

Diario de Sesiones de la Asamblea de Madrid



Número 302

3 de octubre de 2022

XII Legislatura

COMISIÓN DE SANIDAD

PRESIDENCIA

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

Sesión celebrada el lunes 3 de octubre de 2022

ORDEN DEL DÍA

1.- PNL-272/2022 RGEF.16477. Proposición No de Ley del Grupo Parlamentario Más Madrid, con el siguiente objeto: la Asamblea de Madrid insta al Gobierno de la Comunidad de Madrid a: 1.- Realizar una descripción de la carga de complejidad clínica de cada puesto de trabajo de todas las enfermeras que trabajan en los centros dependientes del Servicio Madrileño de Salud. 2.- Avanzar hacia la reorganización de las enfermeras en función de la complejidad de cuidados en el ámbito del SERMAS. 3.- Realizar un proyecto piloto, mediante la puesta en funcionamiento de una unidad hospitalaria organizada y dotada por complejidad de cuidados. a) De forma complementaria, se desarrollará un estudio de aplicación de la complejidad clínica y social en el ámbito de la dotación, organización y dimensionamiento de la atención enfermera en el ámbito de Atención Primaria, con enfermeras especialistas en enfermería familiar y comunitaria.

2.- PCOC-2200/2022 RGEF.18725. Pregunta de respuesta oral en Comisión, a iniciativa de la Sra. D.^a Vanessa Lillo Gómez, diputada del Grupo Parlamentario Unidas Podemos, al Gobierno, se pregunta para cuándo tienen prevista la reapertura de los 37 SUAP anunciada por la Presidenta de la Comunidad de Madrid.

3.- PCOC-2349/2022 RGEF.19919. 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 el funcionamiento del transporte sanitario en la Comunidad de Madrid.

4.- PCOC-2355/2022 RGEF.19932. Pregunta de respuesta oral en Comisión, a iniciativa del Sr. D. Mariano Calabuig Martínez, diputado del Grupo Parlamentario Vox en Madrid, al Gobierno, se pregunta cuántos embriones tiene en depósito el Banco de Ovocitos, ubicado en el Hospital Príncipe de Asturias de Alcalá, al que se refiere la medida 16 de la Estrategia de protección a la maternidad y de paternidad de fomento de la natalidad y la conciliación 2022/2026.

5.- PCOC-2534/2022 RGEF.20394. 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: medidas que se han adoptado para gestionar las listas de espera en el Servicio Madrileño de Salud.

6.- PCOC-2543/2022 RGEF.20404. 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: provisiones que tiene para reforzar los servicios de Salud Pública de la Comunidad de Madrid.

7.- PCOC-2675/2022 RGEF.20833. Pregunta de respuesta oral en Comisión, a iniciativa de la Sra. D.^a Vanessa Lillo Gómez, diputada del Grupo Parlamentario Unidas Podemos, al Gobierno, se pregunta cuándo se tiene prevista la puesta en marcha del nuevo Plan de Urgencias y Emergencias Sanitarias de la Comunidad de Madrid.

8.- C-491(XII)/2021 RGEF.10310. Comparecencia del Sr. Director General del SERMAS, a petición del Grupo Parlamentario Socialista, al objeto de informar sobre políticas que son de su competencia en la Comunidad de Madrid. (Por vía del artículo 221 del Reglamento de la Asamblea).

9.- Ruegos y preguntas.

SUMARIO

	Página
- Se abre la sesión a las 16 horas y 5 minutos.	17863
— Modificación del orden del día: tramitación del punto séptimo en sexto lugar PCOC-2675/2022 RGEF.20833 y posposición del punto octavo C-491(XII)/2021 RGEF.10310	17863
— PNL-272/2022 RGEF.16477. Proposición No de Ley del Grupo Parlamentario Más Madrid, con el siguiente objeto: la Asamblea de Madrid insta al Gobierno de la Comunidad de Madrid a: 1.- Realizar una descripción de la carga de complejidad clínica de cada puesto de trabajo de todas las enfermeras que trabajan en los centros dependientes del Servicio Madrileño de Salud. 2.- Avanzar hacia la reorganización de las enfermeras en función de la complejidad de cuidados en el ámbito del SERMAS. 3.- Realizar un proyecto piloto, mediante la puesta en funcionamiento de una unidad hospitalaria organizada y dotada por complejidad de cuidados. a) De forma complementaria, se desarrollará un estudio de aplicación de la complejidad clínica y social en el ámbito de la dotación, organización y dimensionamiento de la atención enfermera en el ámbito de Atención Primaria, con enfermeras especialistas en enfermería familiar y comunitaria.	17863
- Interviene el Sr. Padilla Bernáldez, en defensa de la proposición no de ley.	17863-17865
- Intervienen, en turno de portavoces, la Sra. Lillo Gómez, la Sra. Joya Verde, la Sra. Díaz Ojeda y la Sra. Dávila-Ponce de León Muncio.	17865-17870
- Interviene el Sr. Padilla Bernáldez en relación con la aceptación o no de las enmiendas.	17870
- Votación y aprobación de la proposición no de ley.	17870-17871
— PCOC-2200/2022 RGEF.18725. Pregunta de respuesta oral en Comisión, a iniciativa de la Sra. D.ª Vanessa Lillo Gómez, diputada del Grupo Parlamentario Unidas Podemos, al Gobierno, se pregunta para cuándo tienen prevista la reapertura de los 37 SUAP anunciada por la Presidenta de la Comunidad de Madrid.	17871
- Interviene la Sra. Lillo Gómez, formulando la pregunta.	17871

- Interviene el Sr. Viceconsejero de Asistencia Sanitaria y Salud Pública, respondiendo la pregunta.	17871-17873
- Intervienen la Sra. Lillo Gómez y el Sr. Viceconsejero, ampliando información.	17873-17875
— PCOC-2349/2022 RGEF.19919. 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 el funcionamiento del transporte sanitario en la Comunidad de Madrid.	17875
- Interviene la Sra. Joya Verde, formulando la pregunta.	17875
- Interviene el Sr. Viceconsejero de Asistencia Sanitaria y Salud Pública, respondiendo la pregunta.	17875-17876
- Intervienen la Sra. Joya Verde y el Sr. Viceconsejero, ampliando información.....	17877-17878
— PCOC-2355/2022 RGEF.19932. Pregunta de respuesta oral en Comisión, a iniciativa del Sr. D. Mariano Calabuig Martínez, diputado del Grupo Parlamentario Vox en Madrid, al Gobierno, se pregunta cuántos embriones tiene en depósito el Banco de Ovocitos, ubicado en el Hospital Príncipe de Asturias de Alcalá, al que se refiere la medida 16 de la Estrategia de protección a la maternidad y de paternidad de fomento de la natalidad y la conciliación 2022/2026.	17878
- Interviene el Sr. Calabuig Martínez, formulando la pregunta.....	17878-17879
- Interviene el Sr. Viceconsejero de Asistencia Sanitaria y Salud Pública, respondiendo la pregunta.	17879-17880
- Intervienen el Sr. Calabuig Martínez y el Sr. Viceconsejero, ampliando información... ..	17881
— PCOC-2534/2022 RGEF.20394. 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: medidas que se han adoptado para gestionar las listas de espera en el Servicio Madrileño de Salud.....	17881
- Interviene la Sra. Díaz Ojeda, formulando la pregunta.	17882
- Interviene el Sr. Viceconsejero de Asistencia Sanitaria y Salud Pública, respondiendo la pregunta.	17882-17884
- Intervienen la Sra. Díaz Ojeda y el Sr. Viceconsejero, ampliando información.....	17884-17885

— PCOC-2675/2022 RGEF.20833. Pregunta de respuesta oral en Comisión, a iniciativa de la Sra. D.ª Vanessa Lillo Gómez, diputada del Grupo Parlamentario Unidas Podemos, al Gobierno, se pregunta cuándo se tiene prevista la puesta en marcha del nuevo Plan de Urgencias y Emergencias Sanitarias de la Comunidad de Madrid.	17885
- Interviene la Sra. Lillo Gómez, formulando la pregunta.	17886
- Interviene el Sr. Viceconsejero de Asistencia Sanitaria y Salud Pública, respondiendo la pregunta.	17886-17887
- Intervienen la Sra. Lillo Gómez y el Sr. Viceconsejero, ampliando información.	17887-17889
— PCOC-2543/2022 RGEF.20404. 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: provisiones que tiene para reforzar los servicios de Salud Pública de la Comunidad de Madrid.	17890
- Interviene la Sra. Díaz Ojeda, formulando la pregunta.	17890
- Interviene la Sra. Directora General de Salud Pública, respondiendo la pregunta.	17890-17891
- Intervienen la Sra. Díaz Ojeda y la Sra. Directora General, ampliando información. ..	17891-17894
— Ruegos y preguntas.	17894
- No se formulan ruegos ni preguntas.	17894
- Se levanta la sesión a las 17 horas y 51 minutos.	17894

(Se abre la sesión a las 16 horas y 5 minutos).

La Sra. **PRESIDENTA**: Buenas tardes, señorías. Comenzamos la Comisión de Sanidad de hoy, lunes 3 de octubre, y abrimos la sesión proponiéndoles, señorías, dos alteraciones del orden del día: la primera de ellas consiste en intercambiar entre sí la penúltima y la última de las preguntas de contestación oral incluidas en él, es decir, la PCOC 2543/22 y la PCOC 2675/22, que constituyen los puntos sexto y séptimo del mismo, respectivamente; y la segunda consiste en la supresión del último punto. Como saben ustedes, el pasado jueves se recibió en la Asamblea un escrito del Gobierno -que tiene el número de registro 21925/22- comunicando que el cargo de director general del Servicio Madrileño de Salud, objeto de la Comparecencia 491/21, es desempeñado, en parte -desde el Decreto 66/2022, de 20 de julio, del Consejo de Gobierno-, por el viceconsejero de Asistencia Sanitaria y Salud Pública; a su vez, para este cargo fue nombrado el ilustrísimo señor don Fernando Prados Roa por el Consejo de Gobierno en su reunión celebrada el 28 de septiembre, es decir, la semana pasada. Por estos motivos, en dicho escrito se solicita la posposición de la sustanciación de dicha iniciativa para una futura sesión de esta comisión, y para que la comisión acuerde estas dos alteraciones del orden del día, conforme al artículo 107.3 del Reglamento, se requiere la unanimidad de la misma, por lo que, señorías, les pregunto si aceptan ustedes estas alteraciones. *(Pausa.)* Entendiendo que se aceptan por asentimiento, vamos a seguir con la comisión y damos paso al primer punto del orden del día.

PNL-272/2022 RGEP.16477. Proposición No de Ley del Grupo Parlamentario Más Madrid, con el siguiente objeto: la Asamblea de Madrid insta al Gobierno de la Comunidad de Madrid a: 1.- Realizar una descripción de la carga de complejidad clínica de cada puesto de trabajo de todas las enfermeras que trabajan en los centros dependientes del Servicio Madrileño de Salud. 2.- Avanzar hacia la reorganización de las enfermeras en función de la complejidad de cuidados en el ámbito del SERMAS. 3.- Realizar un proyecto piloto, mediante la puesta en funcionamiento de una unidad hospitalaria organizada y dotada por complejidad de cuidados. a) De forma complementaria, se desarrollará un estudio de aplicación de la complejidad clínica y social en el ámbito de la dotación, organización y dimensionamiento de la atención enfermera en el ámbito de Atención Primaria, con enfermeras especialistas en enfermería familiar y comunitaria.

Pregunto a la persona firmante de la PNL si quiere, de alguna manera, argumentarla, para lo que tendría la intervención por un tiempo de siete minutos, y así usted presenta la proposición de ley, que para eso es el autor. *(Pausa.)* Cuando usted quiera, señor Padilla.

El Sr. **PADILLA BERNÁLDEZ**: Muchas gracias, presidenta. Muchas gracias, señorías. Hoy traemos una iniciativa que creo que, al menos en gran parte, aspira a formar parte de un sentido común que llegará antes o después y que creo que deberíamos poder abrazar desde las diferentes sensibilidades parlamentarias. La transición epidemiológica, que plantea que hubo un cambio de

patrón en las enfermedades, transitando de un panorama de enfermedades agudas infecto-contagiosas a otro de enfermedades crónicas, debería haber traído consigo una transformación de los sistemas de salud, en los que el papel de las especialistas en los cuidados, es decir, de las enfermeras, ocupara un papel aún más central en el conjunto del sistema sanitario que el que ya ocupa. En nuestra opinión, el marco legislativo actual ya es suficiente como para que en las diferentes comunidades autónomas se pueda avanzar en cómo ordenar los recursos enfermeros de acuerdo con la complejidad de cuidados y con la centralidad de los cuidados de la que hablamos; pero, para ello, lo primero, antes de organizar los recursos de una manera, es medir, es medir la complejidad de los cuidados y hacerlo desde una perspectiva propia y no desde una perspectiva clínica, con más mirada médica.

Lo que proponemos en esta iniciativa es, como comentamos, bastante sencillo en lo propositivo aunque profundo en su realización: lo primero es hacer un mapa de la complejidad clínica de cuidados para cada uno de los puestos de trabajo de las enfermeras en los centros dependientes del Servicio Madrileño de Salud; lo segundo es utilizar este mapeo de la complejidad clínica y de cuidados como una herramienta de gestión y de distribución de recursos enfermeros; lo tercero sería ser vanguardia internacional a este respecto y pilotar esta forma de funcionamiento en una unidad hospitalaria completa, y lo cuarto sería intentar trascender la aplicación de este mecanismo simplemente en las unidades de cuidados críticos u otras plantas hospitalarias de alta complejidad muy delimitadas, así como ser pioneros tanto en el estudio como en la aplicación de esta mirada en los dispositivos de Atención Primaria y del ámbito comunitario, como en los centros sociosanitarios. Cuando hablamos en general de complejidad de cuidados, de lo que realmente estamos hablando es de la eficiencia en la asignación de los recursos y de la suficiencia en la dotación de profesionales. El abordaje que proponemos supone cambiar la pregunta a la que han de responder los sistemas de salud; no se trata de cuántas enfermeras hacen falta para prestar atención a este número de habitantes sino de cuántas enfermeras hacen falta para prestar la atención necesaria a esta población con estas características epidemiológicas, esta complejidad de cuidados, y qué formación y especialización precisamos para ello.

En un artículo publicado recientemente por dos enfermeras españolas en la revista *Policy, Politics & Nursing Practice* sobre cómo hacer lobby, cómo hacer presión de forma inteligente para legislar sobre ratios de enfermeras, se enfatizaba justamente la necesidad de enmarcar este debate en el conocimiento concreto de nuestra realidad más allá de comparaciones más o menos afortunadas sobre el número de profesionales en un sitio o el número de profesionales en otro. Además, en otro texto, publicado en el año 2020 en *Critical Care Medicine*, se estudiaba en los Países Bajos cómo impactaba la carga de trabajo enfermero, medida mediante el nursing activities score y la ratio de profesionales por paciente en variables de salud, y se vio -las autoras vieron- que una alta puntuación en las escalas de actividad enfermera se asociaba con una mayor mortalidad dentro de los hospitales, mientras que no se encontró que esa correlación se hallara con la ratio de enfermera por paciente.

Estamos de acuerdo en que España necesita más enfermeras, estamos de acuerdo en que la Comunidad de Madrid necesita transformar esa gran renuncia enfermera que se vive en algunos sitios

en un gran retorno, pero esa operación de gran retorno debe hacerse con esta nueva mirada, que incluya no solo las unidades de alta complejidad hospitalaria, y que llegue a la comunidad, tanto de la Atención Primaria como de los centros sociosanitarios, y, además, ha de hacerlo como una forma de poner en valor el trabajo enfermero; dado que la complejidad de la práctica enfermera está avanzando a marchas forzadas en el contexto internacional, la forma de redistribuir los recursos ha de hacerlo de la misma manera.

Termino aquí porque creo que, más allá de entrar en otro tipo de confrontaciones, lo fundamental aquí era exponer esto, que no viene a ser más que una iniciativa que recoge una parte de evidencia internacional y una parte del trabajo que vienen haciendo algunos colectivos, e insisto en que lograr una adecuada dotación de enfermeras en el Servicio Madrileño de Salud y hacer que estén donde más se necesitan es un aspecto que repercutirá tanto en la capacidad del sistema para ser accesible a toda la población como en indicadores más sólidos, como puede ser la mortalidad. Muchas gracias.

La Sra. **PRESIDENTA**: Muchas gracias. El único grupo que ha presentado enmiendas es Vox; por lo tanto, si quisiera, tendría un turno de intervención para defender las enmiendas o directamente entramos en el debate de la PNL, lo que usted desee. *(Pausa.)* Entramos en el debate. *(Pausa.)* También es cierto, porque por orden de intervención... *(Pausa.)* Vale; en principio, entonces, entramos en lo que sería la intervención de todos los grupos parlamentarios, de menor a mayor. Tiene la palabra Unidas Podemos; cuando usted quiera.

La Sra. **LILLO GÓMEZ**: Gracias, presidenta. Buenas tardes, señorías. En primer lugar, agradecer a Más Madrid que haya traído esta iniciativa aquí. Es verdad que, en los últimos meses, y con toda la cuestión y toda la pandemia, así como con la cuestión de la urgencia extrahospitalaria, ha habido otros temas que han ocupado muchas de las iniciativas que traemos aquí, y, de hecho, la propia pandemia paralizó, por así decirlo, un compromiso con esa campaña, con ese año internacional, como era Nursing Now, de cómo abordar el papel que tiene que tener la enfermería en el sistema sanitario y en la propia toma de las decisiones; por lo tanto, saludar esta iniciativa y que hablemos de este tema en cuestión. Y, además, saludar que este tipo de iniciativas introduzcan el hablar no solamente de la cuestión cuantitativa, en este caso de cuántas enfermeras necesitamos, sino también de la cuestión cualitativa, que habla también de para qué y de qué es lo que tienen que hacer. Para nosotras no es baladí, y, además, este cambio de enfoque o introducir este elemento también lo planteamos, es decir, analizar la realidad concreta, saber qué necesidades reales hay, y con qué medios se contaba que hacer frente a unas necesidades reales que son cambiantes y que hemos visto –como bien ha dicho el portavoz de Más Madrid, del grupo proponente– que han cambiado en los últimos años. También lo planteamos en otros elementos, y hemos visto aquí cómo afectan también a la propia salud otros elementos, como las políticas públicas, que no solamente emanan de la Consejería de Sanidad; cómo afecta a nuestras propias vidas cualquier política pública. En ese sentido, creo que también ese cambio de enfoque tiene que atravesar el sistema sanitario y el papel de las enfermeras.

Además, tanto por la pandemia como por esa convocatoria de elecciones anticipadas, a nuestro grupo parlamentario le hubiese encantado poder traer la iniciativa, y sacarla adelante, de una comisión de estudio sobre el papel de la enfermería en el sistema sanitario en la Comunidad de Madrid, igual que nos hubiese encantado -en este caso no tiene que ver, no salió adelante- esa comisión para abordar de manera monotemática la Atención Primaria en la Comunidad de Madrid; pero, bueno, aunque, por tiempos o por correlación de fuerzas, con esa comisión de estudio no se pudo ir más allá no solamente en este elemento sino para cumplir con esa especie de compromisos que nos planteaba Nursing Now en lo que es la propia gobernanza y la toma de decisiones por parte de las enfermeras, entendemos que este es un paso imprescindible, si bien no suficiente porque también compartimos que la enfermería es una pieza imprescindible de un engranaje mucho mayor y entendemos que sería muy interesante que esto se extendiese no solamente a la categoría profesional y a cuáles son las funciones y las tareas que desempeñan y deben desempeñar sino a todas estas variables que tienen indicadores que tienen que formar parte de determinar la carga de trabajo y esas ratios no solamente de las enfermeras sino también de otros profesionales sanitarios, y, por tanto, sería muy positivo tener esta visión de conjunto porque al final no son entes aislados si hablamos del sistema sanitario como conjunto.

También -y termino con esto- consideramos que es necesario que esta iniciativa salga adelante y que en su puesta en funcionamiento, como no puede ser de otra manera, no solamente se cuente...; bueno, no me ha dado tiempo a realizar la enmienda, pero entiendo que esta aportación, si sale adelante, cuente, como digo, no solamente con la aportación del trabajo de las sociedades científicas -que me consta, y yo creo que se tiene que tener en cuenta- sino también de las organizaciones sindicales, porque al final estamos hablando, más allá de la cuestión cualitativa o del papel de la enfermería y del cuidado a profesionales, de las propias condiciones laborales.

Simplemente agradecer de nuevo que se traiga esta iniciativa, adelantar que vamos a apoyar esta iniciativa, y, desde luego, nos gustaría que se ampliara a otros cuerpos y que formaran parte de este andar y de este camino las organizaciones sindicales, que tienen un espacio, como la mesa sectorial, donde, de manera colectiva, se pueden abordar este tipo de tareas. Nada más. Muchísimas gracias.

La Sra. **PRESIDENTA**: Muchas gracias. Ahora es el turno del portavoz del Grupo Vox; cuando usted quiera.

La Sra. **JOYA VERDE**: Buenas tardes. Gracias, señora presidenta. En primer lugar, dar la bienvenida y las gracias al Grupo Más Madrid por traer esta iniciativa a la Comisión de Sanidad. Nuestro grupo se ha preocupado y ha presentado también varias iniciativas dirigidas a la mejora de las condiciones y de la calidad asistencial y el trabajo de la enfermería. Nosotros trajimos a esta misma comisión, en su día, al colectivo independiente y apartidista Enfermería de Madrid Unida con la intención de dar voz a las decenas de miles de enfermeras que habían sido silenciadas. Aquí nos presentan fundamentalmente una iniciativa para mejorar la calidad de la asistencia dada al paciente, pero también eso conlleva una mejora de las condiciones laborales de enfermería. Vemos muy

adecuado que no solamente se miren las ratios sino también la complejidad, efectivamente. En esa línea, yo quiero recordar que Vox trajo al pleno de la Asamblea una iniciativa, una proposición no de ley, en la que se pedía –después de una transaccional a la que llegamos con el Partido Popular y Ciudadanos- algo similar en un ámbito muy concreto, que era el de los cuidados paliativos, pero pedíamos que se reconociera la cualificación específica no solo de la categoría de médicos en paliativos sino también de la enfermera experta en cuidados paliativos, y la verdad es que eso se alinea bastante con lo que hoy se pide aquí; sin embargo, la izquierda en bloque votó en contra de esa iniciativa, que en el fondo estaba reconociendo precisamente eso, que se adecuara y que se reconociera el perfil específico y cualitativo del trabajo de una enfermera en un ámbito, en este caso, concreto, que es el de los paliativos, y quiero recordarlo porque me parece muy importante exponer este hecho.

Estamos a favor, y nosotros hemos presentado una enmienda que sí que va dirigida a que se apruebe, a que se acelere y a que se deje de bloquear y de retrasar la tramitación en el Congreso de los Diputados de la ley de seguridad del paciente. ¿Por qué? Porque esa ley busca adecuar las ratios paciente/enfermera, y nos parece que es imposible; si estas ratios no son adecuadas, si una enfermera está sobrecargada en cuanto al volumen de pacientes que tiene que atender, difícilmente va a poder dar una asistencia de calidad específica en su ámbito y en su especialización. Por eso, nosotros pedimos a los grupos de la izquierda y al Grupo Popular que dejen de retrasar la tramitación de esta ley tan importante, que nos parece que se debe aprobar ya y que nosotros apoyamos, que es la ley de seguridad del paciente, y en esa línea y por ese motivo hemos presentado esta enmienda. Muchas gracias.

La Sra. **PRESIDENTA**: Muchísimas gracias. Es el turno de intervención de la portavoz del Grupo Socialista; cuando usted quiera.

La Sra. **DÍAZ OJEDA**: Gracias, presidenta. Buenas tardes. Gracias al grupo proponente por traer a debate esta PNL, que el Grupo Socialista apoyará; gran parte de su contenido es objeto de negociación colectiva y, por tanto, de utilidad e inspiradora para el buen criterio de las organizaciones sindicales y la Administración sanitaria en la mesa sectorial.

En primer lugar, quiero agradecer a enfermeras y enfermeros su dedicación y entrega en el cuidado y atención sanitaria a las personas a lo largo de toda la vida y reconocer que son imprescindibles para el buen funcionamiento de los sistemas sanitarios y la consecución de las políticas de salud pública; por esta razón, quiero poner en valor la campaña Nursing Now -a la que ya ha hecho referencia a la señora Lillo- como el movimiento que nace en 2018 por iniciativa del Consejo Internacional de Enfermeras y la Organización Mundial de la Salud. Esta campaña se pone en marcha para que enfermeras y enfermeros ocupen el lugar que les corresponde en los puestos de gestión y decisión política e institucional, pero no se pudo desarrollar porque la pandemia de covid-19 lo impidió en cierta forma. A nivel global, Nursing Now planteó cinco objetivos, sobre los que nada ha hecho el Gobierno de la Comunidad de Madrid; a saber: mayor inversión precisamente para el colectivo de la enfermería, difusión de prácticas efectivas e innovadoras en enfermería, influencia de las enfermeras

y matronas en la política de salud, más enfermeras en posición de liderazgo, y evidencia para los responsables de las decisiones políticas sobre dónde la enfermería puede tener un mayor impacto.

La Asamblea General de la OMS declaró 2020 como Año Internacional de la Enfermera y la Matrona porque el 12 de mayo de 2020 se cumplieron 200 años del nacimiento de Florence Nightingale, enfermera británica considerada la precursora de la enfermería moderna; pero lo cierto es que también fue año de la pandemia por covid, y la enfermería ha realizado un papel encomiable, especialmente en situaciones de alta complejidad clínica de los pacientes afectados. Por tanto, la realidad de la profesión enfermera ha puesto de manifiesto que la carga de complejidad clínica de los pacientes que requieren atención por las enfermeras ha crecido notablemente, lo que ha cambiado el contenido y las competencias en sus puestos de trabajo; en Atención Hospitalaria sirvan como ejemplo las competencias desarrolladas en las unidades de cuidados intensivos, con la complejidad añadida de los pacientes con covid durante siete olas y a lo largo de dos años, y, de igual forma, en urgencias extrahospitalarias y en Atención Primaria y comunitaria, las enfermeras han afrontado en sus puestos de trabajo una mayor complejidad y el incremento de la presión asistencial tanto en atención a demanda de los pacientes crónicos pluripatológicos, frágiles y polimedicados como en la vacunación de covid-19 a la población y tareas de salud pública en el control de la pandemia, sin el reconocimiento y las retribuciones que todo ello merece.

Afortunadamente disponemos del Plan de Acción de Atención Primaria y Comunitaria 2022-2023 y del Marco Estratégico de Atención Primaria y Comunitaria 2019, aprobados en sendos consejos interterritoriales; por tanto, el Gobierno de la Comunidad de Madrid debe cumplir lo comprometido en el plan de acción y en el marco estratégico, así como lo comprometido y aprobado en la Asamblea de Madrid en el dictamen de la Comisión de estudio para la recuperación e impulso de la actividad económica y social de la Comunidad Madrid, cuyo mandato incluye una serie de actuaciones en relación con la enfermería: impulsar políticas de planificación y desarrollo profesional; impulsar la enfermería familiar y comunitaria para incrementar los cuidados sanitarios de atención domiciliaria; favorecer la cobertura de puestos poco atractivos, como crear plazas estables para cobertura de bajas y sustituciones de enfermería; impulsar los servicios de Atención Primaria y comunitaria mediante el refuerzo de la estrategia de cronicidad para la monitorización a domicilio y el seguimiento por parte de la enfermería en los domicilios para fomentar los autocuidados y las medidas higiénico-sanitarias y las e-consultas, y, por último, sobre coordinación de los servicios sanitarios y sociales, tomar con urgencia medidas precisas para que los servicios de Atención Primaria y Geriátrica atiendan plenamente a todas las personas que viven en las residencias de mayores, reforzando los servicios de enfermería y de Atención Primaria para prestar en la residencia de mayores los cuidados que precisen las personas. En fin, ¡un escándalo también las denuncias de los residentes!, de mayores que no están siendo atendidos en las residencias con la dignidad que merecen; fundamental la tarea de las enfermeras en esta función de vigilancia, de control y de asistencia sanitaria. Gracias.

La Sra. **PRESIDENTA**: Muchas gracias. Para finalizar este turno de intervenciones, y por si algún grupo tiene que llamar a alguien, queda solo una intervención, la de la portavoz del Grupo Popular; cuando usted quiera.

La Sra. **DÁVILA-PONCE DE LEÓN MUNICIO**: Muchas gracias, presidenta. Muy buenas tardes a todos. En primer lugar, me gustaría agradecer al Grupo Más Madrid el haber traído esta iniciativa para que podamos debatir...; bueno, hemos empezado a debatir sobre algunas cosas que tampoco tienen mucho que ver con la iniciativa que presenta Más Madrid, pero nosotros nos vamos a intentar centrar en ello, además por el corto periodo de tiempo que tenemos. Agradecer también la información que ha compartido en la exposición de motivos, donde ha aportado bibliografía en la que, tanto desde la enfermería del hospital como desde la enfermería comunitaria, sabemos que su presencia y su participación mejoran los datos de mortalidad, mejoran las readmisiones en hospitalización y el tiempo de ingreso, de estancia, y también otros eventos relacionados con la salud, como decía, en la enfermería comunitaria, con mejores resultados en salud, que son básicos de lo que se ha hablado: en cronicidad y también mejorando la calidad de vida. También disminuyen la frecuentación en urgencias y los ingresos, y sobre todo incrementa el grado de satisfacción del paciente y de su cuidador, porque no se trata únicamente, como se ha dicho, del número de enfermeras sino también de su especialización. Y comentaba también en la exposición de motivos la medición de la carga asistencial, que sea -por así decirlo- poco flexible, con algunas herramientas que no incluyen cosas como el acompañamiento, como la educación en salud, o la escucha que puede proporcionar también la enfermera.

Nosotros vamos a actualizar algunos de los datos ya que el Gobierno regional sí ha tenido en cuenta en sus estrategias este tipo de asuntos. No es novedad que se adecúen los recursos humanos y materiales a la complejidad clínica de los pacientes, y tampoco lo es que se tenga en consideración esta complejidad en lo que respecta al incremento de la carga de trabajo para los profesionales; y no solo se tienen en cuenta la complejidad, la cronicidad -ahora veremos algún ejemplo-, el tipo de patología o la situación de dependencia que se genera, sino que también, por ejemplo, se valoran aspectos como la dispersión de la población, las infraestructuras disponibles en esa zona o la ruralidad, y así se aplica en el Servicio Madrileño de Salud, adecuando las plantillas conforme al tipo de paciente, porque no es lo mismo una unidad de trastornos de la conducta alimentaria que una unidad de oncología médica, que de cirugía general, o que una UCI, midiéndose precisamente esa complejidad por gravedad, por el tipo de patología, por la comorbilidad, entre otros tantos estándares, y se asignan o se procuran asignar las ratios adecuadas a las necesidades para el cuidado del paciente.

Miren, por ponerles ejemplos, el Sermas ha demostrado su flexibilidad en estas cuestiones, adaptando recursos humanos y materiales incluso cuando ha habido patologías no previstas, como ha sido, por ejemplo, el coronavirus, ¡y fíjense si el sistema ha sido flexible en cuanto a complejidad que se generaron en todos los hospitales las UCRI!, que creo que todos ya conocemos en esta comisión. Y, en esta misma línea, el Servicio Madrileño de Salud continúa trabajando en la gestión por procesos. La Comunidad de Madrid, por ejemplo, fue la primera en tener una estrategia de seguridad del paciente. Ya en sus inicios, en el año 2004, se creó el Observatorio Regional de Riesgos Sanitarios, y la estrategia de seguridad del paciente actual habla de asuntos relacionados con temas que han propuesto en su proposición no de ley: en la continuidad asistencial; en implicar al paciente, al familiar y a las personas cuidadoras en su salud; en difundir el conocimiento científico, del que ha

hablado también la señora diputada del Partido Socialista; por supuesto en desplegar prácticas seguras en muchas de las unidades de las que hemos hablado, como en cirugía, en urgencias, en pacientes críticos, en pediatría, en Salud Mental, en los cuidados y técnicas de enfermería..., y también la Comunidad de Madrid es pionera en la estrategia de atención a pacientes con enfermedad crónica desde el año 2014 -ya son unos cuantos años trabajando en ello y es una estrategia que también se evalúa cada año-.

Y, por hablarles de pilotos, yo he recordado dos, pero creo que solo me va a dar tiempo a contarles uno, que fue un piloto que involucró a todo el servicio de neonatología en La Paz, aunque fue promovido por el servicio de enfermería. Es un modelo que se llama FICare -family integrated care; familia integrada en los cuidados-, en el que, por supuesto, era el personal sanitario y, básicamente, el personal de enfermería el que formaba a los papás de niños grandes prematuros y también a otros niños; luego, se extendió a niños con otras patologías, y, evidentemente, los resultados en salud fueron -para empezar- reducir drásticamente el tiempo de ingreso y que los bebés se pudieran ir a casa, y, por supuesto, mejores datos en reingreso, como hemos dicho anteriormente. Es uno de los proyectos que ya no es piloto; fue piloto en el año 2019, cuando se difundió.

Y, hablando de difusión, yo he encontrado este, que ya conocía pero que está publicado; he encontrado la nota de prensa buscando en la web. Hay muchísimos proyectos de continuidad asistencial, por ejemplo, publicados en la web. Y, cuando hablamos de inversión, creo que la Comunidad de Madrid incrementa su presupuesto en Sanidad, pero básicamente en el Capítulo Primero, año a año, y en inversión también; no solamente el presupuesto sino también la inversión. Y, hablando de difusión, pueden acceder ustedes a premios de humanización, a premios de calidad asistencial o a reconocimientos que dan no solo la consejería o las Administraciones -también el Ministerio lo hace- sino también medios del sector; con lo cual, yo creo que difusión se hace. Es verdad -y ya voy acabando- que nosotros consideramos que uno de los pilares básicos para lograr también que estos proyectos salgan adelante es que los propios profesionales se involucren, y creo que, desde el Gobierno regional, la Administración siempre va a apoyar todos estos proyectos que tengan esos buenos resultados en salud, como en el proyecto que les he trasladado. Nada más. Muchas gracias.

La Sra. **PRESIDENTA**: Muchas gracias. Terminado el turno de debate de todos los grupos parlamentarios, y al no haberse presentado ninguna enmienda transaccional, solo cabe preguntar al portavoz del Grupo Parlamentario Más Madrid si acepta o no las enmiendas presentadas por el Grupo Vox. *(Pausa.)* Tome la palabra si quiere. *(Pausa.)* La enmienda...

El Sr. **PADILLA BERNÁLDEZ**: Sí, era por si se me había escapado alguna.

La Sra. **PRESIDENTA**: Vale. Aceptada la enmienda, entiendan que se modifica de alguna manera, es decir, se suma la propuesta de Vox a la propuesta de Más Madrid; por lo tanto, votamos a mano alzada... Bueno, pregunto si hay sustituciones, aunque no hay sustituciones en ningún grupo,

¿verdad? *(Pausa.)* Pues, nada. Votamos. *(Pausa.)* Sale adelante la proposición no de ley; enhorabuena.

Pasamos al siguiente punto del orden del día. El compareciente sé que está aquí... *(Pausa.)* Buenas tardes, viceconsejero; le invitamos ya a ocupar su lugar en la mesa... ¡No le dejamos ni que suelte el maletín!; lo siento. *(Pausa.)* Muy bien. Pasamos al siguiente punto del orden del día, y más teniendo ya al viceconsejero de Asistencia Sanitaria y Salud Pública aquí, entre nosotros, en la mesa. Buenas tardes, y bienvenido.

PCOC-2200/2022 RGE.18725. Pregunta de respuesta oral en Comisión, a iniciativa de la Sra. D.^a Vanessa Lillo Gómez, diputada del Grupo Parlamentario Unidas Podemos, al Gobierno, se pregunta para cuándo tienen prevista la reapertura de los 37 SUAP anunciada por la Presidenta de la Comunidad de Madrid.

Usted, señora Lillo, tiene el tiempo ahora para decirla, argumentarla, o lo que usted desee; cuando quiera.

La Sra. **LILLO GÓMEZ**: Gracias, presidenta. Buenas tardes. Bienvenido, de nuevo, señor Prados. Enhorabuena, ¡no!; eso ya lo veremos. La pregunta que le quiero hacer en esta ocasión es cuándo tienen prevista la reapertura de los 37 SUAP anunciada por la presidenta y prevista para octubre. Y déjeme que le diga, evidentemente, que podría parecer que la lectura de esta pregunta es extemporánea, pero es que, claro, el tema de la reapertura de los SUAP ha ido variando mucho, sobre si se abrían o no se abrían. Y, seguramente, si ahora registrase esta misma pregunta, con esta redacción, la Mesa me la rechazaría, porque me contestaría y me diría que no se van a abrir los 37 SUAP, y este es un ejemplo de lo que para nosotras, sin lugar a dudas, es una nefasta gestión de las urgencias extrahospitalarias, al tiempo que implica un paso más no solamente para dismantelar un servicio, como es el de las urgencias extrahospitalarias, sino para ir poco a poco mermando lo que es el propio sistema sanitario público de la Comunidad de Madrid; de hecho, este tema ha supuesto el propio cese del gerente, y quizá por eso está usted contestando aquí, porque ahora nos estará viendo a lo mejor el nuevo gerente, al que habrán dicho: espérate un poco, y ya irás en otra ocasión. Y, como usted nos viene a contestar a esta pregunta, simplemente le pido que nos diga qué va a suceder, y, si no es ciertamente un dismantelamiento de este servicio, que nos dé los datos y las fechas concretas, de una vez por todas, para demostrarnos lo que para nosotras sí es un dismantelamiento de la sanidad pública madrileña. Gracias.

La Sra. **PRESIDENTA**: Muchas gracias. Tiene la palabra el señor viceconsejero de Asistencia Sanitaria y Salud Pública, el señor Fernando Prados; cuando usted quiera.

El Sr. **VICECONSEJERO DE ASISTENCIA SANITARIA Y SALUD PÚBLICA** (Prados Roa): Gracias, presidenta. Señoría, espero hacerle cambiar de opinión cuando termine esta respuesta. Como saben sus señorías, la gestión de asistencia a los servicios de urgencia de Atención Primaria -

SUAP- fue transferida en 2004 desde Atención Primaria al Summa 112. Estos 37 centros, ubicados en centros de salud y de especialidades, nacieron con el objetivo de atender las urgencias extrahospitalarias en el horario en el que los centros de salud ya permanecían cerrados. Con el inicio de la pandemia, estos centros fueron cerrados por varios motivos: los profesionales que habitualmente trabajaban en los SUAP pasaron a cubrir el turno de noche del hospital habilitado en Ifema para atender a los pacientes covid; otro grupo de profesionales, por edad y otros condicionantes de riesgo señalados por el Servicio de Prevención de Riesgos Laborales, tuvieron que abandonar la asistencia directa a los pacientes covid. Los SUAP eran centros de pequeñas dimensiones, en los que resultaba francamente imposible organizar dos circuitos diferenciados, como tenemos en los hospitales, para pacientes contagiados o con sospecha de contagio y otro para los pacientes libres de covid con el fin de evitar que el propio centro se convirtiera en un foco de posibles contagios para profesionales y pacientes. Por último, dado el confinamiento de la población debido a las sucesivas declaraciones de estado de alarma y las recomendaciones de no acudir al centro sanitario salvo que fuera estrictamente necesario, los SUAP registraron una caída notable de la actividad. Durante ese periodo, las urgencias extrahospitalarias que se atendían en los SUAP fueron atendidas por el operativo propio del Summa 112, tanto en su centro coordinador como en su red de recursos móviles. Con el cambio de situación asistencial debido a la evolución de la pandemia, el Servicio Madrileño de Salud ha considerado necesario implantar una nueva estructura de los servicios de urgencias, por lo cual ha monitorizado y estudiado la afluencia a los centros de salud, identificando los horarios de mayor afluencia y los tipos de demanda para, de esta manera, adaptar mejor la respuesta al sistema de las necesidades de los ciudadanos.

Por otro lado, estamos convencidos de que la nueva organización reforzará la Atención Primaria y las urgencias extrahospitalarias adaptándolas a la demanda real. El nuevo planteamiento conlleva una reestructuración completa de las urgencias extrahospitalarias y supondrá la extinción de los 40 servicios de urgencias rurales -SAR- y los 37 servicios de urgencia de Atención Primaria -SUAP-. En su lugar, el Servicio Madrileño Salud pondrá en marcha 78 puntos de atención continuada -PAC-, que incluirán los anteriores SUAP, los SAR y un nuevo punto de atención continuada. El horario de los nuevos centros será el siguiente: de lunes a viernes, las urgencias extrahospitalarias funcionarán desde el cierre del centro de salud hasta la apertura del mismo. En más del 78 por ciento de los antiguos SAR y SUAP, este nuevo servicio de atención continuada queremos que adelante su horario de servicio, de manera que se solape con la Atención Primaria en las horas de mayor demanda, que son la tarde y la tarde/noche. Además se dará continuidad a la asistencia sanitaria, se prestará el servicio de atención no demorable, como no podía ser de otra manera, hasta la resolución completa del mismo en el sistema de salud. Los sábados, domingos y festivos, cuando el centro de salud permanece cerrado, se prestará el servicio de urgencias las 24 horas del día. Esta estructura seguirá funcionando como la primera línea de atención al ciudadano que requiera servicios de urgencia en aquellos casos que no precisen el traslado a las urgencias hospitalarias, que seguirán manteniendo su funcionamiento habitual para los casos más graves o que requieran de recursos asistenciales de estos centros hospitalarios. Asimismo, el Summa 112 seguirá prestando servicios a las urgencias domiciliarias y en la vía pública. Los PAC estarán gestionados por la Gerencia Asistencial de Atención

Primaria y contarán con médico, personal de enfermería y profesionales de apoyo, como celadores y técnicos, y estarán ubicados en los centros de los antiguos SUAP y SAR.

Este nuevo modelo de atención de urgencia presenta, a nuestro entender, importantes fortalezas: primero, fija la oferta de puntos de asistencia hasta igualar la amplitud geográfica prepandemia ofertando puntos asistenciales próximos y accesibles; segundo, va a concentrar los recursos en los tramos horarios de mayor demanda asistencial, que son la tarde/noche, como le digo, y permitirá reforzar la oferta de Atención Primaria en horario de tarde, que es cuando más lo demanda el ciudadano, además de optimizar los recursos humanos teniendo en cuenta en la distribución de los profesionales los horarios tanto de cima como de valle. La apertura de los puntos de atención de urgencias extrahospitalarias se realizará durante el próximo mes de octubre en función del planteamiento organizativo de la Dirección General de Recursos Humanos y de su presentación en la mesa sectorial, donde ya está, y posterior acuerdo, que esperamos lograr. Muchas gracias.

La Sra. **PRESIDENTA**: Muchas gracias. Es ahora el segundo turno, que abre la diputada portavoz de Unidas Podemos; cuando usted quiera.

La Sra. **LILLO GÓMEZ**: Próximo mes de octubre, ¡y estamos a 3 de octubre!; o sea, debería estar ya en funcionamiento, según sus propios planteamientos. Señor Prados, este es el ejemplo de la capacidad que tiene para decir una cosa y la contraria, y no solo eso sino dar razones o argumentos tanto para justificar una cosa como la contraria; y este es el ejemplo de los SUAP. Es normal que la gente ahora ya tenga tal cacao y piense que se van a reabrir los 37 SUAP, que... (*Rumores.*) ¡Normal!, ¡inormal!, porque han dicho ustedes, desde que se cerraron en 2020, y se le ha olvidado: por varias razones...; se le ha olvidado la primera, con la cual mintieron ¡porque era una orden ministerial y estuvo una hoja pegada en los SUAP diciendo que era por una orden ministerial! Dice que fue para que se fueran a Ifema, pero Ifema estuvo abierto los cuarenta días que estuvo en funcionamiento, y los SUAP hoy, en octubre de 2022, llevan cerrados desde marzo de 2020; un cierre temporal, porque en la web hasta hace bien poquito se seguía diciendo que era un cierre temporal.

También nos dice ¡que disminuyó la actividad! Pero ¡cómo va a disminuir la actividad de un servicio que está cerrado, que no se puede prestar!, ¡porque no se podía prestar! Eso sí, había una persona, un trabajador o una trabajadora del Summa 112, a modo de informador solamente, para, cuando llamaban a la puerta, tenerlos solos, enfrentándose al paciente y diciendo, en esas circunstancias, que no podía ser atendido, que tenía que llamar al 112, ¡y eso ha seguido sucediendo!

Hablan de imposibilidad de circuitos. Siguen con esa retahíla, que ya ustedes mismos habían superado, de "estamos en otras circunstancias, ya conocemos más el virus, podemos establecer otros circuitos". En muchos casos se comparte instalación con un centro de salud. ¡Ni siquiera se investigó la posibilidad de utilizar esa infraestructura! El propio señor Busca justificó el cierre ¡porque solo lo utilizaba el 7 por ciento de la población!; y con esto voy a que dicen unas cosas y las contrarias para demostrar que no tienen una política concreta en las urgencias extrahospitalarias.

La señora Ayuso, cuando se cierra en 2020 por estas razones y se producen movilizaciones, como respuesta a las movilizaciones, se anuncia una reorganización: que de los 37 va a haber unos cuantos menos, unos con médico, otros con enfermería. Sigue habiendo movilizaciones, y, entonces, la señora Ayuso primero dice que están abiertos y, luego, que se reabren todos, nos cargamos a Busca, y luego volvemos, en la última, a decir que no, que ahora van a ser puntos de atención continuada i y metemos en la ecuación al Servicio de Atención Rural, que no ha formado parte de esto en todo este tiempo, que ha estado funcionando sin problemas y que, de hecho, en 2019 ustedes hablaban de reforzar los SAR con celadores que atendían a casi 290.000 pacientes al año y ahora los meten en la ecuación. Es decir, cierran los SUAP, dicen que abren parte, que solamente tienen personal para abrir 10, y ahora nos encontramos con que cierran los 37 más 40 SAR, es decir, estamos hablando de 77. Decían que solo había profesionales para 50, y ahora nos dicen que, con los mismos profesionales, porque no están hablando de reforzar profesionales, van a abrir 78 puntos de atención continuada. ¿Con qué profesionales? ¡Si no nos ha dicho nada de que vayan a reforzar la plantilla!, la misma que justificaba el cierre de este servicio de las urgencias extrahospitalarias. Y con esto termino porque me quedo sin tiempo, pero quiero decirle que le van a seguir dando más vueltas y que tendrán que terminar esforzándose en contratar a profesionales para garantizar la apertura de esos 37 SUAP y esa atención. Sigue habiendo movilizaciones -el día 4, en El Escorial; el día 5, en Alcalá; el día 6, en Collado Villalba...-, y ahora toda la parte de la atención rural ve cómo otra vez van a ver mermados sus servicios. Insistimos: contraten a profesionales y garanticen la reapertura ¡ya! de los 37 SUAP; no sigan dando vueltas porque esto va a ser, sin duda, la privatización de las urgencias extrahospitalarias. Nada más. Gracias.

La Sra. **PRESIDENTA**: Muchas gracias. Cierra el Gobierno, y tiene la palabra el viceconsejero.

El Sr. **VICECONSEJERO DE ASISTENCIA SANITARIA Y SALUD PÚBLICA** (Prados Roa): Gracias, presidenta. Señoría, siento mucho no haberla convencido, ¡pero ya veía que no iba a ser posible! De todas maneras, esté tranquila porque no se van a mermar los servicios; ya le he explicado que lo que se va a hacer es reforzarlos, o sea, van a estar todos reforzados. Los SAR no solo no van a perder ni un minuto de la actividad y de la disponibilidad que tenían en sus centros sino que los van a aumentar porque, como le he dicho, en casi todos ellos vamos a solapar durante las horas en que más necesaria es la presencia de los profesionales sanitarios en estos centros.

Y, por supuesto, habla de que lo vamos a privatizar y todo esto. ¡Es que esto ya lo oigo para todo!; que en Sanidad estamos privatizando todo, todo el rato..., pero, bueno, yo ya no le puedo explicar más, la situación es la que es: los SAR se van a abrir, y se van a abrir con el personal que hay ¡porque no hay más! No sé si sabe que los profesionales de los que disponemos son aquellos de los que disponemos en el sistema nacional de salud, pero hoy por hoy tenemos una escasez manifiesta, y además alarmante, de profesionales que no podemos inventar, porque tardamos mucho tiempo en formarlos y en ponerlos operativos para el propio sistema, y, hoy por hoy, hay los que hay, y tampoco es cuestión de competir entre comunidades autónomas a ver quién se lleva a más profesionales.

Y, por último, que, claro, solamente atiende al 7 por ciento de la población. Lo que les dijo el doctor Busca no es mentira, ¡es verdad, ¡sí todo eso es cierto!; otra cosa es que hayamos pensado que la disposición de estos centros, abiertos durante las 24 horas del día, todos los días del año, es una necesidad que al ciudadano, aunque no lo utilice en exceso, también le va proporcionar un beneficio, y no solo a él sino también al sistema sanitario. Muchas gracias.

La Sra. **PRESIDENTA**: Muchas gracias, viceconsejero. Pasamos al siguiente punto del orden del día, para el que le seguimos invitando a que siga con nosotros.

PCOC-2349/2022 RGE.19919. 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 el funcionamiento del transporte sanitario en la Comunidad de Madrid.

Esta pregunta de contestación oral en comisión es a iniciativa de la señora Gádor Joya, del Grupo Parlamentario Vox en Madrid, al Gobierno, y le doy sus minutos para que la pueda argumentar o presentar; cuando usted quiera.

La Sra. **JOYA VERDE**: Muchas gracias. Bienvenido, señor Prados, y enhorabuena por su nuevo nombramiento. La pregunta es: cómo valora el funcionamiento del sistema de transporte sanitario en la Comunidad de Madrid. Muchas gracias.

La Sra. **PRESIDENTA**: Muchas gracias. Tiene la palabra el señor viceconsejero; cuando usted quiera.

El Sr. **VICECONSEJERO DE ASISTENCIA SANITARIA Y SALUD PÚBLICA** (Prados Roa): Gracias de nuevo, presidenta. Señoría, muchas gracias. La valoración del Servicio Madrileño de Salud sobre el transporte sanitario es positiva, presentando además un grado de mejora muy significativo respecto a periodos previos y en todos los tipos de transporte de pacientes, que, como le explicaré, son varios.

Actualmente, el número medio de pacientes que se trasladan en ambulancia diariamente en la Comunidad de Madrid es de casi 4.000 pacientes -3.938-; pero le ofreceré algunos datos más. Los pacientes trasladados en ambulancia con necesidad de soporte vital avanzado representan el 2,7 por ciento del total; este tipo de servicio incluye los desplazamientos realizados desde el lugar de atención, como los interhospitalarios, que, aunque representan el menor porcentaje, son los más específicos y los de más alta complejidad. Los pacientes trasladados sin necesidad de soporte vital suponen el 22 por ciento, y, como el caso anterior, aquí se incluyen los transportes realizados desde el lugar de atención con carácter urgente y los interhospitalarios. Los traslados correspondientes al transporte programado suponen el 75,3 por ciento del total, y, aunque son los de menor complejidad clínica, implican una importante complejidad de gestión. Como sabe, señoría, en estos dos últimos

tipos que he mencionado el servicio se presta a través de contratos de adjudicación pública, aunque en ambos casos el control de la actividad, los tiempos, forma y tratamiento de la incidencia se realiza por el servicio coordinador de urgencias Summa 112. Es evidente que con este volumen de actividad es impensable que no se produzcan incidencias. En la prestación del transporte urgente sin soporte vital avanzado, que ha presentado en este año incidencias fundamentalmente debidas a averías sobrevenidas de los vehículos y a la tardanza en el suministro en los talleres, el servicio se ha estado prestando sin repercusión en los usuarios, siendo los tiempos de control acordes a los reflejados en el pliego de prescripciones técnicas, que están fijados en 16 minutos y 24 segundos. Respecto al servicio de transporte terrestre programado, en lo que llevamos de 2022 se han realizado 562.708 traslados, pero en años anteriores a la pandemia esta cifra rondaba 1 millón de traslados. La distribución por prestación se mantiene muy similar a los periodos previos, obviando el año 2020 y gran parte de 2021, lógicamente, por la pandemia. El mayor número de traslados sigue correspondiendo a la prestación de diálisis, con 269.014 traslados, representando el 47,7 por ciento del total; también por rehabilitación, que representan el 20 por ciento; consultas, un 11,5 por ciento; traslados interhospitalarios, un 3,3 por ciento; altas por la hospitalización, que es el menor porcentaje, un 2,2. En el 87 por ciento de los casos, los pacientes llegan a estas citas sin sobrepasar los 30 minutos de la hora de cita registrada, siendo, en un 44 por ciento de los casos, la llegada entre 10 y 40 minutos antes de dicha hora, y la prestación de altas en planta y el tiempo medio de recogida -ya digo, en planta- es de 1 hora y media.

Por otra parte, hay que señalar que, aunque este tipo de transportes sanitarios en su generalidad no sean clínicamente complejos por tratarse de pacientes que están estables, sí hay situaciones de pacientes que requieren circuitos y protocolos muy diferenciados y que durante todo el desarrollo del contrato se han ido incorporando a este tipo de transporte; es el ejemplo de los pacientes con obesidad mórbida -que no estaban recogidos-, pacientes adultos o infantiles portadores de ventilación asistida, pacientes que requieren ingreso para trasplante cardiaco, pacientes con necesidad de perro guía, y el último en incorporar es el transporte de órganos de pacientes en proceso de eutanasia. Seguimos trabajando y mejorando circuitos que ya están establecidos, como los pacientes de ingreso en centros de media estancia, los pacientes de cuidados paliativos y últimos días de vida, los pacientes residentes en centros de patologías específicas, con daño cerebral, o traslados a centros de referencia nacional, como al Hospital de Parapléjicos de Toledo.

Señorías, los datos hablan por sí solos y el transporte sanitario en la Comunidad de Madrid cumple con unos altos estándares de calidad, estando sometido a un control exhaustivo en todas sus modalidades, aunque, lógicamente, estamos acometiendo acciones de mejora para dar respuesta a las incidencias que hemos detectado. La relación reclamaciones/actividad sigue siendo muy baja, pues solo el 0,2 por ciento del total de usuarios presentan una queja, pero no nos conformamos con lograrlo y seguiremos, lógicamente, trabajando para implementar el servicio y proseguir en el proceso de mejora de estos servicios clave de nuestro sistema sanitario. Muchas gracias.

La Sra. **PRESIDENTA**: Muchas gracias, viceconsejero. Tiene la palabra la portavoz de Vox; cuando usted quiera.

La Sra. **JOYA VERDE**: Muchas gracias. Vamos a ver, en primer lugar, yo les animaría a que pudiéramos disponer de una presentación pública de los datos. Como siempre, insisto en que la transparencia no es solo la no intención de ocultar sino que se puedan publicar y que se pueda disponer de los datos para que se puedan analizar verdaderamente y que se haga una evaluación y una publicación transparente, fácil y accesible, máxime en un tema como este, del transporte sanitario, que es tan complejo de valorar; iyo les animo a ello!

Teniendo esa base de la publicación y de la evaluación de los datos, perdóneme, señor Prados, pero yo creo que esa media a la que ustedes aspiran, por ejemplo, en los pliegos, de altas hospitalarias, que dicen que en menos de 90 minutos la persona puede estar en su hogar, no se está dando; es decir, sabemos que hay pacientes que están dados de alta desde la mañana y a lo mejor no llegan a su casa hasta última hora de la tarde, sabemos que hay pacientes que están en las urgencias diez y doce horas esperando!, sabemos que hay pacientes que tienen que acabar pidiendo un taxi para poder irse a su casa, y sabemos que hay hospitales en los que el centro mismo acaba llamando a un servicio de taxis para que pueda trasladar a estos pacientes que llevan tantísimas horas esperando. Ese es un problema que usted conoce igual que yo y que se da unido a que estamos en una situación en la que la población demandante de estos servicios es cada vez mayor, mucho más variada -como usted acaba de decir- y mucho mayor en volumen, porque hay muchas más personas de edad avanzada y hay muchas más personas dependientes.

¿Cómo funciona el servicio de las salas de prealta? ¿Llevan las salas de prealta un control y tienen ustedes publicados cuáles son los estándares de calidad de estas salas de prealta? ¿Cómo controlan ustedes los tiempos de espera? ¿Han previsto ustedes el aumento de personal que se requiere, no solo de vehículos sino de personal que atiende a esos vehículos, para este aumento de demanda al que estamos asistiendo, de pacientes que van a necesitarlo? Porque, a lo mejor, dado que estamos al albur, o a la variabilidad, de que sea el propio facultativo el que en un momento dado pueda indicar que se necesite llevar a un técnico o no se necesite llevar, depende en muchos casos esa variabilidad de la decisión del facultativo, del personal que se requiera, y eso muchas veces conlleva que haya personal que tenga que dejar una ambulancia para ir en otra que el médico acaba de indicar; es decir, hay mucha variabilidad que es necesario tener cubierta.

Muchas veces las ambulancias del transporte sanitario están atendiendo urgencias extrahospitalarias y no son capaces de llegar a hacer los traslados, y eso genera ese exceso de espera por parte de los pacientes. Hay un dato concreto, una queja endémica en el valle del Lozoya, y es que la ambulancia básica para urgencias que está destinada en Buitrago del Lozoya -se sonríe usted- muchas veces está haciendo altas hospitalarias y deja esa zona sin asistir.

En cuanto a la inversión, desgraciadamente en 2022 no somos capaces de obtener los datos porque, como le digo, no hay forma de llegar a ellos, pero ustedes, en el acuerdo de gobierno de 2020, firmaron un gasto plurianual, por dos años, de 42 millones, pero, si nosotros miramos en los ejercicios presupuestarios, desde 2016, por ejemplo, ustedes sistemáticamente están presupuestándolo; aquí lo tiene: en 2020, 19.329.991, pero también en 2021, en 2022..., es decir, no

coincide con lo que luego nosotros nos encontramos. Verdaderamente, ¿ustedes cómo van a afrontar presupuestariamente el aumento del personal, el aumento de la demanda, el aumento de los costes, como, por ejemplo, el aumento del coste del combustible, para evitar que sean las empresas las que tengan que economizar tanto en recursos humanos como en recursos materiales?

Humanización sanitaria. Se ha hecho también. Humanización sanitaria es evitar que un señor mayor esté sentado en una silla de ruedas diez horas en una urgencia esperando a que vayan a recogerle; por tanto, yo creo que el tema del transporte sanitario, aunque parece un tema muy frío, es un tema que incide de lleno en la calidad de vida de una persona, que muchas veces está sola, que no tiene recursos para volver a su casa, y que debemos abordar. Es un tema del que se habla poco, pero es un tema fundamental. Muchas gracias.

La Sra. **PRESIDENTA**: Pues ya cierra esta pregunta el viceconsejero; cuando usted quiera.

El Sr. **VICECONSEJERO DE ASISTENCIA SANITARIA Y SALUD PÚBLICA** (Prados Roa): Gracias, señoría. Evidentemente, los datos que tenemos son los que le acabo de presentar y, si requiere algún otro dato respecto al transporte, se lo daremos. En cuanto a la complejidad de la gestión, ya lo ha dicho usted: es complicada la gestión porque también entra la gestión hospitalaria de la solicitud de la ambulancia, con todo lo que eso genera hasta el momento en que llega al centro coordinador y se le asigna la ambulancia. Los tiempos están contabilizados desde ese momento, no desde antes, porque puede demorarse al demorarse el alta o porque no se haya firmado todavía el parte de alta, y todo ese tiempo es verdad que el paciente lo computa porque, lógicamente, le afecta, pero no es en este caso computable al sistema de transporte.

Y, luego, sobre el presupuesto, llevamos prorrogando el contrato desde que se hizo hace muchos años, pero ya este año tanto en el transporte urgente como en el programado va a haber nuevos contratos que, lógicamente, podrán actualizar todo eso. Muchísimas gracias.

La Sra. **PRESIDENTA**: Muchas gracias. Pasamos al siguiente punto del orden del día, a iniciativa del señor Mariano Calabuig, diputado del Grupo Parlamentario Vox.

PCOC-2355/2022 RGE.19932. Pregunta de respuesta oral en Comisión, a iniciativa del Sr. D. Mariano Calabuig Martínez, diputado del Grupo Parlamentario Vox en Madrid, al Gobierno, se pregunta cuántos embriones tiene en depósito el Banco de Ovocitos, ubicado en el Hospital Príncipe de Asturias de Alcalá, al que se refiere la medida 16 de la Estrategia de protección a la maternidad y de paternidad de fomento de la natalidad y la conciliación 2022/2026.

Tiene la palabra el señor diputado si quiere argumentarla o formularla; cuando usted quiera.

El Sr. **CALABUIG MARTÍNEZ**: Muchas gracias, señora presidenta. Bienvenido, viceconsejero. La pregunta yo creo que está clara, aunque hay un error en el número que se refiere

en el documento de la estrategia de apoyo a la maternidad y fomento de la natalidad; pero, insisto, yo creo que la pregunta está correctamente formulada y no es equívoca. La medida 12 –que no es la 16- se pretende poner en marcha para apoyar a la natalidad y resolver el problema del reto demográfico que tenemos. Una de las medidas, la 12 en concreto, es la puesta en marcha del banco madrileño de ovocitos y la potenciación del banco de embriones de la Comunidad de Madrid; es lo que se pretende hacer, y en ella se dice en concreto: “Se potenciará el funcionamiento del banco de embriones de la Comunidad de Madrid, garantizando la custodia de embriones sin límite de tiempo y la preservación de embriones de buena calidad.”.

En una encuesta de la Sociedad Española de Fertilidad se dice..., porque antes no se tenían datos, pero estos se pusieron a hacer encuestas preguntando a diferentes clínicas y hospitales y servicios que en España... Madrid no lo conozco, y no lo conozco porque el 2 de febrero de este mismo año pregunté: cifra de embriones humanos congelados que hay en la Comunidad de Madrid en la actualidad, y el 6 de mayo ustedes nos contestaron: no se dispone de la información solicitada por su señoría; bueno, pues espero que ahora nos diga usted algo. El caso es que el único dato que tenemos por ahí es que hay 668.000 embriones congelados, de los que la mitad aproximadamente pertenecen a parejas que quieren utilizarlos. En fin, lo que se puede hacer con ellos es conservarlos para usarlos en un futuro, que son alrededor de la mitad de ellos, según dice la ley; donarlos a otra pareja, aproximadamente el 5 por ciento; donarlos a la ciencia, un 18 por ciento; o destruirlos, otro 18 por ciento. Pero, según dice esa encuesta, el 12 por ciento no tienen destino definido, es decir, que pertenecen a parejas que se han desentendido de ellos sin dar ninguna explicación. A mí me parece -leyendo todo esto y reflexionando- que uno se asusta y se preocupa viendo con qué alegría y con qué desenvoltura se habla de seres potencialmente destinados a la vida, ¡y hablamos de 668.000 en toda España, que los tenemos congelados y no sabemos qué vamos a hacer con ellos!; por eso, en la pregunta va: cuántos, qué, y qué entienden por embriones de calidad, ya que lo hemos hablado antes. Muchas gracias.

La Sra. **PRESIDENTA**: Muchas gracias. Ha utilizado tres minutos, por lo que le quedarían luego dos minutos; para que lo contemple. Y tiene ahora la palabra el viceconsejero de Asistencia Sanitaria y Salud Pública; cuando usted quiera.

El Sr. **VICECONSEJERO DE ASISTENCIA SANITARIA Y SALUD PÚBLICA** (Prados Roa): Gracias, presidenta. Señorías, buenas tardes de nuevo. El banco de ovocitos es una unidad asistencial que, bajo la responsabilidad de un facultativo integrado en el correspondiente equipo biomédico, se encarga de la realización de las actividades precisas para la obtención, evaluación, procesamiento, almacenamiento y distribución de ovocitos donados para su utilización en técnicas de reproducción humana asistida con fines procreadores o parámetros de investigación y experimentación legalmente autorizados. Además, en esta unidad se desarrollan las actividades precisas para la captación, selección y control de donantes. El banco de ovocitos está dotado de una consulta médica y se está tramitando la cobertura de las siguientes plazas: un ginecólogo, un embriólogo, una enfermera y un auxiliar administrativo. Se encuentra ubicado el Hospital Príncipe de

Asturias y no conserva ningún embrión, solamente ovocitos. Respecto al banco de embriones, cada hospital tiene su propio banco de embriones.

La Orden de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad 2065/2014, de 31 de octubre, por la que se modifican los anexos 1, 2 y 3 del Real Decreto 1030/2006, del 15 de septiembre, y se establece la cartera de servicios comunes del sistema nacional de salud y el procedimiento para su actualización, incluye dentro la cartera de servicios comunes el tratamiento con ovocitos donados. Una de las funciones de los bancos de ovocitos es la custodia de los ovocitos de aquellas mujeres que requieren la preservación de su fertilidad por razones médicas, principalmente pacientes oncológicas o con enfermedades como la endometriosis que ponen en riesgo su capacidad procreadora, y para mujeres con problemas genéticos y ováricos. Además, dentro de las ocho medidas incluidas en la estrategia de protección a la maternidad y paternidad y de fomento de la natalidad y la conciliación 2022-2026, encaminadas a fomentar, favorecer y facilitar el incremento de la natalidad, se encuentra la utilización y reactivación de un banco de ovocitos, concretamente, como muy bien ha dicho, la medida 12, que también señala la intención del Gobierno de la Comunidad de Madrid de potenciar el banco de embriones. Estas dos actuaciones se unen a una batería de medidas con el mismo objetivo, que van desde la nueva regulación de los centros de reproducción humana asistida para mejorar la calidad y seguridad de los servicios que ofrecen hasta la flexibilización y ampliación de los criterios de acceso a dichos tratamientos. Entre las ventajas de la utilización de un banco de óvulos podemos señalar: la mayor disponibilidad, la sincronización entre donantes y receptoras, la posibilidad de compartir donantes con la disminución del número de donantes requeridas, la disminución de las listas de espera ya que los óvulos previamente identificados están ya almacenados y disponibles sin esperar a que la donante esté lista para su extracción, la mejor gestión del emparejamiento en función de las características fenotípicas, el ajuste del número de ovocitos por paciente y la menor cantidad de embriones supernumerarios congelados. Es importante señalar que los resultados de la utilización de los ovocitos vitrificados de los bancos muestran que las tasas de embarazo mediante transferencia de embriones provenientes de ovocitos congelados son similares a las de embriones con ovocitos en fresco.

Todos los aspectos relacionados con el funcionamiento del banco de ovocitos se encuentran regulados en la Ley 14/2006, de 26 de mayo, sobre técnicas de reproducción humana asistida. Esta norma autoriza su destrucción en caso de que la mujer no pueda gestar, por ejemplo, por sufrir histerectomía o cuando se finaliza la edad reproductiva, en torno a los 50 años. Por otra parte, es evidente que la realización de la fecundación in vitro con gametos donados está condicionada por la disponibilidad de estos gametos. En este aspecto, la existencia del banco de ovocitos de la Comunidad de Madrid será clave para el suministro de los mismos. El banco de ovocitos funciona desde 2018, y en 2019 se utilizaron ovocitos de donantes, pero, con la llegada de la pandemia, desde marzo de 2019 y durante 2020 se paralizó dicha actividad. Muchas gracias.

La Sra. **PRESIDENTA**: Muchas gracias. Tiene ahora su turno de intervención el señor Calabuig; cuando usted quiera.

El Sr. **CALABUIG MARTÍNEZ**: *(Palabras que no se perciben al no estar encendido el micrófono).*

La Sra. **PRESIDENTA**: Por favor, el micrófono.

El Sr. **CALABUIG MARTÍNEZ**: Ya se enciende. ¿Se da cuenta, señor viceconsejero, de que no me ha contestado a la pregunta de cuántos hay? ¡Ustedes son los responsables de ellos! Madrid tiene 38 clínicas privadas y 10 públicas, de las que entiendo que son ustedes los responsables y deben conocer cuántos hay.

Pero yo tengo una pregunta mucho más... Yo me pregunto: cuando ustedes hablan de la vida, desde el momento de la concepción hasta la muerte natural, y lo defienden y están en contra del derecho al aborto, ¿qué entienden ustedes por vida? Me llama la atención que el Partido Popular entre en este juego, que hoy en España... Aquí, en Madrid, no sabemos, porque no me ha contestado a cuántos embriones congelados tenemos. Entonces, ¿qué entienden ustedes por eso? ¿Por qué no hay otras técnicas, como la nanotecnología? Porque aquí ha estado un representante, en la Comisión de Reto Demográfico, y hay otras técnicas que no tratan con seres humanos, y vivos, como usted cree.

Mire, me llama la atención, y estoy preocupado por el Partido Popular en cuanto a la vida. Ustedes, 52 de sus diputados, solicitaron la inconstitucionalidad de la ley del aborto del señor Zapatero. ¿Lo tienen ustedes claro?, ¿lo tienen claro? ¿Saben dónde están con el tema de la vida? ¿Lo tienen ustedes claro? A mí me da la sensación de que han perdido el norte, que no tienen claro el tema, y así les va en algunas cosas como les va. Muchas gracias.

La Sra. **PRESIDENTA**: Muchas gracias. Cierra este turno de intervención el señor viceconsejero; cuando usted quiera.

El Sr. **VICECONSEJERO DE ASISTENCIA SANITARIA Y SALUD PÚBLICA** (Prados Roa): Gracias, presidenta. Señoría, yo le doy los datos: en el Hospital Príncipe de Asturias hay 2.105 embriones en el banco de embriones, 343 ovocitos en el banco de ovocitos por motivos médicos, y 29 donados; estos últimos han sido asignados, pero, por distintos motivos, las mujeres no han acudido a utilizarlos, pero, de todas maneras, los seguimos teniendo. Respecto a si lo tenemos claro, señoría, le puedo decir que absolutamente sí. Muchas gracias.

La Sra. **PRESIDENTA**: Muchas gracias. Pasamos al siguiente punto del orden del día, a iniciativa de doña Matilde Díaz Ojeda.

PCOC-2534/2022 RGE.20394. 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: medidas que se han adoptado para gestionar las listas de espera en el Servicio Madrileño de Salud.

Para ello tiene el turno de palabra la señora portavoz; cuando usted quiera.

La Sra. **DÍAZ OJEDA**: Gracias, presidenta. Bienvenido, don Fernando Prados, y enhorabuena por su nombramiento como viceconsejero de Asistencia Sanitaria y Salud Pública. Preguntamos por las medidas adoptadas para gestionar las listas de espera en el Servicio Madrileño de Salud, porque estas listas de espera comienzan en Atención Primaria con demoras que no se computan en los datos oficiales pero que cada vez son mayores y se intensifican con el cierre de los SUAP desde el 22 de marzo de 2020 y ahora se une el desmantelamiento de los servicios de Atención Rural, de Atención Primaria, y esto lo sabe el Gobierno de la Comunidad de Madrid porque está contemplado en la página 33 del plan integral de mejora en las listas de espera quirúrgica, de consultas y pruebas diagnósticas del Servicio Madrileño de Salud 2016-2019, del que ustedes no han presentado evaluación alguna.

En gestión sanitaria, la evaluación precede a la planificación tanto para formular objetivos como presupuestos en cada servicio y centro; idos años para no evaluar su propia gestión y para ser incapaces de establecer un nuevo plan!, salvo el anuncio, eso sí, de 215 millones, por la presidenta, que esperemos no sea solo una ocurrencia. Entonces, le pregunto: ¿por qué no asignaron estos 215 millones en los presupuestos de 2022? ¿Por qué votaron en contra de las enmiendas socialistas a la Ley de Presupuestos y en contra del pacto por la salud, que incluye un plan de choque para gestionar las listas de espera? Ahora sí; pero, cuando lo planteamos desde el Grupo Socialista, el Gobierno de esta región, el Partido Popular y sus socios de ultraderecha, lo rechazaron.

Desde que gobierna la presidenta Díaz Ayuso, las tres listas de espera –consultas, pruebas y quirúrgica- han aumentado el número total de personas y también ha aumentado el número de personas con más de 90 días de espera, así como la demora media. En estos tres años de gobierno, en julio de 2022, en el conjunto de esas listas de espera hay un total de 835.062 personas, por tanto, ha crecido en 235.444 con respecto a julio de 2019, pero también hay 454.430 personas que esperan más de 90 días, creciendo en 259.465 con respecto a julio de 2019. La demora media en cirugía es de 71,6 días y alcanza los 99,88 días con rechazo de derivación; por tanto, ha aumentado en 22 días con respecto a julio de 2019. Además, en las tres listas de espera hay grandes diferencias y desigualdades entre hospitales y zonas. En agosto de 2022, ya con 886.686 pacientes en las tres listas de espera, de las cuales más de medio millón esperaban de media más de 90 días, la demora media de las tres listas ha crecido en más de 9 días de media en un solo mes. ¡Su mala gestión ha empeorado la situación de los pacientes en todos los sentidos! Muchas gracias.

La Sra. **PRESIDENTA**: Muchas gracias. Es el turno ahora de intervención del viceconsejero; cuando usted quiera.

El Sr. **VICECONSEJERO DE ASISTENCIA SANITARIA Y SALUD PÚBLICA** (Prados Roa): Gracias de nuevo, presidenta. Señorías, muchas gracias. Desde el primer momento del inicio de la pandemia, en la Comunidad Madrid se adoptaron medidas especiales de gestión sanitaria para adaptarse a la nueva realidad y asegurar el correcto funcionamiento de los servicios sanitarios y, en

especial, minimizar los efectos de esta situación en las listas de espera. La Consejería de Sanidad aplicó medidas singulares en aspectos normativos y organizativos, aprobándose, el 16 de marzo de 2020, una nueva instrucción para el tratamiento del registro de la lista espera; sin embargo, la necesidad de reutilización de espacios quirúrgicos y posquirúrgicos, y de personal experimentado en la atención prioritaria covid, supuso una limitación de la programación de pruebas diagnósticas, de primeras consultas e intervenciones quirúrgicas, lo que generó la necesidad de reasignación de recursos, que incidió negativamente tanto en número de pacientes en lista de espera como en los días de demora. En esta situación se instauró la aplicación de un plan individualizado para cada hospital, del que he dado cuenta en otras intervenciones en esta misma comisión.

Desde el 22 de junio de 2020, fecha en que se revocó la situación de excepción, se han ido implementando medidas excepcionales para reducir la lista de espera, dado que la situación epidemiológica que vivíamos motivó la falta de continuidad del plan integral de mejora de listas de espera quirúrgica del Servicio Madrileño de Salud 2016-2019. Para adaptarnos a la nueva situación y mejorar las prestaciones se ha desarrollado una actuación, aplicándose ya numerosas medidas a la vez que otras se encuentran en desarrollo con el objetivo de mejorar la integración y coordinación asistencial, adecuar la oferta a la demanda, mejorar la gestión de las listas de espera e impulsar planes de reordenación y mejora de la Atención Hospitalaria. Estos son los tres objetivos estructurales perseguidos: primero, proporcionar una asistencia programada no urgente para las intervenciones quirúrgicas, primeras consultas y pruebas diagnósticas, con una demora media inferior a los 45 días; segundo, mejorar los criterios de priorización y tiempos de gestión de la lista de espera quirúrgica para conseguir una reducción del 50 por ciento, fijándose demoras de 45, 60 y 90 días en función del curso y tipo de enfermedad, la afectación de la calidad de vida del paciente, por supuesto, y si la intervención es uno de los 25 procedimientos quirúrgicos más comunes; y, por último, el rediseño del modelo asistencial, tanto desde el punto de vista estructural como organizativo, mediante el desarrollo de programas específicos como el programa de optimización del rendimiento quirúrgico y el de reducción de listas de espera, que están ampliando de forma programada la actividad en jornada de tarde, en laborables y festivos; asimismo, se están implementando sistemas de información más efectivos y coordinados para realizar un seguimiento y análisis de los datos, y, por último, programas de concertación con hospitales privados. Para la implantación se contemplan las siguientes líneas estratégicas: primero, disminución de la variabilidad clínica; los hospitales ya disponen de protocolos y guías clínicas y se ha establecido una herramienta de gestión común. También se está potenciando la cirugía mayor y menor ambulatoria. Actualmente estamos trabajando la definición de un catálogo centralizado de procedimientos quirúrgicos priorizados. Además, el uso eficiente de los recursos sanitarios públicos para optimizar el funcionamiento de los quirófanos instalados, la hospitalización quirúrgica y el equipamiento de infraestructuras quirúrgicas. También se ha potenciado la hospitalización a domicilio en posoperatorios, estamos trabajando en la ampliación de la jornada en la actividad quirúrgica efectiva, y tenemos el proyecto de realizar un análisis de las suspensiones quirúrgicas para determinar por qué se producen. También la mejora de la organización institucional, de la gestión de los procesos administrativos y de los sistemas de información para conseguir una gestión administrativa de las listas mucho más eficaz, así como la mejora de la información y gestión

de las listas de espera en consultas y pruebas diagnósticas, favoreciendo la continuidad asistencial a través de protocolos administrativos para la elaboración de agendas de consultas.

Nuestro objetivo ahora es la elaboración de un catálogo centralizado de prestaciones y pruebas diagnósticas y la centralización de las agendas de consultas y pruebas, también la adecuación de la demanda y optimización de los rendimientos de consultas externas y pruebas diagnósticas, optimizando los recursos. Se ha implantado la gestión clínica, que insta nuevos modelos de asistencia y establece criterios de seguridad y eficacia en la asistencia. Y, por último, garantizar a los ciudadanos la información sobre las listas de espera; publicamos información normalizada y segregada sobre las listas de espera y seguiremos trabajando en la mejora del acceso a la información personal, sabiendo que otras comunidades no lo están haciendo y, por lo tanto, nos es complicado tener una comparación.

Señorías, en Madrid se están gestionando bien las listas de espera, como demuestran todos los indicadores y, sobre todo, las comparativas con otras regiones; sin embargo, no nos conformamos y continuaremos trabajando para seguir mejorando. Muchísimas gracias.

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

La Sra. **DÍAZ OJEDA**: Gracias, presidenta, y muchas gracias, señor Prados. Yo me quedo con esa intención de mejor gestión que usted ha dicho; yo me quedo con esa intención, y para el próximo plan yo le ruego que tengan especialmente en cuenta a los pacientes. Fíjese, le voy a poner dos casos, porque no dejan de llegarnos correos de personas afectadas por las listas de espera -y esto ocurre todos los días, esto es con una frecuencia que ya nos preocupa especialmente-: uno de los ejemplos tiene que ver con la penalización por el rechazo de la derivación. Una persona, un paciente del Hospital Puerta de Hierro, don José Luis, que tenía indicación de cirugía por coxartrosis derecha, para acortar su tratamiento, su tiempo de espera, aceptó un cambio de cirujano dentro del hospital; su tiempo de espera era de 115 días de media, pero le plantearon una derivación al Hospital Santa Cristina, y esta persona, que tiene dificultades para los desplazamientos y grandes dolores, lo rechazó, y automáticamente vio que esos 115 días de espera pasaron a ser 217. Bueno, ¿qué piensa este paciente? Pues que no solo conculcan su derecho a la libre elección sino que en la Comunidad de Madrid no se es libre para elegir y, desde luego, no se elige, pero también se castiga al que elige, al que elige quedarse en su hospital. Otro caso es el de don Antonio, que es paciente del Ramón y Cajal; su cita de neumología pasa de 6 meses a 15 meses -esto en sus revisiones-, y, cuando presenta reclamaciones, lo que él advierte es que no se le trata adecuadamente por haber puesto esas reclamaciones. Curiosamente, en septiembre 2021 tenía programada una cita telefónica; no le llamaron, enviándole en su lugar una nueva cita para febrero de 2022! Envié reclamaciones a Atención al Paciente, a la atención del gerente, a la Consejería de Sanidad y el Defensor del Pueblo, y nueve meses después le respondieron que lo que había ocurrido era por causa de la pandemia de covid, ¡este fue el argumento!; sin embargo, el paciente hizo un seguimiento de los tiempos de espera para las consultas externas de neumología del hospital para ese intervalo de fechas y observó un

aumento, sí, de la incidencia de casos de covid, pero ese aumento no se trasladó a la demora media de las consultas de neumología. Ambos pacientes, ¡ambos dos!, refieren verdadero afecto y reconocimiento a sus médicos, a los médicos que les están tratando, y, sin embargo, sí se sienten maltratados cuando presentan una reclamación o simplemente cuando rechazan una derivación. Disculpas, presidenta; muchas gracias por su consideración.

La Sra. **PRESIDENTA**: Termina este punto del orden del día el señor viceconsejero; cuando usted quiera.

El Sr. **VICECONSEJERO DE ASISTENCIA SANITARIA Y SALUD PÚBLICA** (Prados Roa): Gracias, presidenta. Señoría, le debía contestar dos cosas que me quedaron pendientes de antes: una es que ha hablado del desmantelamiento del Servicio de Atención Rural, y le expliqué antes que no solo no va a haber un desmantelamiento en absoluto sino que vamos a potenciar los horarios en los que más pacientes reclaman atención sanitaria en los SAR, que van a continuar abiertos, sin solución de continuidad, durante las 24 horas, los 7 días de la semana, los 365 días del año, sin ningún tipo de problema.

Respecto a los casos que me ha planteado, evidentemente, entre los millones de pacientes a los que se atiende en el sistema madrileño de salud vamos a encontrar, seguro, a pacientes que no se encuentran satisfechos o incluso que presentan algunas deficiencias que podemos o no controlar. Dice usted que los dos pacientes se encontraban muy agradecidos con los médicos, pero deben de estar muy enfadados con el resto del personal porque, desde luego, los que manejan las reclamaciones, los que manejan las citas telefónicas y los que manejan, lógicamente, la presentación de estas reclamaciones son también profesionales del sistema madrileño de salud, sobre los que yo no tengo ninguna duda. Y, ¡hombre!, siempre se puede encontrar con que alguno no tenga su día y, evidentemente, no gestione con la celeridad y con la amabilidad que debiera, pero -ya digo- serán casos puntuales; yo espero que este no sea un caso..., y no debe de serlo porque, lógicamente, tendríamos mayor información. De todas maneras, haremos todo lo posible, por supuesto, para que esto, si se produce, se produzca en la menor posibilidad y que los pacientes sean atendidos correctamente, como es nuestra obligación. Muchas gracias.

La Sra. **PRESIDENTA**: Muchas gracias. Pasamos al siguiente punto del orden del día, que es la última pregunta para usted, señor viceconsejero, pero no la última de la comisión.

PCOC-2675/2022 RGEF.20833. Pregunta de respuesta oral en Comisión, a iniciativa de la Sra. D.ª Vanessa Lillo Gómez, diputada del Grupo Parlamentario Unidas Podemos, al Gobierno, se pregunta cuándo se tiene prevista la puesta en marcha del nuevo Plan de Urgencias y Emergencias Sanitarias de la Comunidad de Madrid.

En este caso pregunta la portavoz, la señora Lillo, del Grupo Parlamentario Unidas Podemos; cuando usted quiera.

La Sra. **LILLO GÓMEZ**: Gracias, presidenta. Señor Prados, en esta ocasión nos gustaría que nos pudiese informar sobre cuándo está prevista la puesta en marcha del nuevo plan de urgencias y emergencias sanitarias de la Comunidad de Madrid, teniendo en cuenta que el último plan es el que tenía un plazo de vigencia de 2016-2019 y estamos llegando al final de 2022. Es verdad que es un plan que fue firmado -ya lo decíamos antes- por el que fue gerente del Summa 112, que podía haber tenido otro mejor fin, pero también por otra persona, que fue ese consejero de Sanidad, el señor Martos, que tampoco es que terminase muy bien, pero esperemos que este nuevo plan tenga un mejor fin tanto por el propio plan como por las personas que lo suscriban en este momento. Lo que sí nos gustaría es que nos diese una fecha concreta, porque lleva mucho tiempo la consejería contestando que la presentación está siendo inminente y que su elaboración está siendo ya, que ya va a ser presentado; pues que nos pueda concretar un poquito más. Esta vez se lo pongo más fácil: dígame una fecha de cuándo se presenta. Gracias.

La Sra. **PRESIDENTA**: Muchas gracias. Tiene el turno de palabra el señor viceconsejero; cuando usted quiera.

El Sr. **VICECONSEJERO DE ASISTENCIA SANITARIA Y SALUD PÚBLICA** (Prados Roa): Gracias, presidenta. Señoría, sé que tampoco la voy a convencer en esta ocasión, pero, bueno, aun así, voy a ir con todo el ánimo y la fuerza que tenga. No le puedo dar una fecha porque, como ya le he comentado en mi anterior intervención, el Servicio Madrileño de Salud ha puesto en marcha una reestructuración de los servicios de urgencias que contempla una serie de medidas y novedades. Como saben, las urgencias sanitarias se organizan en tres niveles: en primer lugar, las urgencias hospitalarias, que continuarán con su oferta de atención, teniendo en cuenta que nuestra comunidad dispone de la mayor red de hospitales del territorio nacional que acerca los servicios de urgencias hospitalarias a los ciudadanos, y en los puntos, además, donde la distancia a un centro hospitalario sea algo mayor, se posicionan recursos asistenciales, como es el caso del centro urgencias extrahospitalarias de El Molar, y, además, en la actualidad se está dando un impulso a la reorganización de los servicios para adecuar en mayor medida la asistencia a la demanda y optimizar los recursos de los que dispone. El Summa 112, por otro lado, en el segundo nivel, seguirá coordinando el transporte sanitario y liderando la atención a las emergencias domiciliarias y en la vía pública a través de toda la estructura asistencial, que se basa en dos pilares: el primero de ellos es el Centro Coordinador de Urgencias -CCU-, que atiende a las llamadas, discrimina el grado de prioridad y urgencia y moviliza los recursos más cercanos y más idóneos; el otro pilar está integrado por la red de recursos móviles para atención in situ de las emergencias y urgencias allá donde estas se produzca. El Summa 112 cuenta con 28 unidades de UVI móvil, 2 helicópteros, 16 vehículos de intervención rápida, 40 unidades de atención domiciliaria y una flota de más de un centenar de ambulancias urgentes; además, el Summa 112 cuenta con un vehículo especial para trasladar neonatos. En el municipio de Madrid capital seguirá funcionando con el convenio y con la colaboración de Samur-Protección Civil del Ayuntamiento de Madrid. Tal como he señalado en mi intervención sobre la valoración del transporte sanitario, el Summa 112 continúa implementando circuitos y protocolos para incrementar la eficacia y adecuación del servicio de transporte. Además, se sigue reforzando la atención domiciliaria para disminuir tiempos y aumentar la eficacia. Y, por último, están las urgencias

extrahospitalarias integradas en los 78 PAC que le he explicado anteriormente, con las características que ya les he señalado. Estamos convencidos de que estos nuevos centros prestarán la atención de proximidad de estas patologías urgentes de menor complejidad de una manera más eficiente y racionalizada que los anteriores.

Las medidas señaladas tienen como objetivos: la apertura de todos estos centros 24/7/365, tener en cuenta la distribución de la demanda real de la población en días de la semana y tramos horarios, canalizar esta demanda hacia el dispositivo o recurso más efectivo para atenderla según la prioridad del motivo de consulta, realizar una distribución racional de los recursos de atención a los ciudadanos evitando duplicidades y garantizando la equidad de la asistencia en todo el territorio de nuestra comunidad, aprovechar las competencias y la complementariedad de todos los profesionales sanitarios, y contribuir a la mejora de la accesibilidad global en el horario de tarde, que es, como sabe, el más demandado.

Señoría, como ya le he señalado en mi contestación anterior referida a las urgencias extrahospitalarias, parte de las medidas propuestas ya se están llevando a cabo, y, con respecto a la apertura de los 78 PAC, ya le he comentado que se llevará a cabo durante este mes de octubre. También dice que antes no le he contestado; pero le digo: evidentemente es durante el mes de octubre, que tiene 31 días, y, lógicamente, todavía estamos a principios del mes.

Decirles que, evidentemente, el gerente del Summa 112 acaba de tomar posesión, que estamos además modificando las urgencias extrahospitalarias en Atención Primaria, y, por lo tanto, en cuanto tengamos colocados cada uno de los tres pilares que le he comentado que tienen las urgencias en nuestra comunidad, procederemos a hacer el plan. Muchas gracias.

La Sra. **PRESIDENTA**: Muchas gracias. Es el turno de intervención de la portavoz; cuando usted quiera.

La Sra. **LILLO GÓMEZ**: Gracias. Para empezar, ha dicho una cosa que de verdad que me ha alegrado, y es que, evidentemente, el planteamiento que se haga será para responder a la demanda, y acaba de decir que la demanda de cierta asistencia, su mayor hora, en la que se necesita esa demanda, es por la tarde. Y le digo que me alegra porque nos hemos estado peleando también mucho tiempo, cuando se hizo el pilotaje, para cerrar los centros de salud por la tarde, porque decía que no era la hora de atención; una cosa es la conciliación, y otra cosa es justificar el cierre porque decía que no había atención. Yo me alegro de que usted diga que, evidentemente, hay que adaptarse a las horas de más demanda y que son por la tarde.

Le voy a leer el primer párrafo del Plan de Emergencias 2016-2019, que era: "Tras los estudios realizados, hoy estamos en disposición de afirmar que entre 7 y 8 de cada 10 urgencias que son atendidas en los diferentes servicios de urgencias de los hospitales públicos de nuestra comunidad podrían resolverse de forma satisfactoria, y con garantías de seguridad y confort, en el propio domicilio de los pacientes o en los Servicios de Urgencias de Atención Primaria, o en los Servicios de Atención Rural, o en el centro de urgencias de El Molar, todos ellos cercanos a nuestra casa." ¿Qué ha

cambiado para...? ¿Qué estudios...? Porque no tenemos datos de esos estudios nuevos que ahora dicen que hay que reorganizar ese dispositivo, que en 2016 establecía una estructura diferente para atender a los ciudadanos y a las ciudadanas. Y yo entiendo, y precisamente por eso están reorganizando el modelo de atención de las urgencias extrahospitalarias, que hemos pedido mucha información durante este verano dando por hecho que ustedes tenían una información y unos datos que cuentan y que tomarán decisiones con datos en la mano; por ejemplo, hemos querido saber cómo han afectado los cierres de los SUAP durante dos años a las urgencias hospitalarias; eso que intenta evitar este plan, que se colapsen las urgencias hospitalarias, con otro plan, pero a día de hoy no tenemos los datos. Y no me diga que me los manda por correo, porque todavía estoy esperando los de la otra comisión, que me dijo que me iba a enviar unos datos que sigo sin tener a día de hoy, ino tenemos esa información!

También hemos pedido algunas de las informaciones relativas al propio plan de 2016-2019, sobre la evaluación final, entendiendo que el nuevo plan que se ponga en marcha partirá de una evaluación, y nos sorprende mucho que, de un documento de 100 páginas, que tiene 138 actuaciones, 7 líneas de actuación, 39 proyectos, cuando pedimos este verano la evaluación del plan, lo que vimos es que se nos ha hecho un escrito ad hoc, es decir, que no existe una evaluación del plan, y se nos hace lo que viene a ser una redacción como..., ¿qué tal te han ido las vacaciones?, y hacemos un relato de lo que hemos hecho. Yo entiendo que, si el plan establece unas líneas, con una serie de proyectos, la evaluación, igual que otra evaluación de otros planes, como el de Salud Mental, establece el nivel de cumplimiento de cada una de las líneas y las actuaciones llevadas a cabo; y permítame que le diga que me hizo un párrafo -es verdad que está hecho por el anterior gerente- de cada uno de los proyectos, pero no sabemos el número de actuaciones ni las conclusiones que se han llevado a cabo.

Y con esto lo que le quiero preguntar es: ¿tienen definido ya el modelo o están todavía viendo qué va a pasar y, por lo tanto, mientras no definan el modelo no va a haber un plan de emergencias y urgencias, insisto, con una pandemia de por medio? Y le pregunto qué va a pasar con algunos de los objetivos, de los doce objetivos principales que tenía el antiguo plan, cuyo objetivo general era adaptar la atención de las urgencias y emergencias a las nuevas necesidades sanitarias de los ciudadanos. En concreto, uno establecía que era para asignar el recurso óptimo en base a las necesidades de cada paciente, diferenciando la demanda urgente y de emergencia; sabemos que eso hoy no se cumple por falta de personal y que se derivan dispositivos que no son necesarios, dejando desatendidas algunas zonas. Con respecto al segundo objetivo, que es favorecer la atención a los ciudadanos en los dispositivos de urgencias extrahospitalarias, estamos viendo que, a nuestro parecer, esa reorganización supone dismantelar esas urgencias extrahospitalarias. Y, en tercer lugar, y más importante, poner en valor la profesión de urgencias y fomentar la sensación de pertenencia a un servicio reconocido por la sociedad. ¿Cómo van a tener en cuenta esto cuando ya sabemos cómo se sienten los profesionales del Summa 112, no ahora sino desde que estaban en el Zendal o desde que tenían a una persona trabajando sola en un SUAP? Yo le pido que nos diga una fecha, por favor, y en base a qué objetivos ustedes quieren llevar a cabo el nuevo plan. Muchas gracias.

La Sra. **PRESIDENTA**: Muchas gracias. Cierra el turno de intervención el señor viceconsejero; cuando usted quiera.

El Sr. **VICECONSEJERO DE ASISTENCIA SANITARIA Y SALUD PÚBLICA** (Prados Roa): Gracias, presidenta. Señoría, desde luego, si se ha llevado una alegría por algo de lo que yo le he contado ha merecido la pena mi participación en esta comisión y ya me doy por satisfecho. De todas maneras, sí le tengo que decir que es verdad que el ciudadano demanda una respuesta del servicio sanitario y que, luego, los datos que tenemos muchas veces no se adecúan a lo que el ciudadano nos ha pedido. Cuando les decía que la mayoría de las urgencias se pueden atender prácticamente en el domicilio o en el domicilio, como ponía el informe, tenga usted la seguridad de eso; otra cosa es que el ciudadano demande, lógicamente, una atención y que haya que ir a ese sitio a demostrar que eso es así, que eso no pasa siempre.

Por otro lado, iclaro que tenemos claro el modelo! Estamos esperando a poder ratificarlo a través de la mesa sectorial, y en estos momentos estamos viéndolo con los sindicatos que allí están para ver si podemos llegar a un acuerdo y, lógicamente, ponerlo en marcha cuanto antes, y, en cuanto lo tengamos, por supuesto que le podremos decir que completamente sí, porque nosotros sí lo tenemos muy claro.

Dice que no se cumple lo de las urgencias... Puntualmente, señoría; le aseguro que son tantos casos... Yo he trabajado en las urgencias extrahospitalarias durante muchísimos años, y le puedo asegurar que eso es lo que pasa siempre. Normalmente la demanda que se genera en picos supera la oferta, y en esos momentos hay que enviar a la unidad que haya, que, por cierto, hay profesionales que saben manejarla perfectamente, aunque, lógicamente, sin el nivel de técnicas ni de conocimientos que pueda tener una UVI móvil, pero ya le digo que los técnicos actualmente no son como los de antes sino que tienen una capacitación para poder enfrentarse a cualquier situación, y cuando, lógicamente, la situación lo requiere, lo hacen, y con mucho éxito.

Y, por último, decirle que, de verdad, lo de escucharle siempre lo de dismantelar la sanidad y la privatización iya es un mantra! Yo le ruego, por favor, que utilice otros términos o, por lo menos, no haga creer a la población que eso se está produciendo, iporque eso no es verdad! Tenemos la mejor sanidad de España ide largo!, posiblemente la mejor sanidad del mundo, y los ciudadanos deben saber que eso es así, o, por lo menos, no deberíamos someterles a términos o a criterios que no responden a la realidad y que les podría intranquilizar. Muchas gracias.

La Sra. **PRESIDENTA**: Muchas gracias, señor viceconsejero; seguramente nos veremos en la próxima comisión...

El Sr. **VICECONSEJERO DE ASISTENCIA SANITARIA Y SALUD PÚBLICA** (Prados Roa): Será un placer.

La Sra. **PRESIDENTA**: Le damos las buenas tardes, y pasamos a la última pregunta.

PCOC-2543/2022 RGE.20404. 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: previsiones que tiene para reforzar los servicios de Salud Pública de la Comunidad de Madrid.

Para ello damos la bienvenida y las buenas tardes a la señora Andradas Aragonés, directora general de Salud Pública, a la que invitamos tranquilamente a ocupar con nosotros la mesa. *(Pausa.)* Es la última PCOC de la sesión de hoy, la última pregunta en comisión, a iniciativa de la señora Matilde Díaz Ojeda, diputada del Grupo Parlamentario Socialista, y en este momento en que ya estamos todos, si quiere la portavoz iniciar o argumentar la pregunta, tiene la palabra.

La Sra. **DÍAZ OJEDA**: No, no, la pregunta ya la ha formulado la presidenta.

La Sra. **PRESIDENTA**: No la he formulado; dejo a su criterio si quieren formularla ustedes.

La Sra. **DÍAZ OJEDA**: Sí, sí. Gracias, presidenta. Buenas tardes y bienvenida, señora Andradas. La pregunta es: qué previsiones tiene para reforzar los servicios de Salud Pública de la Comunidad de Madrid.

La Sra. **PRESIDENTA**: Muchas gracias. Una vez formulada la pregunta, tiene la palabra la directora general; cuando usted quiera.

La Sra. **DIRECTORA GENERAL DE SALUD PÚBLICA** (Andradas Aragonés): Buenas tardes. Gracias, presidenta. Señora Díaz, tal y como tuve la ocasión de comentar ya en el pasado mes de mayo en relación con la reorganización que estamos haciendo en la Dirección General de Salud Pública, nuestro objetivo es realmente modernizar, potenciar y adecuarla al momento actual y a las necesidades actuales de este siglo XXI.

Estamos avanzando en un modelo organizativo integrado más eficiente, que favorezca la especialización de los profesionales en las tres grandes áreas que son competencia de la Dirección General de Salud Pública: vigilancia en salud pública, prevención y promoción de la salud, y seguridad alimentaria y sanidad ambiental. La reorganización pasa, entre otros aspectos, por la integración de los profesionales que realizan una misma función en una misma ubicación, porque esto facilita el trabajo coordinado, el compartir el conocimiento directamente unos con otros y el llegar a un mayor nivel de especialización. Desde luego, en esta reorganización están contemplados planes de formación concreta para los profesionales que realizan cada una de las diferentes funciones de acuerdo con las necesidades actuales de los programas y, a la vez, planificando las necesidades de técnicos superiores de Salud Pública en las diferentes escalas de acuerdo con las funciones que tenemos realmente que desarrollar como dirección general. Trabajamos teniendo en cuenta no solo la situación actual, 2021-2022, sino también las necesidades a medio plazo para disponer de una dotación de recursos más adecuada, pero sobre todo teniendo en cuenta que la exigencia para el control oficial de todos los programas regulados por la Unión Europea y también la vigilancia en Salud Pública en todos los ámbitos cada vez, año a año, va a seguir siendo mayor, y, además, planificando e introduciendo las

mejoras necesarias en los sistemas de información porque son una herramienta imprescindible para integrar toda la información, no solo la clínica en relación con la vigilancia obligatoria de enfermedades a nivel nacional e internacional sino también todos los datos necesarios para dar respuesta a los posibles riesgos para la salud de la población, ya sean medioambientales, ya sean de origen alimentario, animal o no animal, en función de la diferente protección frente, por ejemplo, a programas de enfermedades vacunables o a cualquier factor de riesgo y hábitos que determinan el nivel de salud de la población.

La Sra. **PRESIDENTA**: Muchas gracias. Tiene la palabra la portavoz del Grupo Socialista; cuando usted quiera.

La Sra. **DÍAZ OJEDA**: Gracias, presidenta. Muchas gracias, señora Andradás, por las explicaciones. Yo voy a empezar con la Declaración de Zaragoza sobre Vigilancia en Salud Pública, que se aprobó por unanimidad entre las comunidades y el Ministerio de Sanidad el pasado 10 de marzo. La verdad es que, lamentablemente, tres meses después, en esta Cámara, el Partido Popular se desdijo y, junto a su socio de ultraderecha, votó en contra de una PNL del Grupo Socialista, justamente con el objetivo de fortalecer las estructuras y servicios de Salud Pública y cumplir los objetivos de la Declaración de Zaragoza. Nada indica, hasta ahora, que la Dirección General de Salud Pública que usted dirige, en sus tres subdirecciones generales –Prevención y Promoción de la Salud, Vigilancia en Salud Pública y Seguridad Alimentaria y Sanidad Ambiental-, se haya fortalecido en el sentido que marcan los diez puntos de la Declaración de Zaragoza. (*Rumores.*) Bueno, no me diga que esto es competencia del Ministerio de Sanidad, por favor, porque sus competencias las establece el Decreto 1/2022, sobre Estructura Orgánica de la Consejería de Sanidad; muy al contrario, nos parece que está lejos de fortalecer la Salud Pública con equipos multidisciplinares de profesionales. La verdad es que tampoco disponen de los recursos tecnológicos y presupuestarios necesarios suficientes, aunque usted me contesta diciendo que están reformando, reestructurando, viendo las necesidades a medio plazo, porque para esto, en realidad, habría que redimensionar la plantilla y hacer un despliegue territorial, como dice la Declaración de Zaragoza. Y eso es imposible, además, con sus rebajas fiscales y presupuestos insuficientes; así es que usted, al frente de la dirección general, ciertamente se ha dedicado a centralizar el dispositivo, pero incluso hasta las unidades técnicas del área de Salud Pública que se encargan de la ejecución de los programas establecidos en la propia dirección general y están estructuradas en dos ámbitos: higiene y seguridad alimentaria, y sanidad ambiental, cuyas funciones incluyen la fortaleza de la coordinación con ayuntamientos y otras entidades locales, y de ahí la importancia de su territorialización. Parece como que quieren eliminar una estructura que es exitosa desde los años noventa, con servicios centrales y servicios territorializados más cercanos a la población y en coordinación con los agentes del sector de la salud, atendiendo a los principios de desconcentración y delegación de funciones de la Administración pública.

Y, como nuestra obligación es ejercer la función parlamentaria de control al Gobierno, también advertirles de que no hay reforma ni organigrama que pueda compensar la desmotivación y el descontento de los profesionales, por lo que la reorganización de la Subdirección General de

Seguridad Alimentaria y Sanidad Ambiental, sin solidez, sin antecedentes de haber hecho algo similar, sin negociación, y tampoco con consenso, nos parece un error.

La especialización en el caso de la función inspectora es ineficiente al disponer de un escaso contingente, de unos 130 profesionales de inspección para toda la región. Por otra parte, el cambio de funciones y nomenclatura de los puestos de trabajo sin el adecuado procedimiento administrativo conduce a la judicialización de procesos; de ahí la importancia de consensuar y negociar con la representación del personal los cambios organizativos y estructurales que se vayan a realizar conforme a la ley. Y quiero destacar, entre todas las funciones, la importancia de la labor inspectora, que reside en su proximidad y cercanía a los centros, instituciones y empresas que son objeto de inspección; tarea que no es especialmente visible pero que es fundamental para la ciudadanía y que con su centralización se invisibilizará más todavía, aumentará la carga de trabajo por los desplazamientos y se incrementarán los costes directos e indirectos de la actividad. Si a ello se une la especialización sin discriminar programas ni facilitar una formación previa -aunque usted ha hecho alusión a que están programando formación-, con el escaso contingente de profesionales, que es el principal problema, ustedes conseguirán agotarlos, ahuyentarlos y disuadirlos de ejercer la función inspectora de Salud Pública. No se limiten a premiar las jefaturas, porque esos 130 profesionales que salen a la calle a realizar inspecciones son los mejores embajadores de la Función Pública y requieren reconocimiento y retribuciones justas, más allá del nivel 24, que resulta insuficiente y desmotivador. A todas ellas y ellos, gracias por protegernos de muchos riesgos invisibles y silenciosos que amenazan nuestra salud.

La Sra. **PRESIDENTA**: Muchas gracias. Termina este punto del orden del día la señora directora general.

La Sra. **DIRECTORA GENERAL DE SALUD PÚBLICA** (Andradas Aragonés): Como sabe -ya tuve la oportunidad de comentarlo el pasado mes de mayo-, la organización de la Salud Pública en esta región realmente es un modelo que se basa en la década de los ochenta, a finales de los ochenta y principios de los noventa, cuando se reestructuran los servicios farmacéuticos y veterinarios titulares. La realidad es que, desafortunadamente, la distribución y la incorporación, la integración de técnicos superiores de Salud Pública nunca se ha realizado en función de las cargas de trabajo, que realmente son necesarias a partir de los programas de control oficial, sino que realmente se han realizado por la ubicación previa de los titulares; así ha sido como se ha venido dotando la estructura a nivel territorial en esta organización, de manera que el desequilibrio que existía entre los recursos, entre los servicios centrales y periféricos, como ya tuve también la ocasión de comentar, durante la pandemia de covid-19 la verdad es que se puso muy en evidencia y esto fue lo que permitió iniciar realmente la integración, porque las unidades técnicas de área de Salud Pública estaban integradas por personal epidemiólogo, con un epidemiólogo, como mucho, en algún área; un profesional, como mucho también, que se dedicaba a las tareas de prevención y promoción en algún área, y un número también limitado de inspectores. La integración comenzó en el momento duro de la pandemia con el fin de tener un conocimiento global de lo que estaba sucediendo en la Comunidad de Madrid y poder

adoptar medidas armonizadas en todos los territorios, independientemente del municipio en el que se estuviese.

El modelo organizativo durante estos meses se ha venido consolidando hasta tal punto que ya tenemos una modificación de la relación de puestos de trabajo y plantilla presupuestaria de la Consejería de Sanidad, modificación de créditos en el Capítulo Primero, que ya han sido aprobados con fecha 1 de septiembre por parte de la Consejería de Economía, Hacienda y Empleo mediante una orden que supone una mejora en los puestos de trabajo, en aproximadamente unos 90 puestos de trabajo de esta dirección general; el 60 por ciento de estas mejoras corresponden a mejoras retributivas en el marco de la Seguridad Alimentaria y Sanidad Ambiental, el 20 por ciento son mejoras que corresponden al personal que realiza funciones de prevención y promoción, y el otro 20 por ciento restante, de mejoras en los puestos de trabajo y mejoras retributivas, corresponde al personal que trabaja en Vigilancia en Salud Pública.

Además hemos venido trabajando en la creación de nuevos puestos de trabajo para dotar de un mayor número de profesionales a la plantilla de la Dirección General de Salud Pública, teniendo en cuenta, como decía anteriormente, no solo las cargas de trabajo actuales sino las necesidades a medio plazo que sabemos ya que nos llegan desde la propia Unión Europea; así, en la oferta pública de empleo del año 2021 y en la de 2022 se han creado 115 nuevos puestos de trabajo para el Cuerpo de Técnicos Superiores de Salud Pública, 53 para la escala de Medicina y Cirugía, 29 para la escala de Veterinaria y 33 para la escala de Farmacia. Y también hemos venido trabajando en la convocatoria de las correspondientes pruebas selectivas; de hecho, este viernes, el día 30 de septiembre, ya se publicó la Orden 1895/2022, por la que se convocan las pruebas selectivas para la cobertura de 53 plazas en el Cuerpo de Técnicos Superiores de Salud Pública, escala de Medicina y de Cirugía, es decir, las 25 plazas que corresponden a la OPE de 2021 y las 28 de 2022, y en este mes de octubre se va a publicar también la orden para las pruebas selectivas y la cobertura de 64 plazas para el Cuerpo de Técnicos Superiores de Salud Pública, escala Veterinaria, que supone una ampliación, incorporando una ampliación de la convocatoria de prueba selectiva publicada en el mes de mayo, y ampliamos la oferta incluyendo las plazas creadas en la oferta pública de empleo de 2022. Y, en cuanto se resuelva la adjudicación de plazas de la escala de Farmacia, que fue convocada en el año 2019, trabajaremos, también inmediatamente, para convocar un nuevo proceso selectivo para que incluya las plazas que están vinculadas a la oferta pública de empleo de los años 2021 y 2022 para la escala de Farmacia. Es decir, estamos avanzando en una reorganización interna, de manera que nuestros empleados públicos van a depender, y dependen ya, de hecho, desde el día 1 de septiembre, de cada una de las tres subdirecciones que configuran la Dirección General de Salud Pública, y estarán concentrados en función de las funciones que desarrollan -y disculpen que me repita con la palabra- en tres centros de trabajo en el municipio de Madrid. Insisto en que esto facilita la coordinación, las sinergias, el trabajo en equipo.

Este es un eje fundamental de la gestión de la salud pública en esta región, porque no olvidemos que esta región es una sola provincia, es uniprovincial, de manera que en una provincia, con las distancias que existen y las excelentes infraestructuras y transporte público que tenemos,

además de la dotación de vehículos para poder realizar la actividad inspectora, realmente podemos garantizar la prestación adecuada de servicios responsabilidad de la Dirección General de Salud Pública de una manera más eficiente, más coordinada y, desde luego, mejorando, si cabe, pero, desde luego, garantizando la coordinación con todos los centros, no solo sanitarios y sociosanitarios o educativos, como los que estamos realizando en estos momentos, sino con todas las corporaciones locales, incluida la Federación Madrileña de Municipios o la propia Comisión de Sanidad, a la que ya he convocado en alguna ocasión para presentarles esta reorganización interna de la dirección general, de manera que no se perjudica ningún derecho, ni mucho menos el de las empresas, ni el acceso al servicio público ni el desarrollo de las funciones propias de la dirección general. La Junta de Personal ya se ha reunido -si no me equivoco- en torno a tres ocasiones, en las que se han dado todo tipo de explicaciones respecto a los cambios que se están introduciendo en esta reorganización...

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

La Sra. **DIRECTORA GENERAL DE SALUD PÚBLICA** (Andradas Aragonés): ..., y entiendo que la prestación de servicios de Salud Pública se va a seguir desempeñando con un alto nivel de calidad y con un criterio único en la implementación. Hemos aplicado mejoras retributivas a un importante número de puestos de trabajo, realmente vinculándolas al desarrollo de una mayor responsabilidad, con funciones de mayor responsabilidad, y hemos aumentado, como he dicho anteriormente, en 115 nuevos puestos de trabajo de técnicos superiores de Salud Pública para la dirección general. Se crean puestos de trabajo en función de las cargas previstas en los programas a medio plazo y, desde luego, siempre teniendo como objetivo que la Dirección General de Salud Pública tiene una encomienda, que es la protección de la salud de los ciudadanos que viven en la Comunidad de Madrid, de los madrileños, como usted ya ha mencionado. Muchas gracias.

La Sra. **PRESIDENTA**: Muchas gracias. Me daba apuro cortarla, pero acuérdesse de que para las preguntas disponen solamente de diez minutos a repartir. Es cierto que la comisión de hoy era cortita, pero tenemos que ceñirnos, sobre todo porque a lo mejor el viceconsejero se hubiera quejado...; bueno, no creo, porque le hemos tenido toda la tarde. Muchas gracias, señora directora general. Y ya, terminado este punto, pasamos al último.

— RUEGOS Y PREGUNTAS. —

(Pausa.) Si no hay ruegos ni hay preguntas, terminamos la comisión y abrimos Mesa y Portavoces; así que, cuando ustedes quieran, se acercan a la Mesa. Gracias.

(Se levanta la sesión a las 17 horas y 51 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