

Diario de Sesiones de la Asamblea de Madrid



Número 44

4 de octubre de 2021

XII Legislatura

COMISIÓN DE SANIDAD

PRESIDENCIA

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

Sesión celebrada el lunes 4 de octubre de 2021

ORDEN DEL DÍA

1.- PCOC-131(XII)/2021 RGEP.10517. Pregunta de respuesta oral en Comisión, a iniciativa de la Sra. D.^a Vanessa Lillo Gómez, diputada del Grupo Parlamentario Unidas Podemos, al Gobierno, sobre valoración que hacen de la estrategia de vacunación COVID-19 llevada a cabo en la Comunidad de Madrid.

2.- PCOC-175(XII)/2021 RGEP.10736. Pregunta de respuesta oral en Comisión, a iniciativa de la Sra. D.^a Matilde Isabel Díaz Ojeda, diputada del Grupo Parlamentario Socialista, al Gobierno, se pregunta cómo se ha aplicado el protocolo de vacunación frente a la COVID-19 para las personas que, por enfermedad o discapacidad, se encuentran en situación de dependencia grado III (gran dependiente), en la Comunidad de Madrid.

3.- PCOC-245(XII)/2021 RGEP.11668. Pregunta de respuesta oral en Comisión, a iniciativa de la Sra. D.^a Matilde Isabel Díaz Ojeda, diputada del Grupo Parlamentario Socialista, al Gobierno, sobre situación en que se encuentra el Plan de mejora integral de la Atención Primaria, dotado con 80 millones de euros, que se está negociando en Mesa Sectorial.

4.- PCOC-292(XII)/2021 RGEP.11838. Pregunta de respuesta oral en Comisión, a iniciativa de la Sra. D.^a Vanessa Lillo Gómez, diputada del Grupo Parlamentario Unidas Podemos, al Gobierno, sobre valoración que hacen del servicio de limpieza de los hospitales de la red del Servicio Madrileño de Salud.

5.- C-571(XII)/2021 RGEP.11393. Comparecencia del Sr. Gerente Asistencial de Atención Primaria, a petición del Grupo Parlamentario Más Madrid, al objeto de informar sobre situación de la Atención Primaria en la Comunidad de Madrid durante el verano de 2021. (Por vía del artículo 221 del Reglamento de la Asamblea).

6.- C-589(XII)/2021 RGEP.11673. Comparecencia del Sr. Consejero de Sanidad, a petición del Grupo Parlamentario Vox en Madrid, al objeto de informar sobre situación actual de los recursos en Cuidados Paliativos en la Comunidad de Madrid. (Por vía del artículo 209.1 b) del Reglamento de la Asamblea) (*)

() Se admite delegación por la Mesa de la Comisión.*

7.- Ruegos y preguntas.

SUMARIO

	Página
- Se abre la sesión a las 16 horas y 5 minutos.	1939
— PCOC-131(XII)/2021 RGEP.10517. Pregunta de respuesta oral en Comisión, a iniciativa de la Sra. D.^a Vanessa Lillo Gómez, diputada del Grupo Parlamentario Unidas Podemos, al Gobierno, sobre valoración que hacen de la estrategia de vacunación COVID-19 llevada a cabo en la Comunidad de Madrid.	1939
- Interviene la Sra. Lillo Gómez, formulando la pregunta.	1939
- Interviene la Sra. Directora General de Salud Pública, respondiendo la pregunta.	1939-1940

- Intervienen la Sra. Lillo Gómez y la Sra. Directora General, ampliando información. . .	1940-1942
— PCOC-175(XII)/2021 RGE.10736. Pregunta de respuesta oral en Comisión, a iniciativa de la Sra. D.ª Matilde Isabel Díaz Ojeda, diputada del Grupo Parlamentario Socialista, al Gobierno, se pregunta cómo se ha aplicado el protocolo de vacunación frente a la COVID-19 para las personas que, por enfermedad o discapacidad, se encuentran en situación de dependencia grado III (gran dependiente), en la Comunidad de Madrid.	1943
- Interviene la Sra. Díaz Ojeda, formulando la pregunta.	1943
- Interviene la Sra. Directora General de Salud Pública, respondiendo la pregunta.	1943
- Intervienen la Sra. Díaz Ojeda y la Sra. Directora General, ampliando información. . .	1943-1946
— PCOC-245(XII)/2021 RGE.11668. Pregunta de respuesta oral en Comisión, a iniciativa de la Sra. D.ª Matilde Isabel Díaz Ojeda, diputada del Grupo Parlamentario Socialista, al Gobierno, sobre situación en que se encuentra el Plan de mejora integral de la Atención Primaria, dotado con 80 millones de euros, que se está negociando en Mesa Sectorial.	1946
- Interviene la Sra. Díaz Ojeda, formulando la pregunta.	1946
- Interviene el Sr. Director General de Asistencia Sanitaria y Aseguramiento, respondiendo la pregunta.	1946-1947
- Intervienen la Sra. Díaz Ojeda y el Sr. Director General, ampliando información.	1947-1950
— PCOC-292(XII)/2021 RGE.11838. Pregunta de respuesta oral en Comisión, a iniciativa de la Sra. D.ª Vanessa Lillo Gómez, diputada del Grupo Parlamentario Unidas Podemos, al Gobierno, sobre valoración que hacen del servicio de limpieza de los hospitales de la red del Servicio Madrileño de Salud.	1950
- Interviene la Sra. Lillo Gómez, formulando la pregunta.	1950
- Interviene el Sr. Director General de Hospitales e Infraestructuras Sanitarias, respondiendo la pregunta.	1950-1951
- Intervienen la Sra. Lillo Gómez y el Sr. Director General, ampliando información.	1951-1953
— C-571(XII)/2021 RGE.11393. Comparecencia del Sr. Gerente Asistencial de Atención Primaria, a petición del Grupo Parlamentario Más	

Madrid, al objeto de informar sobre situación de la Atención Primaria en la Comunidad de Madrid durante el verano de 2021. (Por vía del artículo 221 del Reglamento de la Asamblea).....	1953
- Interviene el Sr. Padilla Bernáldez, exponiendo los motivos de petición de la comparecencia.....	1954
- Exposición de la Sra. Gerente Asistencial de Atención Primaria.	1954-1957
- Intervienen, en turno de portavoces, la Sra. Lillo Gómez, la Sra. Joya Verde, la Sra. Díaz Ojeda, el Sr. Padilla Bernáldez y el Sr. Raboso García-Baquero.	1957-1968
- Interviene la Sra. Gerente Asistencial, dando respuesta a los señores portavoces. ...	1968-1970
- Intervienen, en turno de réplica, la Sra. Lillo Gómez, la Sra. Joya Verde, la Sra. Díaz Ojeda, el Sr. Padilla Bernáldez y el Sr. Raboso García-Baquero.....	1970-1975
- Interviene la Sra. Gerente Asistencial en turno de dúplica.....	1975-1976
 — C-589(XII)/2021 RGE.11673. Comparecencia del Sr. Consejero de Sanidad, a petición del Grupo Parlamentario Vox en Madrid, al objeto de informar sobre situación actual de los recursos en Cuidados Paliativos en la Comunidad de Madrid. (Por vía del artículo 209.1 b) del Reglamento de la Asamblea) (*)	
 <i>(*) Se admite delegación por la Mesa de la Comisión.....</i>	1976
- Interviene la Sra. Joya Verde, exponiendo los motivos de petición de la comparecencia.....	1976-1977
- Exposición del Sr. Director General de Asistencia Sanitaria y Aseguramiento.....	1977-1980
- Intervienen, en turno de portavoces, la Sra. Lillo Gómez, la Sra. Joya Verde, la Sra. Barahona Prol, el Sr. Figuera Álvarez y la Sra. Dávila-Ponce de León Municio.	1980-1990
- Interviene el Sr. Director General, dando respuesta a los señores portavoces.....	1990-1992
- Intervienen, en turno de réplica, la Sra. Lillo Gómez, la Sra. Joya Verde, la Sra. Barahona Prol, el Sr. Figuera Álvarez y la Sra. Dávila-Ponce de León Municio.	1992-1997
- Interviene el Sr. Director General en turno de dúplica.	1998

— Ruegos y preguntas.	1999
- No se formulan ruegos ni preguntas.	1999
- Se levanta la sesión a las 19 horas y 30 minutos.	1999

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

La Sra. **PRESIDENTA**: Buenas tardes, señorías. Vamos a dar comienzo a la Comisión de Sanidad de hoy, 4 de octubre de 2021. Tengo que recordarles que, por acuerdo de Mesa, no nos quitamos la mascarilla ninguno de nosotros ni en intervención ni cuando estemos sentados; vamos a cumplirlo, por favor.

Iniciamos la sesión con el primer punto del orden del día.

PCOC-131(XII)/2021 RGEP.10517. Pregunta de respuesta oral en Comisión, a iniciativa de la Sra. D.^a Vanessa Lillo Gómez, diputada del Grupo Parlamentario Unidas Podemos, al Gobierno, sobre valoración que hacen de la estrategia de vacunación COVID-19 llevada a cabo en la Comunidad de Madrid.

Damos la bienvenida a la doctora Andradas; vaya tomando asiento. Les recuerdo que el tiempo para la tramitación de la pregunta es de diez minutos, repartidos a partes iguales entre el autor y el representante del Gobierno. Tiene la palabra, si lo desea así, la señora Lillo, para argumentar o explicar la pregunta; cuando usted desee.

La Sra. **LILLO GÓMEZ**: Gracias, presidenta. Buenas tardes, señorías. Bienvenida, señora Andradas, a este inicio de legislatura. Queríamos preguntarle qué valoración hace de la estrategia de vacunación llevada a cabo en la Comunidad de Madrid desde que esta se pusiera en marcha, el pasado 27 de diciembre. Ha pasado poco tiempo, pero nos gustaría que dijese las razones que garantizan que se ha hecho un uso eficiente y eficaz de los recursos públicos que hay en la Comunidad de Madrid, si nos puede garantizar que Madrid ha cumplido el protocolo en cada una de sus fases, es decir, que nadie se ha saltado la cola en la vacunación, lo que llamábamos luz al final del túnel, que tantas vidas está salvando. Gracias.

La Sra. **PRESIDENTA**: Muchas gracias, señora Lillo. Tiene la palabra doña Elena Andradas Aragonés, directora general de Salud Pública del Gobierno de la Comunidad de Madrid; cuando usted quiera.

La Sra. **DIRECTORA GENERAL DE SALUD PÚBLICA** (Andrada Aragonés): Buenas tardes, señora presidenta. Señora Lillo, señorías, la estrategia de vacunación frente a COVID-19 en la Comunidad de Madrid sigue escrupulosamente la estrategia nacional, con la que está alineada, que se ha llevado a cabo con la participación y el consenso de todas las comunidades y ciudades autónomas. La Consejería de Sanidad ha participado y sigue participando activamente, a través de sus representantes, en la Ponencia de Vacunas, en la Comisión de Salud Pública, en el Comité Técnico de Coordinación a nivel ministerial y en el avance del Plan de Vacunación, de la estrategia de vacunación, también en la Comunidad de Madrid.

Hemos diseñado un plan operativo para vacunar a los ciudadanos de la Comunidad de Madrid con el objetivo de prevenir la enfermedad por SARS-CoV-2, disminuir su gravedad y evitar la mortalidad, preservando siempre la equidad en el acceso y en la implementación. Dicho plan se ha aplicado con rigurosidad, respetando las prioridades marcadas y las fases estipuladas a nivel de la Comisión de Salud Pública, siempre de acuerdo con el suministro de vacunas disponible. Este es el plan de vacunación poblacional más ambicioso conocido en las últimas décadas y valoramos positivamente su desarrollo.

La Sra. **PRESIDENTA**: Muchas gracias, doctora Andradás. Tiene ahora el turno de réplica la señora Lillo; cuando usted quiera.

La Sra. **LILLO GÓMEZ**: Gracias, presidenta. Señora Andradás, se le pueden dar muchos calificativos, pero no puede hacer una valoración positiva de las primeras semanas, incluso primeros meses, en los que se puso en marcha la vacunación, cuando la realidad nos dice lo contrario, porque no podemos olvidar que cuando empezó la vacunación la Comunidad de Madrid estuvo durante muchas semanas a la cola y no fue por falta de dosis, ya que, en base a los datos, llegamos a tener un millón de dosis metidas en neveras; cuando, a la vez, nos encontramos noticias como la de la residencia de Becerril, donde el 7 de enero hubo un nuevo brote y en ese mismo mes, en enero, más de 10 fallecidos en esa residencia, brote que se notifica el día anterior a empezar a vacunar a las personas mayores, es decir, el 8 de enero iban a recibir su primera dosis cuando la vacunación había empezado el 27 de diciembre; cuando, a la vez, se hicieron convocatorias por Whatsapp para vacunar en esas fechas a personas jubiladas que no pertenecían a ninguno de los grupos de riesgo – recordemos que era mediados de enero y única y exclusivamente se tenían que vacunar los grupos 1 y 2, que eran esos colectivos más vulnerables que tenían que ser vacunados-; cuando, además, hemos sabido con el tiempo que a finales de diciembre más de 1.500 dosis fueron a parar a congregaciones religiosas, sin entrar con esto en un debate de la moral, etcétera, ni en si se lo merecían más o menos, sino en que no les correspondía; cuando, además, recibimos como respuesta a una petición de información que a 21 de enero, fecha en la que se suspende por primera vez el plan de vacunación, se habían entregado a la sanidad privada más de 10.000 dosis y, por ejemplo, en el Hospital San Rafael, que tiene 145 camas, se entregaron 700 dosis de vacunación, mientras por esas fechas en hospitales como La Paz o Gregorio Marañón, hospitales de 500 y 1.000 camas, los profesionales de primera línea seguían sin estar vacunados. Es decir, no nos puede garantizar que se cumpliera el protocolo en la Comunidad de Madrid, porque no se cumplió al principio, cuando había que vacunar a los grupos 1 y 2.

También quiero que nos haga una valoración sobre sus grandes estrategias para esos grandes vacunódromos. Me gustaría saber, primero, por qué nos llegó toda esa información de existencia de dosis en la sanidad privada cuando todavía los profesionales de primera línea de la sanidad pública y de las residencias estaban sin vacunar. También me gustaría que hiciese una valoración sobre los grandes vacunódromos, ya que han sido, por así decirlo, su gran titular y los que ustedes decían que iban a procurar la vacunación más rápida; si puede, me gustaría que certificase

con datos que los mismos han ayudado al plan de vacunación de la Comunidad de Madrid. Por último, me gustaría saber qué coste nos ha supuesto esa estrategia de vacunación. Muchas gracias.

La Sra. **PRESIDENTA**: Muchas gracias. Cierra este punto la intervención de doña Elena Andradas Aragonés, directora general de Salud Pública; cuando usted quiera.

La Sra. **DIRECTORA GENERAL DE SALUD PÚBLICA** (Andrada Aragonés): La Consejería de Sanidad ha avanzado en la vacunación adoptando el plan operativo de vacunación al objetivo que había marcado el Gobierno de España, que en principio era conseguir un 70 por ciento de la cobertura de vacunación a nivel poblacional. Dada la magnitud del plan de vacunación poblacional, desde el inicio formamos a los equipos de vacunación, independientemente, señora Lillo, de su dependencia orgánica. Así, dimos formación al Servicio Madrileño de Salud, Ayuntamiento de Madrid, profesionales de las residencias privadas de personas mayores, Agencia Madrileña de Atención Social, equipos de hospitales privados –también para los profesionales que trabajaban en la sanidad privada- y colegios profesionales sanitarios. Hemos formado a más de 4.400 profesionales y fuimos actualizando la formación a medida que disponíamos de nuevas vacunas y de nuevos procedimientos. Asimismo, se han desarrollado sistemas de información para la adecuada y correcta gestión de pedidos de vacunas, para la trazabilidad de las vacunas, para el seguimiento del stock y para el registro incidencias. Por otro lado, dotamos un sistema de cita previa para el programa de estudiantes, que ya han salido a realizar estudios a nivel internacional; un sistema de cita previa para aquellos madrileños que se han vacunado en otros países y requieren registrar sus dosis en la Comunidad de Madrid; un sistema de auto cita que permite la planificación al ciudadano del punto, fecha y hora de vacunación y, además, el registro unificado de vacunación, que integra los datos de la Comunidad de Madrid a nivel estatal. Además, se ha elaborado información técnica para los profesionales sanitarios, para los equipos de vacunación, para las residencias y para los colegios, para informar de los avances y de los nuevos puntos de vacunación, tanto a nivel público como a nivel privado, como de los centros de vacunación masiva, como pueden ser el Wanda Metropolitano o el WIZink Center, y tengo que decir que tanto un centro como otro han suministrado en torno a 800.000 dosis de vacunas. Además, toda esta información se ofrece a través de la web institucional, a través de redes sociales, de ruedas y notas de prensa y del teléfono 900. Y hemos hecho una rigurosa, rigurosísima, planificación, semana a semana, de los puntos de vacunación, de la distribución de vacunas en función del número de dosis disponible, y un seguimiento y evaluación de las coberturas de vacunación y de la efectividad de las vacunas, que publicamos semanalmente en el boletín epidemiológico.

La Sra. **PRESIDENTA**: Vaya terminando; le quedan 30 segundos.

La Sra. **DIRECTORA GENERAL DE SALUD PÚBLICA** (Andrada Aragonés): Señorías, a día de hoy se han administrado más de 9.700.000 dosis de vacunas. El 90 por ciento de la población diana de la Comunidad de Madrid ha recibido ya al menos una dosis de vacuna; el 87,5 por ciento tiene pauta de vacunación completa. Por ello, valoramos muy positivamente la estrategia de vacunación y, especialmente, el trabajo, la dedicación y el esfuerzo que están realizando los

profesionales en todos los ámbitos, en todos los niveles, porque sin su dedicación y sin su entrega esto nunca habría sido posible. Muchas gracias.

La Sra. **PRESIDENTA**: Muchas gracias, doctora Andradás; le pedimos que continúe en la mesa durante el segundo punto del orden del día, que es una pregunta también.

Ya no le queda tiempo, señora Lillo. (*Palabras que no se perciben.*) Según mis cuentas, no. (*Palabras que no se perciben.*) Vale, pues tiene usted la palabra.

La Sra. **LILLO GÓMEZ**: Gracias, presidenta. Voy dándole al play y al pause y solo he intervenido dos veces precisamente para tener este último minuto. Decirle que lamento que no nos haya contestado. Yo insisto en que, a 21 de enero, ustedes nos dijeron que no se había vacunado a nadie que no perteneciese a los cuatro primeros grupos que había que vacunar, pero tenemos aquí las citaciones de los equipos directivos de hospitales como el de El Tajo y, a 16 de enero: dirección, dirección, limpieza, mantenimiento, subcontrata... Es decir, sabemos que no se ha cumplido el protocolo. Esto sería una anécdota si no supusiese que esas vacunas dejaron de ser suministradas a personas vulnerables y que seguía habiendo fallecidos, porque a lo mejor podíamos estar hablando de vidas que se habían podido salvar.

Sobre las estrategias, a pesar de que ustedes no han querido que Atención Primaria pusiese las vacunas, nos han contestado y resulta que Atención Primaria, a fecha 4 de agosto, había puesto más de 2 millones de vacunas, mientras que fueron 1.393.000 en el Zandal. A pesar de su propaganda y a pesar de maltratar a Atención Primaria, se ha visto y demostrado que este nivel asistencial era el más eficaz y el más eficiente; eliminaba y evitaba grandes desplazamientos y grandes colas, pero ustedes no quisieron contratar. Dieron un millón de euros a Cruz Roja para hacer contrataciones mientras que en enero de 2021 se hicieron 37 contrataciones en Atención Primaria.

En definitiva, insistimos, no pueden hacer una valoración positiva y ha quedado demostrado, sobre todo, que no han hecho un uso eficaz y eficiente de los recursos públicos; incluso, la vacunación se ha utilizado para beneficiar a las grandes empresas. Terminó; 4 minutos y 55 segundos. Gracias.

La Sra. **PRESIDENTA**: Señora Lillo, pensé que no iba a utilizar el tercer turno; por eso, he ido repartiendo el tiempo, pero no se preocupe. Señora Andradás, también le puedo dar 30 segundos por si quiere contestar y cerrar este punto del orden del día.

La Sra. **DIRECTORA GENERAL DE SALUD PÚBLICA** (Andrada Aragón): Simplemente, Atención Primaria, igual que los hospitales públicos del Servicio Madrileño de Salud, son los puntos de vacunación determinantes en el plan operativo de vacunación de la Comunidad de Madrid, y ha sido en estos puntos donde, precisamente por la fortaleza y la dedicación de sus profesionales, se ha administrado un mayor número de dosis durante todo el periodo de vacunación.

La Sra. **PRESIDENTA**: Muchas gracias, doctora Andradás. Pasamos al segundo punto del orden del día.

PCOC-175(XII)/2021 RGE.10736. Pregunta de respuesta oral en Comisión, a iniciativa de la Sra. D.^a Matilde Isabel Díaz Ojeda, diputada del Grupo Parlamentario Socialista, al Gobierno, se pregunta cómo se ha aplicado el protocolo de vacunación frente a la COVID-19 para las personas que, por enfermedad o discapacidad, se encuentran en situación de dependencia grado III (gran dependiente), en la Comunidad de Madrid.

¿Quiere la señora portavoz argumentar la pregunta o la da por formulada?

La Sra. **DÍAZ OJEDA**: Gracias, presidenta. Buenas tardes. Señora Andradas, bienvenida a esta comisión. Doy por formulada la pregunta, puesto que la ha leído la presidenta. Gracias.

La Sra. **PRESIDENTA**: Muchas gracias. Tiene la palabra la directora general; cuando usted quiera, inicia el tiempo.

La Sra. **DIRECTORA GENERAL DE SALUD PÚBLICA** (Andrada Aragonés): Buenas tardes de nuevo. Señora presidenta, señora Díaz, señorías, el plan operativo de vacunación frente a COVID-19 de la Comunidad de Madrid siempre se ha llevado a cabo en base a los acuerdos alcanzados por los grupos técnicos del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Es una estrategia que, como ya he comentado en la anterior pregunta, siempre ha sido consensuada con todas las comunidades autónomas, estando determinada en su primera fase por un suministro muy limitado de vacunas, razón por la que se establecieron los grupos prioritarios a vacunar. Esta priorización, como seguramente sabe, fue llevada a cabo por un grupo de trabajo técnico, coordinado por el Ministerio de Sanidad, que estableció un marco ético basado en los principios de equidad, dignidad, necesidad e igualdad, de acuerdo con las normas legales de aplicación establecidas, junto con las recomendaciones internacionales.

La Sra. **PRESIDENTA**: Muchas gracias, doctora Andradas. Solamente ha utilizado un minuto. Ahora tiene el tiempo la señora portavoz del Partido Socialista; cuando usted quiera.

La Sra. **DÍAZ OJEDA**: Muchas gracias, presidenta, y muchas gracias, señora Andradas. Efectivamente, en el documento informativo de vacunación frente a COVID-19 en la Comunidad de Madrid, de 22 de diciembre de 2020, se definieron esos grupos de personas a vacunar en la primera etapa, cuando el suministro inicial de dosis de vacunas era muy limitado, y, efectivamente, se hizo una priorización de los grupos a vacunar en cada una de las etapas; concretamente, en relación con esa primera etapa, el orden era: primero, residentes y personal sanitario y sociosanitario en residencias de personas mayores y personas con discapacidad; segundo, personal sanitario de primera línea; tercero, otro personal sanitario y sociosanitario, y, cuarto, personas con discapacidad que requerían intensas medidas de apoyo para desarrollar su vida, o sea, grandes dependientes no institucionalizados.

Nos consta que, desde diciembre de 2020 hasta hoy, CERMI-Comunidad de Madrid ha colaborado estrechamente para facilitar el cumplimiento del protocolo y para mejorar su gestión y accesibilidad, dando respuesta a las necesidades de las personas con discapacidad. CERMI ha

informado que fueron consultados por la Dirección General de Atención a Personas con Discapacidad, concretamente, desde el 1 de diciembre de 2020, cuando se inicia la consulta a las entidades para identificar, de cara a la vacunación frente a COVID-19, a los residentes en residencias para personas con discapacidad y al personal sanitario y sociosanitario. El 7 de enero ya estaba planificada la vacunación en las residencias de personas con discapacidad y en la primera semana se habían vacunado seis centros. De este modo, los circuitos de vacunación se fueron planificando, semana a semana, a lo largo del mes de enero. A finales de enero, al CERMI le llegaron una serie de consultas, ya que dentro de la estrategia de vacunación se encontraban estos grandes dependientes de grado III no institucionalizados y había algunas dudas respecto a su vacunación y a la de sus cuidadores profesionales. CERMI recibió algunas quejas por la no inclusión en la estrategia de cuidadores familiares. ¿Se ha atendido esta queja de alguna manera? Señora Andradas, ¿se ha tratado de solucionar este asunto de cara al protocolo y al futuro? De hecho, el 9 de febrero CERMI-Madrid pidió que la discapacidad fuese un ámbito preferente en la vacunación por COVID-19 en la Comunidad de Madrid; así lo solicitaron en un encuentro con la Dirección General de Coordinación Sociosanitaria y con la Dirección General de Atención a Personas con Discapacidad de la Comunidad de Madrid.

CERMI ha insistido para que las personas con discapacidad que no acuden a los centros residenciales y/o atención diurna pudiesen integrarse en el protocolo de vacunación con carácter preferente y fuesen objeto de vacunación en la red sanitaria pública. En febrero ya se estaba vacunando en las residencias de atención a personas con discapacidad y con enfermedad mental y la estrategia contemplaba para la siguiente fase la atención a las personas en situación de dependencia con grandes necesidades de apoyo. En ese momento, CERMI-Comunidad de Madrid advirtió que en algunos ámbitos la estrategia no estaba clara o había ciertas dificultades, por ejemplo, respecto a la accesibilidad de las personas con discapacidad que no acudían a centros residenciales y/o de atención diurna y no habían solicitado todavía el reconocimiento de la situación de dependencia, que CERMI pidió que se integrasen en el protocolo de vacunación. ¿En qué situación está este criterio dentro del protocolo?

La Dirección General de Discapacidad informó sobre el cruce de datos entre Dependencia y Sanidad. ¿En qué situación se encuentra esta información a día de hoy? ¿El cruce considera ya, de cara a futuro y a la tercera dosis, a todas las personas con estos perfiles, tanto a las que tienen reconocido su grado de dependencia, como a las que están en expectativa o aquellas que reúnen las condiciones desde el punto de vista médico aunque no tengan el reconocimiento desde el punto de vista administrativo? El 3 de marzo, tras dos meses de vacunación, CERMI-Madrid advirtió que, tras más de dos meses de desarrollo de la estrategia de vacunación frente a COVID-19 en la región, aún estaba pendiente la vacunación de las personas en grado III -grandes dependientes- no institucionalizadas. Esto despertó cierta inquietud, que trasladaron a nuestro grupo parlamentario. En este grupo se incluye también a aquellas personas que están en trámite, que han solicitado el reconocimiento y no lo han obtenido todavía, y las que no lo han llegado a solicitar.

La Sra. **PRESIDENTA**: Tiene que terminar.

La Sra. **DÍAZ OJEDA**: Ya está.

La Sra. **PRESIDENTA**: Esta vez he contabilizado bien, ¿verdad?

La Sra. **DÍAZ OJEDA**: Sí, sí; perfectamente.

La Sra. **PRESIDENTA**: Vale. No quiero tener ningún problema. Creo que hay que ser ágil, pero también quiero respetar todos sus tiempos. Para cerrar, la directora general tiene cuatro minutos para responder; cuando usted quiera.

La Sra. **DIRECTORA GENERAL DE SALUD PÚBLICA** (Andrada Aragonés): Muchas gracias. Señora Díaz, en esta primera fase del plan operativo de vacunación, de la estrategia de vacunación, el suministro de vacunas realmente era tan limitado que hubo que priorizar a estos cuatro grupos a los que ha hecho referencia: residentes, trabajadores de residencias, profesionales sanitarios de primera línea y otros profesionales, junto con las personas consideradas grandes dependientes que en ese momento no estaban institucionalizadas; por tanto, las personas consideradas como grandes dependientes están incluidas tanto en el grupo 1 como en el grupo 4.

Contamos, como usted ha dicho y bien ha analizado, con la entonces Consejería de Políticas Sociales, Familias, Igualdad y Natalidad, que, a través de la Dirección General del Mayor, nos proporcionó el listado de las personas con reconocimiento de grado III de dependencia; ahora bien, las personas que no estaban incluidas por algún motivo en los primeros listados, en aquellos listados que fueron facilitados oficialmente y que mostraban una justificación, fueron incluidas realmente dentro del plan operativo de vacunación, de manera que en la Comunidad de Madrid no solo incluimos a las personas con grado III de dependencia reconocido sino también a las del grado II que estaban en situación de reconocimiento, en espera de una siguiente fase, y también a los pacientes inmovilizados en domicilio con gran dependencia para la realización de actividades básicas de la vida diaria y con gran necesidad de cuidados, además de a los cuidadores principales de los pacientes inmovilizados.

A los ciudadanos que cumplían estos criterios de inclusión y tenían entre 18 y 55 años se les suministró la vacuna recomendada en aquel momento, que era la vacuna de AstraZeneca, mientras que al grupo de edad entre los 16 y los 18 años y al de mayores de 56 se les administró la vacuna de Pfizer; a todos ellos en el domicilio. Tengo que decir que al principio no fue fácil administrar esta vacuna en los domicilios, la tipo Pfizer, por sus características, que constaban en la ficha técnica y debíamos cumplir rigurosamente. Como no podía haber movilidad de esta vacuna, es cierto que hubo un cierto retraso en la atención, en la vacunación a domicilio.

En la vacunación de dependientes y personas con discapacidad participaron no solamente equipos de vacunación de Atención Primaria, sino que, por cada Dirección de Asistencia Sanitaria se configuraron de dos a seis equipos móviles, y también participaron equipos móviles tanto del Summa-112 como de Cruz Roja, de manera que Cruz Roja y Summa-112 vacunaron en 135 Centros de Atención a Personas con Discapacidad a personas que no estaban institucionalizadas. Por su parte, los

equipos de Atención Primaria, configurados fundamentalmente por personal de enfermería, fueron transportados a los domicilios en un vehículo con un conductor, por lo que vacunaron fundamentalmente en los domicilios. No obstante, en el contacto telefónico con el domicilio se detectaba si el dependiente podía acudir al centro de salud, y, si era así, se solicitaba que acudiese allí con su cuidador principal y allí mismo se le vacunaba, incluidos los mutualistas y las personas sin tarjeta sanitaria.

En total, hemos vacunado a 53.022 personas; de ellas, 10.000 son cuidadores, vacunados fundamentalmente en los domicilios de los grandes dependientes; 8.159 son personas con diversidad funcional no institucionalizadas, vacunadas en los centros de discapacidad, y 34.744 son personas dependientes no institucionalizadas. Esta sería la distribución. Muchas gracias por su atención.

La Sra. **PRESIDENTA**: Muchas gracias, doctora Andradas. Cuando lo considere, puede dejar su asiento para que pueda ocuparlo el siguiente compareciente, que es el director general de Asistencia Sanitaria y Aseguramiento, doctor Jesús Vázquez Castro; esperamos a que llegue. *(Pausa.)* Buenas tardes, doctor; puede tomar asiento en la mesa.

Iniciamos el tercer punto del orden del día.

PCOC-245(XII)/2021 RGEP.11668. Pregunta de respuesta oral en Comisión, a iniciativa de la Sra. D.^a Matilde Isabel Díaz Ojeda, diputada del Grupo Parlamentario Socialista, al Gobierno, sobre situación en que se encuentra el Plan de mejora integral de la Atención Primaria, dotado con 80 millones de euros, que se está negociando en Mesa Sectorial.

Una vez que ya está con nosotros el director general de Asistencia Sanitaria, le pregunto a la portavoz del Partido Socialista si da por formulada la pregunta o si quiere argumentarla.

La Sra. **DÍAZ OJEDA**: Gracias, presidenta; la doy por formulada. Bienvenido, señor Vázquez.

La Sra. **PRESIDENTA**: Bienvenido a esta comisión, Jesús Vázquez Castro, como dice la portavoz del Partido Socialista. Tiene usted la palabra para dar respuesta a la pregunta; cuando usted quiera.

El Sr. **DIRECTOR GENERAL DE ASISTENCIA SANITARIA Y ASEGURAMIENTO** (Vázquez Castro): Buenas tardes. Muchas gracias, presidenta. Muchas gracias, señorías. En primer lugar, como saben, este Plan de Mejora de la Atención Primaria está basado en distintos aspectos, no solamente de la parte económica, a la que se refiere esta pregunta, sino a otros que son organizativas, que se suman a otros muchas en las que se está trabajando en Atención Primaria, como puede ser un Plan de Inversiones en Infraestructuras 2020-2024, incluso la mejora de los sistemas de información, para mejorar, como no puede ser de otra manera, los sistemas de

información de Atención Primaria, porque unido a eso está, lógicamente, la pregunta que usted formula.

En estos momentos, puedo decirle que, después de hacer en Mesa Sectorial una presentación del plan, se decidió hacer grupos de trabajo con todas las centrales sindicales para intentar operativizar más los distintos aspectos de dicho plan. En concreto, el último grupo de trabajo se reunió el jueves 23 de septiembre y, por decirlo de alguna manera, no se llegó a un acuerdo. Se intentó ver qué acciones podían hacerse y, fundamentalmente, estas fueron definidas por todos los grupos de la Mesa Sectorial como insuficientes y, por tanto, de momento no quieren seguir trabajando en ese plan.

No olvidemos que las medidas del plan no se basaban solamente en las más de 1.200 plazas de nueva creación con que se iba a aumentar la plantilla en recursos humanos, sino que también se contemplaban medidas de tarjeta sanitaria individual y mejoras respecto a la sobrecarga asistencial, modificando todos aquellos cupos de profesionales, de todas las categorías, donde se pudiera intervenir, viendo cuales tienen realmente más dificultades por la sobrecarga asistencial, porque no olvidemos que esto está diseñado única y exclusivamente para intentar que los profesionales que tenemos no se vayan y para que los profesionales de otras comunidades, incluso de nuestra propia comunidad, se queden en Atención Primaria, lo cual, como saben, está basado en distintas retribuciones en función de esa sobrecarga de trabajo, actualizaciones de tarjeta sanitaria y otro tipo de medidas, como pueden ser las prolongaciones de jornada para aquellos profesionales que lo desean o las plazas de difícil cobertura, que serían, un poco, los distintos temas que se trataron en ese plan. Muchas gracias.

La Sra. **PRESIDENTA**: Muchas gracias, señor director general. Tiene ahora la palabra para formular la réplica la portavoz del Partido Socialista; cuando usted quiera.

La Sra. **DÍAZ OJEDA**: Gracias, presidenta, y gracias, señor Vázquez. Efectivamente, el pasado 23 de septiembre, tras la reunión del grupo de trabajo de Atención primaria de la Mesa Sectorial, las organizaciones sindicales encabezaban un comunicado diciendo: "No seremos partícipes de la destrucción de la Atención Primaria." Vemos, por tanto, que hay importantes dificultades en este proceso de negociación. Pero además se dirigían a la ciudadanía, y también a la consejería y al Gobierno de la Comunidad de Madrid, para explicar que este Plan de Mejora Integral de Atención Primaria que les propone la consejería no resuelve los problemas que tiene la Atención Primaria en la Comunidad de Madrid, por lo que ellas no quieren participar, tal y como se les presenta, quieren negociar; de hecho, han presentado alegaciones, que nos constan porque son públicas.

Usted además debería saber que este Plan de Mejora de Atención Primaria en realidad no se contempla como un plan, porque no planifica, y tampoco es integral, porque es muy restrictivo en los temas que aborda, y tampoco mejora la Atención primaria, más que nada por su cortedad de miras e insuficiencia presupuestaria. Esto es algo que se ha debatido en varias ocasiones en esta sede parlamentaria. De hecho, de los 80 millones anunciados por la presidenta, que son las cifras que se

barajaron en un primer momento, se han quedado por el camino 7 millones, por lo que ahora mismo la financiación del plan se reduce a 73 millones de euros a 3 años. Esta es la información que estamos manejando nosotros, aunque tampoco se aclara si se consolida o no este presupuesto.

Debo preguntarle por qué la consejería se niega a abordar en la negociación las necesidades de personal -que en realidad es lo principal para hacer viable este Plan de Atención Primaria- de cara a planificar las necesidades de personal a medio y corto plazo, porque un incremento de 1.200 profesionales de todas las categorías a lo largo de 3 años, que es lo anunciado por la consejería, es a todas luces insuficiente ya que ni tan siquiera cubre un tercio del déficit de plantilla actual, y mucho menos si pensamos en las jubilaciones de los próximos 3 años. También debo preguntarle por qué no han sido tenidas en consideración las propuestas y las alegaciones al plan que presentaron las distintas organizaciones sindicales, cuando sabemos que muchas de las medidas organizativas sí están siendo implantadas por parte de la Administración unilateralmente y sin haber sido negociadas.

Usted sabe también que es urgente afrontar la merma de las plantillas de profesionales de Atención Primaria porque actualmente no pueden satisfacer la cartera de servicios y en la actualidad casi la cuarta parte de la población no tiene profesional sanitario de referencia asignado. Esta situación se debe exclusivamente al déficit estructural de las plantillas y a la incapacidad de la Comunidad de Madrid para atraer, reclutar y fidelizar nuevos profesionales en los centros de salud. Por ello, es razonable que los sindicatos propongan un horizonte temporal a tres años para alcanzar un 25 por ciento del presupuesto sanitario de la Comunidad de Madrid para Atención Primaria, sin incluir lo que se dedica a Farmacia, y empezando con un 15 por ciento este año, en lugar del 11,2 por ciento. ¿A qué se debe que no avance la negociación en la Mesa Sectorial y en qué está fracasando ahora mismo la consejería? Gracias.

La Sra. **PRESIDENTA**: Muchas gracias. Tiene el turno para cerrar el señor director general; cuando usted quiera.

El Sr. **DIRECTOR GENERAL DE ASISTENCIA SANITARIA Y ASEGURAMIENTO** (Vázquez Castro): Muchas gracias. En primer lugar, agradezco estar aquí, al igual que en la anterior ocasión, cuando vine a manifestarme a esta Comisión de Sanidad cuando todavía estaba gestándose el plan, porque creo que es bueno definir alguno de los procesos a los cuales usted hace referencia.

Vamos a ver, yo no voy a pelear si es un plan integral o si solamente es un Plan de Mejora de la Atención Primaria. Evidentemente, nosotros, como organización, tenemos el deber de tener un plan de una forma holística, que afecte a todo lo que es la Atención primaria. En eso estamos trabajando y, lógicamente, como le decía, no solamente se refiere a medidas económicas, que son las que hay que negociar en Mesa Sectorial, sino que también hay medidas de infraestructuras, el plan 2020-2024, con una importante dotación, medidas organizativas y medidas para los sistemas de información. Eso es lo que se compila en el Plan Integral de Atención Primaria.

En segundo lugar, lógicamente, somos conscientes de la situación. Esta semana ha tenido lugar un Consejo Interterritorial, en el que he estado, porque, efectivamente, hay un gran problema

con la Atención Primaria en toda España. Ese fue el motivo por el que la ministra nos convocó a todas las comunidades, para compartir un poco los problemas y las realidades de cada comunidad, porque para unas son los turnos de tarde y otras tienen problemas con las coberturas rurales. Nosotros fuimos al ministerio con una serie de propuestas claras, fundamentalmente basadas en intentar, en la medida de lo posible, aumentar las acreditaciones de las unidades docentes, las revisiones de la especialidad y trabajar en todo lo que suponen las convalidaciones de titulaciones, que están pendiente por parte del ministerio desde hace años; medidas que sean a corto plazo, que puedan solucionar de alguna manera esta realidad que tenemos en todas las comunidades. Evidentemente, algunas de estas medidas no van a ser inmediatas, porque hay medidas para intentar mejorar la Atención Primaria en todo el ámbito nacional y poder revertir, de alguna manera, ese éxodo de profesionales a otros ámbitos asistenciales, algo que sucede en todas las comunidades.

Respecto al plan que nosotros confeccionamos para Atención Primaria, es importante que sepan que no es baladí decir 1.222 plazas, porque detrás de la cifra hay un profundo análisis de por qué se necesitan 264 médicos de familia, por qué existen 312 auxiliares administrativos, por qué hay 264 enfermeras, etcétera, etcétera, y por ello podemos decir que aumentamos plazas de médicos de familia o de pediatras hasta 5.000. Es una realidad, señoría, que, si no mejoramos las condiciones, es imposible tener cubiertas las plazas en el primer escenario, otra cosa es dentro de unos años, cuando vengan más profesionales a Atención Primaria. Por cierto, no sé de dónde han sacado ese dato de que un cuarto de la población de los madrileños –si no lo he entendido mal- no tiene asignado un médico de familia o un pediatra, porque en estos momentos las plazas estructurales vacantes que hay en Atención Primaria, sin cubrir, son 14 de médico de familia y 25 de pediatría y, evidentemente, eso no supone, dentro de una plantilla que supera las 13.000 personas, esa cantidad que usted dice.

Evidentemente, tenemos un problema con la tasa de reposición, que ha sido tratado también en el Consejo Interterritorial. El ministerio se ha comprometido también a hacer una foto, un mapa de la situación, de aquí a 2035, de las tasas de reposiciones de profesionales en toda España, incluyendo tipificar cuáles serán las plazas de difícil cobertura, sobre lo que nosotros, en el caso de la Comunidad de Madrid, ya hemos hecho una propuesta.

Usted me pregunta por qué no llegamos a un acuerdo. Mire, es muy difícil llegar a un acuerdo cuando, de todo el contenido del plan, de lo único que trató el grupo de trabajo fue de la tarjeta sanitaria, de la actividad, porque sabe que no es lo mismo la atención de los cupos de profesionales donde la población atendida es muy alta que la de otros que tienen mucha asignación pero donde no se va al médico. Evidentemente, si nuestro fin y nuestro objetivo es cubrir esas plazas, tendremos que hacer que esos profesionales de medicina de familia tengan una modalidad de cobro mayor que el que tiene 2.000 tarjetas sanitarias asignadas y una población atendida de un 50 o un 60 por ciento, que lo cobran y no van, por decirlo de alguna manera.

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

El Sr. **DIRECTOR GENERAL DE ASISTENCIA SANITARIA Y ASEGURAMIENTO** (Vázquez Castro): Ese es uno de los motivos por los que estamos trabajando en ello.

En resumen, por supuesto que queremos apelar; lo digo sinceramente. Creo que existe todavía un margen de maniobra y que es una gran oportunidad -y una gran responsabilidad- para todos, incluido los que componemos la Mesa Sectorial, de avanzar para mejorar la Atención Primaria, que es lo que queremos.

La Sra. **PRESIDENTA**: Muchas gracias. Luego comparece en otro punto del orden del día, pero ahora le tengo que pedir, por favor, que abandone la Mesa para que pueda estar con nosotros don Fernando Prados Roa, director general de Hospitales e Infraestructuras Sanitarias, para sustanciar el cuarto punto del orden del día.

PCOC-292(XII)/2021 RGE.11838. Pregunta de respuesta oral en Comisión, a iniciativa de la Sra. D.ª Vanessa Lillo Gómez, diputada del Grupo Parlamentario Unidas Podemos, al Gobierno, sobre valoración que hacen del servicio de limpieza de los hospitales de la red del Servicio Madrileño de Salud.

Como ya está tomando asiento el doctor Prados, le pregunto a la señora portavoz si quiere argumentar la pregunta. Tiene ahora su tiempo; cuando usted quiera.

La Sra. **LILLO GÓMEZ**: Gracias, presidenta. Bienvenido, señor Prados. Queremos saber su valoración del servicio de limpieza de los hospitales de la Comunidad de Madrid, un servicio que además hemos visto que se ha ido privatizando, de forma que ya la mayoría está privatizado, siendo empresas las que realizan este servicio; servicio que además es imprescindible, que además COVID ha puesto de manifiesto que es muy importante, y en el que precisamente por estas privatizaciones sus trabajadores y trabajadoras muchas veces –permítame la expresión- han pagado el pato a la hora de contagios y de condiciones. Por todo ello, nos gustaría saber qué valoración hacen de este servicio y también qué aprendizaje han tenido de sus necesidades después de esta pandemia. Muchas gracias.

La Sra. **PRESIDENTA**: Muchas gracias, señora Lillo. Ha utilizado 40 segundos; esta vez sí que lo voy a cronometrar. Tienen que darse cuenta de que ustedes tienen la opción incluso de darle tiempo al Gobierno, como han hecho otros portavoces, porque la respuesta lleve más tiempo; pero, no se preocupe, lo voy a cronometrar.

Ahora sí, buenas tardes, doctor Prados; tiene usted la palabra.

El Sr. **DIRECTOR GENERAL DE HOSPITALES E INFRAESTRUCTURAS SANITARIAS** (Prados Roa): Gracias, presidenta. Señoría, el Gobierno hace una valoración muy positiva del servicio de limpieza de la Red de Hospitales Públicos del Sermas, y basa esta afirmación en dos índices de calidad: por un lado, el externo, referido a la valoración que hacen los pacientes en el ítem de limpieza a través de la encuesta de satisfacción, y, por otro lado, el interno, correspondiente a la

valoración que mensualmente realizan las unidades que controlan el mencionado servicio en los diferentes centros, en los diferentes hospitales, entre los que se encuentran los servicios de medicina preventiva, asuntos generales, hostelería y residuos, entre otros.

La Sra. **PRESIDENTA**: Muchas gracias. Tiene usted la palabra, señora Lillo; cuando usted quiera.

La Sra. **LILLO GÓMEZ**: Gracias, presidenta. Me esperaba muchas respuestas, pero le puedo asegurar que la que me ha dado no, sobre todo la que tiene que ver con la valoración, o sea, esa valoración tan positiva tanto a nivel externo como a nivel interno, porque en los últimos años y meses hemos visto movilizaciones en diferentes hospitales, movilizaciones llevadas a cabo por sus trabajadores y trabajadoras; además, le puedo decir que con represalias luego por parte de la empresa con las trabajadoras, como pudo ser el caso del Hospital Clínico San Carlos y las trabajadoras de Garbaldi, que fueron sancionadas con suspensión de empleo y sueldo por quejarse por no tener el material para realizar su trabajo; es decir, por quejarse a la empresa, fueron sancionadas con suspensión de empleo y sueldo. Y también hemos visto cómo los trabajadores y las trabajadoras del Gregorio Marañón se manifestaron cuando iba a ser privatizado el servicio, cuando salió en esos lotes.

Usted me dice que hay unas unidades que valoran ese tipo de calidad. ¿Eso incluye también garantizar que se cumple el contrato? Porque al final estamos hablando de un servicio mayormente privatizado con contratos que no son peccata minuta, pues son millones y millones de euros, que se pagan de las arcas públicas a una empresa para que haga el servicio, por lo que, evidentemente, tendrá una contraparte y tendrá que cumplir. Yo le quiero preguntar si esas unidades tienen la certeza de que las empresas actualmente encargadas de prestar ese servicio de limpieza en los hospitales cumplen con las condiciones puestas en los pliegos. Me gustaría, si puede, que nos dijera cómo se hace y saber cómo me puede certificar que sí las cumplen, si es que me dice que las cumplen. Gracias.

La Sra. **PRESIDENTA**: Muchas gracias. Es el turno de dúplica del doctor Prados, y entiendo que la señora Lillo quiere abrir un tercer turno. Muy bien; cuando usted quiera.

El Sr. **DIRECTOR GENERAL DE HOSPITALES E INFRAESTRUCTURAS SANITARIAS** (Prados Roa): Gracias, presidenta. Señoría, me ha mencionado dos casos que, evidentemente, están recogidos, el del Hospital Clínico y el del Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Tenemos seis sistemas diferentes de contratos en los diferentes centros y hospitales y, desde luego, con esos dos ejemplos no estamos hablando de la totalidad. Lo que sí es cierto es que en la última encuesta de satisfacción del paciente el ítem que hace referencia a la limpieza de los hospitales obtuvo un 85 por ciento de satisfacción por parte del usuario, que sí es algo que tenemos que ver. Y, respecto al segundo indicador, el que hace referencia a la evaluación por parte de los gerentes -evidentemente, cada uno de ellos utiliza los servicios que tiene-, solamente hemos encontrado penalización, lógicamente porque las empresas no cumplen el convenio, exactamente en dos hospitales, en el Hospital La Princesa, que fue una sanción solo de un mes, y en el Hospital Clínico, que ha

mencionado, que fueron tres meses de sanción. Eso es un montante de menos de 260.000 euros, respecto a los 7.229, que es solamente lo que cuestan mensualmente los hospitales que tienen contratación centralizada por parte del Sermas. Evidentemente, por supuesto que los gerentes, todos los gerentes, tanto los que lo hacen de forma centralizada, como los de PFI, como los de concesión, tienen que llevar un control, y valoran, lógicamente, el estado no solo de la limpieza sino del resto del hospital.

La Sra. **PRESIDENTA**: Muchas gracias, doctor Prados. Para cerrar este turno de preguntas, por favor, señora Lillo, tiene la palabra.

La Sra. **LILLO GÓMEZ**: Gracias, presidenta. Le he dicho dos ejemplos, y le voy a poner un tercero, que además no ha comentado usted y me preocupa si no tiene la información, porque está poniendo en evidencia que realmente ni desde la Gerencia ni desde la Administración pública se puede hacer ese control; al revés, a mí me da la sensación de que se lavan las manos. Este es uno de los problemas que suceden cuando se privatizan servicios, porque ya hemos visto como luego dice aquí que no puede tener capacidad para ello y que entiende que son conflictos entre empresas y trabajadoras y trabajadores. Le voy a hablar en concreto de La Paz, donde en el servicio de limpieza con la pandemia ha habido contratos de refuerzo. Hay escritos del comité de empresa, dirigidos tanto al personal del hospital como al de la Consejería de Sanidad, que denuncian, por ejemplo, que no solamente no se está cumpliendo con los contratos de refuerzo COVID, uno que se firmó en julio de 2020, por casi 4 millones de euros, para varios hospitales, y otro que se firmó en enero de 2021, por seis meses, también de más de 3,5 millones y para varios hospitales, sino que no se cumple en lo que tiene que ver con las bajas, con cubrir las bajas; por tanto, no se está cumpliendo el refuerzo, no se está cumpliendo el pliego y no se está cumpliendo el convenio laboral. Y ponen varios ejemplos: 10 de junio, 43 bajas sin cubrir, 19 de ellas con más de 50 días sin cubrir; hubo movilizaciones para denunciar esta situación, así como la falta de material para cumplir con los protocolos de limpieza que COVID ponía encima de la mesa y exigía. También el 23 de junio: 45 bajas, 22 con más de 60 días sin cubrir. Por otro lado, han mandado también en una de esas comunicaciones una tabla que recoge la presencia media de trabajadores de lunes a viernes, y pongo solo un ejemplo: mayo de 2019, 179 trabajadores y trabajadoras; mayo de 2020, 190; mayo de 2021, 151. Es decir, pos pandemia con menos presencia media de trabajadores que antes, con un contrato refuerzo por medio.

Terminar diciendo simplemente que con estos datos encima de la mesa lo que vemos es que la Administración está pagando mucho dinero a una empresa, a esta en concreto, a Ferrovial Servicios, por un servicio que no está prestando, que no está dando; es decir, está cogiendo el dinero de los madrileños y madrileñas para dárselo a alguien que no está cumpliendo con su servicio. Yo le pido, por favor, que nos lo certifique y que hagan que por lo menos se cumpla con este contrato. Si no tiene esta información, yo se la facilito, o hablen con el comité de empresa, porque desde luego es una realidad preocupante para todos y todas. Luego hablamos de ahorrar en costes, pero esto es regalar dinero, o robárselo a los madrileños para que se lo lleve alguien por un servicio que no está prestando. Gracias.

La Sra. **PRESIDENTA**: Muchas gracias. Para cierre de debate tiene la palabra el doctor Prados, director general de Hospitales e Infraestructuras Sanitarias; cuando usted quiera.

El Sr. **DIRECTOR GENERAL DE HOSPITALES E INFRAESTRUCTURAS SANITARIAS** (Prados Roa): Gracias. Señoría, la verdad es que, de los diferentes sistemas de limpieza solamente hemos hecho referencia a uno y, realmente, el valor total estimado en euros de los contratos que hemos manejado es muchísimo más elevado que todo lo que está diciendo. Evidentemente, tenemos diferentes modelos y diferentes sistemas. Hay empresas concesionadas que hacen su propia limpieza, que tienen personal propio, pero hay otras con otro sistema, y ellas contratan la empresa de limpieza, igual que contratan la limpieza de otros servicios, y luego están los contratos centralizados, que es de lo que me está hablando, de los problemas que hay en los contratos centralizados.

Evidentemente, la Gerencia tiene que hacer seguimiento de esos contratos; por tanto, hacen seguimiento de los mismos y, si en algún momento alguna empresa está incumpliendo, se notifica; de hecho, ya le he dicho que en dos hospitales las empresas han sido sancionadas, pero le hablo de 2 hospitales frente a los 40 centros que tenemos. Evidentemente, cuando se detecta incumplimiento, se pone en conocimiento que la empresa no está cumpliendo el pliego y, a partir de ahí, la empresa es denunciada y, lógicamente, se le impone la sanción correspondiente, que, ya le digo, ha sido de cuatro meses en todo este tiempo que llevamos. Y es verdad que ha habido refuerzos, porque, por supuesto, la COVID nos ha exigido cambiar los procedimientos de limpieza. Ha sido necesario en estos hospitales que le digo. En el resto se ha hecho de otra manera, pero estos hospitales que le digo han necesitado un refuerzo con nuevos contratos, evidentemente con su pliego, que debe cumplirse escrupulosamente, y, si no se cumplen, será el Gerente quien nos lo notifique para que, evidentemente, se proceda a la sanción.

La Sra. **PRESIDENTA**: Muchísimas gracias, doctor Prados. Pasamos al siguiente punto del orden del día, que es una comparecencia, pero antes esperamos al cambio de comparecientes. En este caso, comparece la Gerente de Asistencia de Atención Primaria, doña Sonia Martínez Machuca, que ya está entrando en la sala, a quien damos las buenas tardes e invitamos a ocupar su lugar en la Mesa. *(Pausa.)* Una vez tenemos a la compareciente ya sentada con nosotros en la mesa, introduzco el que hoy es el quinto punto del orden del día.

C-571(XII)/2021 RGEP.11393. Comparecencia del Sr. Gerente Asistencial de Atención Primaria, a petición del Grupo Parlamentario Más Madrid, al objeto de informar sobre situación de la Atención Primaria en la Comunidad de Madrid durante el verano de 2021. (Por vía del artículo 221 del Reglamento de la Asamblea).

Si así lo desea, el portavoz de Más Madrid tiene tres minutos para argumentar la petición de comparecencia. Tiene la palabra el señor Javier Padilla; cuando usted quiera.

El Sr. **PADILLA BERNÁLDEZ**: Muchas gracias, presidenta. Bienvenida, señora Martínez Machuca.

En las últimas semanas hemos oído hablar mucho de Atención Primaria aquí, en la Asamblea, y el próximo jueves se debatirá una moción a este respecto, pero nos parecía pertinente hablar del asunto desde una perspectiva un poco más técnica. Creo que podemos partir del consenso de que la situación no es buena y de que existen muchos aspectos en los que es necesario una profunda reforma para avanzar; por ello, con el repaso que ya podemos hacer mirando hacia atrás, mirando la situación ocurrida durante el verano, podemos tener perspectiva y espero que tengamos la oportunidad de hablar no solo de lo estacional sino también de lo coyuntural, incluso de lo estructural, que acaece en Atención Primaria ahora mismo.

Sin más, agradeciendo su presencia, espero su intervención.

La Sra. **PRESIDENTA**: Muchas gracias, doctor Padilla. Ahora tiene la palabra la compareciente; cuando usted considere.

La Sra. **GERENTE ASISTENCIAL DE ATENCIÓN PRIMARIA** (Martínez Machuca): Muchas gracias, señora presidenta. Buenas tardes, señorías. En primer lugar, quiero agradecer la oportunidad de comparecer en esta Comisión de Sanidad por primera vez para poder informarles sobre las cuestiones planteadas por el diputado del Grupo Más Madrid, señor Padilla.

La situación de la Atención Primaria en la Comunidad de Madrid durante el verano de 2021 ha sido complicada porque el despliegue de la quinta ola de la pandemia y el disfrute de las vacaciones, a las que tienen derecho los profesionales asistenciales, han generado una situación en la que solo una cuidadosa planificación y una gran flexibilidad para adaptarnos a los imprevistos nos ha permitido dar respuesta a las demandas de la población. Quiero destacar el gran esfuerzo que han realizado nuestros profesionales, a quienes quiero agradecerles de forma expresa.

Durante el mes de mayo, se desarrolló el Plan para la Cobertura Asistencial de los Centros de Salud durante el Periodo Estival 2021. Como en ejercicios anteriores, las recomendaciones para la organización asistencial siempre han ido orientadas a garantizar un mínimo de un 50 a un 60 por ciento de presencia de profesionales habituales de cada categoría, excepto, lógicamente, en el caso de los profesionales únicos, y a disponer de un plan organizativo para permitir la continuidad de la actividad asistencial en horario completo.

El plan organizativo de cada centro es elaborado y aprobado por el equipo directivo del centro, que autoriza las ausencias por vacaciones de los profesionales. Este es supervisado por las direcciones asistenciales, que confirman su capacidad organizativa y viabilidad. Además, las direcciones asistenciales articulan las oportunas propuestas de contingencia en caso de producirse ausencias no programables e inesperadas que puedan suponer algún tipo de compromiso en la organización asistencial planificada previamente. Los periodos en los que se concentra un porcentaje más alto de ausencias programadas en todos los centros, como es el periodo estival, condicionan la

disminución de disponibilidad de médicos de familia y pediatras. Todos ustedes ya conocen la carencia estructural de facultativos especialistas en medicina de familia y pediatría, que se viene agravando en los últimos años, haciendo cada vez más compleja la planificación de cada ejercicio. En todo momento se ha organizado la atención para dar una respuesta ajustada a una demanda gestionada de forma adecuada y eficiente, que permita la actividad asistencial de Atención Primaria en toda su cartera de servicios. Tenemos que tener en cuenta que la situación de verano ha venido marcada nuevamente por una situación de emergencia sanitaria. La primera ola de la pandemia, que determinó la cobertura del verano de 2020, ha tenido el mismo impacto que la quinta ola y el proceso de vacunación juntos en este verano de 2021, es decir, no hemos salido de la situación de emergencia sanitaria, con lo que la comparación de los escenarios estivales de ambos años son proporcionados y posibles, cuestión distinta respecto al ejercicio 2019, donde los porcentajes de cobertura fueron mayores de forma significativa en el mes de agosto, aunque no tanto en el resto de los meses. Hemos constatado que las autorizaciones de periodos de vacaciones en los centros no se han regido por la proporcional en los meses estivales, concentrándose las peticiones y las autorizaciones en el mes de agosto, lo que se suma a la menor disposición en el mercado de profesionales disponibles para ser contratados. Esto, por tanto, justifica el incremento del porcentaje de plazas descubiertas durante dicho periodo. Esta constatación no es aislada del verano de 2021, dado que los porcentajes de 2020 son similares, lo que se convierte en una dinámica interanual a considerar a futuro en la reordenación de los centros, salvando ya la situación excepcional vivida por los profesionales durante los años 2020 y 2021, marcados por la pandemia y la vacunación.

Es importante señalar también algunas situaciones específicas de partida respecto a la dotación de efectivos, que permiten identificar puntos asistenciales con mayor vulnerabilidad ante contingencias no previsibles. Teníamos identificado un grupo de centros de salud que ya afrontaba el periodo estival en una situación de dificultad asistencial. A los centros con dificultad prolongada en la cobertura hay que añadir puntos de especial vulnerabilidad por contar con uno o dos profesionales por categoría, lo que podría comprometer la asistencia ante la dificultad de suplentes. Este es el caso de los consultorios locales con profesional único o con plantilla muy reducida. Todas estas situaciones de difícil cobertura se han venido dando en los últimos meses y se han contemplado en los planes de contingencia como especialmente vulnerables. La falta de facultativos puede obligar a tener que poner en práctica las acciones contempladas en los planes de contingencia, que básicamente consisten en la reagrupación de la atención de medicina de familia y pediatría desde los puntos más comprometidos hacia puntos próximos, con dotación de facultativos y con el apoyo de enfermeras que pueden resolver necesidades de salud y profesionales no sanitarios que dan respuesta a demandas administrativas. Esta situación, afortunadamente, solo se ha producido de forma puntual y en muy pocos puntos asistenciales, siendo la mayoría de ellos pequeños consultorios locales que ya no prestaban previamente atención por no cumplir los requerimientos en la situación epidemiológica generada por la COVID.

Durante el verano 2021 los centros de salud han contado además con el apoyo de 28 Unidades de Apoyo Covid, UACov, que este verano han canalizado la atención de los contactos COVID y el seguimiento de los casos leves, amortiguando el impacto de la quinta ola en los profesionales de

los centros de salud y prestando una atención ágil y eficiente a los pacientes. Han contado también con 28 unidades de apoyo a residencias, UAR, que han apoyado en el control y seguimiento de los pacientes institucionalizados; 31 puntos centralizados de pruebas diagnósticas, 8 puntos centralizados de vacunación y los 1.576 profesionales contratados como refuerzo COVID.

El porcentaje medio de cobertura de ausencias durante el verano para medicina de familia ha sido de un 68 por ciento en julio, un 60 por ciento en agosto y más del 70 por ciento en la primera quincena de septiembre; en pediatría, el porcentaje de cobertura ha sido muy similar, y en enfermería, con mayor posibilidad de contratación de suplentes, ha sido del 80 por ciento en julio y agosto y ha superado el 85 por ciento en septiembre.

La cobertura del verano 2021 frente al ejercicio anterior es muy similar, un 1,31 por ciento menos en el mes de julio y un 0,88 por ciento más en el mes de agosto. En septiembre destaca que este verano hemos tenido un 4,82 por ciento más que en el año 2020. Estas coberturas en facultativos se han producido fundamentalmente a través de los módulos de actividad complementaria, ya que la cobertura mediante contrataciones eventuales fue en torno a un 10 por ciento de las ausencias de facultativos: 9,70 en el caso de pediatría y 10,71 en el caso de medicina de familia, menos de la mitad de los días autorizados para contratar por parte de la Dirección General de Recursos Humanos por falta de disponibilidad de suplentes, situación muy similar a la que aconteció en el verano de 2020.

Centrándome ya en la situación del pasado verano, les hablaré sobre la actividad de la Atención Primaria en este periodo. Los meses de julio y agosto y los primeros 15 días de septiembre ha habido 9.598.094 consultas, dato similar a 2020, y en ambos casos muy superior al mismo periodo de 2016, en el que hubo 8.227.570 consultas. Hay que tener en cuenta que a las consultas habituales se suman las que se han producido en la quinta ola de la pandemia, con lo que esto supone en cuanto a la organización de los centros: adecuación de infraestructuras y recursos humanos a un doble circuito de atención. Como ya les informó el consejero de Sanidad, esta quinta ola afectó sobre todo a la población joven, que, al ser menos vulnerable y presentar casos de menor gravedad, repercutió fundamentalmente en Atención Primaria durante los meses de este verano. Hemos seguido este verano a casi 300.000 personas con procesos COVID. Las UACov, a las que hemos hecho referencia con anterioridad, en estos dos meses y medio han llevado a cabo 378.254 intervenciones. En los puntos centralizados para pruebas diagnósticas se han realizado 92.394 pruebas y en los puntos centralizados de vacunación se han puesto 484.694 vacunas. También hemos seguido atendiendo a las personas institucionalizadas con las UAR, junto con los profesionales de los centros de salud, en las que, además de dar y coordinar la atención, hemos realizado pruebas diagnósticas cuando las personas pasaban unos días de vacaciones fuera de la residencia.

Desde antes del verano estamos trabajando en la mejora de la accesibilidad a los centros de salud, incrementando la capacidad de respuesta a los ciudadanos que solicitan una cita en el centro. Otro proyecto desarrollado desde antes del verano, interrumpido temporalmente por la quinta ola, es la consulta presencial, para que sea el procedimiento habitual de los centros de salud. Los cambios

normativos en las medidas de prevención frente al coronavirus y la progresiva vacunación de la población han permitido un cambio en la actividad presencial en los centros, que desde el mes de junio se ha ido incrementando y que se normalizará a principios de este mes de octubre. Continuamos además con el proyecto de reordenación asistencial que iniciamos a principios de este año, que consiste en la gestión de la asistencia sanitaria, los recursos disponibles y los flujos asistenciales para dar la mejor respuesta posible al ciudadano.

Estamos trabajando con las enfermeras, las Unidades de Atención Específica y las Unidades de Atención al Usuario para dar la mejor respuesta a las demandas que se producen y para que se atienda al paciente en el lugar donde puedan resolverse de forma más efectiva y eficiente sus problemas de salud.

En la línea del aumento de la capacidad resolutive de médicos y enfermeras, estamos actualizando el Catálogo de Pruebas Diagnósticas y colaborando en la implantación de la prescripción enfermera. En cuanto a la desburocratización de la consulta y a la implementación de nuevas tecnologías, se han desarrollado actuaciones en el módulo único de prescripción, programación de la gestión de la capacidad temporal, mensajería con el paciente y funcionalidades a través de la tarjeta sanitaria virtual y de la carpeta de salud del paciente, como la consulta síncrona, acceso a pruebas diagnósticas, partes de baja, telemedicina y e-consulta. Muchas gracias.

La Sra. **PRESIDENTA**: Muchas gracias. Es ahora el turno de intervención de los distintos grupos políticos. Tiene la palabra la señora Lillo, portavoz de Unidas Podemos. Recuerde que tiene siete minutos en este turno de intervención; cuando quiera.

La Sra. **LILLO GÓMEZ**: Gracias, presidenta. Bienvenida y muchas gracias por su comparecencia. Aprovecho también para darle las gracias porque hace unas semanas, vista la situación y la preocupación por la Atención Primaria, solicitamos una reunión urgente para poder abordar esta situación y, de verdad, se agradece que haya habido respuesta a dicha petición y haber podido mantener una reunión. Al final todo tiempo es poco para hablar de algo tan importante como Atención Primaria, pero haber podido manifestar nuestras preocupaciones y poner nuestras preguntas encima de la mesa, no solamente en este espacio parlamentario sino también en otro tipo de foros, nos permite profundizar un poco más. En todo caso, voy a insistir un poco en alguno de los planteamientos que ya le transmití en aquella reunión, porque a veces da la sensación de que vivimos otra realidad. Como comentábamos aquí durante la pregunta anterior, damos una serie de datos o de informaciones y la respuesta que recibimos hace parecer que vivimos en mundos paralelos. De verdad, cuando decimos que nos preocupan esos datos no es por afán de querer demonizar ni de querer alarmar, para que luego se nos diga que los profesionales se van, que no quieren trabajar en Atención Primaria, porque hay algunos grupos que hablamos de lo mal que está todo, como si los profesionales fuesen tontos, no viesen la realidad y no fuesen ellos y ellas quienes decidiesen cuál quieren que sea su futuro profesional o cuál entienden que se va a adaptar mejor a sus prioridades, sus proyectos de vida o lo que sea. Ellos no se van a fiar, permítanme la expresión, de cuatro que estamos aquí tirándonos los trastos a la cabeza diciéndonos una serie de cuestiones.

Respecto a la situación de este verano, hay una diferencia con otros, y es que, si bien la cuestión de los porcentajes de cobertura de muchas plazas han sido similares a los de otros veranos, la respuesta -o la intención de respuesta-, que conocimos por la filtración de un medio de información, no fue la misma que otros años, porque otros años no se cerraron instalaciones. Entonces, ¿por qué ese cambio de criterio? Es decir, si el porcentaje de cobertura o de presencia de profesionales era similar y no había pasado nada diferente a otros veranos, ¿por qué esa respuesta? Nos enteramos cuando solo afectaba a una dirección asistencial pero con visos de poder replicarse al resto, y, sí, era una reorganización y, al final, hacer que los vecinos y vecinas de un barrio se tuviesen que desplazar e ir a otro centro, y me gustaría saber sobre ese cambio de criterio, el porqué de la reorganización.

Nos preocupa también que hablamos de planes, y planes y planes, que hablamos a futuro de manera eterna, pero ese futuro nunca se ve y nunca se plasma. Ahora es un futuro de 80 millones, o de 73. Por nuestra parte, ya hemos dicho en reiteradas ocasiones, y en alguna al consejero, que, hombre, si son para tres años, estamos hablando de menos de 4 euros al año por madrileño o por madrileña, y, hablando a la madrileña -permítanme hacer el chiste aunque gracia no tenga ninguna-, eso es menos de dos cañas. Nos parece que la situación merece un abordaje mucho más profundo como para que sean 73 millones. Yo quiero preguntar si considera que esa es la inversión necesaria para poder decir que se va a dar un giro de 180 grados a la Atención Primaria, siendo consciente además de que también es necesario un cambio de enfoque, es decir, que no es solo una cuestión de presupuesto, aunque, evidentemente, si no hay presupuesto, sobre todo con el déficit estructural que estamos viendo, poco más se puede hacer.

En relación con las infraestructuras, durante mucho tiempo vimos que se cerraban los SUAP, vimos que se cerraban instalaciones e infraestructuras, y la razón que se daba para el cierre era la imposibilidad de hacer doble circuito, COVID y no COVID, algo que también salió en aquella reunión; sin embargo, la realidad actual nos dice que, igual que cuando alguien va con gripe al centro de salud no se establecen circuitos diferenciados, ahora, que las circunstancias son diferentes, ya no se tienen que cerrar infraestructuras porque no haya doble circuito. Ese cambio en el planteamiento ¿cómo se ha traducido a la realidad? Es decir, si hay infraestructuras que en su día fueron cerradas bajo esa justificación de que no permitían dobles circuitos y ahora vemos que esa circunstancia ha cambiado, ¿ha habido reapertura de esos centros? Y siguiendo con el tema de las infraestructuras, hay centros de salud que pasan de plan en plan y llevan muchos años esperando su construcción. Pero no se trata solamente de construcciones nuevas, también está el asunto de cómo se va a abordar que algunos centros de salud están en unas condiciones que... Al final, por una cuestión de salud laboral de los profesionales, que pasan horas en ese tipo de consultas, por accesibilidad, etcétera, ¿qué planteamiento hay para no encontrarnos con que algunos llevan en locales medio zulos durante muchos años? Es un tema que también nos preocupa, y creemos que hay posibilidades, incluso de instalaciones propias de la consejería, etcétera.

Luego, creo que me he perdido un dato, que me gustaría saber -no sé si lo ha dicho-, que es cuántas vacunas se han inculado desde Atención Primaria. Me ha parecido escuchar una cifra,

pero no se corresponde con la que tengo por otro lado, la de una petición de información, entonces, si tiene el dato, me gustaría saber el número de vacunas.

Y terminar con uno de los planteamientos que a nosotros, en base a respuestas de unas peticiones de información, nos preocupan mucho. Uno tiene que ver con la población, porque vale que no es lo mismo la población atendida que la población asignada, pero ustedes dan una población asignada a médicos de familia que dicen que no puede ser, que es ilegal, y estamos viendo que hay CIAS que tienen 5.000, 6.000. Le voy a facilitar ese documento para que ustedes lo tengan, porque nosotros nos basamos en datos que recibimos de peticiones de información que realizamos y, de verdad, hay médicos de familia que tienen una población asignada de 3.000, 4.000, 5.000, 6.000 y 6.000 y pico en base a la información que se nos ha facilitado. Si no es la realidad, me gustaría que lo garantizara, porque me interesa saber si los datos, herramientas con las que hacemos nuestro trabajo, realmente son fieles a la realidad y no nos encontremos con este tipo de cuestiones. Además, otro asunto, que hoy ha sido noticia, es el hecho de que llegase el verano y faltase cobertura para de más de 100.000 madrileños. Estamos hablando de plazas vacantes, ya ni siquiera plazas, que no han sido sustituidas durante más de tres meses; plazas vacantes que no se cubren, y nos preocupa. Esta situación, más allá de lo de los 1.200 profesionales, ¿cómo se va a abordar? ¿Hay una calendarización de objetivos a corto, medio y largo plazo que podamos ver? Dejemos de hablar de planes a futuro y veamos realmente que esfuerzo se hace por la Atención Primaria, si se le dedican los recursos que consideramos que son imprescindibles, porque la Atención Primaria no puede seguir más en esta situación. Muchas gracias de nuevo.

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

La Sra. **JOYA VERDE**: Muchas gracias. Muchas gracias por acudir a esta comparecencia. Siempre es bueno hablar de Atención Primaria. La Atención Primaria tiene muchas facetas y me parece muy interesante que se haya traído esta comparecencia aquí porque la situación que se ha vivido en Atención Primaria durante el verano está también muy relacionada con el problema estructural y de base que tenemos en Atención Primaria, sobre todo en la Atención Primaria de las zonas rurales. Es fundamental que podamos analizar qué está ocurriendo con la sanidad rural, con la sanidad en las zonas rurales.

Del déficit estructural de profesionales hemos hablado muchísimo y, afortunadamente, vamos a seguir hablando y no nos cansaremos de hablar de ello. Últimamente, a ustedes, a los miembros del Gobierno de la Comunidad de Madrid, les oigo mucho decir que es un problema nacional, que es un problema nacional... Sí, es verdad, es un problema nacional, y por eso ha sido abordado por el Ministerio de Sanidad, pero hay muchas iniciativas y hay mucho en lo que las comunidades autónomas tienen transferidas las competencias y, por tanto, mucho que pueden hacer para ser competitivas en ese sentido, para competir por los profesionales que tenemos, que son muy buenos pero, desgraciadamente, muy pocos. En ese sentido, el Gobierno de la Comunidad de Madrid puede hacer mucho aunque el déficit de médicos sea un problema estructural a nivel nacional, y

habría que analizar en profundizar por qué tenemos este grave problema de médicos en España cuando salen muchísimos médicos licenciados, que tienen una formación estupenda. Yo creo que hay que analizar el por qué, que de nada servirán todas las reuniones que se hagan por parte del ministerio y por parte de los gobiernos de las comunidades sobre el déficit de profesionales si no se llega a analizar y no se llega al conocimiento profundo de cuál es la causa de este déficit. Claramente, tenemos un déficit, y va a empeorar por las jubilaciones de los médicos, entonces, este déficit hay que paliarlo.

Decía el doctor Vázquez antes que, aparte del plan de inversión, se había hecho un plan para Atención Primaria en otros muchos aspectos. Sí, pero el más importante es el económico, porque también está el organizativo, también el de infraestructuras, pero nada de esto se hace sin dinero; desgraciadamente, es así. Es decir, tenemos que pasar por invertir más, y no me parece que vayamos en la dirección correcta cuando estamos bajando la inversión en Atención Primaria en vez de subiéndola; ya no digo mantenerla, sino subirla.

La temporalidad, de la que usted ha hablado, ya sabemos a qué se debe. Son los problemas de siempre, la temporalidad, la situación en la que están los médicos, las condiciones en las que están trabajando. No son problemas solamente a efectos retributivos, también de las condiciones en las que trabajan; es decir, no se puede ver a 80 o 90 pacientes en un día, ni un pediatra puede ver en condiciones a 40 o 50 niños en una tarde. También el tema de la conciliación. ¡Todo eso!

Son temas que hay que abordar, en los que hay que profundizar para paliar ese déficit, que ya existe y que se ve agravado en verano. ¿Por qué? Pues porque los profesionales sanitarios son humanos, tienen familias y quieren irse de vacaciones cuando se va todo el mundo. Por otro lado, esto se une a que las zonas rurales de la Comunidad de Madrid son las que más presión asistencial tienen en verano, porque la gente se desplaza a ellas a veranear porque tienen casas, o porque las alquilan, o porque van de paseo y el niño se cae y se hace una brecha; es decir, en verano las zonas rurales, ya de por sí bajo mínimos, se ven sobrecargadas.

Decía usted que se habían dado cuenta de que había unos puntos de mayor vulnerabilidad, unas zonas con más necesidades, a considerar a futuro en la reorganización de los centros. ¿A qué se refiere cuando dice a futuro? Es decir, cuando dicen ustedes que van a considerar a futuro la reordenación de los centros, ¿a qué plazos se están refiriendo? ¿Eso no debería estar ya organizado? Me pregunto, si ya lo están haciendo, si nos podría informar un poco de las líneas en las que están trabajando en esa reorganización. Por otro lado, cuando dice que se reagrupa la atención en los puntos más próximos cuando hay centros o consultorios cerrados, ¿a esos puntos más próximos a los que se deriva la atención se les dota también de personal suficiente? ¿O con el mismo personal escaso esos puntos a los que ustedes derivan la atención de los consultorios cerrados se ven sobrecargados? Porque al final eso va en detrimento de la atención a los pacientes.

Ha hablado usted de las Unidades de Apoyo Covid y de las Unidades de Apoyo a Residencias, UAR. Cuando hablan ustedes de la creación de esas unidades, ¿la creación de esas

unidades va acompañada de dotación, de más recursos humanos y materiales, si no los hay? ¿O crean unidades que tienen que ser atendidas por los mismos pocos profesionales que hay, que al final tienen que valer para todo? Es decir, mi mensaje es, podemos crear muchas unidades, pero, ¿qué es una unidad? ¿De qué va dotada esa unidad? De nada nos sirve crear más unidades, sean de atención rural o de apoyo a residencias, si esas unidades no van acompañadas de personal nuevo y extra, ya que, si no, lo que estamos haciendo es cargar sobre el profesional de siempre más necesidades aún.

Esa es mi reflexión, tenemos que tener preparada la sanidad rural para ser capaces de afrontar, por supuesto la sobrecarga de trabajo en vacaciones, Semana Santa, verano, pero también la que tienen durante todo el año. Yo, por ejemplo, la semana pasada estuve en Chinchón y, claro, hay siete médicos para atender Chinchón, Colmenar, Valdelaguna y Villaconejos por la mañana y por la tarde. Eso es lo que hay. Eso es inviable; ya inviable en condiciones normales, por tanto, mucho peor aún en verano.

Me gustaría que nos dijera qué tienen pensado, qué tipo de reorganización y qué medidas concretas quieren adoptar, o creen que pueden adoptar, y, sobre todo, con qué personal cuentan para hacer esa reagrupación y para dotar esas nuevas unidades que van a crear. Muchas gracias.

La Sra. **PRESIDENTA**: Muchas gracias. Corresponde ahora el turno de intervención de la portavoz del Grupo Parlamentario Socialista, doña Matilde Díaz Ojeda; cuando usted quiera.

La Sra. **DÍAZ OJEDA**: Muchas gracias, presidenta, y bienvenida, señora Martínez Machuca; gracias por comparecer en esta comisión.

En primer lugar, las diputadas y diputados socialistas agradecemos al Grupo Más Madrid la activación de esta comparencia, que consideramos oportuna y necesaria, y saludamos con reconocimiento y gratitud la labor del personal que trabaja en los equipos de Atención Primaria: centros de salud, consultorios y servicios de atención rural de nuestra región, que además han soportado con entrega y dignidad unas condiciones de trabajo penosas que generan gran estrés y riesgos para su salud.

La realidad de la Atención Primaria durante el verano se ha caracterizado por un cierto maltrato -al menos esa es la impresión que tenemos nosotros- tanto a los profesionales y a las profesionales como a la ciudadanía. Utilizamos la expresión maltrato por las malas condiciones de trabajo que sufre el personal, no solo porque ha habido un cierto vaciado de contenido en el caso de la administración de las vacunas, y también por la falta de tecnología, que ya se hace insoportable, por ejemplo, el hecho de que haya pocas líneas telefónicas, lo que dificulta gran parte de su trabajo.

Efectivamente, hay escasez de profesionales. También nos parece que hay maltrato por el abuso en la utilización de los contratos temporales y por las decisiones unilaterales organizativas para reducir horarios y centros. Hay maltrato porque no se han abierto los servicios de urgencias. ¿A qué están esperando para abrir los servicios de urgencias de Atención Primaria? Y maltrato por infraestructuras insuficientes, escasas, algunas insalubres. Y maltrato por la escasez de personal y por

la desorganización. Fíjese que en las Direcciones Asistenciales, como usted explicaba, se han tomado diferentes decisiones. Probablemente, algunas de ellas han sido muy duras de tomar -eso sí lo comprendemos-; probablemente, algunas decisiones ha costado tomarlas, pero no por que cueste tomarlas significa que son acertadas, a lo mejor son especialmente desacertadas. En unos casos se han mantenido con el mínimo personal disponible, como el caso de Abrantes, Los Ángeles, Goya o Carabanchel Alto, mientras que en otros se ha reagrupado la asistencia en un turno de mañana, como el caso de Numancia o Velilla de San Antonio. Otros centros de salud concentran la atención pediátrica en un turno de mañana y centralizan la atención de tarde en un centro de forma rotatoria, lo que obliga a desplazarse a la ciudadanía. Eso ha ocurrido en Coslada y en Vallecas, como usted muy bien sabe. También hay centros de salud sin médicos por la tarde tras ausencias prolongadas no cubiertas. Este es el caso de Talamanca del Jarama, que tiene 4.000 habitantes. El jueves pasado, su alcalde socialista, Juan Manuel García Sacristán, me contaba que las vecinas y vecinos están indignados y francamente frustrados porque solo cubren cuatro horas de plaza de médico titular de mañana y por la tarde la plaza de médico no está cubierta, y a partir del 18 de octubre tampoco tendrán enfermera de tarde porque pasará consulta en otro municipio. El Centro de Salud de Villarejo de Salvanes, del que dependen seis consultorios, solo funciona como servicio de atención rural en horario de 16 a 9 de la mañana, y en muchas ocasiones en el horario de funcionamiento normal del centro solo se atienden urgencias y no dan abasto para más. Tienen asignados en plantilla cinco médicos de familia, pero solo están cubiertas dos plazas -esto llama especialmente la atención-, y también hay un pediatra y cuatro enfermeras. Belmonte del Tajo comparte médico con Villamanrique del Tajo y el consultorio de Belmonte solo funciona tres días a la semana, los otros dos días restantes está en Villamanrique del Tajo. Hay problemas en los centros de salud de Cadalso de los Vidrios y Cenicientos, que derivan los pacientes a Villa del Prado. En Villa del Prado hay 7.000 personas empadronadas, que pueden llegar incluso a 14.000 en los meses de verano por los desplazamientos de las personas que veranean y tienen una segunda residencia en esa zona. No se da la atención suficiente y la ciudadanía protesta por ello, porque hay pocos médicos para tanta población, especialmente en los meses de verano. Por supuesto, no hay urgencias ni en Cadalso, ni en Villa del Prado, ni en Cenicientos. Brunete es un caso muy similar, el centro de Atención Primaria está en situación bajo mínimos, no puede atender de manera adecuada las necesidades del municipio ni hay atención de urgencias 24 horas, y son casi 11.000 habitantes. En Valdemorillo, para una población de más de 13.000 personas, hay un consultorio sin urgencias ni ambulancias. Este consultorio ha estado cerrado por las tardes todo el mes de agosto, teniendo que desplazarse su población a San Lorenzo de El Escorial para recibir atención sanitaria, incluso urgencias, y eso significa un desplazamiento medio de 13 kilómetros de distancia. Pasó algo muy parecido en la campaña de vacunación, para la que se les desplazó a El Escorial. En San Martín de Valdeiglesias, que tiene 8.000 habitantes y en verano casi triplica esa cifra, en el centro de salud hay cinco plazas de médicos y solo dos han estado cubiertas este verano. En todos estos centros, además, hay dificultades para ser atendidos y obtener citas por sistemas alternativos, no siendo posible en muchas ocasiones ni tan siquiera contactar telefónicamente.

Y también maltrato por la escasez y mal estado de las infraestructuras. Muchas de las consultas son insalubres, sin ventilación e iluminación adecuadas y con deficiencias en la

climatización. Algunos centros de salud han aguantado entre 28 y 30 grados en pleno verano. Por ejemplo, respecto al Centro de Salud Villamil, cerrado, con desplazamiento de la ciudadanía al Centro de Salud Doctor Castro Viejo, el 8 de julio, ¡el 8 de julio!, es cuando ustedes hacen un comunicado, comunicado de la Gerencia Asistencial de Atención Primaria, diciendo que ponen un autobús a disposición de los usuarios del Centro de Salud Villamil. ¡El 8 de julio! Había pasado ya un tiempo desde que se cerró el centro. O la precaria situación de Abrantes, donde se turnan para poder pasar consulta donde hay ventana, mientras el solar sigue esperando; un poquito más adelante, en la misma calle, el solar sigue esperando. También la reclamación de un nuevo centro de salud en Paseo del Prado, 30, para la reubicación del centro de salud de la calle Alameda, o, por ejemplo, Parla Este, con 42.000 personas esperando 14 años un centro de salud. O el caso de Fuenlabrada, donde el distrito de Vivero lleva diez años esperando. Y yo le hago esta pregunta: ¿cuánto tiempo necesitan para construir un consultorio si son capaces de construir lo que llaman hospital en cinco meses? Efectivamente, consiguieron hacer una obra, que es una obra de gran envergadura, en muy poco tiempo, ¿por qué esperan tanto para la construcción de estos centros de salud que necesita la ciudadanía? Porque, aparte de ser un clamor en la calle, es un hecho objetivo que es necesario. Muchas gracias.

La Sra. **PRESIDENTA**: No quería interrumpirla, pero estaba terminando. Tiene ahora la palabra el portavoz de Más Madrid, señor Javier Padilla; cuando usted quiera.

El Sr. **PADILLA BERNÁLDEZ**: Muchas gracias. Sabemos que una de las características principales de la Atención Primaria es que su capital tecnológico, por muy creciente que sea, siempre va por detrás de su capital humano, así como las dos herramientas principales que tiene: manos y tiempo. Por ello, no voy a preguntarle ni por programas de pacientes crónicos complejos, ni por, digamos, experiencias de integración vertical y horizontal, u otro tipo de herramienta así, porque creo que a nadie se le escapa que en la Pirámide de Maslow de la Atención Primaria las manos y el tiempo están muy por debajo de todo lo demás.

Lo de las manos creo que tenemos claro que lo llevamos regular. Vamos a la cola en ratio de profesionales por habitante en el conjunto del Estado, pese a que no paramos de repetir que tenemos mayor capacidad de atracción que cualquier otra comunidad del conjunto del Estado, lo cual parece que genera una cierta disonancia. Hay dificultades de cobertura de las consultas de medicina familiar y comunitaria, y estamos viendo con preocupación que esas dificultades endémicas están empezando a epidemizar el ámbito de la enfermería. La enfermería subsiste en muchas ocasiones gracias a personas que realizan doblajes respecto al ámbito hospitalario, ya sea público o privado, cosa que muy probablemente no sea muy sostenible en el medio y largo plazo. Además, la incapacidad para priorizar y fidelizar a las enfermeras con especialidad en enfermería familiar y comunitaria hace que en muchas ocasiones acabemos entrando en conflicto por la contratación de enfermeras con el ámbito hospitalario, y ya sabemos que cuando compiten la atención hospitalaria y la primaria salimos perdiendo casi en la totalidad de las ocasiones.

Lo del tiempo sabemos que no va mucho mejor. Por agenda estandarizada, el número de minutos por paciente suele rondar entre 5 y 7. Es tendencia la existencia de pacientes forzados y una normalización de ciertas cargas de trabajo. Yo hice la especialidad de medicina de familia en Andalucía y cuando vine para acá, en 2015, se hablaba de la normalización de 40 pacientes al día, y en algunos lugares muy concretos empezaba a hablarse de normalización de 50, por ejemplo en algunos centros de salud de Parla, que es uno de los lugares con especial dificultad para la cobertura. Ahora mucho me temo que los 50 son un día más en la oficina y que los 60 son the new black para muchos de los centros de salud, especialmente de esas zonas más tensionadas. Además, en relación con el tiempo, creo que esto choca con una especie de falta de tener una misión. Ese día a día de tener que achicar aguas nos ha negado eso que en su momento teníamos como misión. Desde una perspectiva de esas de Mariana Mazzucato de tener un objetivo en el horizonte por el cual trabajar, lo que en su momento fueron 10 minutos ahora parece algo que casi hemos sacado de la agenda.

Por todo ello, simplemente voy a centrar las preguntas en esto, en manos y tiempo. Nos ha hablado de lo ocurrido este verano, así que, me gustaría saber cómo cree que va a ser el verano que viene, es decir, qué medidas están tomando para aumentar la capacidad de fidelización y de atracción de profesionales; podemos poner como ejemplo los profesionales que van a terminar las especialidades de medicina y enfermería familiar y comunitaria o de pediatría el año que viene. Realicé una pregunta escrita al respecto y digamos que el Gobierno todo lo fía al Plan de Mejora de la Atención Primaria, pero por si hay alguna cosa más sustantiva. ¿Qué va a ocurrir con los módulos de cuatro horas? Ha comentado previamente que los módulos de cuatro horas son lo que han salvado el verano, básicamente, pero han salvado el verano, digamos, de una forma un poco precaria, primero, porque son cuatro horas, no es un módulo de consulta completo, ya que se suele recortar el número de pacientes porque son profesionales que ya están realizando otra labor asistencial, y no dotan de ningún tipo de continuidad, ni siquiera intrasemanal, por decirlo de alguna manera. Son una solución parcheada a un problema estructural, pero su retirada sin que haya ningún cambio estructural tampoco nos deja en una circunstancia mucho mejor. Entonces, ¿qué va a ocurrir con eso? ¿Se van a generar solamente en determinadas bolsas donde haya una especial necesidad? ¿De qué manera se va a dar acceso a los profesionales a que lo realicen? Por otro lado, ¿qué opina, o qué medidas van a tomar, acerca de que los mayores déficits de profesionales se concentren en barrios de renta baja? Y no es solamente que tengan los mayores déficits de profesionales, es que además en algunas regiones eso se junta con unos cupos más abultados y con una mayor intensidad de uso de los servicios sanitarios en el ámbito de la Atención Primaria. ¿Qué acciones específicas se van a tomar con centros de salud como los de Parla, Carabanchel, Vallecas, Villaverde, etcétera? En paralelo con esto – ya se ha comentado previamente –, por peticiones de información y documentos varios sabemos que al inicio del verano había más de 120.000 personas cuyo médico o médica de familia, digamos, no estaba operativo. Esto además parece que aumenta, más que disminuye, y supone una sobrecarga para el resto de profesionales que sí están en ese momento trabajando. Pero es que además creo que esto incide en una cosa, que es un sentir creciente de la vuelta a una especie de práctica de medicina de cupo, algo en lo que creo que puede existir mucho consenso y en lo cual no queremos ahondar. Respecto a esa especie de medicina de cupo de antaño, que ya parecía superada, parece que ahora

hay una cierta deriva institucional que nos retorna a ella. A 1 de septiembre de 2021, comparando con 1 de septiembre de 2019, teníamos 39 consultas menos de enfermería de Atención Primaria, 96 menos de medicina de familia y 44 menos de pediatría, según datos que me han llegado hoy de Transparencia; por cierto, los datos de Transparencia me llegan por Excel, pero, si los pido por Asamblea de Madrid, me llega como una foto, y, bueno, eso sería para tratar como caso aparte. Otra de las cosas que me gustaría que comentara es qué va a ocurrir con los contratos COVID. El otro día el consejero dijo que no lo tenía muy claro y que habría que individualizar, pero entiendo que hay directrices más allá de lo individual; directrices, estrategia, etcétera, etcétera. ¿Qué va a pasar con aquellos contratos COVID, muchos de ellos además en el ámbito de la Atención Primaria y que están cubriendo básicamente demanda estructural? En relación con las nuevas figuras, las Unidades de Apoyo Covid y los Puntos de Pruebas Diagnósticas de Infección Aguda ¿qué se va a hacer con ellos? O sea, ¿van a aguantar hasta el próximo verano? Hombre, ante la perspectiva de una futura sexta ola, que ojalá no ocurra -u ojalá solo ocurra en términos de incidencia, pero no en términos de hospitalización y en términos de UCI-, sabemos que el mero hecho de que se produjese impactaría, en términos de incidencia, de forma importante en las necesidades de la atención en el ámbito de la Atención Primaria. ¿Qué va a ocurrir con ello? Por lo penúltimo que quería preguntar es por el ámbito de la conciliación. Creo que tenemos muy claro que, incluso más allá de la ingente cantidad de jubilaciones que va a haber en los próximos 5 o 10 años, es muy probable que el reto de la próxima década de la Atención Primaria vaya a ser el de las políticas de conciliación, principalmente porque vamos a recambiar un grupo de profesionales especialmente masculinizados, nacidos en los años 1950 a 1960, por un grupo de profesionales nacidos en los años 1980 a 1990, y ya casi, dentro de poco, a nacidos en los 2000, que tienen otro ámbito de valores, otras ansias de conciliación. Entonces, más allá de los proyectos piloto de reforma de horarios, que se supone que nacen como coyunturales y cuya evaluación, por mucho que se diga que se ha presentado urbi et orbi, a muchos nos cuesta encontrar, ¿qué medidas se van a plantear en ese marco? Principalmente porque cuando llega en un momento de especial demanda suele ser especialmente conflictivo, como ocurre en el ámbito del verano, de las Navidades, de la Semana Santa, etcétera. Y, por último, para que no pensemos que simplemente estamos cabalgando en la coyuntura y en la gestión un poco de migajas, del cortoplacismo, me gustaría plantear algo por lo que no se suele preguntar, especialmente en el ámbito político, porque no suele ser una cosa que esté muy en el radar, pero que a usted sí le quiero preguntar por esa mirada un poco más técnica del ámbito de la Atención Primaria: ¿De qué manera estas medidas van a ir encaminadas a promover un valor central de la Atención Primaria, como debería ser el de la longitudinalidad? Creo que hay dos aspectos cuya ausencia rompe por completo la existencia de una Atención Primaria de salud solvente: la falta de accesibilidad, que no ha de ser confundida con la inmediatez, y la falta de longitudinalidad. La primera suele estar presente en muchos debates, pero la segunda suele estar bastante ausente, aun sabiendo que es una de las cosas que, de acuerdo con los datos basados en la evidencia, mejora la calidad de vida, mejora la expectativa de vida, disminuye la mortalidad, etcétera, etcétera.

Termino con la última frase rescatada de la carta que mandaron los sindicatos a la presidencia de la Comunidad de Madrid: "Si la base de la pirámide se hunde, las consecuencias son

impredecibles para la salud de la ciudadanía.” Nada más. Deseando escuchar las respuestas a las que le dé tiempo. Muchas gracias.

La Sra. **PRESIDENTA**: Muchas gracias. Cierra este turno de intervenciones el doctor Raboso, portavoz del Partido Popular; cuando usted quiera.

El Sr. **RABOSO GARCÍA-BAQUERO**: Muchas gracias, señora Gerente de Atención Primaria, por su presencia en esta su casa y la de todos los madrileños.

Quisiera empezar destacando algunas de las cosas que ha expuesto. En primer lugar, el nuevo despliegue asistencial realizado para atender la quinta ola, que afectó fundamentalmente a jóvenes, con un esfuerzo de rastreo subsiguiente muy notable a pesar del verano; segundo, la cuestión del incremento en la remuneración de los doblajes, que ha hecho que empiecen a ser atractivos para los profesionales, lo que ha resuelto grandes ventanas de asistencia debidas, por una parte, a la falta crónica de profesionales de Atención Primaria que tenemos en este país y, por otra parte, a la presencia del verano, y, tercero, el mantenimiento de la plantilla de rastreadores, farmacéuticos, enfermeras, médicos, etcétera.

También me ha parecido muy interesante la revisión de los Protocolos de Detección Precoz, Vigilancia y Control de la COVID. Me ha gustado también el proceso de reorganización de este nivel asistencial para mejorar en eficiencia. Me parece un aspecto muy interesante fortalecer los roles profesionales en la gestión de la demanda asistencial; en concreto, me refiero a las unidades de atención al usuario, a las consultas de enfermería –me parece capital la potenciación de ese recurso asistencial- y al desarrollo de competencias para matronas, odontólogos, fisioterapeutas o trabajadores sociales, que son una expansión de la asistencia que puede redundar en una descarga de las consultas médicas de forma muy notable.

El Plan Integral de Atención Primaria va a suponer un total de 1.200 plazas, con un enfoque prioritario hacia la ruralidad; además, me parece interesante porque diferencia entre población asignada y población atendida, que son aspectos muy diferentes. Esto significa llevar la asistencia a un plano de la realidad. De verdad, me ha parecido muy interesante y muy innovador el hecho de que las diferentes plazas sean dotadas de mejoras en función de la población atendida más que de la población asignada; me parece un acierto. También me parecen muy interesantes las medidas para mejorar la conciliación –hablaremos de ello- y todo lo que sea disminuir la burocratización a la que están sometidos los profesionales asistenciales. La actualización del Catálogo de Pruebas Diagnósticas me parece francamente extraordinario porque los profesionales de Atención Primaria son especialistas, como pueda serlo yo o pueda serlo cualquier otro, y, por tanto, están habituados a manejar pruebas diagnósticas que necesitan ser incorporadas al catálogo de la Atención Primaria, lo cual redundará en una descarga de la asistencia sanitaria en los hospitales, también muy necesaria. Y respecto a las infraestructuras, en contra de lo que se ha dicho aquí, la reforma de los centros de salud de Villanueva de la Cañada, Andrés Mellado, Ensanche de Vallecas –Ensanche de Vallecas, ¿eh?- y Consultorio de Collado Mediano, así como la creación de los centros de salud de Pezuela de las

Torres, Valverde de Alcalá, Algete, el SAR de Mejorada del Campo y el Centro de Salud de Baviera, que ya está pendiente de inauguración, me parece que evidencian el interés de la consejería por incrementar las infraestructuras.

Dicho esto, es importante recordar que el problema de Atención Primaria es un problema nacional. Es un problema tan evidente que requiere un planteamiento global, a nivel nacional. Es algo, ya digo, tan evidente, que incluso una persona como la ministra de Sanidad ha terminado cayendo en la cuenta de que efectivamente va a haber que hacer algo al respecto, y para eso se ha convocado un Consejo Interterritorial específico para analizar esta cuestión.

Y hay algunas cosas que quisiera comentar. Me parece francamente impresionante lo que ha dicho usted respecto al nivel de actividad durante el verano, me ha parecido que el esfuerzo era claramente evidente. Luego, aquí se han comentado algunas cosas. La señora Joya ha dicho que había que competir por los profesionales. Eso es abrir un melón extraordinariamente complicado; o sea, en estos momentos el número de profesionales de Atención Primaria es insuficiente para las necesidades de este país y yo no creo que la Comunidad de Madrid tenga que hacer gala de su potencia económica para sustraer profesionales de otras comunidades, como Castilla-La Mancha, Castilla y León, etcétera. Me parecería atentar contra el principio de solidaridad que debe reinar en España entre las comunidades autónomas, pero bueno... Por tanto, me parece aventurado decir una cosa así. Y otra cosa que quiero decirle también a la señora Joya es que las unidades COVID y las UAR llevan funcionando desde el año pasado. Ha dicho usted en reiteradas ocasiones que no están funcionando, que las vamos a abrir, y tengo que decirle que están funcionando.

Por lo demás, la señora Díaz parece alarmada por el hecho de que haya centros de salud sin médicos por la tarde. Señora Díaz, en Extremadura, Castilla-La Mancha o Asturias hay sitios donde en ningún momento del año abren por la tarde y tienen horario exclusivamente de mañana; o sea, es algo que, no siendo habitual en Madrid y no siendo deseable para el nivel de asistencia que queremos tener en Madrid, tengo que recordarle que es más que habitual en las comunidades donde gobiernan ustedes. Y luego dice que el solar de Abrantes sigue esperando. Señora, no quiero recordar aquí la triste historia de la retención de solares para que no se abrieran centros de salud por parte del Gobierno Municipal de Manuela Carmena. Fue una realidad que el otorgamiento de licencias fue retenido durante años sin ningún tipo de justificación por parte de un ayuntamiento que su partido apoya.

Alguna cosa comentada por parte de Más Madrid. Su portavoz decía que cuando compiten Atención Primaria y hospitales pierde Atención Primaria y eso no es verdad bajo ningún concepto. Mire, yo sé que a usted solamente le importa la Atención Primaria, pero uno de los principales problemas que tenemos en la enfermería de hospitales es el drenaje de profesionales muy experimentadas porque cuando reúnen los puntos suficientes para pedir traslado a un centro de salud lo hacen, cosa que requeriría una reflexión muy profunda. Le aseguro que la afirmación que usted ha hecho no es en absoluto cierta, y yo lo he evidenciado a lo largo de muchísimos años. Luego, también ha pedido usted transparencia y ha hecho un chiste acerca de la transparencia en la Comunidad de

Madrid. Oiga, mire, usted ha dado apoyo a un Gobierno nacional que lleva sin publicar las actas del Consejo Interterritorial desde el año pasado, por tanto, al primero que tiene que pedir transparencia es al Gobierno central, no a nosotros; además, permitirse bromas al respecto me parece un poco excesivo. Y luego también ha hablado usted de la conciliación. Le recuerdo que la portavoz de su grupo dijo en sede parlamentaria que el personal de Atención Primaria no tenía derecho a la conciliación. Lo dijo en esa sala de ahí, hace ya unos años, cuando el Gobierno hizo un intento masivo por empezar a reconfigurar la Atención Primaria desde un concepto de conciliación para un colectivo que en un 70 por ciento, hoy en día, son mujeres. Y luego ha hecho usted también exhibición de una afirmación por parte de los sindicatos. Yo, mire, como profesional no me queda otra cosa que recordarle el pobre papel de los sindicatos a lo largo de la pandemia cuando se requería la presencia de personal liberado y se negaron a ello, salvo honrosas excepciones. Por tanto, honestamente, creo que desde entonces el papel de los sindicatos en el medio sanitario ha quedado, desde un punto de vista moral, bastante cuestionado.

Nada más. Señora Gerente, muchas gracias por su presencia. Le felicito por la actuación de su gerencia en cuestiones de Atención Primaria.

La Sra. **PRESIDENTA**: Muchas gracias, doctor Raboso. Ahora, para contestación global a los grupos parlamentarios, tiene un tiempo de siete minutos la Gerente Asistencial de Atención Primaria, a quien doy la palabra; cuando usted desee.

La Sra. **GERENTE ASISTENCIAL DE ATENCIÓN PRIMARIA** (Martínez Machuca): Muchas gracias, señora presidenta. Muchas gracias, señores portavoces, por sus intervenciones y aportaciones. Son muy diversas las cuestiones que han planteado, así que, espero ser concisa y poder contestar a todas. Quiero señalar que muchas de las cuestiones trasladadas no son motivo de esta comparecencia, por lo que estaré encantada de responderles a través de nuevas comparecencias, o bien, de que me hagan llegar por escrito sus planteamientos o dudas, que estaré encantada de responder.

En el tiempo del que dispongo, intentaré dar respuesta a todo lo que me han trasladado. En lo que se refiere a los centros que han estado cerrados los dos turnos o solo en uno algunas horas, les puedo decir que durante el mes de julio cerraron cinco consultorios en los dos turnos y siete consultorios y un centro de salud se cerraron únicamente por la tarde. En el mes de agosto, se cerraron seis consultorios en los dos turnos, un centro de salud y un consultorio en horario de tarde y tres consultorios cerraron solo algunas horas. En septiembre, se cerraron cuatro consultorios en los dos turnos, un centro de salud y dos consultorios en horario de tarde y tres consultorios durante algunas horas. Tres de los consultorios cerrados todos los meses, con cierre total, no están relacionados con el verano, como les he dicho antes, sino que cerraron al inicio de la pandemia por no cumplir con los requisitos para dar atención en esa situación, y son: el Consultorio Parque de Miraflores, el Consultorio de Monterrey y el Consultorio de El Espartal. Obviamente, con los requerimientos actuales, con el escenario de la vacunación, con el cambio en la limitación de aforos, estos consultorios irán abriendo sus puertas a partir de este trimestre. No obstante, aunque el

escenario actual en relación con la pandemia ha mejorado mucho y, afortunadamente, tenemos una proporción muy importante de población vacunada y de profesionales, seguimos teniendo profesionales que requieren adaptaciones y seguimos teniendo que tener un doble circuito en los centros de salud; ahora bien, estamos trabajando para que este espacio sea cada vez más reducido y podamos volver a prestar la atención con normalidad, superado ya este escenario de pandemia, aunque, como muy bien ha señalado alguno de los portavoces, no estamos ninguno libre de saber si tendremos o no tendremos una sexta ola. También hay que considerar que estos centros no se han cerrado todo el mes o durante todo el verano. Para calcular el impacto que esto puede haber tenido en la atención a nuestra población, sin pormenorizar cada situación, les digo que, si calculamos que los dos meses y medio de verano con todos los centros abiertos en jornada de mañana y tarde –que los que no tienen jornada de tarde, obviamente, no son todos- suponen 23.320 jornadas de mañana y 16.720 jornadas de tarde, entonces, estas incidencias afectarían a 1.057 jornadas, lo que supone únicamente un 2,6 por ciento de todas las jornadas de estos dos meses y medio, con lo cual, creo que los profesionales han hecho un gran esfuerzo por dar cobertura a toda la población. Además, hemos comunicado siempre la situación, y con toda la antelación posible, a las corporaciones municipales, ya que en la mayoría de los casos se ha producido en municipios distintos al de Madrid.

También ha hecho usted referencia a los Servicios de Atención Primaria, SUAP. Han dicho los portavoces que están cerrados desde el inicio de la pandemia, pero tengo que contestar a esto que no son gestionados por esta Gerencia de Atención Primaria.

En cuanto a la capacidad resolutive de los centros rurales, es importante destacar nuestro trabajo para el aumento de la capacidad resolutive en el ámbito rural, teniendo en cuenta además la situación que ocurre en los meses de verano en los pueblos de la Comunidad de Madrid. Así, se ha procedido a la revisión y actualización de las actuaciones y necesidades de provisión para la mejora de la atención sanitaria rural y se ha estimado el presupuesto necesario para ello, contemplado en el Plan de Atención Primaria, además de trabajar una línea específica de pluralidad que contempla mejoras tecnológicas que van a repercutir en la mejor atención a este grupo de población y a sus profesionales, y también, y alineándonos con una estrategia que hay para revitalización de los municipios rurales de la región, se contemplan, como les he comentado, políticas específicas de recursos humanos y para la tecnología necesaria para ello.

En cuanto a las plazas vacantes, a lo que también se ha hecho referencia, anteriormente, contestando a su pregunta, el director general ha dado el dato de 14 vacantes de medicina de familia y de 25 de pediatría. Esta es una cifra dinámica porque, afortunadamente, se van cubriendo estas vacantes; de hecho, como les contaré después, una vez finalizado el periodo estival muchos residentes han optado por quedarse en los centros donde han cubierto la atención durante los meses de verano, lo que probablemente va a hacer que consigamos aumentar esa cobertura.

Respecto al tema de la accesibilidad, que también se ha mencionado, se han contratado específicamente 42 administrativos y se ha creado un Centro de Atención Telefónica, que se pondrá en marcha ahora, en el mes de octubre, que va a atender la resolución de dudas administrativas de

los ciudadanos; asimismo, también desde el verano, se ha producido la configuración y adecuación de todas las centralitas de Atención Primaria, que migraron a VoIP para una mejor gestión de las llamadas entrantes, y, además, la próxima reactivación del CAP va a permitir atender a los ciudadanos cuando no se atiende la llamada en el centro de salud para que puedan obtener una cita. Por otra parte, estamos trabajando con las Unidades de Atención al Usuario en una agenda específica administrativa y en una reorganización de las unidades para que los ciudadanos puedan contactar de forma telefónica con su centro de salud.

Por otro lado, quería hacer referencia a varios puntos que se han mencionado también. En cuanto a las unidades centralizadas, a las que hacía referencia una portavoz, no es que se vayan a poner en marcha, ya están todas puestas en marcha, algunas desde principio de año y otras desde hace más tiempo, desde el inicio de la pandemia, como las UAR, las Unidades de Apoyo Covid y los puntos centralizados de PDIA, que llevan funcionando desde finales del año pasado, y, efectivamente, tienen una dotación específica de personal y de recursos, como no puede ser de otra manera. Esto, como les he señalado antes, ha permitido que el impacto de la quinta ola en los profesionales de los centros de salud haya sido menor y, además, la valoración de estos puntos es muy elevada por parte de los profesionales de estos centros. La plantilla que se ha utilizado para cubrir estas unidades es la que se ha contratado como refuerzo Covid y además algunos profesionales que requerían una adaptación de su puesto de trabajo, a quienes hemos reubicado en estas unidades para que puedan seguir prestando atención sanitaria. Dentro de estos 1.576 profesionales, contamos con 112 médicos, 489 enfermeras, 306 auxiliares administrativos, 362 TCAE, 183 fisios, 29 conductores, un celador, 6 médicos del trabajo, 4 enfermeras del trabajo, 4 farmacéuticos, un odontólogo, una matrona, 44 higienistas dentales y 27 técnicos. Estamos adecuando la dotación de las UACov a la situación epidemiológica actual, y nuestra intención es reorientar estas unidades en otros servicios centralizados para dar respuesta a los ciudadanos y apoyo a los centros en una situación más comprometida.

La Sra. **PRESIDENTA**: Gracias, doctora Martínez. Hay un segundo turno de réplica y usted cierra, así que, si quiere, mantiene toda esa información, porque seguramente quieran aportarle algo más los portavoces. Último turno para todos ustedes, señores portavoces, en orden de menor a mayor. La señora Lillo tiene la palabra; cuando usted quiera.

La Sra. **LILLO GÓMEZ**: Gracias, presidenta. Señora gerente, gracias por la explicación que nos ha dado. Quiero hacerle una pregunta, por ejemplo, si, respecto a estos 1.576 contratos, luego nos puede concretar qué tipo de contratos son, si son de estos que se van renovando cada seis meses. Yo creo que nadie pone en duda, al menos no nuestro grupo, el gran esfuerzo de los profesionales; por eso, a lo que nos referimos es a cuándo van a tener que dejar de hacer ese gran esfuerzo para que la Atención Primaria salga adelante. Evidentemente, estamos hablando de circunstancias sobrevenidas por la pandemia, pero esto en realidad lo que ha hecho ha sido agravar una situación que ya se venía arrastrando, porque hubo un lastre, un déficit de presupuesto, durante años, que al final ha llevado a que hayan tenido que hacer este sobreesfuerzo; entonces, creemos que tienen que dejar de hacer ese sobreesfuerzo.

Igualmente, valoramos el papel de los sindicatos. Yo supongo que al señor Raboso no le gustan los representantes sindicales, los representantes legítimos de los trabajadores y trabajadoras, porque a lo mejor no le parecen tan afanados como él, a quien ya hemos visto cómo en la pandemia siempre le pillaban en un sitio o en otro, porque siempre había una cámara para capturar cómo estaba haciendo una intervención, pareciendo a lo mejor que trabajaba más que el resto.

Termino simplemente planteando una serie de cuestiones que tienen que ver con algo que decía el señor Padilla antes, con la transparencia y la facilidad de las peticiones de información. En base a los documentos y a la información que nosotros tenemos, vemos que 948 médicos de familia, a 30 de junio, llevaban tres meses sin haber sido sustituidos, y también sabemos, insisto, que hay muchísimos médicos de familia con una población asignada muy por encima de la recomendada, y esto no son casos aislados sino la tendencia. Todo eso lo sabemos por peticiones de información. Pero también hicimos peticiones de información, por ejemplo, sobre el número de efectivos por día que hubo en cada centro de salud desde el pasado 1 de marzo de 2020, y lo que nos encontramos fueron más de 20.000 folios en un pdf, una fotografía intratable, intratable de verdad!, para poder sacar alguna conclusión, que cuando echamos un vistazo por encima nos genera muchas dudas, porque incluso dice que en los peores días de la pandemia, cuando estaban muchísimos centros de salud cerrados porque todos los profesionales estaban en IFEMA, había una cobertura del cien por cien de sanitarios. Esto a mí me preocupa mucho; además, creo que dificulta mucho el trabajo parlamentario, sobre todo para los grupos de la oposición, a la hora de poder tener herramientas fiables para poder hacer una crítica, siempre constructiva. Es muy difícil, entonces, le pediría que, dentro de sus posibilidades, y respecto a lo que tenga que ver con sus competencias -no estoy diciendo que lo haga usted sino las personas del departamento-, nos faciliten esa información para poder hacer nuestro trabajo de la mejor manera posible.

Termino diciendo que hemos registrado una petición de comisión de estudio de Atención Primaria porque, insisto, entendemos que hay muchas propuestas aprobadas por esta Cámara, que ya hay consenso, y lo que falta es ponerlo en práctica, y hoy he vuelto a pedir cita y me dan telefónica para el 13 de octubre y presencial para el 20 de octubre, y eso la ciudadanía lo ve y lo que quiere es volver a recuperar una Atención Primaria de calidad y que nos pongamos todos manos a la obra ya. Gracias.

La Sra. **PRESIDENTA**: Gracias, señora Lillo. Tiene ahora el turno de palabra la portavoz de Voz, señora Gádor Joya; cuando usted quiera.

La Sra. **JOYA VERDE**: Muchas gracias por sus respuestas. Resumidamente, podemos hablar de la Atención Primaria en general, pero yo he querido centrarme un poco más en el tema de la comparecencia, que es la situación de la Atención Primaria durante el verano, lo que creo que va muy unido a la atención rural dado que la ciudad se vacía. Yo quería preguntarle: esas plazas estructurales vacantes, ¿por qué están sin cubrir? ¿Por qué hay ese número? Porque me parece que son muchas plazas vacantes para ser plazas estructurales de pediatría y de medicina de familia. ¿Las ofrecen

ustedes? Me llama mucho la atención que estén sin cubrir. ¿Han analizado cuál es el motivo por el que esas plazas se quedan desiertas siendo plazas estructurales?

Y sí, sí que hay que competir por los profesionales, porque estamos en un sistema de autonomías. Si no quieren ustedes, o si el señor Raboso piensa que no hay que competir por los profesionales, pues, devolvamos las competencias de Sanidad al ministerio y, así, tenemos un pool general de médicos, pero, mientras tanto, mientras las competencias estén transferidas a las comunidades, la Comunidad de Madrid tiene que atender la salud de los ciudadanos madrileños y, por tanto, tiene que conseguir el mayor número de médicos. Esto es así, este es el sistema de las autonomías en el que estamos nosotros. Ya hemos pedido que se devuelvan las competencias a Sanidad; mientras tanto, tenemos que ser competitivos en médicos, en pediatras, en enfermeros y en TCAE. Tenemos que serlo. ¿Cómo? Siendo los que más ofrecemos, siendo los más atractivos. Eso es así, si queremos cuidar a los madrileños; eso es lo que Vox propone. Por supuesto que queremos cuidar a todos los españoles, entonces, centralicemos y derivemos las competencias en Sanidad al ministerio -me alegro que el señor Raboso esté de acuerdo conmigo en eso-; mientras tanto, señor Raboso, la Comunidad de Madrid tiene que competir, y tenemos que ser competitivos para tener el máximo número de médicos y de profesionales sanitarios posibles.

Nos ha explicado de dónde vienen los recursos humanos, los profesionales que están atendiendo estas unidades que ya están funcionando. Lo que yo preguntaba -y ya me ha dado la respuesta- es si esas unidades iban acompañadas de nuevos profesionales; no si había profesionales específicos para esas unidades, sino si eran nuevos, pero, por lo que usted me ha contestado, provienen de los refuerzos Covid y de profesionales adaptados; es decir, detraemos profesionales de dar un servicio en la Atención Primaria asistencial, en los centros de salud, para que cubran estas unidades, y al final el número de profesionales sigue siendo el mismo, es decir, no se contratan profesionales nuevos específicamente para esas unidades. Esa era mi pregunta, que ya me ha contestado amablemente y se lo agradezco.

Dicen que dentro del presupuesto del Plan Integral de Atención Primaria han estimado y estudiado cuánto iría a la Atención Primaria en las zonas rurales. ¿Podría, por favor, aproximarnos cuánto han estimado que sería ese supuesto para Atención Primaria en las zonas rurales? Y también habla de una línea específica de ruralidad. Nos gustaría, si puede, que nos avanzase en qué consiste, si ya la tienen diseñada, si saben en qué objetivos van a trabajar. Y, bueno, nos quedamos sin hablar, respecto a las zonas rurales, de los paliativos, de la atención en salud mental y psicológica... Bueno, ese es otro cantar y da para otra comisión. Muchas gracias.

La Sra. **PRESIDENTA**: Muchas gracias, señora Gádor Joya. Es el turno de intervención del Grupo Socialista. Doña Matilde Díaz Ojeda, cuando usted quiera.

La Sra. **DÍAZ OJEDA**: Muchas gracias, presidenta, y muchas gracias, señora Martínez Machuca, por su intervención. Lo primero que quiero decir es que los sindicalistas, que son los representantes de los trabajadores y de las trabajadoras, se pusieron, todos y todas, a disposición de

la Administración Sanitaria durante la pandemia. La Administración les pidió que renunciaran a las horas sindicales y, a su vez, la representación sindical pidió que se les habilitara para trabajar en sus centros de trabajo sin renunciar, por supuesto, a sus horas sindicales, y que se reconociera como colaboración altruista ese trabajo no remunerado. A mí me gustaría que, si pudiese, aclarase estos extremos, por favor.

Bueno, creo que hay que seguir con un baño de realidad, porque es verdad que a veces los datos son objetivos desde el punto de vista cuantitativo y es bueno que participemos y que trabajemos con los mismos datos. Yo le agradezco los datos y, especialmente, el detenimiento con el que usted nos los ha ofrecido, pero es cierto que un análisis común de la situación, que ustedes permiten que se produzca y que percibe la ciudadanía, también ayuda a tomar decisiones políticas. Y voy a dar datos, porque el baño de realidad también tiene que ver con otros datos que no son los cuantitativos, sino los vivenciales, los de la realidad del día a día. Fíjese, en Colmenar Viejo hay dos centros de salud, el Centro de Salud Norte y el Centro Integral de Salud de Especialidades Colmenar Viejo Sur, bueno, pues Paloma Maroñas, que es portavoz del Grupo Municipal Socialista, ha recibido quejas permanentemente este verano, muchas de ellas que ya venían de tiempo atrás y otras que se han intensificado, por el cierre del servicio de urgencias, por la dificultad de contactar telefónicamente y por las consultas no presenciales, y esto irá cada vez a más y llegarán más peticiones de presencialidad por parte de la ciudadanía. El alcalde de San Fernando de Henares, Javier Corpa, denuncia constantemente la situación por el cierre de las urgencias en la Atención Primaria. En la Plaza Ondarreta, el Centro de Salud San Fernando se encuentra inoperativo desde el pasado 22 de marzo, prácticamente como todos los de la Comunidad de Madrid, y ya tienen un déficit crónico de pediatras, teniendo que derivarse a los niños y niñas fuera de la ciudad. El alcalde socialista de El Escorial, Cristian Martín, ha trasladado una carta a la presidenta de la Comunidad de Madrid informando sobre la precaria situación de los centros de salud de su municipio, a los que derivan pacientes de otros municipios, lo que, por supuesto, hace crecer la presión asistencial. Entre las causas –prácticamente todas han sido enunciadas ya por la mayoría de los portavoces-, está que ha habido una década de recortes en los que la Comunidad de Madrid ha llegado a tener un 11,2 por ciento de gasto sanitario público en relación con Atención Primaria, lo que está a mucha distancia de lo que dedican otras comunidades autónomas, o los 1.340 euros por habitante en sanidad, a mucha distancia de la media de otras comunidades autónomas. Respecto al Plan de Inversiones de la Gerencia Asistencial de Atención Primaria, de los 58 centros sanitarios necesarios, únicamente 9 han finalizado las obras y en 6 de ellos están en ejecución; por tanto, la ciudadanía sigue esperando 43 centros sanitarios, obras que ni han empezado y que, por supuesto, están lejos de terminar, porque les quedan todavía unos cuantos años de espera.

La Sra. **PRESIDENTA**: Tiene que terminar.

La Sra. **DÍAZ OJEDA**: ¿Qué opina usted del fortalecimiento de la Atención Primaria y Comunitaria, que forma parte relevante de la componente 18 sobre "Renovación y ampliación de las capacidades del Sistema Nacional de Salud" del Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia en la Comunidad de Madrid del Gobierno de España? Muchas gracias.

La Sra. **PRESIDENTA**: Muchas gracias. Tiene ahora la palabra el doctor Padilla; cuando usted quiera.

El Sr. **PADILLA BERNÁLDEZ**: Muchas gracias. Sobre el tema de las vacantes, ahora mismo la página Salud@ oferta 120 contratos, que en teoría deberían estar actualizados. Son plazas vacantes para interinidad o comisiones de servicio, solamente una de ellas es por reducción de jornada -o sea, estamos hablando de 119 plazas, que, si multiplicamos por el número medio de cupo, nos da un número de pacientes-, y supongo que serán muy variables en cuanto a si están cubiertas o no, si son para días concretos, etcétera, etcétera; así que, creo que hay cierta disonancia con los números que nos ha dado antes el señor Vázquez.

Me ha parecido escuchar en su intervención inicial -no sé si ha sido que he escuchado mal- algo así como que la presencialidad se normalizaría a primeros de octubre. Quería preguntarle de qué manera, porque creo que todos los que hemos vivido la parte más hardcore de la pandemia de Atención Primaria sabemos que no es lo deseable. Sabemos también que hay herramientas para la no presencialidad que deberían tener un hueco concreto en la consulta, una utilización determinada, que deberían incorporarse; o sea, no tiene sentido que la presencialidad de 2021 o 2022 sea la presencialidad de 2019, porque hay algunos elementos que sí son sustantivos, pero el encuentro clínico es un encuentro presencial principalmente, y de eso tenemos que ser conscientes.

Más aspectos. Hablaba el señor Raboso de conciliación. Señor Raboso, yo entiendo que después de 1975 todo fue muy complicado, pero la conciliación ya no solo la hacen las mujeres; me refiero al hecho de que se feminice. Afortunadamente, las cifras de hombres asumiendo reducciones de jornada, asumiendo excedencias, es cada vez mayor e imparable. Creo que hay que tener en cuenta los aspectos relacionados con la feminización, pero sobre todo con que va a haber un rejuvenecimiento de la plantilla de profesionales -esperemos- galopante.

Sobre los sindicatos y lo que ha dicho el señor Raboso, yo entiendo que si nos informamos sobre la actividad sindical en Okdiario digamos lo que decimos, pero creo que cualquiera que conozca a algún delegado sindical y le haya preguntado sabe que se ofrecieron y se pusieron a disposición para ponerse a trabajar; no sé si podría comentar algo la señora Martínez Machuca al respecto.

Sobre la competencia de profesionales, estoy de acuerdo con que tiene que haber una línea de directrices sobre las cuales actuar en el conjunto del Sistema Nacional de Salud; ahora bien, ayer veía la convocatoria pública que ha hecho la Gerencia Asistencial de Atención Primaria de la provincia de Burgos para la contratación de profesionales y me pareció algo tremendamente replicable. Insisto, me parece muy disonante el discurso de que todo el mundo quiere venir a Madrid porque Madrid es el mejor lugar cuando tenemos grandes dificultades para contratar y, además, somos la segunda comunidad autónoma con menor ratio de médicos de familia por cada 1.000 habitantes en el conjunto del Estado español. Creo que hay una diferencia entre competir de forma sangrante y ofertar unas condiciones que sean públicas y que todo el mundo conozca, que además se vayan incrementando. Muchas gracias.

La Sra. **PRESIDENTA**: Muchas gracias. Cierra este turno de intervención el doctor Raboso, portavoz del Partido Popular; cuando usted quiera.

El Sr. **RABOSO GARCÍA-BAQUERO**: A todos los representantes de la izquierda, miren, me parecen muy bien sus opiniones, pero el hecho fue que, de todos los liberados sindicales, a 18 de abril de 2020 solo se había incorporado el 22,86 por ciento, y esto me parece un dato incontrovertible. Cada uno hace la valoración que quiere, pero en una situación como una pandemia, en la que están muriendo ciudadanos por miles, lo de ponerse a poner condiciones: "yo sí, pero con estas condiciones, y tal", pues mire, sinceramente, me parece que está de más, pero hagan ustedes la valoración que quieran, yo hago la mía, que tengo derecho a ello.

A la señora de Podemos le diría que me resulta muy gracioso que se queje del formato de la información que se le da, porque a mí en el Senado nadie me da ninguna información. Vuelvo a decirle que su partido, en coalición con el Partido Socialista, tiene bloqueada una documentación tan esencial como las actas de los Comités Interterritoriales -en el formato que quiera-; por tanto, me parece que cuando se queja a ese respecto tiene usted una escasa legitimación.

A la señora de Vox, mire, me parece muy bien y siempre he dicho que es bueno introducir el concepto de competitividad en sanidad, pero quizá porque vivo en Madrid, porque no creo que Vox haga el mismo discurso en Castilla-La Mancha o en Extremadura, ni siquiera en Castilla y León, etcétera, etcétera, porque, evidentemente, son comunidades que temen, y mucho, la competitividad por parte de Madrid.

Señora Díaz, un pequeño detalle, también a propósito de los sindicatos. Yo entiendo que usted los defienda porque, evidentemente, tiene una gran relación con los sindicatos. No creo que la mía sea mala, pero la suya debe ser magnífica porque tenía en la mano el comunicado de prensa de los sindicatos que se levantaron de la Mesa Sindical de Atención Primaria. Mire, me parece que dar soluciones para la Atención Primaria pasa por no levantarse de una mesa tan importante como la Mesa Sindical de Atención Primaria, pero el hecho es que usted tenía la comunicación antes que nadie, cosa que sorprende y evidencia una relación, lo que es muy loable y le agradezco; disfrute de ello.

Y poca cosa más. Me parece que lo que ha expuesto usted, evidentemente, es un plan de acción perfectamente coordinado y diseñado para intentar dar respuesta a las demandas que tiene la Atención Primaria en la Comunidad de Madrid en estos momentos y no cabe otra cosa, por parte del Grupo Popular, que felicitarla a usted y a sus colaboradores por su labor. Muchísimas gracias.

La Sra. **PRESIDENTA**: Gracias a todos los portavoces. Cierra el debate la doctora Martínez Machuca, Gerente Asistencial de Atención Primaria; cuando usted desee.

La Sra. **GERENTE ASISTENCIAL DE ATENCIÓN PRIMARIA** (Martínez Machuca): Quiero terminar mi comparecencia lamentando no poder dar respuesta a todo, primero, por falta de tiempo y, segundo, por no ser algunas preguntas objeto de esta comparecencia y no tener todos los datos

que me requieren, pero muestro mi disposición a tratar todos los temas por la vía que ustedes consideren para darles respuesta como profesional, como médico de familia que soy, médico de familia rural, y como gestora y técnico al frente de esta Gerencia en este último año.

Y no quiero terminar sin hacer referencia -no con mis palabras- precisamente al informe de Mesa Sectorial del sindicato AMYTS, del pasado 29 de septiembre, que dice literalmente en la página 7, haciendo referencia a los módulos de actividad complementaria implementados por esta Gerencia y por la Dirección General de Recursos Humanos, haciendo referencia al objeto de esta comparecencia, lo siguiente, que leo textual: "Les recordamos que gracias a esta herramienta de gestión se ha salvado el no cerrar centros de salud y mantenerlos con facultativos, por tanto, con calidad asistencial durante el verano." Además de a los profesionales que he mencionado en mi primera intervención, quiero agradecer a todo el equipo de la Gerencia Asistencial de Atención Primaria el esfuerzo realizado durante este verano para hacer frente a una situación que ha sido muy complicada. Muchas gracias.

La Sra. **PRESIDENTA**: Muchas gracias, doctora Martínez Machuca. Nos ha alegrado mucho tenerla entre nosotros. Como ya se ha ofrecido a volver en más ocasiones, seguramente nos veamos.

Sigo con el orden del día. Sería el punto sexto, que es también una comparecencia. En este caso, reclamamos la asistencia del director general de Asistencia Sanitaria y Aseguramiento, don Jesús Vázquez Castro, que seguramente esté en la sala de al lado, por lo que esperamos unos segunditos. *(Pausa)*.

Continuamos con el orden del día, señorías, dándole de nuevo las buenas tardes al director general de Asistencia Sanitaria y Aseguramiento, don Jesús Vázquez Castro. Iniciamos el sexto punto del orden del día.

C-589(XII)/2021 RGE.11673. Comparecencia del Sr. Consejero de Sanidad, a petición del Grupo Parlamentario Vox en Madrid, al objeto de informar sobre situación actual de los recursos en Cuidados Paliativos en la Comunidad de Madrid. (Por vía del artículo 209.1 b) del Reglamento de la Asamblea) (*)

(*) Se admite delegación por la Mesa de la Comisión.

Informo a la comisión que el consejero de Sanidad ha hecho uso de la facultad conferida por el artículo 209.4 del Reglamento y ha delegado esta comparecencia en el señor director general de Asistencia Sanitaria y Aseguramiento, que ya ocupa su lugar en la mesa. Por tanto, iniciamos este punto del orden del día dándole la palabra a la portavoz de Vox para que argumente la petición de comparecencia; cuando usted quiera.

La Sra. **JOYA VERDE**: Muchas gracias, señora presidenta. Muchas gracias, señor director general. Los cuidados paliativos son un derecho de todos los pacientes desde el principio de muchas enfermedades, desde el principio de la vida, incluso desde la etapa neonatal, y no solo al final de la

misma. En la Comunidad de Madrid hemos visto aumentadas las necesidades de cuidados paliativos por muchas causas. No solo hay que concienciar a la sociedad de lo importante que es recurrir a unos cuidados paliativos y eliminar esa visión que se tiene de que la mayoría de ellos son solamente para procesos oncológicos y al final de la vida.

En mayo de 2019, la Asociación Madrileña de Cuidados Paliativos denunció que en la Comunidad de Madrid existen diferencias geográficas muy importantes para la disponibilidad de los recursos materiales y humanos dependiendo del área de gestión. Dice la Asociación Madrileña de Cuidados Paliativos que algunas deficiencias afectan a elementos tan básicos como el medio de transporte necesario para desplazarse. Según consta en el Plan de Cuidados Paliativos 2017-2020, publicado por ustedes, los recursos tipo unidades de cuidados paliativos agudos prácticamente no se han modificado de una manera valorable importante desde 1999, y lo mismo ocurre con los equipos de soporte hospitalario, mientras que la población con necesidades paliativas sí se ha visto incrementada progresivamente. Estamos todavía a la espera de la evaluación del Plan de Cuidados Paliativos 2017-2020 –por cierto, plan que se hizo sin dotación presupuestaria- y no sabemos cómo van a organizar la asistencia de las necesidades paliativas en las residencias.

En resumen y como introducción, en la Comunidad de Madrid tenemos una carencia muy importante de recursos humanos en cuanto a ratio y estándares establecidos por la Sociedad Europea; carencia de recursos materiales; carencia en cuanto a transparencia, porque puedo decirle que he hecho muchas peticiones de información y he sufrido la forma de informar y de presentar los datos, y, sobre todo en estos momentos en los que se ha aprobado la Ley de Eutanasia, carencia para, como reconoce la propia ley, poder ofrecer cuidados paliativos a todas las personas que la solicitan.

Lo que espero de esta comparecencia es, como punto de partida, que usted nos ponga al día de manera transparente, fácilmente entendible y cuantificable de lo siguiente: ¿Qué recursos tenemos en cuidados paliativos en la Comunidad de Madrid? ¿Con qué recursos contamos? ¿De qué partimos? Y, sobre todo, porque ha sido imposible obtener esa información, al menos para mi grupo, ¿cuánto dinero piensan invertir en cuidados paliativos durante esta legislatura? Muchas gracias.

La Sra. **PRESIDENTA**: Muchas gracias, señora Joya. Es el turno de intervención del director general de Asistencia Sanitaria y Aseguramiento, don Jesús Vázquez Castro; cuando usted quiera.

El Sr. **DIRECTOR GENERAL DE ASISTENCIA SANITARIA Y ASEGURAMIENTO** (Vázquez Castro): Muchas gracias. Buenas tardes de nuevo. En primer lugar, agradezco la pregunta porque creo que es bueno que tengamos en esta sede la oportunidad de contar en qué consiste una de las cuatro oficinas regionales que están en mi dirección general de Asistencia Sanitaria; en concreto, explicar la situación actual de cómo están los recursos de cuidados paliativos en la Comunidad de Madrid.

Como sabe, hace 30 años, en 1991 -que ya son años-, se creó el Programa Regional de Cuidados Paliativos de la Comunidad de Madrid, basado fundamentalmente en la atención oncológica,

que a lo largo de los años ha ido mejorando e incorporando gradualmente nuevas disciplinas, y ahora, como saben, los cuidados paliativos en la Comunidad de Madrid están en un alto nivel de desarrollo, tanto por la longitudinalidad, porque comprende todas las etapas, con paliativos pediátricos, de adultos, etcétera, como por la parte correspondiente al contenido de su trabajo, que ya que no solamente es oncológico, sino que atiende a pacientes crónicos oncológicos y no oncológicos.

Como sabe, tenemos un modelo integral, un modelo exitoso, en el sentido de que se trabaja desde el eje vertebrador de la Atención Primaria, de forma que los pacientes, bien de ámbito hospitalario, bien del ámbito de Atención Primaria, tienen la posibilidad de poder ser atendidos por equipos multidisciplinares específicos. En este momento, la Comunidad de Madrid cuenta con más de 600 profesionales con características de especialistas en cuidados paliativos, con un modelo de trabajo de equipo multiprofesional. Si hablamos de la distribución en cuanto a las unidades que tenemos en estos momentos, esos más de 600 profesionales están distribuidos en 50 recursos estructurales, de los cuales, uno, como saben, es la Oficina Regional de Coordinación de Cuidados Paliativos, y los otros 49 son asistenciales y atienden a pacientes de toda la Comunidad de Madrid.

No quisiera dejar de explicarles o recordarles cuáles son los contenidos de esa Oficina Regional de Cuidados Paliativos, que, como saben, se han constituido desde el año 2008. La Consejería de Sanidad tuvo a bien en ese momento crear esa oficina de coordinación regional - primero era de coordinación y luego se llamó Oficina Regional de Cuidados Paliativos-, que fundamentalmente lidera los planes estratégicos de cuidados paliativos en la Comunidad de Madrid, pero, al mismo tiempo, trabaja también en la red InvestPal de la Comunidad de Madrid, que es la parte de impulso y visibilidad de la investigación en cuidados paliativos de la Comunidad de Madrid, y transversalmente también trabaja en las líneas de formación para diseñar el plan de formación anual específico de cuidados paliativos. Además existen, como les digo, 49 dispositivos asistenciales, que trataré de resumirles brevemente. Según la biografía internacional, son recursos que se diferencian en equipos básicos y equipos avanzados. El equipo básico, como saben, está formado por profesionales médicos y de enfermería y atiende en jornada completa, y el equipo básico domiciliario es el que atiende a la población. El equipo avanzado, por decirlo de alguna manera, es el formado al menos por médico, enfermera, psicólogo y trabajador social. En estos momentos en la Comunidad de Madrid tenemos 118 equipos, que están distribuidos en la Unidad de Atención Paliativa Continuada y los recursos domiciliarios, tanto hospitalarios como de la unidad pediátrica, que actúa en todos los ámbitos.

Si vamos a la estructura de adultos y niños, en el marco del Plan Estratégico 2010-2014 de la Comunidad de Madrid en aras a garantizar una atención continuada de los paliativos, desde el año 2010 somos pioneros, como saben, no solo a nivel nacional sino mundial, con la Unidad de Atención Paliativa Continuada, Pal 24, que actúa 24 horas, y en la que trabajan seis unidades compuestas por seis médicos y seis enfermeras, que dependen funcionalmente de la Gerencia Asistencial de Atención Primaria y que orgánicamente dependen de la Oficina Regional. Como saben, están ubicados en Antracita, en las dependencias del Summa-112, y a través de un programa atienden todo lo que es el centro coordinador fuera del horario de atención del resto de profesionales de la Comunidad. Como

saben, tienen disponibilidad a la historia clínica, pueden acceder a todo tipo de herramientas telemáticas. Su respuesta es fundamentalmente telefónica, pero no solamente eso, sino que también prestan atención, incluso ayuda y soporte, a los profesionales del Summa-112 cuando se desplazan a una atención domiciliaria. Es importante que sepan que la actividad asistencial de este dispositivo ha ido creciendo gradualmente y que el año pasado, año 2020, se atendió a más de 9.000 pacientes, generándose más de 25.600 procesos asistenciales y atendándose 29.000 llamadas no solo de pacientes sino de familiares cuidadores de personas con necesidades de cuidados paliativos. Es obvio que durante el año 2020 ha aumentado este recurso, pues hubo más de 300 llamadas, fundamentalmente, como pueden entender, debido a la COVID. Además, aparte de esta atención, hay una gestión centralizada de los ingresos de cuidados paliativos de media estancia; en concreto, en el año 2020 hubo casi 4.000 solicitudes de ingreso, realizándose más de 3.400, de los cuales, es importante saber que el 45 por ciento eran pacientes que procedían del ámbito de Atención Primaria, del ámbito del domicilio del paciente, y que el 55 por ciento procedía de hospitales de agudos. Además, otra tarea que tiene encomendada esta unidad es la actividad formativa e investigadora; así, los profesionales del Pal 24 participan como docentes en actividades formativas del Plan de Formación Anual, que está liderado por esta Oficina Regional de Cuidados Paliativos.

Si vamos a las estructuras para pacientes pediátricos, decirles que, como saben, en la Comunidad de Madrid existe una Unidad de Atención Integral Paliativa Pediátrica, centralizada en la Unidad de Atención Integral Paliativa Pediátrica del Niño Jesús, que atiende a los pacientes que entran en el Programa de Cuidados Paliativos, compuesta por varios equipos de soporte mixto que hacen una atención tanto hospitalaria como domiciliaria. Esta unidad de hospitalización tiene agudos, un hospital de día y una consulta externa, da soporte los siete días de la semana y está formada por siete equipos, cada uno de ellos con un médico y una enfermera, y además hay otro tipo de disciplinas, como psicólogos, trabajadores sociales, auxiliares administrativos y farmacéutico. En el año 2020 se ha atendido a 960 pacientes.

Si hablamos de pacientes adultos en concreto, como saben, hay dos tipos de recursos, los recursos domiciliarios y los hospitalarios. Los recursos domiciliarios de la Comunidad de Madrid actualmente disponen de 17 unidades domiciliarias, que están distribuidas por todo el territorio geográfico de la Comunidad de Madrid, cuya función es atender a las familias y a los pacientes en su ámbito domiciliario. Hay 11 unidades de titularidad pública, que son lo que llamamos los Equipos de Soporte de Atención Paliativa Domiciliaria, los famosos ESAD, que están ubicados en cada una de las direcciones asistenciales; en concreto, uno en la Dirección Asistencial Norte, uno en la Sureste, dos en la Centro, dos en la Este, dos en la Sur, una en la Oeste y dos en la Noroeste. Además, como saben, existen desde hace ya bastantes años seis Unidades de Cuidados Paliativos Domiciliarios, que están concertados con la Asociación Española contra el Cáncer; en concreto, una está ubicada en la Norte, una en la Centro, dos en la Oeste y una en la Noroeste, y atienden exclusivamente, como saben, a pacientes oncológicos. En cuanto a la estructura de estas unidades, están compuestas por 38 equipos formados por médico, enfermera, técnico auxiliar de enfermería y auxiliar administrativo, que están, como saben, a tiempo completo. En cambio, psicólogo y trabajador social son compartidos entre los

equipos. Durante el año pasado estos equipos han atendido a más de 7.000 pacientes y a todo lo que es el entorno de las familias.

Si hablamos de recursos hospitalarios, en la Comunidad de Madrid existen 30 recursos hospitalarios para la atención de población adulta, con un total de 304 camas, que están ubicadas en 22 hospitales de gestión directa y en 8 de gestión indirecta. Además, hay cuatro Unidades de Cuidados Paliativos Agudos para el ingreso de pacientes con necesidades de alta complejidad que precisan tratamiento o pruebas que solo están disponibles en estos hospitales de agudos; además, hay otros 15 equipos de soporte paliativo hospitalario, formados por médicos, enfermeras, auxiliares administrativos, psicólogos y trabajadores sociales, y también asesores espirituales que están compartidos con otros servicios hospitalarios. Como saben, estos están ubicados en los hospitales de agudos e intervienen a petición del médico responsable del paciente, que realiza la valoración y el seguimiento en función de las necesidades. Además, hay 11 Unidades de Cuidados Paliativos de Media Estancia, que atienden a pacientes con complejidad media o alta que no precisan hospitalización en una Unidad de Cuidados Paliativos de Agudos y tienen dificultades para recibir esta atención en su propio domicilio. Estas unidades también están formadas por médicos, enfermeras, TCAE, psicólogos, trabajadores sociales, celadores, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, en algunos casos musicoterapia, y también voluntarios asesores espirituales y otro tipo de profesionales a tiempo parcial.

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

El Sr. **DIRECTOR GENERAL DE ASISTENCIA SANITARIA Y ASEGURAMIENTO** (Vázquez Castro): Y para terminar decirles que, como no puede ser de otra manera, en esos equipos también hay un Programa de Atención Integral a Personas con Enfermedades Avanzadas desde el punto de vista de la atención psicosocial, equipos que se llaman EAPS, con psicólogos y trabajadores sociales integrados en los mismos. Muchas gracias.

La Sra. **PRESIDENTA**: Muchas gracias, doctor Vázquez. Se inicia el turno de intervención de todos los grupos parlamentarios, en orden de menor a mayor. Tiene la palabra la señora Lillo.

La Sra. **LILLO GÓMEZ**: Gracias, presidenta. Gracias por su intervención, señor Vázquez. Yo, la verdad, esperaba que quizá nos hablase un poco de alguna evaluación del Plan 2017-2020, porque es cierto que se han hecho diferentes declaraciones en prensa sobre que se estaba trabajando en el siguiente plan y, bueno, estamos ya en octubre de 2021, ha finalizado el plan anterior 2020, y la realidad es que actualmente no existe un plan y, además, quiero saber si tienen alguna evaluación del Plan 2017-2020. Lo de la evaluación de un plan que termina es algo que reivindicamos muchas veces para poder adaptar, ver qué ha funcionado, qué hay que mejorar, qué no hay que repetir, qué hay que potenciar para el siguiente plan, y me gustaría que, si puede, nos dijese si se ha hecho, y también si hay alguna memoria parcial, igual que la hay en otros casos, como pueda ser del Plan de Salud Mental, que la hace cada año, para conocer, por así decirlo, el nivel de ejecución de las diferentes líneas estratégicas, porque este plan 2017-2020 tenía 11 líneas y no nos ha concretado

nada sobre ellas, sino que, más bien, por así decirlo, nos ha relatado la Memoria del Sermas 2020, lo que al final viene a ser un relato de los recursos disponibles, pero no sabemos si son los adecuados o no. Usted nos enumera una serie de recursos, nos habla de los recursos domiciliarios, de 17 de unidades, y me gustaría saber cuántas atenciones ha habido; es decir, si la demanda actual está teniendo una respuesta adecuada, si son suficientes los recursos existentes para la demanda que hay; asimismo, me gustaría saber, respecto a la media estancia, si los recursos disponibles son suficientes.

También me llama la atención, en lo que tiene que ver con los recursos hospitalarios, el número de camas disponibles –además, esto es de la Memoria del Sermas–, porque estamos viendo que en hospitales públicos hay 67 camas y en hospitales y centros privados hay 237 camas. Evidentemente, nosotros defendemos que este tipo de atención, de tratamiento, y todo lo que derive de ello, igual que en otros casos, tenga que hacerse desde la sanidad pública, y es verdad que llama la atención, aunque pueda tener su lógica, que haya esta diferencia tan abismal. ¿Por qué no hay más recursos en la sanidad pública? Porque parece que todo está en los centros privados.

Con el anuncio del Plan 2021-2024, hacía unas declaraciones el consejero de Sanidad, y hubo una respuesta también desde la Consejería de Sanidad –usted lo ha mencionado–, respecto a la Comisión Regional de Cuidados Paliativos, que creo que usted ha dicho que existe 2008, pero, si no me equivoco, existe desde 2005 y no ha sido convocada; por tanto, poner el foco aquí, en de qué sirve enumerar recursos o elaborar una serie de iniciativas, de órganos, si luego no ha habido ninguna reunión, porque incluso se hicieron declaraciones de que se pondría en marcha en 2020. Me gustaría que nos diese información sobre el trabajo concreto de esta comisión.

También me interesa el enfoque al hablar de paliativos de la propia exposición, porque yo entiendo el enfoque que tiene la derecha, en base a este planteamiento, que parece que habla de los paliativos para confrontarlos con la Ley de Eutanasia, pero nosotros planteamos esto como uno derecho más, ya sea el derecho a morir como el derecho a morir dignamente, como el derecho a ser atendido dignamente y que cada persona sea libre de decidir, porque parece que a veces la atención a los cuidados paliativos es para contraponer; de hecho, según declaraciones, parece que la cuestión es quitar el dolor, no quitar la vida, y yo agradezco que no haya entrado en ese juego, porque, respecto a la ley, que ya fue aprobada aquí en 2017, que también habla de la formación y que también habla de las instrucciones previas, la respuesta que nos dieron tras preguntar qué medidas se habían puesto en marcha para cumplir el artículo 16 de la Ley 4/2017, Derechos y Garantías de las Personas en el Proceso de Morir, relativas a las garantías para el efectivo respeto de los derechos de los pacientes, nos habla de que en el Plan Integral de Cuidados Paliativos de la Comunidad de Madrid 2017-2020 una de las líneas prioritarias es la formación específica a los profesionales sanitarios sobre el proceso de morir, la enfermedad terminal y los cuidados paliativos, y en esta respuesta se nos dice: "Se informa de que esta formación se organiza a través del Plan Anual de Formación Continuada, organizado y desarrollado por la Oficina Regional de Coordinación de Cuidados Paliativos del Sermas, en la que se han realizado 19 actividades formativas en 2018 y 25 en 2019 con este fin. Todos los profesionales de los hospitales públicos atienden las necesidades paliativas generales de los pacientes y pueden contar con profesionales y equipos específicos de cuidados paliativos para apoyo y atención

de los pacientes con necesidades paliativas de mayor complejidad. Se han realizado sesiones informativas y formativas con los equipos de cuidados paliativos en relación con el derecho de las personas a formular instrucciones previas y sobre la posibilidad de hacerlo en el centro sanitario en que se encuentren, si así lo desean, además de participar en jornadas de difusión.” Le quiero preguntar si nos puede concretar un poco más respecto a la línea de formación de los profesionales en 2020, así como también sobre la garantía en la formulación de instrucciones previas, puesto que también tenemos una respuesta a una petición de información que, si bien decía que no eran reclamaciones porque administrativamente no se entendían como reclamaciones, sí que había habido personas que habían interpuesto reclamaciones por el retraso en la formulación de las instrucciones previas; entonces, le quiero preguntar también sobre este aspecto, porque me preocupan ambos dos, tanto que se garanticen los recursos para los cuidados paliativos como el cumplimiento íntegro de las instrucciones, sobre todo ahora que además tenemos que garantizar el cumplimiento de la ley que está aprobada; me gustaría saber sobre ambos derechos, tanto unos como otros. Yo lo dejo aquí, pero me gustaría saber, sobre todo, respecto a lo que tiene que ver con el nuevo plan y con la evaluación del que, en teoría, terminó en 2020. Muchas gracias.

La Sra. **PRESIDENTA**: Muchas gracias. Es ahora el turno de la portavoz de Vox, señora Joya Verde; cuando usted quiera.

La Sra. **JOYA VERDE**: Muchas gracias. Muchas gracias, señor director general. Efectivamente, evidenciamos que seguimos prácticamente igual en cuanto a número de recursos que en 1999. Es difícil valorar esa información porque usted nos da datos pero que se solapan: equipos compartidos, profesionales que están en varios equipos a la vez... Es decir, es muy difícil tener un número claro de profesionales. Yo he intentado conseguirlo a través de múltiples peticiones de información, pero me hubiera gustado que hubiera dado cifras un poquito más concretas y más desglosadas.

El aumento del número de personas con necesidad de cuidados paliativos es evidente, y usted ha hecho referencia a ello: todos los pacientes oncológicos y todos los pacientes crónicos, cuyas patologías además se han visto empeoradas por culpa de la pandemia, todas las secuelas pos COVID que vendrán a personas de edad avanzada –simplemente, personas de edad avanzada que van a necesitar paliativos-, todas las enfermedades raras... Y a mí me llama la atención que en respuesta a mi petición de información sobre las personas con enfermedad avanzada no oncológica atendidas al año, desde 2017 hasta mayo de 2020, que fue la petición, nos digan que han sido 507 personas, es decir, menos de 170 personas atendidas al año con enfermedad avanzada no oncológica. ¡Esto es insignificante!

Por tanto, es que los cuidados paliativos son el gran reto, uno de los grandes retos de la sanidad en la Comunidad de Madrid. Dice usted que tiene 17 equipos básicos domiciliarios; según los estándares europeos, para la Comunidad necesitaríamos 44. Nos dice que tiene 300 camas hospitalarias; necesitaríamos, según los estándares, 650, no llegamos ni a la mitad. El plan está sin dotación presupuestaria. Nosotros hemos pedido las evaluaciones de este plan, desglosadas por año,

y, la verdad, es lamentable la información que nos dan, nos hablan de líneas iniciadas y poco más de la mitad se ha finalizado; es decir, 50 de 80. Respecto a los profesionales, casi ningún equipo de cuidados paliativos del Sermas tiene psicólogos o trabajadores sociales, ni hospitalarios ni domiciliarios, a tiempo completo, salvo alguna excepción. Sobre los números, ustedes saben que 10 psicólogos son de los equipos de La Caixa, de la Asociación Española contra el Cáncer. He tramitado una petición de información en la que he preguntado por el número de profesionales contratados para cuidados paliativos en las distintas categorías desde 2017 hasta junio de 2020, por la respuesta que me dan, ninguna categoría llega a 3 por año. Querría saber si tiene usted el dato de cuál es la ratio de camas de cuidados paliativos por millón de habitantes en la Comunidad de Madrid; ese dato, por favor, si lo tiene, me gustaría que me lo diera, porque el estándar es de 100 por cada millón. No hay miembros de los equipos de cuidados paliativos en los Comités de Bioética y es muy importante que estén. En respuesta a mi petición de información me dice que, de 40 hospitales que tenemos, en 15 hay equipos de paliativos, y, de esos 15, algunos tienen a su miembro en su Comité de Bioética. ¡En mi petición de información preguntaba cuántos! ¿Y qué decir del perfil profesional que atiende a las personas con necesidades de cuidados paliativos? Son elegidos por los propios centros. Yo he pedido conocer cuáles han sido las convocatorias de plazas y si requieren formación adecuada y habilidades específicas, y no especifican qué habilidades requieren ustedes para contratar a las personas que van a atender las necesidades de cuidados paliativos. ¡No existe! Ha hecho usted referencia a la especialidad, cuando la especialidad sería competencia del ministerio, pero la Comunidad de Madrid, su Gobierno, sí puede crear la categoría de médico experto en cuidados paliativos. Nosotros trajimos una PNL y no fue aprobada, la izquierda no la quiso apoyar, y sabe que esto es muy importante para la atención que se da. Los profesionales tienen que formarse por su cuenta, por sus propios medios. No se reconoce ese perfil a la hora de seleccionarlos. Saben muy bien que hay hospitales en los que no se tiene en cuenta eso, sino el tiempo trabajado en el hospital. Por tanto, es importante que se respete ese perfil de los profesionales cuando sale una plaza nueva. Por ejemplo, Castilla y León, Andalucía, Extremadura y Canarias publican esos perfiles y qué criterios objetivos tienen que tener para escoger a los más capacitados; háganlo ustedes también. Los trabajados del Pal 24 siguen siendo eventuales, y algunos de ellos llevan más de diez años en situación de eventualidad. Yo le he preguntado cuántos equipos cuentan con psicólogos y trabajadores sociales en total, a tiempo completo; no contestan. Y aquí me da usted datos solapados. Ya digo, en cuanto a camas no cumplimos los estándares. Una pregunta muy concreta, por si usted tiene el dato: ¿Me podría decir por qué las camas de la unidad de paliativos del Hospital Virgen de la Torre, de media y larga estancia, solamente son ocupadas por los pacientes del Hospital Infanta Leonor. ¿Por qué esas camas no se integran en toda la red de hospitales madrileños? Ese es un dato que querría tener. Cuando pido información de cuántos hospitales tienen consulta externa de cuidados paliativos, usted me dice que tienen 13 hospitales que la mayoría tiene consulta de cuidados paliativos. ¿Podría darme el dato concreto de cuántos hospitales de la Comunidad de Madrid tiene consultas externas de cuidados paliativos? Es un dato muy sencillo y muy concreto que yo pido y no me contestan. Pregunto, ¿cuántos hospitales de tercer nivel de la red pública de Madrid carecen de al menos un recurso de cuidados paliativos? Es decir, ¿cuántos no lo tienen? Y me dicen que es inconcreta la pregunta y no me contestan. ¿Los conciertos de media y larga estancia están actualizados a día de hoy? Por favor,

transparencia en los datos. ¡Es muy importante! Yo espero en esta comparecencia, por lo menos, aclararnos con los datos. La atención domiciliaria, lo mismo. El PAL 24, el Summa-112, realmente, coches estructurales con enfermería y personal cualificado y capacitado tienen en tres centros: Fuenlabrada, Hospital de Vallecas y la base de San Blas, el resto a veces va sin personal cualificado para atenderlos porque no tienen ustedes unos criterios específicos; es decir, se vende como recursos de cuidados paliativo algo que en realidad no lo es. La tramitación urgente de la dependencia en personas que necesitan cuidados paliativos, ¿para cuándo? Porque me dicen que han acertado el plazo a la mitad, pero, con los plazos que hay para la tramitación de la dependencia, las personas que necesitan cuidados paliativos no la van a tener. Cuidados paliativos en las residencias. ¿Qué tienen ustedes pensado para los cuidados paliativos en las residencias? Muchas gracias, señor director general.

La Sra. **PRESIDENTA**: Muchas gracias, señora Joya; ha sido súper puntual. Tiene ahora la palabra la señora Barahona, portavoz del Partido Socialista. Muchas gracias.

La Sra. **BARAHONA PROL**: Gracias, presidenta. Bienvenido, doctor Vázquez, y enhorabuena por su reciente nombramiento.

Para el Grupo Parlamentario Socialista los cuidados paliativos son uno de los aspectos que consideramos prioritarios en la asistencia sanitaria. En la Comunidad de Madrid contamos con tres planes de cuidados paliativos: 2005-2008, 2010-2014 y 2017-2020; nos preguntamos, ¿por qué no hay continuidad en el tiempo entre uno y otro y por qué se demoran tanto las evaluaciones de cada plan? En este momento es necesario contar con la evaluación del Plan Integral de Cuidados Paliativos 2017-2020, que nos permitiría conocer ese grado de cumplimiento de las actuaciones que se han llevado a cabo en cada una de las líneas estratégicas, objetivos y actuaciones. Queremos saber cuándo contaremos con la evaluación de este plan integral, qué indicadores utilizan ustedes en la evaluación del plan, cuándo conoceremos el próximo plan y qué nuevos objetivos e ideas piensan implementar y mejorar en ese nuevo plan. Cuando se hizo el primer Plan de Cuidados Paliativos en 2005 se estableció la constitución de la Comisión Regional de Cuidados Paliativos, un órgano colegiado de carácter técnico, ¿cuándo se ha creado esta comisión y quiénes la componen?

En cuanto al Plan de Humanización de Cuidados Paliativos, incluido -por lo menos la última vez- en el Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria, el último conocido es el de 2016-2019, pero parece que en octubre de 2020 estaba en fase de análisis de situación y diagnóstico estratégico de cara a formular el siguiente plan de humanización.

En cuanto a la Memoria de Cuidados Paliativos 2020, usted nos ha descrito los datos que figuran en esta tabla, que lo que intenta es describir los cuidados paliativos, el número de equipos que lo forman y el número de camas de hospitalización en los recursos que disponen de ellas. Es cierto que usted ha comentado esta tabla verbalmente, pero no especifica cuáles son los equipos medios y cuáles son los equipos completos.

Nos gustaría conocer la previsión real de crecimiento –pero, la real- de nuevas unidades de cuidados paliativos y de recursos humanos. Nos gustaría también que nos informara, respecto a esos numerosos convenios firmados con entidades concertadas para la gestión de cuidados paliativos, si los van a mantener, o si piensan eliminarlos para que la gestión la realice directamente el Sermas. ¿Cuáles son los criterios de contratación y qué sistemas de control realizan sobre estas empresas? También me gustaría saber cuándo piensan cumplir con la resolución de esta Asamblea para reconvertir en hospital de media y larga estancia el antiguo Hospital Puerta de Hierro, así como reconsiderar los criterios de contratación externa de cuidados paliativos y atención de crónicos.

Le pregunto, ¿qué papel y qué peso van a tener los cuidados paliativos en el presupuesto para 2022? ¿Han pensado en unificar los equipos de soporte de atención paliativa domiciliaria con los equipos hospitalarios? Y, en cuanto a equidad, ¿qué medidas tienen previstas para que exista esa equidad geográfica real en la atención a los cuidados paliativos?

En cuanto a la asistencia o actividad realizada y la lista de espera, nos gustaría saber si la asistencia actual es equilibrada y suficiente desde su punto de vista; con datos reales, evidentemente. ¿Se ofrecen y aplican los cuidados paliativos a todos los pacientes con enfermedad avanzada que lo necesitan? ¿Saben cuántos pacientes no pueden acceder a cuidados paliativos por diversos motivos? ¿Tienen datos de cuántos pacientes están a la espera de recibir tratamiento paliativo hospitalario, cuántos domiciliario y cuántos pacientes están a la espera de ingresar en una unidad de media o larga estancia? Y, además de cuántos pacientes, ¿cuántos días tienen de media en la espera? Y también le pregunto si la atención domiciliaria cuenta con los recursos humanos y materiales suficientes.

La atención psicológica o atención psicosocial parece que es claramente insuficiente. ¿Qué previsión tienen de reforzarla? ¿Realmente reciben la atención psicosocial adecuada todos los pacientes con necesidad de cuidados paliativos?

En cuanto a la formación de los profesionales, la formación continuada es uno de los pilares básicos en la Consejería de Sanidad; le pregunto por el grado de ejecución del Plan de Formación Continuada 2020 y de lo que llevamos de año 2021 y si en esta formación incluyen al personal de las empresas concertadas.

En cuanto a la Red de Investigación de Cuidados Paliativos, InvestPal-Madrid, que se creó en 2016, ¿qué proyectos han desarrollado y con cuántos profesionales cuenta esta red de investigación? ¿La intranet prevista para los profesionales sanitarios para 2021 ya está en funcionamiento?

Y un apartado especial para la Ley 4/2017, de Derechos y Garantías de las Personas en el Proceso de Morir, aprobada en esta Asamblea de Madrid. ¿Qué planes y acciones concretas, en relación con los cuidados paliativos, se han derivado de la aplicación de esta ley? ¿Tiene el Partido Popular la intención de derogarla, al igual que Casado anunció ayer que el Partido Popular derogará, entre otras, la Ley de Eutanasia? La ley establecía en su disposición adicional primera la necesaria evaluación; la pregunta es: ¿de qué fecha es el último informe sobre el proceso de morir en la

Comunidad de Madrid realizado en base al mandato de esta ley? ¿En qué fecha se remitió a esta Comisión de Sanidad el último informe? Y, en cuanto al grado de satisfacción de la ciudadanía sobre la implementación de esta ley, quería saber si conocen ese grado de satisfacción, el grado de efectividad real de la protección de los derechos regulados en la misma, y, sobre todo, si han detectado aspectos susceptibles de mejora. En cuanto a las instrucciones previas como un paso más en ese proceso de respeto y garantía de la voluntad de la ciudadanía en las decisiones relativas a su salud, mediante la Orden 789/2020, de junio, el Gobierno de la Comunidad de Madrid ha modificado el modelo del documento de instrucciones previas y queremos saber si ya están disponibles todas las novedades para otorgar, registrar o actualizar las instrucciones previas. Gracias.

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

El Sr. **FIGUERA ÁLVAREZ**: Muchas gracias, presidenta. Gracias, señor Vázquez, por su comparecencia. Gracias al Grupo Parlamentario Vox por traer este tema, que, aunque no está de moda en este momento y probablemente nunca lo esté, es igual de importante que la salud mental y algunos otros aspectos, porque además nos permite hacer un panorama muy amplio de cómo está la asistencia sanitaria, sobre todo la de Atención Primaria, en nuestra región.

Efectivamente, han pasado 30 años desde las primeras unidades de cuidados paliativos domiciliarios. Yo participé en la primera unidad que hubo de cuidados paliativos domiciliarios, del Gregorio Marañón; ya era una unidad multidisciplinar, con una atención global y humanizadora, pero, evidentemente, hemos avanzado mucho, sobre todo en los primeros años, porque en los últimos diez años, la verdad, coincidiendo con el deterioro planificado de la Atención Primaria, la atención en los cuidados paliativos ha quedado absolutamente estancada.

No voy a volver a referir lo que han dicho los compañeros de otros partidos, porque todos los datos son realmente fiables, ya que tenemos más o menos las mismas fuentes -difíciles fuentes, la verdad, porque a veces tenemos que buscar fuentes a través de las asociaciones científicas y de usuarios-, pero, más o menos, de lo que estamos hablando es de que en nuestra Comunidad, del total de personas que están en fase de necesidad de cuidados paliativos -que son aproximadamente los dos últimos antes de morir-, que son unos 30.000 pacientes, según ha dicho también la propia oficina, solo la mitad, el 50 por ciento aproximadamente, recibe cuidados paliativos, y esto ocurre sencillamente porque las personas tienen mucha dificultad para acceder a esos cuidados paliativos por burocracias; pero, no solo por la Ley 4/2017, en el sentido de las instrucciones previas, que son difícilísimas de encontrar, sino porque en muchos centros de salud, en los que tiene que haber, no se facilitan bien las instrucciones. Por ello, estamos de acuerdo con que hay que revisar el protocolo, y vigilaremos esa revisión porque también hay grandes dificultades en otras instancias y porque, además, no se informa bien a las familias y el seguimiento es muy poco adecuado. Entonces, estamos hablando de que solo el 50 por ciento de estas, aproximadamente, 30.000 o 40.000 personas, cada año, se benefician de los cuidados paliativos, y eso nos habla del lugar que tienen los cuidados en la sociedad, de que el Partido Popular realmente no se ocupa adecuadamente de todo esto,

sencillamente, porque se está ocupando de otros intereses particulares, de llevar el dinero a otros sitios, como se acaba de demostrar hace poco, cuando hemos visto que ni siquiera gasta el presupuesto de Sanidad de la Comunidad de Madrid en un año, esos 800 millones que hemos descubierto -que se están descubriendo- y que estamos investigando desde Más Madrid en los servicios y con ayuda de los medios de comunicación.

Realmente es una pena, porque siempre están diciendo que faltan profesionales pero esto no es un problema de falta de profesionales, porque los profesionales de Atención Primaria son profesionales dispuestos a capacitarse en áreas de capacitación específica para saber de cuidados paliativos y poder dar soporte a la mayoría de los usuarios y de sus familiares. De lo que están quejándose los médicos de Atención Primaria es, primero, de la poca formación que hay a través del PAL 24 y, luego, de otros aspectos, como el Summa-112, que es un auténtico desastre; segundo, de que no se crean áreas de capacitación específica, por ejemplo, en el no evaluado último Plan Integral de Cuidados Paliativos, que acabó en 2017, y del que exigimos por supuesto su evaluación. Tampoco tiene Memoria económica, como no tenía el Plan de Salud Mental y como parece que no va a tener ningún plan, porque es la mejor manera de no hacer ninguna auditoría. Y tampoco se ha puesto en marcha el Observatorio, por el que las entidades y los profesionales podemos estar al tanto, y al que podemos exigir de una manera, digamos, oficial, todo este seguimiento. Este plan tendría que haberse evaluado cada año, tener una evaluación parcial, y ya tendría que haberse completado la evaluación total.

Pero, volviendo a las necesidades de coordinación y formación, realmente, la formación es absolutamente insuficiente para la mayoría de los médicos de Atención Primaria; no obstante, como ya están absolutamente desbordados por otras cosas, evidentemente, van a reclamar de una manera secundaria este tipo de formación. En el propio plan integral se decía que tenía que haber una especie de representante, o que alguno de los médicos, en cada equipo, fuera un coordinador de cuidados paliativos, pero la figura de ese coordinador no se ha desarrollado en todos los sitios y, por supuesto, la coordinación con el PAL 24 es absolutamente insuficiente, y no digamos con el tema de los niños.

El tema de los niños es sangrante. Nuestro cálculo aproximado –y no sé si en la Consejería es igual- es de que unos 2.000 niños necesitan cada año la asistencia de cuidados paliativos y aproximadamente solo entran unos 1.000, como han dicho ustedes –ni siquiera llegan a 1.000-, que están en cuidados paliativos generales o especializados, atendidos por estos equipos pequeños del Niño Jesús. Esa atención también es absolutamente fundamental para las familias que entran en duelo, y ahora, con la COVID, hemos visto realmente que son insuficientes los equipos para atender a las familias en duelo. Les queríamos preguntar por dónde van a ir, si eso lo van a mejorar, porque realmente estamos en una situación de estancamiento general de los cuidados paliativos, que, desde luego, nada tienen que ver con el tema de la eutanasia. Estos son otros derechos, que hemos conquistado la ciudadanía; por supuesto, van en paralelo, pero los cuidados paliativos no se deben descuidar.

También estamos hablando de la necesidad de una coordinación clara entre las unidades hospitalarias y las unidades domiciliarias. Lo que más ha avanzado son las unidades hospitalarias, hasta el punto que hay una derivación y demasiadas personas mueren en los hospitales por falta de cuidados paliativos domiciliarios. Estamos hablando, aproximadamente, del 50 o 60 por ciento de las personas, mientras que en los países de nuestro entorno serían alrededor del 30 por ciento. A las personas les gusta poder morir en su casa, si están bien atendidas, si las familias saben cómo manejar esos últimos días, y hoy en día esto no se está haciendo bien.

También estamos hablando de las camas de cuidados paliativos complejos. Efectivamente, lleva anunciado desde 2019 que la Clínica Puerta de Hierro va a ser una clínica para este tipo de procesos, entre otras cosas, y también se ha hablado del Zendal, de que los cuidados paliativos sean alguno de sus usos. ¿Cuándo va a ser así? ¿Qué planes hay? La Clínica Puerta de Hierro se está cayendo, se usa para guardar coches de lujo en los garajes y para otras cosas, y realmente estamos esperando a tener más capacidad para poder gestionar todo esto mucho mejor.

Lo que me parece más importante es que no solo tenemos necesidades físicas, sino también psicológicas y, por supuesto, sociales. Parece que de las únicas que se ocupa la señora Ayuso es de las espirituales, porque habla de todos los contratos con la Iglesia, con los sacerdotes, etcétera, lo que está muy bien, pero, por ejemplo, la falta de profesionales de psicología es apabullante en los cuidados paliativos. Y luego le seguiremos preguntando. Muchas gracias.

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

La Sra. **DÁVILA-PONCE DE LEÓN MUNICIO**: Gracias, presidenta. Buenas tardes a todos, señorías. En primer lugar, nos gustaría agradecer la presencia del director general de Asistencia Sanitaria hoy, aquí, que nos ha permitido, en el tiempo que usted tiene para comparecer, conocer la situación de los recursos destinados a la asistencia de cuidados paliativos en la Comunidad de Madrid.

Primero, nos gustaría destacar varios aspectos que han influido en toda la intervención en asistencia paliativa que se ha hecho en la Comunidad de Madrid. Por un lado, el aumento de la esperanza de vida, sustentada por los avances en la medicina y por la integración de hábitos saludables, que ha producido que uno de los cambios demográficos más relevantes en nuestra sociedad haya sido, sin duda, el envejecimiento; envejecimiento de la población que, cómo no, lleva aparejado un incremento de la cronicidad y, por tanto, una mayor demanda de atención paliativa. Por otro lado, hay que tener en cuenta que para dar una buena atención paliativa esta debe ser integral, es decir, abordar las necesidades del paciente en todos los planos del ser humano: el físico, el psicológico o emocional, y también el social y el espiritual, y, además, esta atención debe estar basada en una estrecha colaboración entre los diferentes niveles asistenciales.

La Comunidad de Madrid, teniendo en cuenta y siendo consciente de esta situación y de las peculiaridades que manan de la naturaleza de la asistencia paliativa, ha establecido diferentes políticas dirigidas a ofrecer una atención paliativa integral a estos pacientes, implementando diversos

planes de cuidados paliativos como hoja de ruta de la asistencia paliativa en nuestra región. Es el caso del Plan de Cuidados Paliativos, del que estamos hablando, que, según la información que nosotros tenemos -esperamos que nos lo pueda confirmar-, ha sido recientemente evaluado, y del que hemos conocido que el 91 por ciento de los objetivos ha sido ejecutado, ha sido cumplimentado. En esta línea, las actuaciones que contemplará el nuevo plan darán continuidad a los objetivos que ya se están desarrollando y se centrará, por un lado, en la mejora de la identificación de las necesidades paliativas tanto de los pacientes como de sus familias, como ha dicho el director general, y, por otro lado, en la reorganización de los recursos.

Ya ha trasladado el director general el amplio abanico de unidades y dispositivos que trabajan en la atención paliativa de la Comunidad de Madrid, desde las unidades básicas, formadas por médico y enfermera, hasta los equipos complejos multidisciplinares, con médicos, enfermeros, psicólogos, trabajadores sociales, administrativos y, en algunas ocasiones, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales y diferentes voluntarios.

Quiero decirles también que nosotros hemos consultado la Memoria del Servicio Madrileño de Salud en lo que a asistencia paliativa se refiere y a esas 304 camas, y hemos entendido que en los hospitales de media estancia, cien por cien públicos, hay 237 camas. Es verdad que también hay camas en centros concertados, que prestan una excelente atención paliativa, pero no todas las camas están en la atención concertada, también hay en los hospitales públicos de media estancia, ahí están esas 237 camas.

El Programa Único de Cuidados Paliativos que ofrece la Comunidad de Madrid, como ha explicado también el director general, es un programa único que garantiza la equidad y el acceso, que garantiza unos procedimientos y unos circuitos comunes y homogéneos para permitir que la calidad de la atención sea similar en todo el territorio de la Comunidad de Madrid. Como también ha trasladado el director general, durante el difícil año 2020 los equipos domiciliarios han atendido a 7.100 pacientes; los hospitalarios, a 10.100 pacientes y también a sus familias, y las Unidades de Cuidados Paliativos de Media Estancia a 3.402 pacientes.

Y no queremos dejar de mencionar la Unidad de Cuidados Paliativos Pediátricos, que funciona en el Hospital Infantil Universitario Niño Jesús. Esa atención es tanto domiciliaria como hospitalaria y, además, también es interconsulta, con asistencia ininterrumpida a diferentes niveles.

Igualmente, consideramos necesario subrayar el impulso que ha realizado la Consejería de Sanidad a través del PAL 24. Como ya ha trasladado el director general, es una herramienta pionera que proporciona soporte telefónico a los profesionales, también del Summa y Atención Primaria, que pueden disponer de ella, tal y como ha trasladado el director general, de manera ininterrumpida, 24 horas al día los 7 días de la semana. Según la Memoria del Servicio Madrileño de Salud, atendió 37.700 llamadas, tanto de pacientes, como de cuidadores, familiares y profesionales. Además, esta herramienta, el PAL 24, permite centralizar la gestión de camas, como decía anteriormente, garantizando la equidad en el trato de las personas que necesitan atención paliativa. También resaltar

la herramienta InfoPal, que permite articular una única historia de cuidados paliativos, lo que permite que el paciente, una vez que accede al circuito de cuidados paliativos, pueda acceder al recurso que sea necesario, y no a otro recurso.

También destacar que los recursos sociosanitarios tienen preferencia por la asistencia paliativa y participan ampliamente en la atención de estos pacientes. Trasladar también que la Comunidad de Madrid es la segunda comunidad autónoma en cuanto a número absoluto de recursos destinados a Atención Primaria. Esto no quiere decir que no haya intención, seguramente, por parte del Gobierno, de ampliar todos los recursos, pero tampoco estamos tan mal como algunos portavoces trasladan. Y destacar también los programas de formación continuada para todos los profesionales del Servicio Madrileño de Salud, en todos los niveles asistenciales, y también la formación avanzada para los equipos específicos de cuidados paliativos, entre los que están los cursos de recursos para el afrontamiento del desgaste y la fatiga por compasión, o de espiritualidad, y la terapia de la dignidad.

En definitiva, señorías, somos conscientes de que este Gobierno sigue apostando por acabar con el dolor. Nosotros tampoco queremos trasladar el mensaje de la eutanasia; lo ha sacado la izquierda, no lo ha sacado el Gobierno. Nosotros no lo vamos a sacar, pero sí quiero trasladar que apostamos por este trabajo de acabar con el dolor y no con las personas, y, por tanto, por la equidad y la accesibilidad a los tratamientos de cuidados paliativos, que sigue suponiendo una prioridad indiscutible para el Gobierno, como así está manifestando.

También queremos trasladar nuestro apoyo a todos los profesionales que trasladan su objeción de conciencia en cuanto a participar en estas actividades; nuestro apoyo en la defensa de estos profesionales, garantizando sus derechos legales.

Por último, queremos enviar nuestro reconocimiento y nuestro agradecimiento a todos los profesionales que trabajan aliviando el sufrimiento de los pacientes y también de sus familias, atendiendo con humanidad y diligencia sus necesidades y dignificando con sus actuaciones a todos los pacientes. Nada más. Muchas gracias.

La Sra. **PRESIDENTA**: Muchas gracias. Se inicia ahora el turno de respuesta a todos los grupos parlamentarios, de manera global, por parte del director general; cuando usted quiera.

El Sr. **DIRECTOR GENERAL DE ASISTENCIA SANITARIA Y ASEGURAMIENTO** (Vázquez Castro): Muchas gracias. Muchas gracias a todos por las aportaciones. Es obvio que no tengo todos los datos que me han pedido ni puedo en siete minutos concretarlos, pero sí me gustaría puntualizar algunas cosas que se han repetido, que creo que son el marco.

Creo que no debemos, que no es bueno, relacionar los cuidados paliativos con la LORE; creo que no es el escenario, pero, en cualquier caso, les traigo algún dato. Respecto al Plan Estratégico 2017-2020, ahora estamos en la última fase de evaluación del mismo. Tienen que entender que ha sido un año tremendamente complejo y duro, pero, evidentemente, espero que la evaluación esté finalizada en los próximos meses. Seguro que la tendremos, y eso nos podrá servir de antesala para

preparar el IV Plan de Cuidados Paliativos. Como saben, somos la comunidad, de las 15 que tienen un plan, que lo tenemos desde el año 2005, y luego en 2010 y en 2017, y ahora estamos preparando, como saben, ese nuevo plan.

Importante decirles que entre 2017 y 2020 se han incorporado 70 profesionales en cuidados paliativos específicos, luego, sí han aumentado; no son los mismos, como decían. También se hablaba, en términos generales, de que faltaban psicólogos. El problema no es tanto que falten o no psicólogos, que habrá que revisarlo, evidentemente. No haríamos el siguiente plan si todo estuviera perfecto, y yo soy el primero en reconocer que hay que avanzar en muchas áreas, pero no olviden que para poder trabajar en la Administración tienen que ser psicólogos clínicos, y no es fácil encontrarlos. Ese es un problema que tenemos muy gordo. El siguiente tema por matizar es que en el PAL 24 no hay eventuales al uso, son interinos; o sea, tienen un contrato de interino, que también es importante saberlo.

Me preguntaba la señora Gádor Joya cuáles eran las unidades. Eso dato sí lo tengo y se lo puedo proporcionar. Nosotros, desde el Sermas, hemos impulsado la creación de consultas externas específicas de cuidados paliativos en todos aquellos hospitales que tienen o disponen de equipos específicos. Yo le doy los datos o, si prefiere, me los puede pedir por escrito, pero, vamos, creo que esos datos los tienen. En estos momentos, hay consultas externas en el Gregorio Marañón, La Paz, La Fundación Jiménez Díaz, el 12 de Octubre, La Princesa, Puerta de Hierro, Ramón y Cajal, Getafe, Severo Ochoa, Móstoles y Príncipe de Asturias. Como les decía antes, en cuanto a unidades de cuidados paliativos agudos, hay cuatro, que están en el Gregorio Marañón, La Paz, Clínico y Fundación Jiménez Díaz.

Respecto a las camas, efectivamente, no son exactamente 67. Usted está contando solamente las de los hospitales agudos, y estamos hablando de que también las hay en hospitales públicos que son referentes de media estancia, como puedan ser La Fuenfría, Guadarrama, Virgen de La Poveda, Cruz Roja o Santa Cristina, y ahí suman 76. Es cierto que en estos momentos hay un equilibrio entre lo que es concertado y lo que es público, unas ciento cuarenta y pico contra 160, y, por cierto, en todos los casos están funcionando de una forma fantástica. Decirles también que, respecto a las listas de espera y demás, les puedo asegurar que en un principio mi valoración es que es suficiente con el número de camas que tenemos, pero, evidentemente, no podemos bajar los brazos, tenemos que seguir trabajando para que a nadie le falte una ni tenga una demora que no sea la ideal.

Respecto a los planes y acciones, si se va a derogar la LORE, evidentemente, no me compete a mí comentarlo, pero sí me gustaría darles algunos datos, que quiero compartir con ustedes, como, por ejemplo, que a partir del 24 de marzo, fecha en que se publicó la LORE, la Comunidad de Madrid ha procedido a la divulgación de la ley entre los ciudadanos a través de la web, que es pública, lógicamente, y ya ha recibido más de 19.000 visitas. En esa misma página, existe una información para los profesionales que se llama Objeción de Conciencia, y hasta el 30 de septiembre, que es el último corte que tengo, ha habido más de 2.300 registros. Como saben, eso no indica nada,

porque, si mañana un profesional tiene delante un paciente y en ese momento puede ejercer su derecho a la objeción de conciencia... Pero, en estos momentos, ya tenemos 2.300. También hay una dirección de correo electrónico para los profesionales y los equipos donde pueden hacer todo tipo de consultas, y hasta estos momentos ha habido cerca de 200 relacionadas con el procedimiento. Asimismo, contamos en estos momentos con una intranet, que es, como saben, un espacio informativo y formativo, con toda la documentación respecto a esta ley, manual de buenas prácticas, prestaciones informativas, protocolo de valoración... ¡De todo! Además, existen sesiones informativas sobre los aspectos relevantes de esta ley para su desarrollo operativo, en las cuales incluimos a pacientes de instituciones públicas y privadas y de centros sociosanitarios, y al menos más de 200 profesionales se han suscrito. Igualmente, actividades formativas, a las que han asistido más de 1.100 profesionales. Aparte, cursos específicos de formación para los profesionales asistenciales, contando el último curso con la asistencia de 500 profesionales. Por lo tanto, sí se está trabajando en ese aspecto, en tener una garantía total, y sin mayor problema.

Respecto a cuándo va a estar listo el Puerta de Hierro, en estos momentos ya tiene el plan funcional y está con todo lo que son los trámites para ser un hospital de media y larga estancia en la zona centro de la Comunidad de Madrid.

Yo no les diré que todo va bien y que todo está estupendo; hay avances, evidentemente, pero tenemos que seguir trabajando. Es muy difícil compararnos con otras comunidades porque, evidentemente, la metodología empleada en la descripción y las funciones de los recursos, así como los pacientes atendidos, no son homogéneos, por lo tanto, no les puedo decir si estamos mucho mejor que otras comunidades, pero sí les puedo decir que, evidentemente, hay que impulsar la creación de esa categoría profesional en la medida de lo posible, con el reconocimiento del área de trabajo y la especificidad de estos profesionales; no obstante, es verdad que en esta misma línea ha habido una actuación innovadora y pionera en esta comunidad, algo que no ha hecho ninguna otra, que es el impulso de la categoría profesional para enfermería.

Tenemos que mejorar, sin duda ninguna, todo lo que es la telemedicina, los sistemas de información; valorar ese posible incremento del número de camas de media estancia; la investigación en la Comunidad de Madrid, que es InvestPAL, y, sobre todo, en la medida de lo posible, crear un Observatorio Regional de Cuidados Paliativos de la Comunidad de Madrid. Gracias.

La Sra. **PRESIDENTA**: Muchas gracias, doctor Vázquez. Iniciamos ahora el turno de réplica y, ya, que finalicen todos los grupos políticos. Tiene la palabra la señora Lillo; cuando usted quiera.

La Sra. **LILLO GÓMEZ**: Gracias, presidenta. La verdad es que me sorprende que, estando a octubre de 2021, todavía no esté esa evaluación; por lo tanto, cualquier anuncio que hable de un plan en el año acordado ya no se va a cumplir, y seguramente veamos otro anuncio de que se pone en marcha el siguiente plan sin que hayamos visto la evaluación -permítame que desconfíe de que finalmente vayamos a ver esa evaluación del plan que ha terminado-, con lo cual, habrá que hacer un acto de fe de la realidad o del aprendizaje obtenido de unas necesidades concretas, y tampoco nos ha

dicho si realmente existen datos que digan que son suficientes, o en base a qué se van a aumentar los recursos, o se van a disminuir, o si el aumento que dice usted que ha habido en estos tres años ha sido suficiente o no ha sido suficiente. La compañera preguntaba cuándo se hicieron los informes anuales, obligatorios, de la Ley 4/2017, de 9 marzo; como le digo, tampoco ha dicho nada, y hay que hacer un informe anual. Nosotros pedimos esos informes anuales y, la verdad, es gracioso porque, mientras que para otras peticiones de información nos dan 20.000 folios, aquí lo que hacen es darnos un resumen de los informes, por lo que entendemos que esos informes, como tal, no existen, y entonces han relatado lo que se hizo en 2017: se realizaron las 2.076 primeras inscripciones, se hicieron 14 acciones formativas y hubo 4 cursos de formación para tramitadores de 5 horas de duración; en el año 2018, se registraron 3.538 inscripciones y hubo 1.015 consultas presenciales, y así hasta el año 2019, y como del año 2020 no tenemos información, volveremos a pedirla, ya que usted no nos ha dicho aquí nada al respecto.

Y ya para terminar, porque me sobra un minuto, ya que ustedes han introducido el tema, han planteado que la gente se puede apuntar en una lista, simplemente recordarles el artículo 14, de la Ley 4/2017, de 9 de marzo, sobre la obligación de los profesionales de garantizar el derecho a formular instrucciones previas y a respetarlas, porque, por encima de las apetencias individuales, muy respetables por supuesto, está la ley, y actualmente esta ley habla de los cuidados paliativos como un derecho, igual que cualquier otro, regulado en el artículo 14, que establece: "Todos los profesionales sanitarios están obligados a proporcionar a sus pacientes información acerca de sus derechos a formular la declaración de instrucciones previas." Además, su incumplimiento está registrado como infracción grave; así que, recordemos lo que dice el texto de la ley, más allá de que nos pueda gustar más o menos. Es el texto actual y nuestra obligación es que se cumpla la voluntad de los pacientes. Por supuesto, hay que poner a su disposición todos los recursos de los cuidados paliativos, pero también todo lo que tiene que ver con las instrucciones previas. Nada más. Gracias.

La Sra. **PRESIDENTA**: Muchas gracias, es el turno de intervención de la doctora Joya; cuando usted quiera.

La Sra. **JOYA VERDE**: Muchas gracias. Muchas gracias, señor director general. Brevemente. Por supuesto que cada vez que se hable de cuidados paliativos no hay que enfrentar cuidados paliativos y eutanasia. ¡Por supuesto! Los cuidados paliativos son un tema que a mí siempre me ha preocupado, desde mucho antes de que se aprobara esta ley, pero a mí me preocupa igual que los niños puedan acceder a los cuidados paliativos, que los neonatos puedan acceder a los cuidados paliativos, que las personas con patología oncológica puedan acceder a los cuidados paliativos.

También me preocupa que las personas que se acojan a esta ley –que yo no comparto y ustedes sí, pero este no es el debate- puedan tener acceso a esos cuidados paliativos; de hecho, la propia ley hace mención a que estas personas tienen que tener garantizado su acceso a los cuidados paliativos. Simplemente, creo que estamos en un escenario en el que hay una nueva ley. Insisto, no se trata de debatir aquí si nos gusta o no, pero qué duda cabe de que está relacionado porque la

propia ley quiere dar esa garantía, o al menos intenta darla, y dice que esos pacientes tienen derecho a que se les ofrezcan los cuidados paliativos.

Y me preocupo también por saber si las personas que piden la eutanasia los van a tener, como me preocupo por si los niños los van a tener, como me preocupo por si las personas con enfermedades raras los van a tener -creo que podemos debatir abiertamente sobre este tema sin que eso sea un tabú-, igual que me preocupo porque las personas que pidan el suicidio asistido, acogiéndose a esta ley, también puedan tener atención en salud mental.

Dicho esto, insistir en la transparencia. Por favor, la Oficina de Coordinación Regional ¿cuántos profesionales tiene? Y, sobre todo, ¿cómo valora usted el número? Ustedes mismos dan el dato de 170 pacientes no oncológicos atendidos al año. ¿Cómo valora usted que en tres años hayan contratado a 70 profesionales en todas las categorías? ¡Eso son 20 profesionales al año en todas las categorías! ¿Y que no lleguemos ni a la mitad del número de camas que son necesarias en cuidados paliativos en la Comunidad de Madrid, y que aún no se haya reconocido?

Me alegra saber que ustedes están a favor de reconocer y crear la categoría de experto en cuidados paliativos. ¡Háganlo! Claramente, en la Comunidad de Madrid tenemos una gran escasez de recursos paliativos a todos los niveles, y, mire, los cuidados paliativos no le cambian la muerte a una persona, los cuidados paliativos le cambian la vida a una persona, y hay muchas personas que no saben que pueden acceder a esos cuidados paliativos, que no saben que tienen esa posibilidad, que no saben que su patología se puede beneficiar de unos cuidados paliativos, porque piensan que los cuidados paliativos son solamente para los últimos meses de vida y cuando se tiene un cáncer terminal. Ese concepto hay que cambiarlo en la sociedad. Las familias tienen que saberlo. Todos conocemos familias que ni siquiera saben que pueden acceder o que pueden pedir unos cuidados paliativos. Es muy importante que nosotros dotemos a la sociedad de ese conocimiento, y tenemos que hacerlo dotándolos de recursos para que puedan llegar a ellos, porque, como digo, le cambian la vida a un neonato, a un niño, a una persona adulta, a un joven, y no solo en patologías terminales. Por tanto, por favor, entre todos vamos a luchar para que los cuidados paliativos en la Comunidad de Madrid sean una realidad y no sean una utopía o algo tabú de lo que nadie quiere hablar. Muchas gracias.

La Sra. **PRESIDENTA**: Muchas gracias. Tiene ahora el turno de intervención la señora Barahona, por el Grupo Socialista; cuando usted quiera.

La Sra. **BARAHONA PROL**: Gracias. Según fuentes de la Consejería de Sanidad, la evaluación final de este plan integral se realizó en el primer trimestre de 2020, pero no lo conocemos; eso sí, la señora Dávila debe tener información privilegiada por lo que ha dicho.

La Comisión Regional de Cuidados Paliativos, que sepamos, no se ha convocado nunca, por lo que no ha podido tener actividad, y la Oficina Regional dijo que en 2020 tenía como objetivo poner en marcha esta comisión y desarrollar las funciones que le corresponden, por lo que no sé si es que no le dejan a la oficina regional ejercer las competencias propias definidas en su creación.

En cuanto a la Ley 4/2017, que ratifica el derecho de los pacientes a recibir los cuidados paliativos, a una atención integral de calidad en el proceso de morir y a la formulación de instrucciones previas, también dice esta ley que todos los centros sanitarios y sociosanitarios, públicos y privados, tienen que contar con un órgano colegiado técnico asesor, que tiene que realizar el seguimiento de la implementación de lo dispuesto en esa ley. Pregunto, ¿comunican anualmente estos centros todas las actuaciones implementadas y la consejería tiene registro tanto de los órganos colegiados como de las acciones que han implementado?

Realmente, las instrucciones previas suponen un escalón en ese respeto a la autonomía del paciente, pero, a pesar del reconocimiento y de los avances legales, su utilización sigue siendo escasa. Según los datos del registro nacional de instrucciones previas, a fecha de julio de 2021 en la Comunidad de Madrid había 35.505 declarantes de instrucciones previas, lo que supone únicamente el 0,52 por ciento de la población. Me gustaría saber si hay lista de espera para ejercer este registro de instrucciones previas, cuántas personas se registran de media mensualmente, por ejemplo, si esto queda reflejado en la historia clínica del paciente y si, además, el ciudadano puede acceder a esta instrucción previa que él ha registrado a través de la carpeta de salud.

Y, bueno, ya que ha salido la Ley Orgánica de Regulación de la Eutanasia, la Comisión de Garantía y Evaluación sigue sin constituirse en la Comunidad de Madrid. Desde luego, el Gobierno de la Comunidad de Madrid debería ser más escrupuloso en el cumplimiento de las leyes aprobadas, porque, una vez aprobadas, aplica incumplimiento tras incumplimiento. No cumple los plazos. No desarrolla al completo las leyes. ¡Siempre le quedan flecos! Y, desde luego, siempre hay trabas burocráticas para aplicar la ley.

Hay una falta preocupante de formación y de información sobre los cuidados paliativos y no se puede mirar para otro lado en una atención tan importante como esta. Gracias.

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

El Sr. **FIGUERA ÁLVAREZ**: Muchas gracias. Efectivamente, su comparecencia siempre es de buenas intenciones y se lo agradecemos, pero creo que ha salido a la luz que hay grandes deficiencias. La no evaluación del plan, no tener una Memoria económica; pensar que se va a hacer otro plan sin contar con el Observatorio, sin contar con los partidos políticos ni con las asociaciones, nos conduce a más de lo mismo, buenas palabras pero, al final, ustedes gobiernan como les da la gana. Venimos aquí, y creo que todos los grupos estamos suficientemente preparados y hemos hecho unas preguntas lo suficientemente centradas en la problemática como para que se nos trate con un poco más de capacidad de respuesta, porque realmente al final siempre es lo mismo, y lo que usted nos ha contado lo hemos leído antes, en cinco minutos, en el plan estratégico. Entonces, ¿se compromete realmente a darnos la evaluación del plan? Si ya está, ¿se compromete a pasarla a los grupos políticos? ¿Se compromete a que haya una Memoria económica de ese plan? ¿Cuánto se ha

gastado de verdad en cuidados paliativos en todos los ámbitos? Y, ¿se compromete a que tenga unos nuevos presupuestos, que espero que vengan ahora, en noviembre, en los que podamos saber y distinguir qué va a lo hospitalario, qué va a formación continuada y, sobre todo, qué va a Atención Primaria para que en esta haya una mayor intervención?

Nosotros, igual que muchas asociaciones científicas, no tenemos tan claro que haya necesidad de una especialidad médica en cuidados paliativos, sino áreas de formación y capacitación específicas, que estamos reclamando desde todos los ámbitos y que estaba en el plan. ¿Se compromete a que aumente y a decir con cuántas partidas y quién lo va a hacer? Y, sobre todo, la coordinación. Un problema enorme en este momento es el problema de coordinación por el desastre en el que está sumido el Summa-112 por el continuo cambio y la interinidad permanente en todos los equipos, así como la coordinación entre el PAL 24, que depende en parte del Summa, las camas... Digamos que todas esas atribuciones que tiene son demasiadas para tan poca gente como hay allí, y no dan abasto y se retrasan. Nos lo dicen los propios compañeros de Atención Primaria, que llaman, y llaman, y muchas veces son atendidos con muchísimo retraso.

Y, desde luego, es fundamental el tema de los cuidados paliativos pediátricos. No podemos seguir exactamente igual que en 2016 ahora que las personas, los familiares, están mucho mejor informados; cuando sabemos lo importante que es el asesoramiento para que esos niños puedan tener unos buenos tratos, igual que en Atención Temprana; cuando sabemos lo necesarios que son y, proporcionalmente, el poco dinero que cuesta. Es una cuestión de voluntad política de priorizar e invertir. ¿Se compromete a aumentar todos los cuidados paliativos pediátricos no solo en el Niño Jesús sino también a nivel de todo Madrid? Porque, ¿hay otros hospitales y otras unidades infantiles? Es que, si no, la gente tiene que recorrer muchos kilómetros y la Comunidad de Madrid es muy grande para poder recibir esa atención.

Y, sobre todo, creo que es fundamental aclarar, de una vez por todas, si se va a hacer esta capacitación específica en Atención Primaria para la mayoría de los profesionales o si se va a apostar por una especialización.

La Sra. **PRESIDENTA**: Vaya terminando, por favor.

El Sr. **FIGUERA ÁLVAREZ**: Y la segunda parte son siempre las externalizaciones. La Asociación Española de Lucha contra el Cáncer ha hecho una labor estupenda, sobre todo al principio, pero no puede ser que en sus manos esté un 30 por ciento del tema de los cuidados paliativos, porque usted mismo lo ha dicho, solo se ocupan de lo oncológico y hoy en día la necesidad de cuidados paliativos es muchísimo más amplia y, desde luego, afecta a un montón de áreas: psicológica, social y espiritual. ¿Se comprometen a cambiar el modelo y a revisar los convenios?

La Sra. **PRESIDENTA**: Ha agotado el tiempo.

El Sr. **FIGUERA ÁLVAREZ**: Muchas gracias.

La Sra. **PRESIDENTA**: Muchas gracias. Tiene la palabra la señora del Grupo Popular, Ana Dávila.

La Sra. **DÁVILA-PONCE DE LEÓN MUNICIO**: Muchas gracias. Nosotros, para terminar, simplemente decir que le agradecemos la información que nos ha detallado tanto en su primera intervención como en la segunda, en la que ha dado respuesta a algunas de las cuestiones que nos faltaban por conocer.

En nuestro caso, me gustaría decirle a la portavoz del Grupo Socialista que no tengo ninguna información privilegiada, simplemente procuro documentarme y procuro acceder a lo que puedo acceder, de la misma manera que puede hacerlo usted; así, he accedido a mucha información que era de los propios profesionales, a la que ustedes también pueden acceder, por ejemplo, sobre el registro de instrucciones previas. Es que hay veces que ustedes preguntan, reiterativamente, cosas que están publicadas, que cómo no va a venir el director general a trasladárselas, pero es que las vuelven a preguntar; entonces, bueno, yo procuro documentarme.

Respecto a una de las cuestiones que ha trasladado el señor director general, la falta de psicólogos clínicos, en esta misma Cámara, en un Pleno antes de verano, se aprobó una proposición no de ley para exigir al Gobierno que convocase más plazas tanto PIR como MIR, en este caso también para psiquiatría, para salud mental infanto-juvenil, que fue un compromiso que adquirió la ministra allá por el mes de febrero, pero estamos en el mes de octubre y no hemos visto ninguna voluntad, más allá de anunciarlo. Y no nos referimos a más plazas MIR, sino a las mismas plazas pero repartidas para que haya más para la especialidad de psiquiatría infanto-juvenil, algo que también fue anunciado y de lo que tampoco sabemos nada.

Agradecerle el trabajo que están haciendo respecto a la puesta en marcha del nuevo hospital de media y larga estancia en el antiguo Puerta de Hierro. Sabemos que ya está el plan funcional. Somos conscientes de que ese trabajo es un trabajo muy arduo, así que, agradecer también que nos haya trasladado esa información.

Ha dicho el señor portavoz de Más Madrid que no hay planes económicos o Memorias económicas concretas, pero eso no quiere decir que no se haya dado cuenta aquí en muchísimas ocasiones, por ejemplo, de la dotación económica del Plan de Salud Mental, del que también hemos hablado largo y tendido.

En definitiva, darle las gracias por su comparecencia y animarles a que sigan trabajando. Desde nuestro Grupo les queremos agradecer tanto a su Dirección General como a la Oficina y a todos los profesionales su trabajo día a día por una mejor atención paliativa para los pacientes de la Comunidad de Madrid. Muchas gracias.

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

El Sr. **DIRECTOR GENERAL DE ASISTENCIA SANITARIA Y ASEGURAMIENTO** (Vázquez Castro): Muchas gracias a todos por las propuestas y las preguntas; muchas de ellas estaré encantado de responderlas por escrito cuando me lo soliciten, ya que algunas me han quedado en el tintero.

Hacer una pequeña puntualización respecto al decreto que regula la Comisión de Garantías y de Evaluación, que ha salido en varias ocasiones. Respecto a este tema, como saben, por tiempos administrativos es casi inviable llegar a hacer una tramitación, que hemos hecho por la vía de urgencia, y probablemente estará en breve. Así, en las próximas semanas, si no en esta, probablemente esté ya el decreto que regula no solamente esta comisión sino también el marco en el que van a estar los objetores de conciencia; eso, por un lado.

Luego, creo que no tenemos que perder la perspectiva de la Comunidad de Madrid respecto a los cuidados paliativos. Creo que a lo mejor no he dicho suficientemente que, con independencia de las unidades específicas que cité antes, la esencia de los cuidados paliativos, su eje vertebrador, es la Atención Primaria; por esto, llevamos muchos, muchísimos años, dentro del contrato programa y dentro de la cartera de servicios del médico y de la enfermera de Atención Primaria, dando un servicio que se llama Atención al Paciente con Necesidades de Cuidados Paliativos. Tenemos que hacer hincapié en esto porque todos los años hay un montón de acciones en el plan formativo, pero nunca son suficientes porque tenemos que llegar a todo el mundo; por lo tanto, creo que la primera premisa es que todo el mundo debe conocer esto, que ningún paciente con necesidad de cuidados paliativos en la Comunidad de Madrid de estar sin información o sin una atención de cuidados básicos. Y otra tarea sería que, en aquellos casos que no reciben esa atención básica porque son derivados directamente a cuidados paliativos específicos, se incida en que esa información llegue hasta el último profesional de Atención Primaria porque es el eje.

Y quiero aprovechar, fundamentalmente, para dar las gracias a todos los profesionales que están trabajando en este ámbito, muchas veces en silencio porque no se conoce mucho su actividad y su trabajo, incluyendo a los profesionales que participan en el PAL 24, que, por cierto, depende de Atención Primaria y no del Summa, aunque el PAL esté ubicado en esas oficinas. Lógicamente, mi compromiso es que en cuanto esté el plan lo compartiremos, como no puede ser de otra manera. Muchísimas gracias.

La Sra. **PRESIDENTA**: Muchísimas gracias, señor director general de Asistencia Sanitaria y Aseguramiento.

Pasamos al siguiente punto del orden del día.

— **RUEGOS Y PREGUNTAS.** —

¿Algún ruego o alguna pregunta? Si no hay ruegos, si no hay preguntas, cerramos la sesión.
Buenas tardes.

(Se levanta la sesión a las 19 horas y 30 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