atención Primaria y que no existen medidas de control. ¿Nos puede decir qué diferencia hay entre una cuestión y cuáles son sus propuestas o sus planteamientos para que esa situación no exista?

Algunas cuestiones más. Usted no ha comentado –o a lo mejor se me ha escapado-, pero me parece que hay que hablar de las condiciones laborales, no solamente a nivel de farmacia, de oficina de farmacia o de comercio, sino a nivel también de las personas trabajadoras –que se dedican a ese trabajo-, qué dificultades se han encontrado, se encuentran o qué reivindicaciones existen, porque, por ejemplo, a lo mejor existen propuestas... O de la participación o de la integración con sus zonas básicas de salud. Es decir, a lo mejor hay nuevos enfoques para las farmacias: que puedan participar en las sesiones clínicas de su zona básica de salud en las que actualmente a lo mejor no participan, las guardias obligatorias remuneradas, la atención domiciliaria más encaminada a los pueblos. O sea, qué realidades, sobre todo en las farmacias, en las oficinas, en pueblos pequeños esa atención domiciliaria, que evidentemente ahora se hacen desde Atención Primaria o lo hace la

farmacia de Atención Primaria, pero sobre todo –termino ya- los elementos que tienen que ver con los servicios y la estructura de farmacia de Atención Primaria. Me gustaría también escuchar si usted entiende que se podrían incorporar cosas al nuevo texto que en esta legislatura se va a tramitar. Gracias. Y gracias por su comparecencia.

La Sra. **PRESIDENTA**: Muchas gracias, señora Lillo. Es ahora el turno de intervención de la portavoz del Grupo Vox en Madrid; cuando usted quiera.

La Sra. **JOYA VERDE**: Muchas gracias, señora presidenta. Gracias, señor González, y bienvenido a esta comisión. Su presencia nos parece que es muy importante para darnos luz sobre el papel en las farmacias en la Comunidad de Madrid y también sobre el anteproyecto de ley del que, según tengo entendido, va a ser publicada otra versión en breve. Yo, en primer lugar, quiero reconocer el papel de los farmacéuticos, de todos los farmacéuticos de España y en concreto de los farmacéuticos de la Comunidad de Madrid, como profesionales sanitarios que son; reconocer, por supuesto, su formación, su preparación, su conocimiento y su capacidad para participar en las labores de educación para la salud, de promoción para la salud de nuestros ciudadanos; reconocer el trabajo que han hecho los farmacéuticos en la Comunidad de Madrid durante la pandemia, porque han llegado a donde no ha llegado nadie y han sido el consuelo, el apoyo y el sustento de muchísimas personas que, cuando no tenían a dónde ir, lo que tenían más cerca era su farmacia, a la que han ido no solo a pedir ayuda sanitaria sino consuelo y compañía. Y yo quiero darle las gracias a usted, en nombre de todos los farmacéuticos de la Comunidad de Madrid que han dado también, algunos de ellos, sus vidas, y desde aquí les hago un reconocimiento a ellos y a todas sus familias. Muchas gracias.

Yo querría preguntarle –aunque más o menos usted ha hecho un bosquejo- cuál ha sido el papel que ha tenido la farmacia durante la pandemia, si cree que el acuerdo al que finalmente se llegó con la Consejería de Sanidad fue ambicioso, si se quedaron con ganas de que hubiera sido más, si hubieran podido haber hecho más de lo que al final quedó en el acuerdo. Yo quiero recordar que nosotros presentamos en el pleno de esta Asamblea una proposición no de ley muy ambiciosa, ¡muy ambiciosa!, que iba mucho más allá de lo que finalmente se acordó con la Consejería de Sanidad, que fue apoyada por el Partido Popular y por Ciudadanos, porque creemos en la capacidad de los profesionales de la farmacia y sí que pensamos que podrían haber participado muchísimo más y podrían haber aportado muchos más.

Yo –como me imagino que usted esperaba- quiero hacerle una serie de preguntas, porque creo que son muy importantes de cara al anteproyecto de ley y a la futura ley de farmacias que se pretende aprobar en la Comunidad de Madrid. Sabemos –y lo ha comentado la señora Lillo- que hubo un anteproyecto que pilló por sorpresa a la comunidad farmacéutica, a nosotros y a muchos ciudadanos, y creo que eso ha llevado a mucha confusión en el sector y ahora estamos deseosos de conocer el nuevo anteproyecto del que seguro que ustedes tienen más información que nosotros. Querría saber de quién fue la iniciativa de aprobar una nueva ley de farmacia, por qué no se desarrolló, qué pasó con la Ley de 1998.

Y querría hacerle una serie de preguntas que también sirven como inquietudes que me transmiten muchos farmacéuticos, sobre todo de farmacia comunitaria, y que a mí también me surgen por lo que hemos podido saber de este anteproyecto. Hay miedo a que se pueda favorecer que haya dos tipos de farmacias: aquellas que tienen más capacidad para contratar, para abrir secciones, y otras que tienen menos capacidad de poder asumir los costes de contratación de personal, por ejemplo. Un tema muy muy muy importante para nosotros también, y para muchos farmacéuticos – usted lo sabe-, es el tema de la asistencia a residencias. Se habla de que los ciudadanos van a poder ser libres y elegir con libertad la oficina de farmacia que quiere que le sirva. Sin embargo, esto no va a permitirse a los ciudadanos que viven en otro tipo de hogares, en otro tipo de domicilios, como son los centros sociosanitarios, porque hablamos de cambiar el concepto de centro sociosanitario, que sea un hogar para la persona que en él vive, pero, a la hora de tratarles o de contemplar su libertad para poder elegir qué farmacia quieren que les sirvan parece ser que esto no va a poder ser así para las personas sino que será dependiendo del centro en el que vivan. Por tanto, creemos que se está coartando la libertad de elección de los ciudadanos que vive en residencias. Además, se limitan a que tengan que ser hospitales de la red sanitaria pública y no cualquiera sino uno limitado a una zona geográfica cercana a la residencia, y eso puede provocar que a una persona que vive en determinada zona de la Comunidad de Madrid le tengan que llevar a una residencia mucho más lejana y tengan que perder el contacto, por ejemplo, con el que ha podido ser su farmacéutico de toda la vida. Queremos saber cuál es su opinión y, si de usted dependiera y no tuvieran ustedes que atenerse a ninguna normativa ya existente y usted pudiera ser la persona que diseñara el servicio farmacéutico a las residencias de cualquier tipo y de cualquier número de camas, ¿qué sería lo que usted propondría? No podríamos... Porque nos parece que es dar un paso atrás, una regresión, si hablamos de área sanitaria única, si en la Comunidad de Madrid se habla de libertad de área sanitaria única, de libertad de elección de médico, de libertad de elección de colegio, sin embargo, no va a haber libertad de elección de farmacia por parte de los ciudadanos que viven en otro sitio que no son sus hogares sino sus residencias. Me pregunto qué habría pasado, por ejemplo, durante la pandemia o durante –todos lo conocemos- el temporal de nieve –lo sabemos todos- si hubieran tenido que ser los hospitales los que hubieran tenido que servir a estas residencias. ¿Cuál es su opinión y cuál sería el modelo si a usted le dieran toda la capacidad para legislar sobre él? ¿Cuál es su modelo ideal de servicio de botiquín o asistencia a depósitos? ¿Cuál sería el modelo? ¿Usted pondría límites de distancia? ¿No los pondría? Si de usted dependiera, ¿cómo valora que sería el modelo ideal?

En cuanto al tema de la venta de parafarmacia, ¿cree que esta ley debería asegurar que no dependiera de la Inspección Sanitaria de turno o del Gobierno de turno la venta de productos de parafarmacia? ¿Cuál es su opinión sobre cómo se tendría que regular este aspecto?

En cuanto al tema de las secciones que van a autorizar, parece ser que puede que haya algún cambio respecto al anterior anteproyecto. Se contemplaba que si se abrían nuevas secciones tendría que ser el farmacéutico titular quien tuviera que contratar a otro. Ahora parece ser que, si tiene la homologación o el título para poder llevar a cabo las funciones de las nuevas funciones, podrá abrir secciones nuevas, pero, en caso contrario, no podrá hacerlo y tendrá que contratar a un titular, a alguien que además tenga esa titulación específica, pudiéndose dar el caso de que si ese

farmacéutico titular tiene a otra persona trabajando con él tendría que llegar a despedirle ¿o no le parece a usted que se podría contemplar la posibilidad de que si se añade una sección a la farmacia el farmacéutico titular pudiera contratar durante unas horas, ofrecer un servicio durante unas horas de ortopedia, de nutrición y contratar durante unas horas a una persona titulada sin tener que obligarle a echar al que tiene o a tener que contratar durante más tiempo a otra?

Querría saber si le ha facilitado la Consejería de Sanidad, o si usted dispone de información o de algún tipo de estudio sobre impacto económico o sobre el coste económico que tendría el que los hospitales públicos de la Comunidad de Madrid asumieran el servicio a todas las residencias de más de cien camas, si a usted la consejería le ha facilitado algún tipo de estudio sobre el impacto económico.

Me interesa mucho saber qué funciones contempla esta ley, concretamente, en cuanto a la colaboración con la Atención Primaria de salud y a los servicios de salud pública; qué cree usted que los farmacéuticos pueden ofrecer en ese sentido. Querría también saber si cuentan con el apoyo del sector, si ustedes han presentado este anteproyecto en reuniones con los colegiados –si han hecho encuestas, si han tenido reuniones presenciales o vía telemática con ellos-, cuál es el sentir de la mayoría de los farmacéuticos de a pie y a qué cree que responden esas campañas de farmacéuticos en redes, que se oponen a esta ley, y cuál puede ser el motivo de ello. Por otra parte, cuál es la situación actual de la farmacia comunitaria en la Comunidad de Madrid y qué puntos de mejora puede haber. Muchas gracias.

La Sra. **PRESIDENTA**: Muchas gracias, señora portavoz del Grupo Vox. Es ahora el turno de intervención de la portavoz del Grupo Socialista; cuando usted quiera.

La Sra. **DÍAZ OJEDA**: Gracias, presidenta. Buenas tardes y muchas gracias, señor González, por su comparecencia en esta comisión. Bienvenido. Yo, antes de nada, quiero agradecer, como la portavoz que me ha precedido, a las farmacéuticas y farmacéuticos y al personal empleado en las oficinas de farmacia comunitaria, su labor imprescindible durante los peores momentos de la pandemia, así como la solidaridad y generosidad que han mostrado en todo momento. Como presidente del Colegio Oficial de Farmacéuticos de Madrid, usted representa al conjunto de farmacéuticos y farmacéuticas, y ha enumerado los diferentes perfiles. La verdad es que no tiene usted una tarea nada fácil, porque tiene que representarlos a todos y a todas; a todos y a todas, con una diversidad de sensibilidades y también de posicionamientos. Lo sabemos muy bien. Ocurre en todos los colegios profesionales.

Centrándonos en la oficina de farmacia, yo creo que hay una singularidad que debemos destacar en este debate, y es que la oficina de farmacia es un establecimiento sanitario privado de interés público y, en este sentido, quizá situándolo con esta definición podamos abordar su complejidad. En realidad, tiene un componente empresarial importante porque representa a las organizaciones empresariales –en la Comunidad de Madrid Adefarma- y también tiene asalariados, empelados. Con lo cual, hay un componente que tiene que ver con el empleo, con la creación de

empleo y las relaciones laborales; de hecho, el convenio colectivo se negocia periódicamente. Y también tiene un componente característico profesional sanitario al que representa el colegio. En este sentido, es muy clara la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias respecto a la figura profesional y su relación con el sistema público. Quizá este es el eslabón que añade la mayor complejidad y el modelo mediterráneo, el modelo de oficina de farmacia, de farmacia comunitaria que conocemos, con las ventajas que tiene.

En relación con la prestación farmacéutica le voy a hacer algunas preguntas que quizá nos pueda hoy contestar o tendremos otras ocasiones, pero yo creo que es importante conocer qué información tiene el Colegio Oficial de Farmacéuticos de Madrid sobre cuántos madrileños dejan los medicamentos en el mostrador por no poder hacer frente a los copagos, qué información tienen respecto a este asunto y qué posición tiene el Colegio Oficial de Farmacéuticos y farmacéuticas sobre la dispensación de medicamentos en las residencias de mayores, sobre lo que ya le han preguntado portavoces que me han precedido. ¿Cómo valora el Colegio de Farmacéuticos el gasto farmacéutico en relación con el gasto sanitario público en la Comunidad de Madrid? Usted ha hecho referencia al crecimiento del gasto farmacéutico y ha explicado una realidad, y es que el crecimiento farmacéutico, el crecimiento en productos farmacéuticos y medicamentos en los hospitales ha ido creciendo mientras que a través de las oficinas de farmacia no ha crecido de la misma manera. Pero yo le pregunto concretamente, en relación con los presupuestos previstos para 2022, cómo valora los presupuestos del Capítulo Segundo y del Capítulo Cuarto, porque es interesante saber qué criterio tienen ustedes cuando ven las cifras presupuestadas y, naturalmente, el presupuesto ejecutado del último año o de los últimos años. En este sentido, son importantes su opinión y sus aportaciones. Y, ciertamente, el gasto farmacéutico global está alrededor del 25 por cien del gasto público en la Comunidad de Madrid. Y, en relación con el gasto y con este componente importante de la gestión de la eficiencia, ¿en qué mecanismos y actuaciones cree usted para mejorar la eficiencia en la gestión de la prestación farmacéutica en la Comunidad de Madrid?

Seguramente ustedes se han planteado el análisis de estos datos y el recorrido a lo largo de las distintas modificaciones que ha tenido la prestación farmacéutica. Basta con recordar el Real Decreto Ley 16/2012 para saber el gran impacto que tiene una modificación normativa en el bolsillo de la ciudadanía, pero también, por supuesto, en el gasto en farmacia que tiene el sistema sanitario público. Por tanto, ¿cómo valoran usted y el Colegio de Farmacéuticos el impacto en la economía de las familias y el incremento en la aportación de los usuarios y beneficiarios que supuso esa reforma? ¿Qué impacto tuvo? Y, a su juicio, ¿cómo lo valoran? ¿Cómo lo valoran?

En relación con los determinantes sociales de salud, ¿qué medidas cree usted que deben ponerse en marcha para afrontar las desigualdades sociales en salud en la Comunidad de Madrid? Porque esas desigualdades se han acentuado con la pandemia y cada vez son más visibles.

En relación con el Anteproyecto de Ley de Ordenación y Atención Farmacéutica de la Comunidad de Madrid –que desde luego ha estado únicamente en consulta pública, porque no ha entrado en esta Cámara todavía–, ¿qué colaboración ha establecido el Colegio de Farmacéuticos de la

Comunidad de Madrid en relación con este texto, con el texto que nos ocupa ahora? No le pregunto sobre el anterior; con el texto que nos ocupa ahora. Por ejemplo, sobre el procedimiento de consulta, ¿cómo se ha promovido la participación de colegiadas y colegiados? Me refiero al Colegio de farmacéuticos y farmacéuticas.

En relación con los contenidos de este anteproyecto, ¿hay profesionales que han participado en grupos de trabajo? ¿Han hecho algún tipo de consulta abierta? ¿Qué grado de consenso han logrado sobre el texto de este anteproyecto?; qué grado de consenso hay y también qué elementos o qué aspectos son los más conflictivos, de los que ustedes han detectado, para que impidan un acuerdo o un consenso generalizado. ¿Cuáles serían los elementos a tener en cuenta, en los que hay grandes discrepancias o donde identifican ustedes que hay un problema; intereses encontrados, en fin, problemas de texto? ¿Por qué cree que no se ha optado por el desarrollo reglamentario de la Ley 19/1998, de 25 de noviembre, de Ordenación y Atención Farmacéutica de la Comunidad de Madrid y sí se ha optado por una nueva ley? Algo ha apuntado usted en su intervención, porque ha situado la Ley del 98 en el año 1998. Desde luego, esas son razones de mucho peso, cuando las leyes van cumpliendo quinquenios, décadas, desde luego está claro que las leyes tienden a la obsolescencia, al menos en algunos de sus contenidos. En realidad, conocer la opinión que tiene el Colegio de Farmacéuticos y farmacéuticas en relación con los fundamentos de una nueva ley y no de un desarrollo reglamentario de la que está en vigor para nosotros tiene interés.

También quiero preguntarle si hay consenso entre el Colegio de Farmacéuticos de la Comunidad de Madrid y el Consejo General de Colegios Farmacéuticos sobre la necesidad y los contenidos del actual Anteproyecto de Ley de Ordenación y Atención Farmacéutica de la Comunidad de Madrid. Sabemos que, además, el Gobierno ha anunciado una nueva ley de farmacia y, por tanto, quizá una debería ir antes que otra. Yo se lo planteo como reflexión, no como elemento polémico sino para conocer los porqués del colegio. Y, si existen discrepancias entre ambos –me refiero al Colegio de Farmacéuticos y farmacéuticas de la Comunidad de Madrid y el Consejo General de Colegios de Farmacéuticos-, cuáles son estas discrepancias, si es que existen, y, si no existen, pues no existen. ¿Y qué mecanismos y órganos de participación de los profesionales y de las organizaciones que representan a la ciudadanía considera usted que son necesarios para garantizar la transparencia y el buen gobierno en la gestión de la prestación farmacéutica de la Comunidad de Madrid? Una de las asignaturas pendientes que tiene la Comunidad de Madrid, desde hace décadas también, es la participación de la ciudadanía en la gestión pública y, en concreto, en la gestión sanitaria. Muchas gracias y espero sus contestaciones. Muy amable.

La Sra. **PRESIDENTA**: Muchas gracias. Es el turno ahora de intervención del Grupo Más Madrid; cuando usted quiera, doctor Padilla.

El Sr. **PADILLA BERNÁLDEZ**: Muchas gracias, presidenta. Muchas gracias, señor González, por la comparecencia. Nos reunimos recientemente, así que muchas de las preguntas que habría tenido en su momento ya fueron contestadas en esa reunión, así que sí quería aprovechar la intervención para fijar algunas consideraciones que creo relevantes, no solo sobre la prestación

farmacéutica en la comunidad sino también enmarcadas dentro de este anteproyecto de ley, y supongo que el hecho de que le hayamos invitado a comparecer ahora aquí también es un poco la antesala de que con el nuevo periodo de sesiones vendrá aquí a la Asamblea.

Lo primero que quería comentar es que yo creo que en términos generales podemos convenir que en la farmacia comunitaria o la oficina de farmacia –preferimos llamarlo farmacia comunitaria- conviven dos almas: un alma más comercial y un alma más asistencial. Y a día de hoy, en cierto modo, creemos que, en términos generales, en la mayoría de las comunidades, pero también en muchos países –aunque hay muchos países en los que no-, se ha renunciado a regular la parte más asistencial, dejándola un poco al libre albedrío, y lo que conocemos del anteproyecto de la ley de farmacia de la Comunidad de Madrid no parece que vaya a arreglar ese olvido o esa desidia porque lo que hace es mencionarlo un poco por encima, pero tampoco se mete en una regulación muy expresa, empujando, en cierto modo, a la farmacia comunitaria a buscar su subsistencia en la parte más comercial. Nosotros creemos que, justamente, esa colisión entre la parte más comercial y la parte más asistencial ha de desentrañarse con liderazgo por parte de las instituciones y que las instituciones tienen que ser capaces de generar los marcos normativos, los cauces y los incentivos adecuados para que las farmacias comunitarias crezcan por la vía de ser un activo para la salud comunitaria de forma reglada, de forma remunerada y no tanto por la vía de la expansión comercial ad infinitum, por decirlo de alguna forma.

El otro aspecto que quería comentar está muy relacionado con la Atención Primaria. Desde nuestra perspectiva, el anteproyecto de ley de farmacia de la Comunidad de Madrid adolece de un rol claro y clave de lo que viene siendo la farmacia de Atención Primaria como un actor indispensable y central en la coordinación de la acción sobre el medicamento en un ámbito en el que se desempeña una gran labor relacionada con el medicamento. Creo que debería ser central la consideración, en esta futura ley de farmacia de la Comunidad de Madrid, de la creación de lugares concretos de coordinación entre Atención Primaria y las oficinas de farmacia, en la que estuvieran representadas todas las personas involucradas en la prescripción, la dispensación y el seguimiento; es decir, todo lo que vendría a ser la cadena de utilización del medicamento en ellos. Desde nuestro punto de vista, deberían ser entes de coordinación que tuvieran un aterrizaje muy territorial, o sea, que no fuera una cosa que dependiera de la consejería sino que estuviera muy enraizado en las zonas básicas de salud o en las zonas básicas de farmacia –que más o menos son superponibles-, que estuviera coordinado por los farmacéuticos de Atención Primaria y que ayudara también un poco a caminar hacia el desarrollo de la figura de los farmacéuticos y farmacéuticas de Atención Primaria, que creemos que no se ha llegado a dar por completo en muchos lugares, muy especialmente en nuestra comunidad, y que creemos que debe trasladarse, casi incluso su denominación, de ser farmacéuticos y farmacéuticas de Atención Primaria a ser farmacéuticos y farmacéuticas de centro de salud. Es decir, que salgan de donde están casi físicamente implantados a día de hoy –que en muchas ocasiones es, en general, en las direcciones asistenciales, en las gerencias de Atención Primaria-, que aterricen en los centros de salud y que desempeñen una labor de coordinación entre los profesionales prescriptores y los profesionales que realizan esa labor de dispensación y de seguimiento, en muchas ocasiones, en las oficinas de farmacia. Además, para esa coordinación creemos indispensable el

desarrollo de algunas funcionalidades del módulo único de prescripción, que deberían facilitar mucho la comunicación entre los profesionales de los centros de salud y los profesionales de las oficinas de farmacia, de forma bidireccional, muy relacionado con el historial farmacéutico, etcétera, etcétera, que son reivindicaciones históricas casi ya, en muchas ocasiones, pero que no acaban de “operativizarse”.

Otro de los aspectos relevantes es lo relacionado con el ámbito sociosanitario, que se ha comentado. Recientemente se debatió aquí, en la Asamblea, una proposición no de ley del Grupo Socialista relacionada con el ámbito sociosanitario y la atención sanitaria en el mismo. Nosotros ahí realizamos una enmienda, que estaba vinculada con la realización de planes de seguimiento y el manejo de pacientes polimedicados en el ámbito sociosanitario, muy relacionada con otras experiencias, como pueden ser, por ejemplo, la de Cantabria o la de Navarra. Experiencias que se dan cuenta de que el ámbito sociosanitario es un ámbito de especial complejidad clínica, pero muy concretamente de especial complejidad farmacoterapéutica, donde hay que actuar, y consideramos que una figura central a ese respecto es la del farmacéutico y la farmacéutica de Atención Primaria. A este respecto –porque se ha hablado antes de libertad-, nosotros sí que estamos a favor de que las residencias se inserten en programas de coordinación, que trabajen zonificadamente en las zonas básicas de salud y en las zonas básicas farmacéuticas y, por tanto, que se coordine la prestación farmacéutica en base a esa implantación territorial de los centros sociosanitarios, y que ya se pueda convenir. Hay propuestas diferentes, la de Sefar es una de ellas, muy relacionada con la rotación. Bueno, eso ya creo que, una vez uno conviene el modelo general, después ya es, un poco, ir afinando.

Otro de los aspectos clave, que se ha comentado en el ámbito general y en el mediático también, es el tema de los choques competenciales que pueden estar relacionados con algunas partes de la prestación farmacéutica. Estoy hablando –y esto no se lo descubro a nadie- de alguno de los conflictos que ha habido entre algunos ámbitos de representación de enfermería y algunos ámbitos de representación de la farmacia. Desde nuestro grupo creemos que esos choques competenciales no existen si se parte del trabajo desde abajo y no desde arriba; es decir, creemos que el marco de resolución de posibles choques competenciales es el trabajo conjunto que empiece desde abajo, y por eso creemos que esos ámbitos de coordinación terapéutica son fundamentales.

Otra cosa que quería comentar es la relacionada con la protección de las condiciones de trabajadores y trabajadoras. Y aquí quiero fijarme en concreto en cómo se va a regular la atención farmacéutica a domicilio para que no se convierta en un proceso de “uberización” de una nueva prestación que entra dentro de un marco desregulado y esa desregulación puede hacer que surjan monstruos, por decirlo de alguna forma. Por eso creo que la ley sí que tiene que afinar mucho.

Y, ya para terminar, simplemente quiero decir que muchos de los conflictos que se plantean aquí están muy relacionados con los mecanismos de reembolso. El gran elefante rosa en la habitación, del que nadie habla, es que, posiblemente, para cambiar el modelo de atención farmacéutica en esas dos almas relacionadas con la comercial y la de atención, tenemos que abordar cuáles son los

mecanismos de reembolso para esa nueva realidad que queremos crear dentro de la realidad que tenemos ahora mismo. Nada más y muchas gracias.

La Sra. **PRESIDENTA**: Muchas gracias al Grupo Más Madrid, y cierra este turno de intervenciones la portavoz del Grupo Parlamentario Popular; cuando usted quiera, Ana Dávila.

La Sra. **DÁVILA-PONCE DE LEÓN MUNICIO**: Muchas gracias, presidenta. Señorías, buenas tardes de nuevo. En primer lugar, me gustaría agradecer al presidente del Colegio Oficial de Farmacéuticos de Madrid su presencia en esta comisión y darle la bienvenida. También gracias por su exposición, que nos ha permitido conocer más detalladamente la situación actual del sector de la farmacia en nuestra región. No cabe duda de que el farmacéutico es reconocido como un agente de salud para los ciudadanos, que acuden a las farmacias por su cercanía, por su accesibilidad y, sobre todo, también en busca muchas veces de consejo experto para ciertos problemas que afectan a su salud. Las farmacias de nuestra comunidad actúan como una red, una red sanitaria de gran relevancia en la que se lleva a cabo una importantísima labor –que nosotros, desde mi grupo, queremos reconocer- de educación sanitaria de la población, control de procesos crónicos, consejo farmacéutico sobre la administración de los medicamentos, adherencia a los tratamientos. Y de esta forma se ha estimado que anualmente se ofrecen en las oficinas de farmacia más de 180 millones de consejos sanitarios, que es para nosotros una muy valiosa labor asistencial que hace que el modelo de farmacia en España sea muy apreciado por el ciudadano.

El sector farmacéutico se está reinventando continuamente –como ha trasladado el presidente- adaptándose a las necesidades de una población cada vez más envejecida y polimedicada debido a los procesos crónicos que sufre. Hemos podido comprobar además, durante la pandemia, que los farmacéuticos han desarrollado una labor importantísima de entrega informada de medicamentos a domicilio a las personas más vulnerables, evidenciando así su compromiso con el cuidado de las personas más frágiles en un momento tan tan complicado para todos. También la farmacia encuentra su lugar entre las nuevas tecnologías, como ha trasladado usted, accediendo a espacios como la venta on line de medicamentos, las nuevas herramientas digitales en la gestión, las aplicaciones para dispositivos móviles y algunas más.

El compromiso de este Gobierno, señorías, con el sector farmacéutico es firme. De esta manera, la futura ley de ordenación y atención farmacéutica ha sido un objetivo prioritario, ya desde la pasada legislatura, al ser considerada una necesidad urgente por todo el sector. Una ley muy demandada por la farmacia madrileña, que viene a sustituir la actual normativa de 1998. La ley de farmacia tiene el principal objetivo de conferir un nuevo marco regulador de ordenación farmacéutica que encaje de manera más acorde con la situación actual de cambios y de avances producidos en la gestión sanitaria con la incorporación, como digo, de las nuevas tecnologías; una mayor complejidad de los tratamientos y las crecientes demandas de salud de los ciudadanos. Esta ley nace desde el diálogo con todos los agentes del sector, de quiénes se han escuchado y recogido numerosas iniciativas que han enriquecido, sin duda alguna, el texto que busca, por otro lado, otorgar a la farmacia madrileña una orientación más asistencial.

Quiero recordar en este punto a la señora Lillo que mañana se abre el plazo de exposición pública en el cual se pueden también escuchar las demandas de los grupos políticos, no como sucede, por ejemplo, en el Congreso y en el Senado, con algunas leyes con el PSOE y su partido, Podemos. Sin embargo, aquí, con la ley maestra se han traído ponencias y comparencias de expertos, algo de lo que ellos no pueden presumir.

Entre las líneas de actuación que se plantean en la nueva ley en cuanto a la atención farmacéutica, comprobamos que se confiere un gran protagonismo al tratamiento integral del paciente, incluyendo mecanismos de coordinación y seguimiento farmacoterapéutico entre los diferentes elementos sanitarios. En cuanto a esta gestión, se incluyen aspectos relativos a la flexibilización de horarios, estableciendo un horario mínimo y ordinario y otro tramo variable que podrá determinarse voluntariamente por cada oficina, y se actualiza la regulación de los servicios de guardia, permitiéndose que se organicen los servicios de guardia entre oficinas de farmacia ubicadas en municipios limítrofes. Se amplían las secciones en las oficinas de farmacia, incluyendo, por ejemplo, la nutrición y la dietética, y se ha actualizado la regulación de la publicidad de las oficinas de farmacia adoptándola a los tiempos presentes y al uso de las nuevas tecnologías. También es necesario resaltar la reducción de cargas administrativas, al haberse revisado los procedimientos de modificación de local y transmisión de oficinas de farmacia, con el fin de garantizar la continuidad de la atención farmacéutica, facilitándose además, de esta forma, el acceso a los interesados en la apertura de nuevas oficinas de farmacia desde el respeto más absoluto a los principios de equidad, transparencia y publicidad.

Asimismo, y lo considero de gran interés, las iniciativas incluidas en este texto legislativo, que hacen referencia a las farmacias de las zonas rurales, buscan preservar su relevancia como recursos sanitarios a la vez que persiguen mejorar su estabilidad económica. Quiero destacar también la intensificación del papel de la farmacia en la atención domiciliaria descrita en la nueva ley, en el seguimiento de pacientes en condición de vulnerabilidad y mayores dependientes, en cuanto al desarrollo de funciones de vigilancia y control de la adherencia farmacoterapéutica. Y, en relación también con los pacientes mayores dependientes, quiero decirle a la señora Joya que es un real decreto, el Real Decreto 16/2012, en su artículo 6, además avalado por una sentencia del Tribunal Supremo, el que nos traslada que las residencias de más de cien camas deben ser atendidas por farmacia hospitalaria o depósitos dependientes de ellas; no es una cosa de la Comunidad de Madrid sino un real decreto que, además, ha avalado el Tribunal Supremo.

Se ha incorporado una regulación dirigida a las unidades de radiofarmacia, de especial importancia, que atiende a las necesidades de esta especialización cuyo uso va en aumento tanto en tratamientos como en pruebas diagnósticas. En definitiva, señorías, con estas medidas se pretende establecer un nuevo marco regulador de atención farmacéutica que garantice un acceso eficaz, equitativo y sostenible a los medicamentos y que permita consolidar un modelo que goza de gran aceptación entre los ciudadanos.

En último lugar, me gustaría trasladar desde nuestro grupo, señor presidente, nuestro reconocimiento y agradecimiento más sincero a todos los profesionales farmacéuticos y, en su representación, al Colegio de Farmacéuticos de Madrid por su leal colaboración en este proyecto y por la inestimable labor sanitaria que ejercen cada día como agentes de salud, contribuyendo al bienestar de los madrileños. Por tanto, señorías, desde el Grupo Parlamentario Popular, queremos felicitar también a la Consejería de Sanidad por apostar de manera firme por el sector de la farmacia en nuestra comunidad, que está permitiendo consolidar al profesional farmacéutico como agente de salud, impulsando una atención sanitaria más integral y humanizada para los ciudadanos. Muchas gracias.

La Sra. **PRESIDENTA**: Muchas gracias. Y para cerrar este punto del orden del día tiene usted la palabra, señor presidente.

El Sr. **PRESIDENTE DEL COLEGIO OFICIAL DE FARMACÉUTICOS DE MADRID** (González Díez): ¿Qué tiempo tengo?

La Sra. **PRESIDENTA**: Tiene diez minutos.

El Sr. **PRESIDENTE DEL COLEGIO OFICIAL DE FARMACÉUTICOS DE MADRID** (González Díez): Bien. En primer lugar, muchísimas gracias a todos por haber reconocido la labor que mis compañeros y yo hemos ejercido durante esta pandemia. Y es precisamente aquí, en esta pandemia, donde podemos decir... Yo les voy a hablar –permítanme- sanitariamente hablando, porque no conozco otro idioma; yo soy farmacéutico. Por lo tanto, no me hablen ustedes de economía, no me hablen ustedes de leyes, porque yo me refiero al trabajo que realizamos los farmacéuticos; yo, en este caso, en una oficina de farmacia en Alcorcón, y hay otros compañeros que lo realizan en hospitales, lo realizan en residencias u otras de las secciones que yo he dicho. Por lo tanto, voy a centrarme únicamente en lo que yo considero la atención farmacéutica, una atención farmacéutica de la que –por si teníamos alguna duda- han sido los propios ciudadanos quienes que durante esta pandemia han puesto de manifiesto la importancia que tiene la oficina de farmacia en la red de oficinas de farmacia de la Comunidad de Madrid.

La atención farmacéutica domiciliaria, como nosotros desde el colegio la entendemos, quiere decir que el farmacéutico, cuando alguno de ustedes se dirige a su farmacia y hace una dispensación, se hace responsable –totalmente responsable!- de esa dispensación. Por eso entiendo que lo lógico, lo normal y lo sencillo es que, si usted tiene un problema con la medicación que yo le he dispensado, recurra al farmacéutico para que le explique exactamente qué problema ha tenido usted con esa medicación. Si usted físicamente puede acudir a la farmacia, ¡fenomenal! Si no, permítanme ustedes que yo acceda a su domicilio para que, en ese caso puntual, en ese caso concreto en el que usted físicamente no puede trasladarse a la farmacia, yo vaya a su domicilio y le explique qué problema puede tener con ese medicamento. Eso es lo que se llama atención farmacéutica domiciliaria. Como verán ustedes, es muy sencillo, y hasta el día de hoy –que yo sepa- ni los médicos ni los enfermeros han dicho lo más mínimo cuando se les ha explicado así de claro y de sencillo lo que es la atención

farmacéutica domiciliaria. Es una atención farmacéutica que ha venido durante la pandemia, que nos la han demandado los ciudadanos y que nosotros hemos cumplido con esa demanda que nos han hecho los ciudadanos. Con lo cual, entiendo que sería un retroceso decir: señores, tenemos un procedimiento que ha funcionado estupendamente, pero no solamente en las grandes ciudades sino que es en la zona urbana donde se ha visto la verdadera colaboración entre el médico, el farmacéutico y el enfermero, ien los centros de salud!... Y esa colaboración es la que nosotros demandamos muchísimas veces. Nosotros no queremos coger el protagonismo de otros profesionales sanitarios, ¡Dios nos libre! Lo que queremos es colaborar con ellos, como siempre estamos diciendo, en colaboración con el ciudadano, ien beneficio del ciudadano!, ien beneficio del paciente!

Miren ustedes, el otro día tuve la satisfacción de acudir al municipio de Ribatejada: 707 habitantes. Lo único digno que queda en ese municipio es una oficina de farmacia; una oficina de farmacia con cuyo farmacéutico los ciudadanos están encantados –que también se llama Luis- porque gracias a él no les ha faltado su medicación ini un solo día durante la pandemia! ¿Que este compañero se tenía que quedar a dormir en la farmacia? Se quedaba, y no tenía ningún problema. ¿Por qué? Porque el centro de salud más próximo, señorías, está a 36 kilómetros. Luego, un ciudadano de Ribatejada, para ir al centro de salud, tiene que hacer 36 kilómetros de ida y 36 de vuelta, cuando iqué satisfacción sería –como me parece que he escuchado decir al representante de Más Madrid- que ese centro de salud estuviese en perfecto contacto, todos los días, con el farmacéutico para que usted no tuviese que ir todos los días al centro de salud! A eso es a lo que yo llamo colaboración entre todos los profesionales sanitarios, y los farmacéuticos lo hemos demostrado. ¡Lo hemos demostrado con creces! Hemos podido vacunar en nuestro Colegio de Farmacéuticos, en colaboración con médicos y con enfermeros. ¿Ha habido algún problema? No. Han nombrado ustedes la realización de test de autodiagnóstico. Trescientas farmacias colaboramos. ¡Ni un solo problema! Y estuvimos inspeccionados –entre comillas- por el sindicato de enfermería, que entró en nuestras farmacias a ver si cumplíamos los requisitos. ¡Oiga, yo cumplo mis requisitos! ¿Ha habido algún problema con las farmacias que han realizado toda esa cantidad de miles de test? Ninguno. El único problema que ha habido: agradecimiento por parte de la ciudadanía. Como muchas veces nos han preguntado durante esta pandemia, ¿cómo es posible que ustedes –hasta que se consiguió- no vendan o dispensen los test? ¿Cómo es posible que nosotros los tengamos que encargar y que el vecino esté realizando los test a toda una torre de personas? ¿Cómo es posible que en la farmacia no nos ayuden ustedes? ¿Ustedes no son sanitarios? ¿Cómo es posible que no tengan estos test? Eso es lo que nos han dicho los ciudadanos durante esta pandemia. Y todo lo que ha sido bueno, itodo lo que ha sido bueno!, es lo que yo entiendo que si estamos todos aquí para ayudar a los ciudadanos es lo que se debe quedar.

Yo estoy escuchando, además de atención farmacéutica, secciones; secciones dentro de la farmacia, secciones, por ejemplo, de nutrición. Bueno, pero si el personal de la farmacia, bien el titular, bien el adjunto, bien el sustituto, bien el regente, bien el auxiliar, bien el técnico en farmacia, tiene el Grado Nutrición, ¿por qué no se puede poner la sección de nutrición dentro de la farmacia, donde haya una persona, idonde haya una persona que atienda correctamente!? La nutrición es muy importante para los ciudadanos, igual que puede ser la dermofarmacia, que puede ser la descripción

de análisis clínicos o que puede ser la ortopedia. ¡Personal cualificado en la oficina de farmacia! Eso es lo que quiere decir la implantación de esas secciones. Y me imagino -¡me imagino!- que irá en la nueva ley, tal y como yo lo estoy diciendo; eso es creación ahora mismo de empleo y creación de las personas que están trabajando en la farmacia, que estén formadas en los diferentes grados que les pueden ofrecer las carreras.

Horarios. Yo le voy a poner un ejemplo. Supongamos que cualquiera de ustedes está conmigo en una farmacia, si somos nosotros tres, y llega Semana Santa y el jueves, viernes y sábado ninguno de nosotros tres en ese municipio tenemos servicio de urgencia. ¿Por qué no nos podemos poner nosotros tres de acuerdo y abrir cada día uno para que los ciudadanos de ese municipio no se tengan que ir a 50, 70, 80 kilómetros a buscar un servicio de guardia? Eso es lo que entendemos nosotros: después de cubrir un horario mínimo de obligado cumplimiento, si yo quiero abrir más -yo, como farmacéutico-, ¿por qué no puedo? ¡Si se trata de dar servicio al ciudadano! ¿Por qué las farmacias ahora mismo del centro de Madrid, que está repleto de gente, no pueden estar abiertas por si hay algún problema? Yo entiendo que eso es flexibilidad de horarios; yo cumplo un horario mínimo y, si quiero hacer más, es por mi cuenta.

Decíamos también, y lo agradezco... Si se dan cuenta, yo en toda mi intervención la palabra economía la nombro poco, pero me van a permitir que la nombre. No sé cuántos millones de consejos sanitarios se ha dicho aquí que hemos dado, pero yo pregunto ¿cuánto hemos ahorrado? ¿Cuánto hemos ahorrado con esos consejos sanitarios? ¿Cuántas veces ha entrado un ciudadano en la farmacia y no se ha llevado un medicamento gracias a nuestros consejos? ¿Cuántas derivaciones hemos evitado, de consultas a los centros de salud y a los hospitales, con nuestros consejos? ¿Cuántas? ¿Cómo se traduce eso en euros? No sé traducirlo, señorita. No lo sé. Yo lo único que sé es que se presta un servicio sanitario fenomenal desde las oficinas de farmacia irreconocido por miles y miles de encuestas y por miles y miles de ciudadanos que nos lo están diciendo diariamente en las farmacias!

Conflicto enfermería y médicos -a mí me van a perdonar, pero voy tomando de...; no sé quién de ustedes lo ha dicho-: No existe. Sinceramente, no existe. Para mí no existe. Si existe es, sinceramente, no sé... ¿A ustedes, como ciudadanos, no les gustaría tener su médico, su farmacéutico y su enfermero para lo que necesiten? Ustedes mismos pueden pensar qué es lo que necesitan de cada uno de estos profesionales.

Colaboración con primaria. ¡¿Dónde hay que firmar ahora mismo?! ¡¿A dónde vamos a firmar ahora mismo?! ¡Me voy con usted a firmar para que el farmacéutico de oficina de farmacia, el farmacéutico comunitario, pueda trabajar con los farmacéuticos, los enfermeros y los médicos de Atención Primaria! ¿Dónde lo firmo, señorita? ¡Lo estábamos deseando! ¿Por qué no seguimos todos el ejemplo de Daroca, del Centro de Salud de Daroca? ¿Por qué no trabajamos como en ese centro de salud, donde no hay ningún problema, donde todos los profesionales sanitarios decimos al ciudadano lo que tiene que hacer y no un farmacéutico de primaria dice blanco y el de la oficina de farmacia negro? ¡Estamos deseando colaborar con primaria, cada uno en sus funciones! Ojalá pudiese yo tener

línea directa con el médico para decirle –mire usted, fíjese qué tontería-: Mire, acaba de recetar usted paracetamol, 40 sobres, de un 1 gramo. No hay. ¿Le puedo dar paracetamol, 40 comprimidos, de 1 gramo? ¿Usted cree que yo, moralmente, puedo decirle al ciudadano que vaya al médico otra vez a que le haga una receta nueva con eso?! ¿No puedo solucionar ese problema telefónicamente? Creo que la ley se publica mañana o se dice algo en el Portal de Transparencia.

Para controlar el gasto, señorías, no puede ser, ino se puede ser! –y vengan ustedes a mi farmacia-, no puede ser que llegue un paciente que antes nos decía: ¿Qué me queda? Y pasábamos la receta electrónica iy le poníamos toda su medicación encima! Y el paciente decía: De esto tengo, de esto no tengo, esto lo quiero, esto no lo quiero. ¿Sabe lo que ocurre ahora?: ¡Dame todo! ¿Perdón? Dame todo. ¡Sí! ¿Por qué? Porque no tengo que pagar nada. ¡Y, como es gratis, se lo llevan todo! ¿Dónde acaba todo? ¡En el Sigre! Cientos de cajas de medicamentos, isin utilizar por el paciente!, en el Sigre. ¡Cientos de cajas! ¿Cuánto supone eso económicamente hablando? Pregunten al Sigre. Pero, efectivamente, todos los ciudadanos se llevan sus medicamentos. No hay ningún ciudadano –repite, iningún ciudadano!- que, con pandemia o sin pandemia, no se haya llevado su medicamento de la oficina de farmacia. ¡Ninguno! Y, además, ya saben ustedes lo máximo, ilo máximo que pueden pagar muchos ciudadanos! Si no llega, a lo mejor, ni a 6 euros al mes, se lleven lo que se lleven.

Vamos a ver, opiniones contra la ley de Madrid: muchísimas. Pero me van a permitir que es que, si se las digo, nos vamos a reír todos, porque no sé si sabrán que yo he firmado ya la ley con la presidenta. Y yo, que yo sepa, no he firmado ninguna ley. O sea, ahora mismo, con la ley de Madrid, se pone en redes y ven que están opinando, que opinan todos los ciudadanos de un anteproyecto que no existe; io sea, que no existe! Es que yo no sé de dónde lo han sacado, pero no existe. Y, sobre todo, Dios me libre a mí -ia mí!- de opinar sobre si en Andalucía hay una cosa, si en Baleares hay otra, y en cambio nos están diciendo aquí, a los Madrid, lo que tenemos que hacer, iy todo malo! Y todo va dirigido -iy todo va dirigido!- hacia un sector que se llama residencias. ¡Residencias! ¡Ese es el problema: las residencias! Pongámonos a trabajar en el tema de las residencias. Mire, yo tengo aquí lo que sale en la ley: cien o más camas, servicio de farmacia hospitalaria, los centros de asistencia que tengan cien camas. Y, luego, por ejemplo, sobre lo que estábamos diciendo nosotros en Madrid: los centros de servicios sociales de carácter residencial, con cien camas o más en régimen de asistidos, estarán obligados a disponer de un servicio de farmacia propio. De un servicio de farmacia propio que puede funcionar en Madrid, con la red de farmacias, perfectamente, iy una colaboración del farmacéutico, sobre todo en la zona rural, con el servicio farmacéutico médico y enfermero de la residencia! Porque, claro, aquí en las grandes ciudades está todo fenomenal, pero en esos municipios donde solamente está la farmacia, si la residencia se queda sin un medicamento es la farmacia de ese municipio la que tiene que prestar ese medicamento. Entonces, digamos: señores, pues que sean las farmacias de la zona básica de salud las que estén en contacto permanente con esa residencia para que a los ciudadanos que están ingresados allí no les falte nunca su medicación imañana, tarde, noche, sábados, domingos y festivos! Es como se tiene que hacer y es como se hizo hace muchos años en esta comunidad, aunque luego se dejó de hacer, cuando ya las residencias, no de cien camas, de quinientas, de seiscientas camas, como era la Residencia Nuestra Señora del Carmen, como era la Residencia de Vallecas, idonde el farmacéutico que estaba suministrando a esa residencia

estaba durante dos o tres meses full time con la residencia; mañana, tarde, noche! ¡Y, si a esa residencia se le acababa un colirio, el farmacéutico tenía que ir, por la noche o por la mañana o en festivo, a llevarle ese colirio! ¡Eso es lo que yo entiendo que es la colaboración, por parte de la oficina de farmacia, con las residencias! Y ni qué decir tiene, señores, que si las residencias son de la Comunidad de Madrid serán para la farmacias de la Comunidad de Madrid; no nos lo van a traer de mi pueblo, de Talavera, por ejemplo. ¿No? ¡Me imagino! Como a los de Talavera tampoco les hará ilusión que se lo lleven los de Madrid; entiendo.

Reuniones con los farmacéuticos para el tema de la ley. Pues, sin ir más lejos, esta tarde se ha reunido a todos los delegados. ¿Cuándo? ¿Cuándo se reúne el colegio? Porque, vamos a ser serios, el colegio se reúne cuando hay algo serio; el colegio no molesta, como como ustedes no molestan a las bases, si no tiene una cosa seria. ¿Porque haya un comentario, porque han dicho que sale esto, que sale lo otro y entonces ya empieza todo el mundo por redes sociales a moverse? No. Mire usted, ¡yo convoco a los farmacéuticos cuando hay una cosa seria, el día 16 hay una asamblea, y en esa Asamblea ya empezaremos a tratar toda la cuestión de la ley de transparencia, toda la cuestión de la ley de farmacia! ¡Todo! ¡Todo lo vamos a tratar ahí! Y si el colegio tiene que decir: No me gusta la ley. ¡Pues lo dirá! Lo que pasa es que por ahora, por lo que he leído, por lo que estoy escuchando, señoría, me gusta mucho la ley. ¡Mucho! ¡Muchísimo! De verdad, y la estamos necesitando, como agua de mayo, por todas las explicaciones que les estoy dando. Creo que es una ley para avanzar, y si hay que presentar alegaciones, presentaremos alegaciones, porque entendemos que todos estamos para trabajar, de verdad, y para beneficiar. Tanto que hablamos de los ciudadanos, tanto que hablamos de los pacientes, si hasta ahora lo único que estamos demostrando es, exactamente, que somos los farmacéuticos los que hemos colaborado con todos ellos.

Por lo tanto –y lo tenía aquí apuntado-, para mi todos los farmacéuticos que están en el colegio son iguales; defendiendo a todos por igual porque el colegio es una corporación que defiende a los farmacéuticos de hospital -¡ojo!, si hace falta defenderlos-, a los farmacéuticos de primaria, a los farmacéuticos con oficina de farmacia -¡ia todos!-, a los farmacéuticos que están trabajando en la industria. Pero, mire usted, ¿cómo no me voy a quejar? ¿Cómo no me voy a quejar –y me van a dar ustedes toda la razón- de que un farmacéutico con oficina de farmacia esté viendo que hay medicamentos de fabricación de hospitales... ¡Nada más lejos de mi imaginación! Y quiero dejarlo bien claro: ¡el farmacéutico de oficina de farmacia comunitaria no fabrica ningún medicamento de hospital porque no puede! No tengo ni la más remota idea –fíjese si soy noble- de cómo se fabrican los medicamentos hospitalarios. Pero sí que me gustaría -¡me gustaría!- que esos medicamentos que se fabrican en el hospital, ¡por farmacéuticos!, siguiesen el canal por el que el medicamento no cae en manos extrañas y que acabe en una oficina de farmacia, como se ha nombrado aquí en otras comunidades, como en Cantabria, donde son las propias farmacias las que dan al paciente ese medicamento que reciben, ¡que reciben del hospital!, y que reciben del hospital –que es sangrante- por medio de Correos, que me parece muy bien; por medio de agentes forestales, que me parece fenomenal; por medio de bomberos; por medio de personal de los ayuntamientos. Y no son capaces de decir: Señores, vamos a contar con la distribución farmacéutica –que para eso está, para eso nos llevan el pedido todos los días-, vamos a pasar por esos hospitales, vamos a recoger esos

medicamentos y le vamos a decir al paciente ¡que no hace falta que se lo lleve nadie!, que lo tiene en su farmacia y que el farmacéutico se lo puede acercar o que, cuando vaya a recoger su medicamento, se lo damos. O sea, me quejo de que no haya esa colaboración -iesas colaboración!- con la farmacia comunitaria -de eso es de lo que me quejo- para dar servicio al ciudadano. ¿Saben ustedes, cuando se han utilizado estos servicios durante la pandemia, cuando iban a los municipios, dónde acababan los medicamentos? ¡En la farmacia! ¿Por qué? Porque el paciente no estaba. Tarde o temprano iba a ir a su domicilio. Tarde o temprano pasaría por la farmacia. Señores, seamos realistas, contemos con la farmacia.

La Sra. **PRESIDENTA**: Tiene que ir terminando.

El Sr. **PRESIDENTE DEL COLEGIO OFICIAL DE FARMACÉUTICOS DE MADRID** (González Díez): Mire, nos quejábamos también -antes lo he escuchado- de lo de los test. ¿Cómo no nos vamos a quejar de que no nos dejen colaborar a nivel estatal -luego lo conseguimos- en la realización de test en la oficina de farmacia? ¿Cómo es posible que en otras comunidades... Bueno, perdonen si he levantado antes la voz, pero cada uno se defiende como puede, ¿no? Además, yo llevo la profesión sanitaria dentro, lo siento. ¿Cómo es posible que a mí, como farmacéutico de Madrid, no me repatee que haya compañeros en otras comunidades -y no los voy a nombrar- que pueden hacer test, que pueden certificar que yo he hecho ese test a su señoría y que da positivo, o que da negativo y que le sirve para entrar en discotecas, que le sirve para viajar o que le sirve de...? ¿Cómo no me va a dar envidia eso, señorías? ¿Usted sabe lo que supone eso para limitar las personas que vayan al centro de salud? ¡Pero, además, para mayor seguridad!: si usted va a la farmacia y da positivo, yo llamo al centro de salud y digo: Mire usted, le mando a don Antonio, que ha dado tal y tal, para que le haga usted una PCR, ¡pero no le mando a don Antonio si no ha dado negativo! Es que, de verdad, perdóneme, pero son cuestiones que a mí, como sanitario, me duelen. Entonces, lo que yo les pido, de verdad, es que, con la red que tienen ustedes en la Comunidad de Madrid, ¡de casi 3.000 farmacias!, ¡utilícennos! Fíjese que no le estoy pidiendo -luego vendría- colaboración económica. ¡Utilícennos! Déjennos, por favor... Déjennos, por favor, porque son los ciudadanos los que se lo están pidiendo. Si quieren, ustedes mañana, en sus sedes, tendrán las últimas encuestas que se han publicado por parte del colegio -que hemos hecho con GAD3 y con el Instituto ProPatiens- de lo que opinan los ciudadanos de la Comunidad de Madrid sobre las oficinas de farmacia. Ustedes, señorías, ¿saben la satisfacción que es para un farmacéutico rural, que cuando durante esta pandemia ha llevado el medicamento con su propio coche por la Sierra de Madrid, sin decirle que el paciente le pagase la medicina... ¿Sabe usted que muchas veces los pacientes les han pagado en especies? ¿Sabe usted la satisfacción que ha sido eso para mis compañeros? No nos hemos quejado de la pandemia, no nos hemos quejado de Filomena; ¡nos quejamos porque no nos saben utilizar! De verdad, ¡no nos saben utilizar y estamos pidiendo ese convenio de colaboración que tenemos para todas aquellas campañas sanitarias que ustedes quieran! ¿Saben ustedes -bueno, lo decía ahora mismo la portavoz del Partido Popular- la cantidad de consejos? ¿Ustedes saben, ahora mismo, cuando una persona entra en una farmacia y nos dice: ¿usted se ha vacunado?, ¿me dice si me vacuno o si no me vacuno?... En fin, yo creo que entre todos, de verdad -y creo que ya voy a terminar-, lo que tenemos que hacer es buscar la tranquilidad, buscar que el ciudadano de la Comunidad de Madrid esté a gusto;

que esté a gusto con la farmacia, que esté a gusto con el hospital, que esté a gusto con el enfermero, que esté a gusto con el médico. Y, para eso, señor representante de Más Madrid, le digo: ¿quiere usted que vayamos ahora mismo a firmar esa colaboración, como se está haciendo en otros centros? Pues, que sepa usted que va a contar siempre, isiempre!, isiempre!, con el Colegio Oficial de Farmacéuticos de Madrid para formar ese equipo multidisciplinar del que usted habla, para poder colaborar con el médico y para que, si usted es médico, yo le pueda decir: ¿Le puedo dar los comprimidos en vez del sobre o te lo mando otra vez a la consulta? ¡Lo estamos deseando! Nada más. Muchísimas gracias, y perdón si me he animado; de verdad, lo siento.

La Sra. **PRESIDENTA**: No, no; ha sido un verdadero placer, señor presidente del Colegio de Farmacéuticos de Madrid. Y, terminado este punto, pasamos al siguiente.

———— **RUEGOS Y PREGUNTAS.** ————

(Pausa.) Si no hay ruegos ni preguntas, se levanta la sesión.

(Se levanta la sesión a las 19 horas y 58 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



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

Asamblea de Madrid