

Diario de Sesiones de la Asamblea de Madrid



Número 441

13 de marzo de 2023

XII Legislatura

COMISIÓN DE SANIDAD

PRESIDENCIA

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

Sesión celebrada el lunes 13 de marzo de 2023

ORDEN DEL DÍA

1.- C-355/2023 RGEF.3259. Comparecencia de la Sra. Presidenta de la Asociación Diabetes Madrid, a petición del Grupo Parlamentario Popular, al objeto de informar sobre retos que afrontan los pacientes con diabetes. (Por vía del artículo 211 del Reglamento de la Asamblea).

2.- PCOC-5/2023 RGEF.86. Pregunta de respuesta oral en Comisión, a iniciativa de la Sra. D.^a Vanessa Lillo Gómez, diputada del Grupo Parlamentario Unidas Podemos, al Gobierno, con el siguiente objeto: valoración que hace del sistema de adjudicación de contratos para la prestación de servicios en el Hospital Isabel Zendal.

3.- PCOC-602/2023 RGEF.2706. Pregunta de respuesta oral en Comisión, a iniciativa de la Sra. D.^a Vanessa Lillo Gómez, diputada del Grupo Parlamentario Unidas Podemos, al

Gobierno, con el siguiente objeto: valoración que hace de la situación de las listas de espera sanitaria.

4.- PCOC-612/2023 RGEF.2739. Pregunta de respuesta oral en Comisión, a iniciativa del Sr. D. Javier Padilla Bernáldez, diputado del Grupo Parlamentario Más Madrid, al Gobierno, con el siguiente objeto: situación en que se encuentra la construcción del nuevo centro de salud del Ensanche de Vallecas.

5.- PCOC-614/2023 RGEF.2741. Pregunta de respuesta oral en Comisión, a iniciativa del Sr. D. Javier Padilla Bernáldez, diputado del Grupo Parlamentario Más Madrid, al Gobierno, con el siguiente objeto: acciones que van a poner en marcha desde el ámbito sanitario en relación con la soledad no deseada en la Comunidad de Madrid.

6.- PCOC-687/2023 RGEF.3163. Pregunta de respuesta oral en Comisión, a iniciativa de la Sra. D.ª Gábor Pilar Joya Verde, diputada del Grupo Parlamentario Vox en Madrid, al Gobierno, con el siguiente objeto: medidas que están desarrollando para ayudar a los enfermos con EPOC (Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica) en la Comunidad de Madrid.

7.- PCOC-753/2023 RGEF.3635. Pregunta de respuesta oral en Comisión, a iniciativa de la Sra. D.ª Gábor Pilar Joya Verde, diputada del Grupo Parlamentario Vox en Madrid, al Gobierno, se pregunta cómo valora la atención que reciben los padres que van a tener un hijo con discapacidad en los hospitales del Servicio Madrileño de Salud (SERMAS).

8.- En su caso, C-353/2023 RGEF.3174. Comparecencia del Sr. D. José María Molero García, especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, a petición de los Grupos Parlamentarios Más Madrid, Socialista y Unidas Podemos, al objeto de informar sobre situación de la Atención Primaria del Servicio Madrileño de Salud. (Por vía del artículo 211 del Reglamento de la Asamblea).

9.- Ruegos y preguntas.

SUMARIO

	Página
- Se abre la sesión a las 16 horas y 4 minutos.	25899
— Modificación del orden del día: tramitación del punto sexto en cuarto lugar, PCOC-687/2023 RGEF.3163 y del punto séptimo en quinto lugar, PCOC-753/2023 RGEF.3635.	25899

— C-355/2023 RGEF.3259. Comparecencia de la Sra. Presidenta de la Asociación Diabetes Madrid, a petición del Grupo Parlamentario Popular, al objeto de informar sobre retos que afrontan los pacientes con diabetes. (Por vía del artículo 211 del Reglamento de la Asamblea).	25899
- Exposición de la Sra. Presidenta de la Asociación Diabetes Madrid.	25899-25904
- Intervienen, en turno de portavoces, la Sra. Lillo Gómez, la Sra. Joya Verde, la Sra. Díaz Ojeda, el Sr. Padilla Bernáldez y la Sra. Marbán de Frutos.	25904-25914
- Interviene la Sra. Presidenta de la Asociación, dando respuesta a los señores portavoces.	25914-25917
— PCOC-5/2023 RGEF.86. Pregunta de respuesta oral en Comisión, a iniciativa de la Sra. D.^a Vanessa Lillo Gómez, diputada del Grupo Parlamentario Unidas Podemos, al Gobierno, con el siguiente objeto: valoración que hace del sistema de adjudicación de contratos para la prestación de servicios en el Hospital Isabel Zendal.	25917
- Interviene la Sra. Lillo Gómez, formulando la pregunta.	25917-25918
- Interviene el Sr. Viceconsejero de Asistencia Sanitaria y Salud Pública, respondiendo la pregunta.	25918-25919
- Intervienen la Sra. Lillo Gómez y el Sr. Viceconsejero, ampliando información.	25920-25921
— PCOC-602/2023 RGEF.2706. Pregunta de respuesta oral en Comisión, a iniciativa de la Sra. D.^a Vanessa Lillo Gómez, diputada del Grupo Parlamentario Unidas Podemos, al Gobierno, con el siguiente objeto: valoración que hace de la situación de las listas de espera sanitaria.	25921
- Interviene la Sra. Lillo Gómez, formulando la pregunta.	25921-25922
- Interviene el Sr. Viceconsejero de Asistencia Sanitaria y Salud Pública, respondiendo la pregunta.	25922-25924
- Intervienen la Sra. Lillo Gómez y el Sr. Viceconsejero, ampliando información.	25924-25925
— PCOC-687/2023 RGEF.3163. Pregunta de respuesta oral en Comisión, a iniciativa de la Sra. D.^a Gábor Pilar Joya Verde, diputada del Grupo Parlamentario Vox en Madrid, al Gobierno, con el siguiente objeto: medidas que están desarrollando para ayudar a los enfermos con EPOC (Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica) en la Comunidad de Madrid.	25925

- Interviene la Sra. Joya Verde, formulando la pregunta.	25925-25926
- Interviene el Sr. Viceconsejero de Asistencia Sanitaria y Salud Pública, respondiendo la pregunta.	25926-25927
- Intervienen la Sra. Joya Verde y el Sr. Viceconsejero, ampliando información.	25928
— PCOC-753/2023 RGEF.3635. Pregunta de respuesta oral en Comisión, a iniciativa de la Sra. D.ª Gádor Pilar Joya Verde, diputada del Grupo Parlamentario Vox en Madrid, al Gobierno, se pregunta cómo valora la atención que reciben los padres que van a tener un hijo con discapacidad en los hospitales del Servicio Madrileño de Salud (SERMAS).	25929
- Interviene la Sra. Joya Verde, formulando la pregunta.	25929
- Interviene el Sr. Viceconsejero de Asistencia Sanitaria y Salud Pública, respondiendo la pregunta.	25929-25931
- Intervienen la Sra. Joya Verde y el Sr. Viceconsejero, ampliando información.	25931-25932
— PCOC-612/2023 RGEF.2739. Pregunta de respuesta oral en Comisión, a iniciativa del Sr. D. Javier Padilla Bernáldez, diputado del Grupo Parlamentario Más Madrid, al Gobierno, con el siguiente objeto: situación en que se encuentra la construcción del nuevo centro de salud del Ensanche de Vallecas.	25932
- Interviene el Sr. Padilla Bernáldez, formulando la pregunta.	25932
- Interviene el Sr. Viceconsejero de Asistencia Sanitaria y Salud Pública, respondiendo la pregunta.	25932-25934
- Intervienen el Sr. Padilla Bernáldez y el Sr. Viceconsejero, ampliando información. .	25934-25936
— PCOC-614/2023 RGEF.2741. Pregunta de respuesta oral en Comisión, a iniciativa del Sr. D. Javier Padilla Bernáldez, diputado del Grupo Parlamentario Más Madrid, al Gobierno, con el siguiente objeto: acciones que van a poner en marcha desde el ámbito sanitario en relación con la soledad no deseada en la Comunidad de Madrid.	25936
- Interviene el Sr. Figuera Álvarez, formulando la pregunta.	25936
- Interviene el Sr. Director General de Coordinación Sociosanitaria, respondiendo la pregunta.	25936-25938

- Intervienen el Sr. Figuera Álvarez y el Sr. Director General, ampliando información..	25938-25940
— C-353/2023 RGEF.3174. Comparecencia del Sr. D. José María Molero García, especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, a petición de los Grupos Parlamentarios Más Madrid, Socialista y Unidas Podemos, al objeto de informar sobre situación de la Atención Primaria del Servicio Madrileño de Salud. (Por vía del artículo 211 del Reglamento de la Asamblea).	25940
- Exposición del Sr. Molero García, Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. . .	25940-25945
- 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.	25945-25958
- Interviene el Sr. Molero García, Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, dando respuesta a los señores portavoces.	25959-25963
— Ruegos y preguntas.	25963
- Intervienen la Sra. Lillo Gómez, la Sra. Joya Verde, la Sra. Díaz Ojeda, el Sr. Padilla Bernáldez y el Sr. Raboso García-Baquero.	25963-25966
- Se levanta la sesión a las 19 horas y 50 minutos.	25966

(Se abre la sesión a las 16 horas y 4 minutos).

La Sra. **PRESIDENTA**: Buenas tardes, señorías. Vamos a dar comienzo a la Comisión de Sanidad de hoy, lunes 13; para ello, les proponemos una alteración en el orden del día, consistente en trasladar las PCOC 687/23 y 753/23, que son los puntos sexto y séptimo del mismo, a continuación del tercero, es decir, de la PCOC 602/23. Para que la comisión acuerde esta alteración del orden del día, conforme al artículo 107.3 del Reglamento, se requiere unanimidad; por lo tanto, les pido que manifiesten si hay alguna observación o alguno no lo considera así; si no, haremos la modificación del orden del día. *(Pausa.)* Pues damos paso a la primera comparecencia.

C-355/2023 RGE.3259. Comparecencia de la Sra. Presidenta de la Asociación Diabetes Madrid, a petición del Grupo Parlamentario Popular, al objeto de informar sobre retos que afrontan los pacientes con diabetes. (Por vía del artículo 211 del Reglamento de la Asamblea).

Pido, por favor, a la señora presidenta de la Asociación Diabetes Madrid que venga a acompañarnos en la mesa. *(Pausa.)* Según el Reglamento, la primera intervención la hace la persona invitada, que es doña Pilar Martínez Gimeno, presidenta de la Asociación Diabetes Madrid, a la que ya tenemos en la mesa. Queremos darle las gracias por venir, así como a los invitados que están hoy también en la comisión; cuando usted quiera, tiene la palabra, enciende el micrófono y la escuchamos atentamente. Muchísimas gracias.

La Sra. **PRESIDENTA DE LA ASOCIACIÓN DIABETES MADRID** (Martínez Gimeno): Muy buenas tardes, señora presidenta, señoras y señores diputados, señorías. Quiero iniciar mi intervención agradeciendo al Grupo Parlamentario Popular haber propuesto mi comparecencia en esta Comisión de Sanidad de la Asamblea de Madrid. Constituye un honor para mí representar esta tarde a todas las personas con diabetes de la Comunidad de Madrid. Agradecemos también a la Asamblea de Madrid y a los grupos parlamentarios la oportunidad que han brindado a las asociaciones de pacientes de estar presentes en este sitio y, además, en particular, a Diabetes Madrid, que nos han dado protagonismo en varias ocasiones: la participación en la primera jornada de diabetes que celebramos en la Asamblea en noviembre de 2021, contando con la participación de los grupos parlamentarios; iluminar el edificio en color azul, que es nuestro color institucional, conmemorando el Día Mundial de la Diabetes, el 14 de noviembre, y la reunión después mantenida con la presidenta doña Eugenia Carbaldo, acreditan nuestra presencia en la Asamblea de Madrid, y reiteramos nuestro agradecimiento.

A pesar del anuncio realizado tras la aprobación del II Plan de Humanización, aún no ha visto la luz el Consejo Regional de Pacientes, algo que realmente estamos esperando ansiosos. Por eso, la apertura de las puertas de esta Asamblea a los pacientes es particularmente muy importante para nosotros.

Doy las gracias a la presidenta de esta comisión, la diputada Marta Marbán de Frutos, por hacerlo posible y facilitarnos esta tarea; muchas gracias, Marta.

Como presidenta de la Asociación Diabetes Madrid me van a permitir que les dé algunas pinceladas de quiénes somos. Es importante que nos conozcan, para los que no nos conocen todavía. Somos una entidad sin ánimo de lucro y reconocida de utilidad pública desde el año 2012. Nuestra asociación tiene más de cuarenta y siete años de vida y reúne a más de 3.000 familias de la Comunidad de Madrid que aglutinamos a personas de todas las edades con diabetes tipo 1 y diabetes tipo 2.

Nuestra actividad la basamos en cuatro líneas de actuación: defendemos, educamos, informamos y acompañamos. En primer lugar, defendemos. Defendemos los derechos de las personas con diabetes como prioridad, basado en los principios de accesibilidad a la innovación y equidad. Efectuamos un seguimiento estricto de los procesos de adquisición pública de todos los productos sanitarios, medicamentos y tecnología que necesitamos nosotros, los pacientes. Así, y a modo de ejemplo, el año pasado fuimos especialmente exigentes en el concurso de agujas, y quiero agradecer a la Consejería de Sanidad que fuera sensible a esta petición y, finalmente, los pacientes con diabetes tendremos las agujas de mayor calidad en este momento, un logro muy importante teniendo en cuenta que los pacientes con diabetes que utilizan el tratamiento tradicional de inyecciones pueden llegar a aplicarse hasta 4.000 pinchazos anuales, con lo cual sabrán entender la importancia de las agujas. Señorías, los procedimientos de compra pública y elección de los suministros necesarios no pueden seguir basándose de forma predominante en el precio. La experiencia del paciente y atender sus demandas son más importantes.

Informamos también que hemos iniciado con la Consejería de Sanidad, junto a Fadcam, que es la federación de asociaciones de la Comunidad de Madrid, el procedimiento para acceder a los sensores para personas con diabetes tipo 2 insulinizadas, que hasta ahora no estaban incluidos en la cartera básica. Esperemos que la no aprobación de los presupuestos de la Comunidad de Madrid para este año 2023 y la convocatoria de elecciones para final de mayo no dejen en el camino este gran avance. Esperamos sea tomado muy en cuenta.

Por otra parte, llevamos la voz de los pacientes a más de diez hospitales de referencia en la Comunidad de Madrid, formando parte de los comités de pacientes, y dentro del área Educamos, ofrecemos anualmente más de treinta talleres de formación y educación diabetológica que permiten reforzar el conocimiento del manejo de la diabetes, a los que en 2022 acudieron más de 2.000 personas, socios y no socios.

Señorías, en todas nuestras actividades, especialmente en las dirigidas a niños y adolescentes, necesitamos personal sanitario que garantice un adecuado manejo de la diabetes. Quiero plantearos la necesidad de reconocer la participación de los sanitarios en nuestras actividades como parte de su formación práctica, especialmente los residentes, y que, en consecuencia, se les permita asistir sin menoscabo de sus vacaciones. Hay que promover y facilitar su presencia. Además, participar en estas actividades es como realizar un máster en diabetes; es lo que nos dicen los sanitarios que han

participado en nuestras actividades. Salen con un conocimiento de la diabetes que no se adquiere solamente en la consulta. Y a través de la Escuela Madrileña de Salud, también colaboramos en la educación dirigida a los pacientes con diabetes.

Dentro del programa Acompañamiento realizamos apoyo psicológico y emocional a las personas y familias de reciente diagnóstico. A través del acuerdo suscrito con la Consejería de Sanidad, ofrecemos, con nuestro personal voluntario, este servicio a cinco hospitales pertenecientes al Sermas, así como a los tres hospitales de Sanitas, y este año, también estamos iniciando ese acompañamiento con el grupo de hospitales HM, una labor muy importante.

Perseguimos dar visibilidad y conocimiento a la diabetes como eje de nuestra actividad. Así, en el programa Informamos desarrollamos un programa de charlas y formación dirigido a profesores y tutores en los centros escolares. La diabetes no debe suponer un freno en el progreso escolar de nuestros niños y niñas. Formamos asimismo a los profesionales sanitarios, a través de nuestros cursos de actualización, a los que el año pasado asistieron más de 600 enfermeras. Somos una de las pocas - creo que somos la única- asociaciones en España que estamos brindando este servicio de educación a profesionales sanitarios.

Con la actividad de difusión a través de nuestra web, también recibimos más de un millón de visitas al año e informamos permanentemente en nuestras redes sociales. Si entran en Twitter, Facebook, Instagram o LinkedIn, verán nuestra actividad permanente.

Y ahora me gustaría compartir con todos ustedes algunas cuestiones relevantes relacionadas con la diabetes. La diabetes es una pandemia. No es que sea alarmista; es así, es una realidad. Según datos de la Federación Internacional de la Diabetes -IDF- en 2021, España contaba con 5.141.000 personas con diabetes. La prevalencia de más de un 12 por ciento y su previsible evolución nos llevará a superar el 15 por ciento de la población con diabetes en 2040, cifras realmente alarmantes. En la Comunidad de Madrid, según una valoración efectuada por la propia Consejería de Sanidad, un millón de personas podrían tener diabetes, de los cuales han sido diagnosticados unos 450.000, confirmando los porcentajes medios de prevalencia del conjunto de España.

Y cabe señalar que la diabetes es la principal causa de enfermedades cardiovasculares en nuestro país, de enfermedades renales y otras complicaciones oftalmológicas, traumatológicas, de salud bucodental, y un largo etcétera. Hablamos de una carga en salud económica y social muy importante. La diabetes tipo 2 es una enfermedad multifactorial que se desarrolla en muchos casos con antecedentes genéticos familiares.

Les diré algo que suele pasar desapercibido: una persona con diabetes toma al día alrededor de 150 decisiones más que una persona que no tiene esta enfermedad. Todo influye en la diabetes: ir al trabajo andando o en coche requiere dosis de insulina diferentes; si haces ese día ejercicio, tienes que estar calculando "cuánta insulina me pongo, qué como antes, qué como después, qué como durante el ejercicio"; calcular los hidratos de carbono, todo lo que vas a ingerir durante el día; si estás enfermo

o con alguna infección, también se alteran los niveles de glucosa y tienes que ajustar... Esto es un largo etcétera con el que convivimos las personas que tenemos diabetes.

Y en un porcentaje muy alto, cuando la diabetes tipo 1 se presenta en niños y en adolescentes, uno de los progenitores, además, se ve obligado a dejar de trabajar para dedicarse al cuidado del menor, reduciendo su jornada laboral por cuidados de personas con enfermedades graves, y la diabetes lo es. Piensen un momento lo que ello significa.

Pero es que, además, no solo se requiere el cuidado en casa -controles a cualquier hora, alarmas que suenan, noches sin descanso...-, sino que el entorno escolar no ayuda a garantizar un adecuado seguimiento y manejo de la diabetes. Por un lado, el régimen y control de comidas impide que estos niños y niñas puedan quedarse en los comedores escolares. Y aquí va una reivindicación que hacemos desde Diabetes Madrid y desde el resto de asociaciones de España: la enfermería escolar es imprescindible. Aunque Madrid tiene cifras mejores que otras comunidades autónomas -eso lo reconocemos y lo reafirmamos siempre-, no podemos seguir como estamos. Este año, todo apunta a que el problema se va a acrecentar por problemas con los contratos laborales, algo que hay que rever y analizar. Trabajamos también en forma conjunta con otras entidades, como Satse, que es el sindicato de enfermería, y la Asociación Internacional de Enfermería Escolar, Amece, para revertir esta situación. Hoy en día, esta asignatura está suspendida.

Las personas con diabetes tipo 1 requieren, además, el uso de tecnología que les permita vivir la diabetes con normalidad: sensores y bombas, además de la imprescindible insulina, que es nuestra vida. Por ello, es fundamental incorporar las innovaciones en esta materia y hacerlo, además, de forma equitativa en el sistema madrileño de salud. Con frecuencia nos encontramos con servicios de endocrinología y pediatría que no pueden prescribir toda la tecnología disponible. Es una desigualdad que afecta de forma muy importante a buena parte de nuestra población: la falta de equidad, un tema que también tenemos que analizar.

La tecnología viene a mejorar la calidad de vida de las personas, pero no es infalible, y hemos de acudir con frecuencia al control y seguimiento manual también. Por ello, la limitación de las tiras, aunque pudiera parecer lógica -si utilizamos tecnología en diabetes tipo 1, no hacen falta tiras-, debería revisarse o tener garantías de acceso a las mismas si fuera necesario, porque muchas veces hay que pasar al sistema manual. Me ha ocurrido a mí personalmente en muchas ocasiones.

Respecto a bombas y sensores, conocemos la multiadjudicación en el lote 1 y el lote 2, quedando el lote 3 a expensas de la decisión de cada hospital, con las diferencias entre unos y otros. Hay que avanzar y apostar por sistemas de asa cerrada.

Y, como decía antes, los menores requieren de especial atención. Y aquí aprovecho para llamar la atención a sus señorías sobre los problemas de continuidad asistencial. Pasar de un servicio de endocrinología pediátrica a uno de adultos conlleva solicitar una nueva cita para empezar una nueva etapa, pero esa cita se está dando con una demora de hasta nueve meses. ¿Alguien puede explicar que

se pueda estar tantos meses sin tener el control y la supervisión del servicio correspondiente? Esto es inexplicable, pero realmente nos basamos en hechos concretos que nos traen a la asociación.

La Sra. **SECRETARIA**: Señora Martínez, tiene que ir finalizando.

La Sra. **PRESIDENTA DE LA ASOCIACIÓN DIABETES MADRID** (Martínez Gimeno): Sí, concluyo en un momentín. Este próximo día 16 hemos sido convocados por la Consejería de Sanidad a un grupo de trabajo para explorar experiencias, necesidades y expectativas de los pacientes sobre la continuidad de la atención; esperamos poder avanzar de verdad.

Y, con relación a la diabetes tipo 2, señorías, nos encontramos que el espacio de atención sanitaria a estas personas es la Atención Primaria. ¡No les digo nada más! Hay que plantearse la potencialidad de la Atención Primaria. Necesitamos educadores en diabetes.

Las personas salen con el diagnóstico de los centros de salud y nos llaman a la asociación para preguntarnos: "¿y ahora qué hago? ¿Qué dieta debo seguir?" Y, si le prescriben un sensor, "¿cómo me lo pongo?" Señorías, durante el año 2022, la asociación recibió más de 1.200 llamadas y atendió presencialmente a más de 300 personas, aun sin ser socios. Quiero resaltar que los fondos de los que dispone la asociación son limitados y provienen de las cuotas de nuestros socios y de la realización de actividades. Les propongo integrar a las asociaciones en el engranaje asistencial, complementario a los servicios sanitarios, y, en consecuencia, dotar de fondos públicos para ello. Señorías, la diabetes tipo 2 transcurre por diferentes etapas y eventualmente también se puede requerir insulinización. Ahora podremos contar con sensores para este tipo de pacientes con diabetes tipo 2 insulinizados, pero, junto al tratamiento, es más importante la prevención y la educación diabetológica. Señorías, las asociaciones somos parte del tratamiento, y por ello reclamamos que desde Atención Primaria y Hospitalaria se prescriba asociación; como decía antes, nos integremos en el sistema sanitario. Pedimos que, al salir de la consulta, se les informe de los servicios y atenciones que ofrece Asociación Diabetes Madrid y otras asociaciones, en su caso.

Por ello -concluyo, señorías-, no vengo aquí solo a hablar de mi libro ni a plantear solo una batería de reclamaciones. Quiero dejar claro que somos una asociación comprometida con todas las personas con diabetes de la Comunidad de Madrid. Tenemos un compromiso claro con la gestión sanitaria pública y queremos participar, y podemos hacerlo. Solo nos falta que lo quieran así las autoridades sanitarias y los grupos parlamentarios. Gracias, señora presidenta. Gracias, señorías, y quedo a su disposición ahora y en cualquier otro momento que consideren oportuno. Y cuidense, señorías, porque, según las estadísticas, 1 de cada 10 personas tendrá diabetes, así que alguno de vosotros la tendrá, y nosotros estaremos para dar el apoyo y la educación necesaria. Muchas gracias.

La Sra. **SECRETARIA**: Muchas gracias, señora Martínez; es que los tiempos están muy reglados. Nos encantaría estar escuchándola más tiempo, pero hemos sido demasiado benévolo; ha estado interesante, pero los tiempos son los tiempos. Puede quedarse aquí; a continuación tendrá un segundo turno, si quiere, para cerrar.

La Sra. **PRESIDENTA DE LA ASOCIACIÓN DIABETES MADRID** (Martínez Gimeno): De acuerdo.

La Sra. **SECRETARIA**: Ahora vamos a dar paso al turno de los grupos parlamentarios, y damos la palabra, por tiempo de diez minutos, a la representante de Unidas Podemos.

La Sra. **LILLO GÓMEZ**: Gracias, presidenta. Buenas tardes, señorías. Buenas tardes y bienvenida, señora Martínez. Es un placer que nos volvamos a ver en esta comisión. Agradecer la intervención que ha hecho. Yo creo que hay poco más que añadir para contar desde la experiencia concreta lo que supone la actividad que llevan a cabo en su día a día, la actividad de la asociación. Y también agradecer siempre su predisposición y su disponibilidad, porque, por lo menos en nuestra experiencia, cada vez que hemos tenido una reunión o hemos podido charlar sobre algunos retos... algunos de ellos los ha comentado usted. En lo que tenía que ver con la tecnología y con esa problemática derivada de tener solamente en cuenta el precio con las agujas, yo me alegro muchísimo de que finalmente su opinión haya sido tomada en cuenta -al final, es la opinión de quien tiene que utilizarlas a diario, y que lo único que está pidiendo es una mejor calidad de vida, teniendo en cuenta que tiene una enfermedad crónica, para que sea lo más llevadera posible- y de que la consejería les haya escuchado.

Simplemente plantear algunos elementos que desde nuestro grupo nos parecen muy importantes. Por ejemplo, tal y como ha puesto de manifiesto, la necesidad de abordar de manera transversal la vida de las personas que padecen diabetes, porque, al final, como dice, solamente el hecho de que una persona con diabetes tenga que tomar 150 decisiones más al día que una persona que no la tiene ya influye, desde que se levanta hasta que se acuesta, no solamente en el momento de tener que medirse la insulina, sino en lo que tiene que ver incluso con su puesto de trabajo..., es decir, decisiones a las cuales yo creo que la Administración tiene que acompañar, o tiene que poner todas las herramientas disponibles para evitar que el hecho de tener una enfermedad crónica suponga, al final, no tener la libertad de tomar decisiones, sino tener que tomar siempre la misma porque es lo que le va a posibilitar una vida.

En este sentido, con la Administración, yo creo que también ha quedado patente el papel importantísimo que cumplen las asociaciones. El viernes, además, tuvimos la jornada con la Federación de Enfermedades Raras, y vimos que las asociaciones y en general el tercer sector llegan sin lugar a dudas donde no llega la Administración, pero eso no puede ser óbice para que la Administración se relaje y entienda que las asociaciones pueden sustituir el papel que debe cumplir la Administración. Usted lo ha dicho: al final tienen que atender ese volumen de llamadas y de atenciones, con las dificultades que conlleva. Esto necesita presupuesto, etcétera. Yo creo que, por un lado, la Administración tiene que garantizar que cumple con su papel. En este caso, ha hablado de la importancia que tiene la Atención Primaria. Luego, vamos a hablar largo y tendido sobre esto. Desde la Administración, hay que garantizar que se tiene la Atención Primaria lo suficientemente fuerte y con los profesionales necesarios para abordar este tipo de cuestiones, y, de la misma manera, como decía, no dejar única y exclusivamente en manos de las asociaciones, como buenamente puedan, hacer esos

trabajos. Al final, yo creo que esto necesita una implicación más fuerte, una coordinación más fuerte, teniendo en cuenta a estas asociaciones para que puedan hacer un trabajo de manera coordinada, pero insistiendo en que la Administración creo que tiene una mayor responsabilidad para cumplir, y no debe ser sustitutoria una de la otra.

Hay un elemento que yo creo que es muy importante, que es la población joven, y sobre todo es preocupante; daré algunos datos. Es verdad que la página de la consejería incluso habla de... sigue diciendo a día de hoy, 2023, "según los datos más recientes, en 2015"...; luego, volveré a esto. Habla de que, en 2015, el 9,3 por ciento de la población madrileña de 30 a 74 años tiene diabetes, el 12,3 por ciento de los hombres y el 6,4 por ciento de las mujeres, y habla de esa necesidad de intervención estructurada, de fomento de la actividad física y de la dieta para disminuir el riesgo de desarrollar la enfermedad. Y, respecto a la población joven, habla de que, a pesar de que la diabetes tipo 2 es la forma de diabetes más frecuente en personas mayores de 40 años, empieza a haber un alarmante aumento de este tipo de diabetes en la población joven. Yo creo que esto también tiene que ser algo que desde la Administración se tenga en cuenta, y cómo incidir desde los centros escolares, fomentando una dieta saludable, la actividad física..., porque yo creo que es un dato preocupante y que necesita de programas transversales.

Otro apartado tiene que ver con el mundo laboral. Yo creo que también es una responsabilidad por parte de la Administración garantizar normativas... Evidentemente, tener diabetes no supone una merma en la capacidad de trabajo de una persona y, sin embargo, a día de hoy, por desgracia, como en tantas enfermedades crónicas, sigue el "que no se note", "que no se enteren", por si esto puede significar un despido, etcétera, etcétera. Y esto tampoco ayuda a esos hábitos saludables necesarios incluso en el puesto de trabajo, donde se pasan tantas horas, en lo que tiene que ver con el sedentarismo, con el estrés... Entonces, yo creo que ahí también tenemos un reto, desde la visibilidad, la normalización de las enfermedades crónicas y de los puestos de trabajo, y la responsabilidad también a nivel empresarial, para que esto no suponga ni mucho menos una discriminación y que una persona que tiene diabetes no tenga que ocultar esa enfermedad por miedo a una discriminación o a un señalamiento, y yo creo que ahí también se puede avanzar mucho en ese sentido.

Y, luego, un tercer elemento, que también hay datos que hablan de ello: los condicionantes socioeconómicos. Aquí, en la Comisión de Sanidad, es verdad que algunos grupos hemos insistido mucho en los factores sociales que influyen en la salud, tanto mental como física, y en que hay estudios que hablan de que los ancianos, las personas con menores rentas, con menor nivel educativo, tienen al menos más riesgo de sufrir diabetes. Entonces, yo creo que desde la Administración, en coordinación con las asociaciones, también es algo que se tiene que abordar.

Y un cuarto elemento, que tiene que ver -usted lo ha planteado- con la participación, no solamente -entiendo yo- la participación de los sanitarios, sino la participación de los propios pacientes. Es verdad que existen las herramientas, como pueden ser los consejos sectoriales de salud, o muchos elementos que están sobre el papel y sobre la norma, o la propia Escuela Madrileña de Salud, que podría ser una herramienta muy potente para todo esto que hablamos de esa visibilidad, de esa formación,

etcétera, etcétera, pero desde nuestro grupo muchas veces hemos denunciado que creemos que no se les está dando el protagonismo necesario o no se están utilizando.

Y termino con el planteamiento, si nos puede contestar..., porque esto ya es desconocimiento. Si no me equivoco, el último estudio que hay hecho por la Comunidad de Madrid es el de 2015; había otro anterior, el de 2011. Yo entiendo -y aprovecho- que sería más que necesario que, a fecha de 2023, sabiendo, además, los datos que se presuponen y los riesgos que están por llegar, hubiera un compromiso firme de actualizar esos datos, y que desde la Administración pública -que, al final, es quien tiene las herramientas para poder hacerlo- se actualizaran estos datos y se hiciera un estudio.

Yo termino aquí agradeciendo de nuevo su comparecencia. Encantada de volver a verla, además en esta que es la última comisión de esta legislatura, y quedamos a su disposición, como siempre. Muchas gracias.

La Sra. **SECRETARIA**: Muchísimas gracias, señora Lillo. A continuación, y por tiempo también de diez minutos, tiene la palabra el Grupo Parlamentario Vox.

La Sra. **JOYA VERDE**: Muchas gracias, señora presidenta. Bienvenida a esta comisión, señora Martínez. Le vamos a hacer muchas preguntas; entonces, ya le aviso de que probablemente no tenga mucho tiempo ni pueda respondernos a todas, pero yo quiero ser concreta en las cosas sobre las que le quería preguntar.

¿Han hecho ustedes o tienen alguna valoración del impacto que la covid ha tenido sobre la población de diabéticos en la Comunidad de Madrid, y alguna valoración y evaluación, a tres años vista, tres años después del inicio de la pandemia, de qué grado de recuperación se ha dado sobre ese impacto que ha tenido el covid sobre la población de diabéticos, tan vulnerables? Espere, que no nos vemos; me voy a poner..., perdone. Si tiene algunos datos o han hecho algún estudio, ¿me lo puede apuntar, aunque sea para que lo podamos estudiar?

Me quería referir también al convenio que establecieron con la Comunidad de Madrid, con la consejería, en 2020, para desarrollar el proyecto Acogida de Familias en los hospitales del Sermas. Quería que, por favor, nos diera una valoración de cómo se ha desarrollado a día de hoy, qué resultados ha tenido, qué carencias encuentra, qué fortalezas o qué debilidades a la hora de desarrollar este programa. Quiero saber si se ha renovado o se mantiene el mismo convenio tal cual estaba en 2020; si, a lo largo de estos años desde que se firmó el convenio, se han incorporado nuevos hospitales a los que ya se contemplaba que iban a iniciar el programa con ustedes. ¿Hay evaluación de los resultados de este proyecto ya? ¿Lo han evaluado de alguna manera? ¿Qué problemáticas han detectado en este programa, influidas por la pandemia, que antes no se dieran? ¿Y cómo valora la implantación de las campañas de la consejería, dado que uno de sus objetivos es participar activamente en campañas de prevención, promoción de la salud, detección precoz de la enfermedad y sensibilización? ¿Cómo valora la implicación de la consejería en estas campañas?

Querría también que me diera su valoración en cuanto a la investigación en diabetes en nuestra comunidad; cuál es su opinión acerca de lo que se está invirtiendo en investigación, de los esfuerzos que se están haciendo y de los resultados que se están obteniendo. ¿Cree usted que serían mejorables? ¿Cuál es su opinión en cuanto a la investigación?

Quería hacerle una referencia al estudio CODE-2, que se ha ido actualizando -que seguro que usted conoce-, que concluye que un paciente diabético sin complicaciones en España supone un coste de unos casi 900 euros al año, mientras que, si presentan complicaciones, ese coste asciende a 2.134 euros, a lo que habría que sumar 1.180 si sufre un infarto y casi 300 por ingreso. Sin embargo, este estudio concluye que, del sobrecoste total que arroja este informe, solo un 9,3 por ciento es imputable a los medicamentos; es decir, una reducción del 90 por ciento del precio de los medicamentos solo supondría un ahorro, como máximo, de 740 euros anuales.

Desde este punto de vista -resumiendo o concluyendo-, que el gasto de unos días de ingreso hospitalario por una diabetes mal controlada es muy superior al gasto del tratamiento de todo el año, yo quiero preguntarle cuál es su opinión acerca de la posible implicación de los farmacéuticos y de las oficinas de farmacia, en el sentido de la colaboración o divulgación, con los socios de su asociación y con el colectivo de diabéticos, y el desarrollo de servicios profesionales remunerados por parte de la Consejería de Sanidad. En concreto, los servicios de seguimiento -SFT-, la revisión de la medicación -RUM-, los sistemas personalizados de dosificación -SPD-, el control de la adherencia, la digitalización, la interconexión de las farmacias... Es decir, ¿cree usted que las farmacias y las oficinas de farmacia están lo suficientemente implicadas o se les está permitiendo implicarse lo suficiente para ayudar al control de la diabetes, dado que son establecimientos sanitarios cercanos a los domicilios, con los que se puede tener el contacto día a día sin listas de espera? ¿Y qué se podría hacer por parte de la Consejería de Sanidad, desde su punto de vista, para implicar más y aprovechar más este potencial que los farmacéuticos nos pueden dar?

Y, bueno, simplemente un comentario en cuanto al problema de la transición de la edad pediátrica a la edad adulta, que, como en muchísimas otras enfermedades crónicas, es un mal endémico. Yo soy pediatra, y cuando un niño... Ahora, por suerte, los vemos a veces hasta los 16; incluso, en hospitales, con enfermedades crónicas, hasta los 18, pero, aun así, es un problemón, es un grave problema ese vacío, ese hiato que hay cuando el niño pasa de ser controlado por el servicio de endocrinología pediátrica o por su pediatra del centro de salud a medicina de familia. ¿Ustedes le han transmitido esta problemática a la Consejería de Sanidad, y les han propuesto o les han informado o tiene usted constancia de que estén pretendiendo implementar algún tipo de programa o de solución para que esta derivación no sea tan traumática? Además, eso empeora muchísimo -y se ha comprobado durante unos años- el control de la diabetes del niño y del adolescente cuando cambian de médico. Nada más y muchas gracias.

La Sra. **SECRETARIA**: Muchísimas gracias, señora Joya. A continuación tiene la palabra la diputada del Partido Socialista por tiempo también de diez minutos.

La Sra. **DÍAZ OJEDA**: Gracias, presidenta. Gracias, señora Martínez, y bienvenida a la comisión. Efectivamente, la Asociación Diabetes Madrid realiza una acción encomiable: el apoyo emocional, informar sobre la enfermedad, educar a través de sus actividades y defender frente a las discriminaciones.

Yo le voy a hacer preguntas muy concretas y serán muchas, pero usted luego elige y se gestiona el tiempo para poder agruparlas, o quedarán ahí formuladas. Primero, ¿qué situaciones de discriminación identifican ustedes con más frecuencia y cómo actúan las Administraciones públicas para prevenir esas situaciones de discriminación?

Ustedes son una asociación de utilidad pública desde 2008, y en los datos que manejan, lo que nos indican que es alarmante o preocupante es que hay casi 1 millón de personas en la Comunidad de Madrid afectadas por diabetes pero que muchos de estos pacientes no están diagnosticados. ¿Ustedes qué le proponen a la Consejería de Sanidad para que los diagnósticos se aproximen a la realidad? ¿Tiene que ver con el número de profesionales que hay en Atención Primaria? ¿Tiene que ver con algún programa específico de salud pública? En fin, en este sentido, ¿cómo lo orientan ustedes?, porque es importante para nosotros su opinión.

Ustedes tienen más de 3.000 socios, entre los que destacan 800 niños. Yo le voy a dar un dato, y es que usted ha hecho referencia a la equidad y ha dicho que están ustedes preocupados por las situaciones de inequidad que se pueden estar produciendo, y, de hecho, ya se producen, porque hay más de 200.000 niños en la Comunidad de Madrid que no tienen asignado pediatra. Por tanto, esta es una primera reflexión, y quizá en sus debates, en sus encuentros o en sus contactos con la Consejería de Sanidad pueden hacer algunas propuestas o recibir también algunas decisiones sobre acciones que tenga previsto realizar la Consejería de Sanidad.

Dice usted que vivir con diabetes supone tomar muchas más decisiones al día -150 decisiones más al día- que una persona sin diabetes, y que hacen ustedes el seguimiento de productos que utilizan los pacientes, como, por ejemplo, la calidad de las agujas. Mire, esto es importantísimo. Yo le informé a usted -seguro que lo sabe, pero yo quiero destacarlo- que en la Asamblea de Madrid hay una comisión que es una comisión de vigilancia y seguimiento de las contrataciones. A mí me parece importante que ustedes tengan una implicación y, además, que vean cómo se desarrollan los debates allí, porque, desde luego, a mí me consta que a los grupos parlamentarios en términos generales, y al mío en particular, les preocupa especialmente la calidad en la adquisición de los productos, pero también el tipo de contratos que se hacen, la calidad de los contratos, la transparencia de los contratos. Por lo tanto, respecto a esto de que a ustedes les preocupe que en determinados contratos y en determinadas adquisiciones de productos pese más el gasto, pese más el factor económico que el factor calidad, le aseguro que compartimos esa preocupación y lo denunciaremos cada vez que se produce esa comisión, que es una vez al mes.

Ustedes centran su actividad en acompañar, educar, informar y defender a las personas. A mí me gustaría saber si ustedes participan de alguna forma institucionalizada en las decisiones que toma

la Consejería de Sanidad. No me refiero a esos diez hospitales en los que ustedes participan en los comités de pacientes sino, como asociación, a las decisiones de la propia consejería, no a la atomización en la participación en distintos centros sanitarios. Y, también, qué apoyo reciben ustedes de las Administraciones públicas para realizar todas esas actividades, que son muchísimas. De hecho, usted ha hecho referencia a la formación de profesionales. En realidad, ¿cómo forman ustedes a los profesionales y cómo es que detectan ustedes que los profesionales tienen que ser formados en una asociación de pacientes como la suya? A mí esto me interesa especialmente, porque los médicos residentes, igual que los residentes de enfermería, los profesionales sanitarios en formación, tienen un currículum formativo, tienen unas actividades, y es importante saber el papel que tienen ustedes ahí, y también si detectan ustedes que hay margen de mejora en los currículos, en el contenido curricular formativo de los profesionales.

Sobre la enfermería escolar, a mí me ha agradado lo que ha dicho usted, pero fíjese que el Partido Socialista ya defiende y mantiene la enfermería escolar como parte de su programa político. Este es un compromiso de hace ya bastantes años. (*Rumores.*) Exacto, exacto.

Yo le pregunto también, como la señora Joya, qué ha ocurrido con el impacto de la covid-19 en los pacientes con diabetes. ¿Tienen ustedes algún estudio? ¿Y la propia Administración les ha planteado a ustedes hacer un estudio? Porque, claro, nada mejor que tener una cohorte ya bien identificada.

Ha dicho usted: "nueve meses de demora en el servicio de endocrinología". Fíjese, yo le pregunto: ¿ustedes se han planteado algún estudio de impacto de las listas de espera quirúrgica, de consultas externas y de pruebas diagnósticas en el Sermas en la salud de las personas con diabetes? Lo digo porque Madrid ha alcanzado la escalofriante cifra de 900.000 personas en espera. Yo no hago aquí comparaciones de cómo gestiona Madrid su lista de espera con otras comunidades autónomas, porque a nosotros, a los socialistas, lo que nos importa son las 900.000 personas u ochocientas y pico mil personas que están en lista de espera, y es así. Por tanto, sería interesante saber su opinión sobre esto.

Después, ¿qué valoración hace de las demoras en las citas de consultas en los centros de salud en relación con las personas que tienen diabetes? Porque usted ha hecho una defensa de la Atención Primaria y ha hecho casi un alegato para su refuerzo. Bueno, yo le agradezco especialmente que se haya pronunciado en este sentido porque, desde luego, el Partido Socialista y me consta que el resto de los partidos de izquierda..., y en esta Cámara ya se han hecho numerosos debates y numerosas propuestas, PNL, en relación con el refuerzo de la Atención Primaria. Pero hay una cuestión que se llama presupuesto, y fíjese usted que estamos con presupuestos prorrogados ahora mismo. El Partido Socialista plantea un incremento del 10 por ciento del presupuesto total de la sanidad para que Atención Primaria alcance un 15 por ciento del total, y nos parece que ese es el comienzo del trayecto hacia la mejora, y no el final, sino conseguir el 20 o el 25 por ciento.

¿Ustedes han hecho algún estudio sobre determinantes sociales de salud? Porque las desigualdades tienen que ver con las desigualdades sociales; no cabe la menor duda, y han hecho alguna intervención al respecto. También ¿qué les ofrece la Administración pública en este sentido? ¿Cómo defienden la equidad?

Respecto a las políticas públicas, ¿qué cree usted que debería reforzarse para la prevención de la diabetes y la promoción de la salud?

Y, por último, le voy a hacer algún comentario sobre la Ley 11/2017, cuyo nombre es "de buen gobierno y profesionalización de la gestión de los centros y organizaciones sanitarias del Servicio Madrileño de Salud". Fíjese usted, usted ha propuesto en su intervención "prescripción de asociación", y yo le digo que eso solo es posible con la prescripción del cumplimiento de la ley; y esta ley es una ley que establece precisamente la participación de la ciudadanía y de los profesionales en la gestión del Sermas y, además, la vigilancia y control y la mejora de la calidad de los centros sanitarios. Nos consta que esta ley es incumplida; de hecho, no se han creado los organismos que la ley establece -fíjese que es de diciembre de 2017- para mayor autonomía de gestión, control y transparencia. Esto es importante. El tema de la transparencia no solo no es un tema menor, sino que es un tema propio e inherente a la democracia. Pero tampoco se han constituido los órganos de participación profesional ni de participación ciudadana. ¿Tiene usted conocimiento de este incumplimiento de esta ley?, ¿tenía usted alguna idea? Porque, si no es así, yo le invito a que valoren ustedes, en su asociación, precisamente el grado de incumplimiento de esta ley de diciembre de 2017.

Por último, esta ley tiene previsto que se establezca un código de transparencia, ética y buen gobierno de la sanidad pública madrileña. A nosotros nos parece fundamental, y nos parece fundamental como un elemento clave del funcionamiento, no solo de gestión de los centros sanitarios sino de la participación y la visión del compromiso que tiene que tener la ciudadanía y los pacientes con la gestión sanitaria. Le pido, por último, que, si tiene conocimiento de esta ley y de su grado de incumplimiento, nos haga también su valoración. Encantada de recibirla aquí, y es muy agradable, verdaderamente, escucharla. Muchísimas gracias, doña Pilar.

La Sra. **PRESIDENTA DE LA ASOCIACIÓN DIABETES MADRID** (Martínez Gimeno): Muchas gracias a usted.

La Sra. **SECRETARIA**: Muchas gracias. A continuación, por tiempo también de diez minutos, tiene la palabra el diputado de Más Madrid, señor Padilla.

El Sr. **PADILLA BERNÁLDEZ**: Muchas gracias, y muchas gracias, señora Martínez, por la comparecencia. Como ya han dicho algunas de mis compañeras, este tipo de comparecencias debe servir para que nosotros pongamos oídos y lápiz más que para que digamos nada, pero sí que haré alguna valoración y, sobre todo, le devolveré alguna pregunta que le pueda servir para el próximo turno.

Creo que, en general, con todos los colectivos relacionados con la diabetes con los que nos reunimos, hay dos ítems en el tema de incorporaciones de diagnósticos y tratamientos que siempre

suelen estar encima de la mesa: uno es el de las bombas de insulina, y otro es el de los sensores de glucemia. Yo quería preguntarle de qué manera mejorarlo desde la perspectiva del paciente. ¿Considera que las barreras con las que ustedes se han encontrado son barreras puramente en el ámbito del análisis económico de la incorporación de estas innovaciones, o cree que existen trabas burocráticas, como pueden existir para la incorporación de otro tipo de tratamientos, que en ocasiones se utilizan algunas trabas burocráticas como racionador -digamos- de la prestación? ¿O también podría haber un poco de dependencia de senda, por decirlo de alguna forma? En muchas ocasiones, los profesionales tenemos algo de aversión a la incorporación de innovaciones porque nos sentimos más seguros con el manejo de otras previas. Entonces, se lo planteo porque nos comentara usted un poco cuáles de esas cosas cree que son barreras que se encuentran.

Ha hablado de la diabetes tipo 2 y de la Atención Primaria. Yo soy médico de familia. Creo que probablemente el paciente con diabetes, en concreto el paciente con diabetes tipo 2, es como una especie de paciente señuelo de la situación de la Atención Primaria. Si analizamos cómo se trata y cómo se acompaña al paciente con diabetes tipo 2, podríamos decir cómo se encuentra la situación de la Atención Primaria en la región. La diabetes se caracteriza por ser una patología que en muchas ocasiones concurre con otras condiciones clínicas, por lo cual la pluripatología es especialmente relevante. Eso hace referencia a la polivalencia necesaria en Atención Primaria. La diabetes es una enfermedad crónica que necesita cuidados de larga evolución; eso hace referencia a la necesidad de cuidados longitudinales a lo largo del tiempo. La diabetes necesita de múltiples profesionales, no solamente de la médica y de la enfermera; también, en ocasiones, necesita de fisioterapeuta, necesita de podólogos, necesita de diferentes categorías profesionales, lo cual hace también referencia a la coordinación entre diferentes agentes. La diabetes tiene un impacto en el ámbito social, lo cual hace referencia a la necesidad de tener una orientación comunitaria de la Atención Primaria, y también necesita de aprendizaje del paciente y de necesidades cambiantes del mismo a lo largo de su vida, lo cual hace referencia a la atención centrada en el paciente. A ese respecto, estoy totalmente de acuerdo en que seguramente sea el mayor señuelo de cómo se atiende a la población en general cómo se atiende al paciente diabético; en concreto, al paciente diabético tipo 2, porque sí que es cierto que el paciente diabético tipo 1..., digamos que tenemos ahí una relación más cercana con el ámbito hospitalario.

Quería hablarle sobre profesionales, especialmente profesionales en el ámbito comunitario. Ha hablado usted de las enfermeras escolares. Ha hecho referencia además a una problemática que ha surgido en las últimas semanas. Creo que hay algunos centros escolares a los que de un día para otro les ha sido comunicado... Nosotros nos hemos enterado por parte de padres y madres de niños de diferentes centros escolares, al menos en el municipio de Madrid, a los cuales se les ha comunicado que al día siguiente dejaban de tener enfermera dentro de sus centros, amparándose en aspectos contractuales; no sé si tendrá más información.

Pero, para nosotros, hay otro profesional que también podría tener cabida, que es lo relacionado con la incorporación de nutricionistas en el ámbito de la Atención Primaria. Esa es otra de las categorías profesionales que ya en varias ocasiones se ha debatido aquí, en la Asamblea, y que

parece haber algo de acuerdo en su incorporación en mayor o menor medida, pero está claro que hay todo un campo de avance en el ámbito de la Atención Primaria para que puedan incorporarse, especialmente para aquellas patologías y condiciones en las cuales la dieta que se sigue forma parte esencial del tratamiento de las mismas.

Totalmente de acuerdo con lo que ha comentado -que ha expresado también la señora Joya- relacionado con las consultas de transición, no solamente a nivel hospitalario sino también a nivel de Atención Primaria e incluso a nivel comunitario. Cuando un niño cambia de un centro a otro y hay enfermera escolar en ambos centros, deberían existir también algunos procedimientos en los cuales esas enfermeras tuvieran un espacio formal de coordinación.

Hablaba la señora Lillo sobre la existencia de datos, y decía que tenemos pocos datos. En realidad, que tengamos pocos datos teniendo los sistemas de información que tenemos es un fallo de los sistemas de información que tenemos, pero esto es una cosa común en general a todos aquellos lugares en los que se ha desarrollado el sistema de información sanitaria más o menos a gran escala en el conjunto de España. Hay otros países que sí que lo hicieron con una perspectiva más de explotación de datos. Pero sí quería comentar que hay una cosa que sí parece que se está desarrollando últimamente en algunas comunidades, que es lo relacionado con la vigilancia epidemiológica de los determinantes sociales y, muy especialmente, la vigilancia epidemiológica de las enfermedades no transmisibles, de las enfermedades crónicas. A ese respecto, sí que necesitaríamos tener mejores datos.

Y, por último, para terminar, ha hablado usted de la carga económica, social y sanitaria de la diabetes. Creo que a ese respecto es muy importante hacer énfasis en que una parte importante de la carga social, económica, sanitaria y personal de la diabetes está muy vinculada no tanto a su condición crónica como a su condición de multimorbilidad, es decir, de que en el paciente diabético concurren muchísimas condiciones clínicas que son las que hacen que tenga, por un lado, una mayor complejidad, pero, por otro lado, una cantidad de necesidades que no son sumatorias sino que casi se multiplican de forma geométrica, y, por otro lado, que la diabetes haya de ser entendida como un problema de salud pública. Cuando hablamos de la diabetes como un problema de salud pública, no estamos hablando solamente de que tenga una alta incidencia y una alta prevalencia, de lo que estamos principalmente hablando es de que necesita ser abordada con las herramientas con las que se abordan los problemas de salud pública. Los problemas de salud pública se abordan principalmente en fases preclínicas, antes de que aparezcan las enfermedades. A ese respecto quiero decir que, cuando hablemos de políticas de alimentación, estamos hablando de políticas para hacer frente a la diabetes; cuando hablamos de políticas de movilidad, estamos hablando de políticas para hacer frente a la diabetes, o, cuando hablamos de políticas de actividad física o incluso de aquellas que están integradas en el ámbito sanitario, como puedan ser las de la receta deportiva, estamos hablando también de políticas para la diabetes. Así que nada, agradecerle mucho su presencia y la labor diaria. Muchas gracias.

La Sra. **SECRETARIA**: Muchísimas gracias. Y ahora, para finalizar con el turno de los representantes de los grupos parlamentarios, damos la palabra a la representante del Grupo Popular también por tiempo de diez minutos.

La Sra. **MARBÁN DE FRUTOS**: Muchas gracias, presidenta. Muchas gracias, señora Martínez, presidenta de la Asociación Diabetes Madrid. Bienvenida a la casa de todos los madrileños; bienvenido también a su equipo, que sé que le acompaña, y les doy la enhorabuena también. Son una asociación, como usted ha dicho, que lleva más de cuarenta y siete años de existencia y que reúne a más de 3.000 familias, y sobre todo quiero darles la enhorabuena por la dinámica, la profesionalidad, la serie de actividades que hacen ustedes; por cómo ponen el paciente experto a disposición de todos, de la consejería, de los profesionales y de los demás pacientes.

Así que, una vez que le doy la enhorabuena y me alegro mucho de que además usted esté aquí como representante de los pacientes ya cerrando esta legislatura, en la última Comisión de Sanidad, también quiero hacer un discurso basado en cuatro pilares: en los avances que tenemos en esta patología, en los retos que tenemos todavía por delante, en la representación que son ustedes también en nuestra comunidad, y, finalmente, en una línea de cuidados.

Respecto a los avances, antes preguntaban algunos portavoces sobre el covid. Seguramente nos pueda dar datos de después del covid, pero sobre todo del trabajo que se hizo de la mano de la consejería en el covid, para lo que supuso un gran reto eliminar los visados. La responsabilidad y la libertad que se les dio a los pacientes para que en momentos de pandemia, donde no se podía salir, y ustedes seguían con su enfermedad..., porque algunos se pensaban que, oye, llegó el covid y la pandemia, y ya los diabéticos dejaron de ser diabéticos. No es cierto. Usted lo ha dicho: es una enfermedad compleja y la consejería, de la mano de la asociación, luchó para que no tuvieran ustedes esos visados y pudiera ser más fácil el día a día y, como usted ha dicho, en esa toma de decisiones permanente que tienen todas las personas que tienen diabetes.

Y tenemos retos. Por supuesto que tenemos esos retos de los sensores para la diabetes tipo 2, que están sobre la mesa. Quiero resaltar cómo han trabajado ustedes de la mano en esas compras públicas, junto con la consejería, explicando la realidad de los diabéticos, y cómo ahí la consejería ha sido sensible para intentar, de alguna manera... Hablaba antes la portavoz del PSOE de la Comisión de Vigilancia de las Contrataciones. A veces observamos lo inflexible que es la Administración y las dificultades que tiene también la consejería para adaptar todos esos procedimientos, que por supuesto que hay que cumplir, por transparencia, pero que a veces son incompatibles con las peticiones que nos hacen los pacientes y las asociaciones, y usted seguro que puede poner algún ejemplo.

Pero tenemos grandes retos. Tenemos una tecnología que ha avanzado muchísimo en esta última década. Podemos hablar de lo que supone la diabetes para un enfermo y de todos los avances que hemos tenido, y de la demanda de los sistemas de asa cerrada, de que llegue la tecnología a todos, e igualmente, los avances farmacéuticos, con esa innovación que hay en todo lo que es la medicina y, sobre todo, en una patología como puede ser la diabetes, que esté a favor de llevar ese día a día de una manera más amable.

Quiero darles la enhorabuena también por esa representación y esa presencia que ustedes tienen en los comités de pacientes en diez hospitales, que sé que está funcionando bien y que ustedes

tienen ambición por estar presentes en todos los hospitales; por esos talleres que ustedes dan, como pacientes expertos, y cómo esa figura tiene que trasladarse a otras patologías, y contar con todos ustedes y el trabajo que hacen de la mano de la Escuela Madrileña de Salud.

Y quiero terminar con esa parte de cuidados, de acompañamiento al paciente escolar. Hemos hablado de enfermería escolar, y yo quiero dar datos. Además, es un informe de Amece, de la asociación de enfermeras escolares. Madrid tiene 700 enfermeras escolares. Por supuesto que tendremos que seguir mejorando, pero solamente les daré unos datos: Andalucía tiene 400, Cataluña 70, Valencia 67, Castilla-La Mancha 20..., es decir, Madrid está muy por delante en esa línea de cuidados al paciente escolar que nosotros defendemos, y queremos que sigan su vida académica de la mejor y más regular manera posible. Y, sobre todo, también es una medida de conciliación, que los padres estén tranquilos sabiendo que hay un responsable de la salud de nuestros hijos en su espacio escolar, que es donde más horas pasan a lo largo del día. Y yo creo que en Madrid por supuesto que seguiremos avanzando, pero nos tenemos que sentir muy orgullosos de que el número de enfermeras escolares que hay en la Comunidad de Madrid sea muy superior a la media de España, muy superior al de muchísimas comunidades autónomas.

Y por supuesto que tomamos esa petición de la transición adulta, de un niño cuando pasa a la etapa adulta, para que esa transición y acompañamiento por el sistema público madrileño también sea amable. Se está consiguiendo en otras áreas; por supuesto, en la diabetes también.

Y quiero finalizar agradeciendo que ustedes estén aquí, que sea en representación -insisto- del asociacionismo, que lo hagan ustedes tan bien, con tantos retos y de la mano de las Administraciones. Muchísimas gracias.

La Sra. **PRESIDENTA DE LA ASOCIACIÓN DIABETES MADRID** (Martínez Gimeno):
Gracias.

La Sra. **SECRETARIA**: Muchísimas gracias. Y ahora sí, para contestar a todas y cada una de las preguntas de los grupos, le damos la palabra, señora Martínez Gimeno, por tiempo también de diez minutos.

La Sra. **PRESIDENTA DE LA ASOCIACIÓN DIABETES MADRID** (Martínez Gimeno):
¡Muchas preguntas! Me encantaría tener otra reunión con todos los representantes porque realmente son todas preguntas muy interesantes y en las que nosotros nos sentimos involucrados.

Pues sí, la necesidad de abordar de manera transversal la vida de las personas con diabetes es un hecho. Necesitamos equipos multidisciplinares en los hospitales. Eso no se está dando, no solo en diabetes sino en otras patologías, y, como se ha mencionado, uno de los temas de la diabetes es que tiene asociadas muchas comorbilidades, y esto...; somos una fábrica de complicaciones si la diabetes no está bien tratada. Por eso -insistimos- la educación, la prevención y la promoción de la salud, que es una labor fundamental que realizamos las asociaciones de pacientes. Y además hay que tener en cuenta que todos los que estamos aquí somos voluntarios. Yo dedico prácticamente todo el

día, de manera altruista, a resolver y a apoyar al tejido asociativo, algo que tienen que valorar. Nosotros lo hacemos porque nos interesa, porque estamos al servicio de la sociedad, y eso es algo que está infravalorado; no se considera con el valor que debería dársele.

La población joven, como manifestó Vanessa, realmente es un tema que nos preocupa, del que tenemos que seguir ocupándonos, y por eso desarrollamos en nuestra asociación... El 80 por ciento de los asociados son de diabetes tipo 1, que han empezado desde pequeños. Algunos ya son adultos y después de cuarenta y siete años siguen siendo socios, pero la diabetes tipo 2 sigue siendo el gran desafío. Como lo han comentado y ha salido el tema de la diabetes tipo 2, es un gran reto que tiene nuestro sistema sanitario.

Me preguntaban sobre el covid persistente, cómo ha afectado... No tenemos datos; los datos son algo que nos falta, pero no solo en la Comunidad de Madrid, en toda España. Estamos tratando de conseguir datos para elaborar informes al respecto. Pero sí hemos tenido reuniones con diferentes hospitales referentes de aquí, de Madrid, y sí que se ha manifestado un mayor diagnóstico de niños con diabetes después del covid, algo que todavía no tiene explicación, pero lo están investigando, y esperamos que tengan unos resultados también. Es cierto que hay un covid persistente y las personas con diabetes sufrimos más complicaciones, y se nos une esta historia. Yo, por ejemplo, después de haber pasado dos veces la covid, tengo ahí una tos que permanece en mí y todavía no he podido recuperarme, pero otros pacientes siguen con otras complicaciones también vinculadas al covid. Necesitamos datos, necesitamos datos.

Respecto a las campañas, nosotros realizamos campañas precisamente con una figura que también me han mencionado: el tema de los farmacéuticos. Para nosotros, la figura del farmacéutico tendría que estar muchísimo más implicada en todo, incluso tendría que tener una coordinación más efectiva con Atención Primaria y con Atención Hospitalaria, porque realmente son el nexo, son los profesionales que están más cerca de los pacientes, a los que consultamos permanentemente y con los que...; por ejemplo, con el Colegio Oficial de Farmacéuticos de Madrid y con el Ayuntamiento de Madrid realizamos campañas de detección precoz de la diabetes; ya vamos por la séptima campaña, creo. Realmente es fundamental, porque es el farmacéutico el que está en contacto con el público, el que puede determinar características corporales y, de acuerdo con los medicamentos y con la genética de sus clientes, puede determinar con un simple test de Findrisk si esa persona tiene diabetes, no ha sido diagnosticada, o existe la posibilidad de que pueda tenerla. Esa es una de las campañas por las que también apostamos y trabajamos muchísimo, que además la llevamos también a los hospitales, a los centros comerciales, a los supermercados... Nosotros realizamos esas campañas como voluntarios apoyados por profesionales sanitarios, porque siempre viene una enfermera con nosotros, porque hay que detectar diabetes tipo 2 o prediabetes. Es la diabetes invisible, la que pasa desapercibida, la que más complicaciones tiene. Viene la gente y nos dice: "Ah, no, tú tienes la diabetes mala porque te pinchas. Yo tengo la buena porque me tomo pastillitas". ¡No!, ¡no hay diabetes buena ni mala!; las dos son malas si no hacemos un tratamiento correcto, y en diabetes tipo 2 hay que insistir, hay que aumentar los controles. Es otra de las cosas que me desesperan: las personas con diabetes tipo 2 no tienen acceso a tiras ni glucómetros para realizarse controles, y la educación es escasa. Desde Atención

Primaria tendríamos -bueno, lo estamos fomentando y estamos poco a poco consiguiéndolo- que establecer ese vínculo con la asociación de pacientes para realizar esa continuidad asistencial, esa educación, esa participación de nuestra asociación. Lo estamos haciendo con centros de Atención Primaria, donde hacemos un trabajo en equipo con los profesionales sanitarios; eso es lo que queremos conseguir.

Pero, es cierto, como han mencionado, una de las barreras con las que nos encontramos es que no todos los profesionales sanitarios confían en las asociaciones de pacientes; entonces, eso de derivar a una asociación de pacientes no está todavía incorporado en la cultura educativa, y es fundamental prescribir asociaciones. Yo no sé si sería necesario conseguir una certificación especial de las asociaciones para que los médicos estuvieran más tranquilos, pero el hecho de conocernos y de poder realizar actividades en forma conjunta ya nos da una fuerza que para nosotros es importantísima.

Lo mismo que en los hospitales, también con la investigación. Me habías preguntado sobre... Fíjense, como pacientes, ¡como pacientes!, estamos trayendo proyectos de investigación y financiación desde Europa, desde los fondos europeos, para que se realicen ensayos clínicos y se apueste por la investigación de nuestros grupos de investigadores y científicos en la Comunidad de Madrid. Junto con mis compañeras..., somos tres compañeras que formamos parte de un comité de pacientes a nivel europeo que trabajamos evaluando proyectos de investigación para la cura y mejora de los tratamientos de la diabetes, y ya hemos conseguido realizar varias reuniones con hospitales referentes de aquí que están interesadísimos y que recibirán apoyo financiero europeo para desarrollar proyectos de investigación, ¡y somos los pacientes los que los traemos!, ¡estamos ahí!

Por supuesto, como pacientes expertos, seguimos formándonos, porque no nos quedamos con el librito de cada día; seguimos formándonos. También dedicamos tiempo a nuestra formación, con la Escuela Madrileña de Salud, que nos... Ahora estamos con el grupo Pacientes 360°, que vuelve a reanudarse. Pero no solo eso, mis compañeras y yo nos hemos formado como educadoras en diabetes con la Federación Internacional de la Diabetes. Queremos estar preparados y queremos transmitir esa motivación a los pacientes, porque es realmente lo que se necesita, tener personas que conozcan su diabetes, que sepan gestionar su diabetes para evitar complicaciones, ingresos innecesarios y esos costes que antes mencionaban, que son exagerados pero son reales; una persona bien controlada prácticamente no produce gastos a nuestro servicio...

La Sra. **SECRETARIA**: Señora Martínez, tiene que ir acabando.

La Sra. **PRESIDENTA DE LA ASOCIACIÓN DIABETES MADRID** (Martínez Gimeno): Bueno, es que son tantas las preguntas que me han hecho...

Sobre la enfermería escolar. Para mí, la enfermería escolar... esa ya la trajimos junto con el Partido Socialista, que nos invitó hace años a traer este tema aquí mismo, y seguimos insistiendo, porque la enfermera escolar ayuda a promover la salud, a educar en salud, e incluso ahora también están haciendo trabajos muy interesantes en el bullying escolar, detectando estos problemas, y apoyamos totalmente a la enfermería escolar como algo necesario.

La psicología también es importante. Otro tema que está muy descuidado: el tema de la atención en la salud mental. Necesitamos más psicólogos en los hospitales, en los centros de Atención Primaria... Las personas con diabetes tienden a tener graves problemas mentales, depresiones y...

La Sra. **SECRETARIA**: Señora Martínez, estaríamos encantados, de verdad, de recibirla en otra ocasión, de poder seguir escuchándola, porque ha sido muy interesante...

La Sra. **PRESIDENTA DE LA ASOCIACIÓN DIABETES MADRID** (Martínez Gimeno): Bueno, yo lo siento...; siento que no pueda contestar a todos, pero, bueno, después, si quieren, con todo gusto. Muchas gracias.

La Sra. **SECRETARIA**: Habrá más ocasiones; lo único es que tenemos que continuar con el orden del día de la comisión y dar paso a los siguientes comparecientes.

La Sra. **PRESIDENTA DE LA ASOCIACIÓN DIABETES MADRID** (Martínez Gimeno): Perfecto; sí, lo entiendo.

La Sra. **SECRETARIA**: Así que muchísimas gracias por sus intervenciones y gracias por la magnífica labor que hacen desde su entidad; muchas gracias.

La Sra. **PRESIDENTA DE LA ASOCIACIÓN DIABETES MADRID** (Martínez Gimeno): Muchísimas gracias; gracias a todos.

La Sra. **SECRETARIA**: A continuación pasamos al siguiente punto del orden del día.

PCOC-5/2023 RGE.86. Pregunta de respuesta oral en Comisión, a iniciativa de la Sra. D.^a Vanessa Lillo Gómez, diputada del Grupo Parlamentario Unidas Podemos, al Gobierno, con el siguiente objeto: valoración que hace del sistema de adjudicación de contratos para la prestación de servicios en el Hospital Isabel Zendal.

Damos la bienvenida al viceconsejero de Asistencia Sanitaria y Salud Pública, don Fernando Prados; muy buenas tardes. (*Pausa.*) Para la formulación de la pregunta damos la palabra a la señora diputada.

La Sra. **LILLO GÓMEZ**: Gracias, presidenta; es que había entendido otro número y ya me estaba liando. Buenas tardes, señor Prados; bienvenido de nuevo a esta ya su comisión. En esta ocasión le queremos preguntar por la valoración que hace del sistema de adjudicación de contratos para la prestación de servicios en el Hospital Isabel Zendal, ese hospital que seguimos insistiendo en que está rodeado de mucha opacidad cada vez que pedimos información al respecto, puesto que la única luz que rodea al Zendal es la que tiene que ver más con los focos, las fotografías y los flashes del uso mediático que se ha hecho del mismo.

Y, antes de empezar y de que me conteste, en este sentido y refiriéndome a la opacidad y a la transparencia, quiero aprovechar esta pregunta -porque no voy a tener otra ocasión de hacerlo- para denunciar que esta humilde diputada solicitó la comparecencia de Audita Sanidad, una asociación que está legalmente constituida, con un número de registro que consta en la petición, y la Mesa me la rechazó por no tener entidad orgánica, pero no he podido reclamar reconsideración a la Mesa porque todavía no he sido comunicada oficialmente. Y, evidentemente, cuando llegue la comunicación, la Mesa seguramente me dé la razón, pero ya no habrá remedio porque ya no habrá más comisiones. Esto también habla de las dificultades que se ponen cuando hay que hablar de las contrataciones que se hacen desde la consejería.

Dicho esto, me gustaría que, entre otras cosas, además de la valoración general, nos dijese exactamente cuántos millones se han repartido a dedo -porque ha sido así- en el tiempo que lleva en funcionamiento el Zendal. Yo sé que solamente en 2022 estamos hablando de 15 millones en contratos de prestación de servicios adjudicados por la vía de la urgencia; entonces, me gustaría que nos hiciese una valoración sobre este sistema de adjudicación, que no es nuevo y que ha sido tratado en la Comisión de Vigilancia de las Contrataciones, pero respecto al cual seguimos sin tener luz. Muchas gracias.

La Sra. **SECRETARIA**: Muchas gracias. Tiene la palabra.

El Sr. **VICECONSEJERO DE ASISTENCIA SANITARIA Y SALUD PÚBLICA** (Prados Roa): Gracias, presidenta. Señoría, muchas gracias. Como saben sus señorías, desde el día 11 de marzo de 2020, la Organización Mundial de la Salud declaró la pandemia a nivel mundial por covid-19. La Comunidad de Madrid tuvo que asegurar el adecuado funcionamiento de los servicios sanitarios tomando importantes decisiones para salvaguardar la salud de los madrileños.

Dentro de este contexto de crisis sanitaria se habilitaron los recintos de Ifema como hospital de campaña, que, por sus óptimos resultados asistenciales, se convirtió en modelo para la construcción de un hospital de emergencias permanente, capaz de atender las crisis sanitarias que estábamos viviendo y las futuras crisis que pudieran producirse. Fruto de esta experiencia, y después de contactos con expertos profesionales sanitarios, arquitectos e ingenieros especialistas en el ámbito sanitario, mediante resolución de la Viceconsejería de Sanidad, de fecha 12 de junio de 2020, se declaró la extraordinaria urgencia y excepcional interés público por la construcción de un hospital de emergencias para la Comunidad de Madrid, proyecto que se concretó en el Hospital de Emergencias Enfermera Isabel Zendal, construido en cien días y que entraba en funcionamiento diez días después de la finalización de la obra.

Las edificaciones de este hospital alcanzan casi los 80.000 metros cuadrados construidos, estructurados en tres pabellones, con 12 metros de altura interior, un potente sistema de ventilación, una zona asistencial que incluía hospitalización, zona de UCRI y de UCI, y que alcanzaba la capacidad máxima de 1.016 camas en total. Asimismo cuenta con un aparcamiento con capacidad para 500 plazas, el almacén central del Sermas, el Laboratorio Regional de Salud Pública y una sede del Summa 112.

El Hospital Enfermera Isabel Zendal ha estado gestionando las necesidades asistenciales de los madrileños, adaptándose a los requisitos sanitarios, que han ido variando con la evolución de la pandemia y los aumentos de incidencia de las sucesivas olas. En un primer momento, el Hospital Isabel Zendal se convirtió en un balón de oxígeno para los demás hospitales del Sermas, que vieron disminuir su presión asistencial. El Zendal atendió a 10.114 pacientes, convirtiéndose así en el hospital que más pacientes covid atendió en Europa. Sin embargo, su flexibilidad, polivalencia y capacidad de sectorización permitieron su adaptación para la utilización en múltiples usos en función de las necesidades que hubiera en cada momento. Ejemplo de estos nuevos usos fue la creación de la unidad de recuperación funcional para pacientes covid o su utilización como el mayor centro de vacunación de la Comunidad de Madrid. A la vista de la evolución de la pandemia, entran en funcionamiento la unidad de media estancia, la unidad de atención a los refugiados de la guerra de Ucrania y su utilización para acoger parte de la actividad asistencial del Hospital Universitario La Paz mientras se construye el nuevo centro hospitalario.

Señorías, toda la tramitación del expediente relacionado con el funcionamiento del Hospital Enfermera Isabel Zendal se hizo conforme a la normativa vigente, que incluye reales decretos del Gobierno de la nación, órdenes del Ministerio de Sanidad y acuerdos del Consejo de Gobierno de la Comunidad de Madrid. La contratación de todos los servicios necesarios para el funcionamiento de este centro sanitario, imprescindible en la atención hospitalaria del Sermas, se ha basado en resoluciones de los viceconsejeros de Asistencia Sanitaria que declaraban la extraordinaria urgencia y el excepcional interés público en la tramitación de expedientes de unos servicios imprescindibles para salvaguardar la salud de los madrileños. Estas declaraciones habilitan al Sermas a acogerse al artículo 120 de la Ley 9/2017, de 8 de noviembre, de Contratos del Sector Público, que regula la aplicación de la tramitación de emergencia a causa de acontecimiento catastrófico y que suponga grave peligro para la población, de manera que posibilita a la Administración para ordenar la ejecución de lo necesario para satisfacer la necesidad sobrevenida. Debido a la relevancia de los servicios imprescindibles para el funcionamiento del hospital, y ante la permanencia de la necesidad que justificó la contratación de los mismos, se consideró necesaria la tramitación por emergencia, amparándose en la continuidad de servicios cuando revisten un claro interés público y no es posible su contratación mediante otros procedimientos establecidos en la legislación por razón de imperiosa urgencia.

Por otra parte, el Hospital Enfermera Isabel Zendal no dispone de medios personales, materiales y técnicos adecuados para la realización de estos servicios, con lo que resultaba de inexcusable necesidad contar con medios ajenos para cubrir las necesidades de forma inmediata.

Quiero insistir en el hecho de que, a pesar de que en los procedimientos de emergencia se permite la adjudicación directa, sin necesidad de solicitar ofertas a varios licitadores, y contratar libremente el objeto de los expedientes, los técnicos del Sermas siempre han velado por la adecuada tramitación, solicitando siempre que la situación de emergencia lo ha permitido ofertas a varios proveedores, y, en todo caso, estableciendo criterios de valoración objetivos con el fin de obtener la oferta más ventajosa para la Administración; por eso le digo que el resultado de los millones que usted dice que se han designado a dedo, en este caso, es cero. Muchas gracias.

La Sra. **SECRETARIA**: Muchas gracias; le quedan treinta segundos para el segundo turno, señor Prados. Señora Lillo, tiene la palabra.

La Sra. **LILLO GÓMEZ**: Gracias, presidenta. Adjudicados a dedo, usted lo ha dicho. Pero, antes de entrar al artículo 120 de la ley de contratos, etcétera, permítame también recordar, en ese repaso histórico que nos ha hecho desde la declaración de la pandemia y del estado de alarma del 11 de marzo de 2020, que estamos a 13 de marzo de 2023, tres años después; y, tres años después, ese hospital está en funcionamiento y ha ido cambiando de funcionamiento, pero a día de hoy sigue sin ser centro gestor, no es centro gestor, no aparece en la ley de presupuestos de la Comunidad de Madrid, no tiene plantilla propia, y esto se lo digo porque ayuda a esa opacidad, porque es imposible seguir el rastro del dinero que se gasta relativo al funcionamiento del Zendal.

Dice usted que los técnicos han hecho el ofrecimiento y han pedido diferentes ofertas. ¿Dónde están? Porque también ha sido denunciado por los grupos parlamentarios. Es imposible ver ese ofrecimiento y esa petición de ofertas en el Portal de Transparencia, ese portal en el cual, en todas las peticiones de información, cuando incidimos en la documentación que no se encuentra disponible en el Portal de Contratación, la respuesta es que se cumple la Ley de Contratos y que está lo que es necesario, cosa que ustedes saben que no es cierta.

Pero es que me voy a ir al artículo 120 de la Ley 9/2017, de Contratos del Sector Público. Tramitación de emergencia: "Cuando la Administración tenga que actuar de manera inmediata a causa de acontecimientos catastróficos, de situaciones que supongan grave peligro o de necesidades que afecten a la defensa nacional, se estará al siguiente régimen excepcional." ¿Ustedes siguen insistiendo en que el 25 de diciembre de 2022, dos años después, justifican las prórrogas de contratos adjudicados a dedo por esa situación de catástrofe? ¿Es que no ha habido tiempo para la licitación del sistema de mantenimiento, la limpieza, la alimentación o el vending, servicios que se llevan prestando desde la apertura del centro? Yo le pregunto: ¿me puede decir, de todas esas adjudicaciones a dedo por la vía de la urgencia, justificado...? Porque bien que se denunció el estado de alarma y han votado en contra, ipero les ha venido de maravilla para justificar estas adjudicaciones tres años después y normalizar lo que es una excepción! Pero ¿me puede decir si se están tramitando esas licitaciones? Porque siguen dándose a dedo.

Y, aparte, yo quisiera preguntarle cuántos pacientes existen a día de hoy, porque no entendemos que además se den más de 20 millones a la sanidad privada para derivar pacientes para tratamientos prolongados de covid cuando está la unidad de rehabilitación funcional. Privatizamos, adjudicamos a dedo un hospital sin pacientes y, a la vez, adjudicamos a la sanidad privada camas para que sean atendidos por valor de más de 20 millones de euros, que se han prorrogado para 2023. Si usted me dice que esto es eficiente... ni es eficiente ni es eficaz, ni mucho menos...; parece que el dinero es suyo, pero es que lo están haciendo con el dinero de todas y de todos los madrileños. Así que, insistimos, ajústese a la ley. Yo estoy convencida de que, como respecto a los hoteles medicalizados -que eso es un pozo sin fondo, que según las respuestas oficiales cuando pedimos el listado de hoteles medicalizados son unos, y luego nos encontramos contratos en otros que en teoría no lo eran-, el día

de mañana seguramente la Justicia se pronunciará a este respecto, porque no tiene ningún tipo de sentido. Muchas gracias.

La Sra. **SECRETARIA**: Gracias. Señor Prados.

El Sr. **VICECONSEJERO DE ASISTENCIA SANITARIA Y SALUD PÚBLICA** (Prados Roa): Le vuelvo a repetir que en ningún caso, señoría, se ha adjudicado nada en absoluto a dedo; ha sido a través de servicios centrales desde donde se han propuesto este tipo de contratos, que, evidentemente, se han llevado a fin.

De todas maneras, posteriormente al 8 de noviembre, se hizo una nueva resolución en la cual se adscribía a los servicios centrales del Sermas, y posteriormente esto ha pasado a los servicios del Hospital Universitario La Paz, igual que hace con Cantoblanco o Carlos III. En estos momentos, todos los servicios se encuentran bien incluidos en los contratos tramitados por procedimientos abiertos a través de modificados de contratos anteriores del Hospital La Paz, bien se están tramitando directamente; con lo cual todo esto, lógicamente, forma parte ya del pasado, porque actualmente está adscrito al Hospital Universitario La Paz, como usted muy bien sabe.

Poco más le puedo decir. Evidentemente, en el Portal de Transparencia están todos los datos que nos piden desde el Portal de Transparencia, ino se ha negado ni uno solo!, y, por supuesto, están a disposición, porque nosotros no tenemos ningún problema en enseñarles todo el procedimiento que siguen los funcionarios del Sermas cuando tienen que tramitar este tipo de contratos.

La Sra. **SECRETARIA**: Señor Prados, tiene que ir acabando.

El Sr. **VICECONSEJERO DE ASISTENCIA SANITARIA Y SALUD PÚBLICA** (Prados Roa): Decirles que en la unidad de rehabilitación funcional hoy había 86 pacientes y 5 de ellos en la unidad de urgencias, y no nos parece un número pequeño para lo que tenemos en otros hospitales. Muchas gracias.

La Sra. **SECRETARIA**: Muchísimas gracias, y disculpen, pero es que los tiempos son así de ajustados. Pasamos a la siguiente pregunta de contestación oral.

PCOC-602/2023 RGEF.2706. Pregunta de respuesta oral en Comisión, a iniciativa de la Sra. D.^a Vanessa Lillo Gómez, diputada del Grupo Parlamentario Unidas Podemos, al Gobierno, con el siguiente objeto: valoración que hace de la situación de las listas de espera sanitaria.

Tiene la palabra si quiere formular la pregunta.

La Sra. **LILLO GÓMEZ**: Gracias, presidenta. En esta ocasión le preguntamos por la valoración que hace de la situación de la lista de espera sanitaria, entendiendo que desde la consejería, en el año

2022, se hizo un anuncio en el cual, entre otros objetivos, se venía a plantear situar las listas de espera en un tiempo inferior a 40 días de demora media. Esto ya le digo que significa que ya han renunciado a cumplir con los niveles de demora media que había en 2016, año en el que se puso en marcha un plan de choque contra las listas de espera porque se entendía que ya era una situación límite. Ya le digo que en 2016 había 390.000 personas en listas de espera, en cualquiera de las tres, con una demora media de 42 días; hoy, cerca de 900.000 personas están en una lista de espera y la demora media es de 63,5 días. Queremos que nos haga la valoración de esta situación y cómo pretenden cumplir ese anunciado plan en lo que les queda de tiempo. Muchas gracias.

La Sra. **SECRETARIA**: Tiene la palabra.

El Sr. **VICECONSEJERO DE ASISTENCIA SANITARIA Y SALUD PÚBLICA** (Prados Roa): Gracias, presidenta. Señoría, en este caso, también me tengo que referir a la crisis del covid-19, donde la Comunidad de Madrid adoptó las medidas especiales de gestión sanitaria para adaptarse a la nueva realidad y asegurar el correcto funcionamiento de los servicios sanitarios, en especial, minimizar el impacto negativo de la situación en las listas de espera. La Consejería de Sanidad aprobó medidas singulares en aspectos normativos y organizativos, aprobándose el 16 de marzo de 2020 una nueva instrucción para el tratamiento del registro de lista de espera que incluía un plan individualizado para cada hospital.

Asimismo, desde que se revocó la situación de excepción, se han ido implementando medidas para reducir la lista de espera, dado que la situación epidemiológica que vivíamos motivó la falta de continuidad del Plan Integral de Mejora de Lista de Espera Quirúrgica del Servicio Madrileño de Salud 2016-2019. Para adaptarnos a la nueva situación y mejorar las prestaciones, se desarrolló una actualización de este plan con el objeto de mejorar la integración y coordinación asistencial, adecuar la oferta a la demanda, mejorar la gestión de la lista de espera e impulsar planes de reordenación y mejora de la atención hospitalaria.

Como ya indiqué detalladamente en esta comisión, esta actualización perseguía tres objetivos estructurales: en primer lugar, proporcionar una asistencia programada no urgente para las intervenciones quirúrgicas, primeras consultas y pruebas diagnósticas con una demora inferior a los 45 días; en segundo lugar, mejorar los criterios de priorización y tiempos de gestión de lista de espera quirúrgica para conseguir una reducción del 50 por ciento, y el establecimiento de 45, 60 y 90 días en función de los criterios clínicos, y, en tercer lugar, diseñar un modelo asistencial mediante el desarrollo de programas específicos e implementarlo en sistemas de información más efectivos y coordinados, entre otros.

Asimismo se definieron para su implantación acciones agrupadas en seis líneas estratégicas que contemplan el establecimiento de protocolos, guías clínicas y catálogos centralizados de procedimientos quirúrgicos priorizados y centralización de agendas, el incremento del uso eficiente de los recursos sanitarios, la mejora de la organización de la gestión de los procesos administrativos y de

los sistemas de información y el acceso a la información, garantizando la información ágil y actualizada de la lista de espera.

Señorías, todo este trabajo está dando su fruto y podemos afirmar que en Madrid se están gestionando bien las listas de espera, y hemos conseguido que sea una de las comunidades autónomas con mejores tiempos de respuesta para una operación, para una consulta o para la realización de una prueba diagnóstica. Como muestra, les ofreceré algunos datos correspondientes a la última semana del mes de febrero, que son los últimos publicados en la web y que mejoran ligeramente los últimos datos ofrecidos por el consejero en sede parlamentaria, evidenciando la tendencia a la mejora de estos indicadores.

Respecto a la lista de espera quirúrgica, la demora media para la intervención en España se sitúa en 113 días, según los últimos datos del Ministerio de Sanidad. Madrid ha cerrado el mes de febrero con 54 días, la mitad de la media nacional y la cifra más baja de todo el sistema nacional de salud. Estos datos, que comparamos con los de otras comunidades autónomas como Aragón, con 151 días de espera, Canarias con 154, Extremadura con 139, Cantabria con 132, o Baleares con 121 días, evidencian los buenos resultados a los que me acabo de referir. Además, en solo cuatro meses hemos reducido el 70 por ciento del número de pacientes que esperan más de 180 días para una operación, consiguiendo que la ratio de este indicador se sitúe tan solo en el 2,8 por ciento del total. Señorías, de media, un madrileño espera 59 días menos para operarse que un ciudadano que vive en alguna otra región de las mencionadas.

La lista de espera en cuanto a consultas ha experimentado una disminución del 15,1 por ciento de los pacientes en espera en los últimos cuatro meses. En este apartado, la Comunidad de Madrid también se sitúa entre las regiones con menor tiempo de espera, casi un mes menos que la media nacional, muy por debajo de comunidades como Canarias, Aragón o Navarra; la demora media se sitúa en 66,03 días.

La lista de espera de pruebas diagnósticas ha experimentado una disminución del 10 por ciento de pacientes incluidos también en los últimos cuatro meses; la demora media se sitúa en 55,04 días.

Con estos datos podemos afirmar que el Sermas no está lejos de conseguir el objetivo de garantizar una demora media inferior a los 45 días para cirugías, primeras consultas y pruebas diagnósticas.

Por último, quiero hacer mención a la transparencia de estos datos. La Comunidad de Madrid publica en su página web y actualiza semanalmente las listas de espera, indicando el número de personas que están en lista por especialidades y por hospital y el tiempo medio de demora.

Señoría, los datos hablan por sí mismos; sin embargo, no nos conformamos. Para el Sermas, la reducción de las listas de espera ha sido y sigue siendo una prioridad, y seguiremos trabajando por

un modelo de sanidad que siga garantizando los criterios de equidad y accesibilidad exigibles en los sistemas públicos. Muchas gracias.

La Sra. **SECRETARIA**: Señora Lillo, tiene la palabra.

La Sra. **LILLO GÓMEZ**: Señor Prados, yo entiendo que la única salida sea compararse con otras comunidades autónomas, pero -siempre se lo decimos- ¿por qué no se comparan con ustedes? ¿Por qué no nos comparamos con la propia situación de la Comunidad de Madrid, como sucede en otros casos? Quizá porque ahí la realidad no es tan buena.

También llama la atención que me haya recordado que la culpa de todo la tiene el covid, en 2023, como la canción de Def Con Dos de La culpa de todo la tiene Yoko Ono. Si no estamos recuperados todavía de la pandemia, ¿por qué despidieron a 6.000 profesionales? ¿Por qué no han aumentado el presupuesto? Porque en otras circunstancias sí dicen que la situación de la sanidad ha vuelto a la normalidad, pero ahora nos lo justifica y nos vuelve a recordar la pandemia.

Las propuestas, las líneas de actuación que ha planteado al inicio, son copiadas exactamente de las que ya venían en el plan 2016-2019. En el plan 2016-2019 ya se decía que había que aumentar también la actividad de los quirófanos, que no llegaba al 80 por ciento, y, cuando hemos pedido esa información, todavía no hay un pleno rendimiento de las infraestructuras en la red pública sanitaria; tienen un presupuesto que no ejecutan. La Cámara de Cuentas, año tras año, en el informe, establece que en el programa del plan de listas de espera, el 1313C, no se ejecuta el plan de listas de espera; ustedes dicen que es que se lo llevan luego a los hospitales y se ejecuta. Tenemos instalaciones que no se utilizan y, como le decía, despidos de 6.000 profesionales en abril del año pasado.

Pero, en vez de ir a compararme -como le decía- con los datos de 2016, cuando se puso en marcha el primer plan, que no llegábamos a 400.000 personas en lista de espera -y ahora estamos en más del doble-, me voy a ir solamente a los datos desde Ayuso. Cabe señalar que desde que Ayuso es presidenta, las listas de espera han aumentado el 43 por ciento. Le voy a decir: en enero de 2023..., que ustedes son afortunados y tienen los datos de febrero de 2023. Hablando de transparencia, lo que está colgado en la página web para cualquiera que queramos acceder desde fuera son, a día de hoy, los de enero de 2023. En enero de 2023 había 811.408 personas en listas de espera; en mayo de 2021, cuando se inicia esta legislatura, 591.820. Esto significa que en año y medio ha habido un aumento de más de 219.500 personas en listas de espera. Esto está mirado en Transparencia. Esto supone que 362 pacientes al día pasan a engrosar una de las tres listas de espera, ya sea de operación quirúrgica, de pruebas o de consultas externas.

Nos vamos a la espera quirúrgica: 91.983; hace año y medio, 90.978. Y no solamente es el número de personas, sino la espera media. En 2016, solamente el 14 por ciento de las personas que estaban en la lista de espera tenían que esperar más de 90 días; en 2023, hoy, es el 23 por ciento. O sea, más personas, más espera media.

Consultas externas: 550.578. ¿Sabe cuántas había en mayo de 2021? 369.000. Tenemos una demora media a día de hoy de 68,80 días; en mayo de 2021, de 32,75 días. En año y medio se ha aumentado la espera media 36 días; insisto, datos oficiales. Número de pacientes con más de 90 días de espera, 320.000. ¿Sabe cuántos había en mayo de 2021? 115.000; casi se ha triplicado.

Y, si hablamos de las pruebas diagnósticas, a día de hoy 168.847 personas están esperando; en mayo de 2021, 131.000. Más de 30.000 pacientes más en año y medio. La demora media ha pasado en año y medio de 43 días a casi 60 días (en año y medio!), y el número de pacientes que tienen que esperar más de 90 días, en año y medio, ha pasado de 51.656 a 81.243.

Si usted considera que esto es para presumir y dedicar la intervención a compararse con otras comunidades autónomas, a mí no me parece lícito; es una situación límite. Menos mal que, con suerte, dejarán de gestionar esta lista de espera. Muchas gracias.

La Sra. **PRESIDENTA**: Ya ha terminado su tiempo; muchas gracias. Tiene la palabra el señor viceconsejero; cuando usted quiera.

El Sr. **VICECONSEJERO DE ASISTENCIA SANITARIA Y SALUD PÚBLICA** (Prados Roa): Gracias, presidenta. Señoría, por mucho que dé vueltas a los números, la realidad es la que le estoy contando y que está publicada. Es verdad que no le vale a usted con que nos comparemos; lógico. ¿Por qué? ¡Porque estamos mejor que los demás! Y es verdad que hemos pasado una pandemia. Es que pasar la pandemia, en estos últimos cuatro años, ha sido absolutamente esencial para el sistema sanitario; pero, como le demuestro, no solo para nosotros, también para el resto de las comunidades autónomas. Por eso, lógicamente, ellos también tienen mayor demora de la que tenían. Pero, desde luego, el que ha destacado, el que ha debido hacer mejor los deberes porque los resultados son mejores, es la Comunidad de Madrid, sin lugar a dudas. Y, además, por mucho que me vuelva a decir que hay más, ya le digo yo que son bastantes menos, porque esta es la realidad y está publicada en la página web; la puede consultar usted.

La Sra. **PRESIDENTA**: Muchas gracias. Pasamos al siguiente punto en el orden del día.

PCOC-687/2023 RGE.3163. Pregunta de respuesta oral en Comisión, a iniciativa de la Sra. D.^a Gádor Pilar Joya Verde, diputada del Grupo Parlamentario Vox en Madrid, al Gobierno, con el siguiente objeto: medidas que están desarrollando para ayudar a los enfermos con EPOC (Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica) en la Comunidad de Madrid.

Doy la palabra a la señora Joya; cuando usted quiera.

La Sra. **JOYA VERDE**: Muchas gracias, señora presidenta. Bienvenido, señor Prados. Hoy quiero hablarle de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica -EPOC-, que es la cuarta causa de

mortalidad a nivel internacional. Se prevé que sea la tercera causa de muerte en el año 2030, afecta a más del 10 por ciento de la población, y un 80 por ciento de los casos están sin diagnosticar.

Los estudios han demostrado una enorme superioridad de la triple terapia -como usted bien sabe- en dispositivo único en la reducción de la tasa de exacerbaciones moderadas y graves en comparación con las combinaciones de fármacos utilizados en la EPOC, y ha supuesto un aumento de la adherencia al tratamiento que facilita al paciente controlar clínicamente su enfermedad, mejorando su sintomatología y calidad de vida y disminuyendo las agudizaciones; esto redundará en un ahorro para el sistema sanitario, ya que estas agudizaciones suponen un 60 por ciento del gasto total de la EPOC.

En la Comunidad de Madrid, diagnosticadas de EPOC -ya sabemos que esto es la punta del iceberg por ese alto porcentaje de casi el 80 por ciento que se estima que puedan estar sin diagnosticar- hay unas 30.000 personas; estas personas son un grupo de pacientes especialmente vulnerable -lo ha sido y lo sigue siendo- ante la covid-19. Pero también ahora mismo, dado que muchísimos de ellos son enfermos electrodependientes por el alto coste de la energía, se han convertido en un grupo de personas muy vulnerable desde el punto de vista socioeconómico, y querría preguntarle qué iniciativas están ustedes llevando a cabo para ayudar específicamente a las personas que padecen EPOC. Muchas gracias.

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

El Sr. **VICECONSEJERO DE ASISTENCIA SANITARIA Y SALUD PÚBLICA** (Prados Roa): Gracias, presidenta. Señoría, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica se define como una enfermedad frecuente, evitable y tratable que se caracteriza por síntomas respiratorios persistentes y limitación del flujo aéreo debida a anomalías en la vía aérea o en el parénquima pulmonar. La EPOC es una destacada causa de morbimortalidad en el mundo, que genera grandes costes sociales y económicos, cuya proyección apunta a incrementarse en los próximos años debido a la continuada exposición de altos porcentajes de población a sus factores de riesgo, principalmente tabaquismo y otras partículas y gases tóxicos, y al envejecimiento de la población.

En 2022, en la Comunidad de Madrid figuraban registrados 147.873, y esos 30.000 que me dice imagino que serán porque habrá registrado solamente un tipo de patología dentro de las que se incluye la EPOC; en estos incluimos los pacientes con asma y los pacientes con EPOC, en los que el Sermas empleó el 14 por ciento del gasto farmacéutico, que se concreta en más de 102.600.000 euros. Por estos motivos, la EPOC constituye un importante reto para los sistemas sanitarios, por lo que el Sermas, siendo consciente de esta situación, tiene en marcha una batería de medidas integradas en la estrategia de atención a pacientes con enfermedades crónicas de la Comunidad de Madrid, que detallaré a continuación. Esta estrategia está centrada en la implantación de procesos asistenciales compartidos en todos los niveles de atención, prestando una atención integral centrada en la persona para resolver las necesidades asistenciales en el lugar más adecuado y con los medios más adecuados. Sus objetivos generales son la consecución de la mayor calidad asistencial, seguridad, eficiencia y satisfacción de los

pacientes, sus familiares y los profesionales; evitar que las personas sanas padezcan enfermedades crónicas; retardar su progresión y disminuir sus complicaciones, a la vez que mejorar su calidad de vida en estos casos.

En el desarrollo de la línea 3 se contempla la adaptación de la cartera de servicios de Atención Primaria a pacientes con enfermedades crónicas prevalentes, entre las que se encuentra la EPOC. En Atención Primaria se desarrollan acciones a tres niveles: el primero es la prevención, centrada en el tabaquismo, tanto en menores como en otros colectivos especialmente vulnerables; además, existe un programa de atención a la persona adulta que consume tabaco, con seguimientos e intervenciones motivacionales. Segundo, la atención a pacientes con EPOC de más de 40 años con exposición previa a factores de riesgo, con síntomas respiratorios y que cumplan criterios espirométricos; en este sentido, quiero destacar que todos los centros de salud disponen de espirómetros. A estas personas se les realiza una exploración física y una valoración inicial que analiza antecedentes familiares, características personales y sociosanitarias, hábitos de vida, su exposición al tabaco y a otros tóxicos, y se aconseja la vacunación antigripal y antineumocócica, y en el seguimiento se fija el plan de actuación en función del nivel de riesgo de cada paciente. Y, tercero, el plan de actuación individualizado de fisioterapia respiratoria, en el que se valora al paciente y se le facilita formación sobre actividades físico-terapéuticas, fisioterapia respiratoria y hábitos saludables.

En su línea 4, dedicada al desarrollo de rutas y procesos asistenciales integrados, la estrategia se centra especialmente en un grupo de patologías crónicas que resultaron priorizadas por sus características clínicas y sociosanitarias, entre las que se encuentra, lógicamente, la EPOC. Desde 2017 está en funcionamiento el proceso asistencial integrado del paciente con EPOC con el objetivo general de diseñar un modelo de atención integral orientado a la prevención, al diagnóstico en fases precoces, a la reducción de la mortalidad, a la mejora de la calidad de vida y a la planificación del tratamiento más adecuado, garantizando la efectividad, eficiencia y equidad mediante la coordinación asistencial. Este PAI persigue los siguientes objetivos específicos: desarrollar e implantar un modelo de atención integral continua y coherente adecuado a las necesidades y riesgos de cada paciente, potenciar el papel de la enfermería en la atención de estos pacientes, desarrollar la autonomía y el autocuidado de los pacientes y el apoyo a la persona cuidadora, y asegurar la atención multidisciplinar de las necesidades paliativas de los pacientes en fase avanzada. Este PAI obtuvo el reconocimiento de Neumomadrid en 2019 como mejor programa centrado en los pacientes y en estos momentos está siendo evaluado para actualizar sus contenidos.

Dentro de las líneas 6 y 8 se incluye el proyecto de educación estructurada del paciente EPOC y de personas cuidadoras, dirigido a mejorar la capacitación de los pacientes para su autocuidado y el manejo de su enfermedad, fomentando la corresponsabilidad y la autonomía. Asimismo, el plan formativo de la unidad de continuidad asistencial incluye la realización de cursos dirigidos a los profesionales de Atención Primaria. En este año están planificados cuatro cursos. Por último, la Escuela Madrileña de Salud, en su sección "Vivir con enfermedades crónicas", tiene un apartado formativo específico para los afectados de EPOC. Muchas gracias.

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

La Sra. **JOYA VERDE**: Gracias, señora presidenta. Yo creo que, con suerte, le puedo ceder un minuto del que me queda al doctor Prados. En cuanto enfermos electrodependientes, para afrontar el coste tan alto de la energía al que estos pacientes se ven sometidos, ¿tienen ustedes pensado algún tipo de ayuda? Eso, en primer lugar.

En segundo lugar, la Consejería de Sanidad suspendió la obligatoriedad del visado para el dispositivo único de la triple terapia, tratamiento en dispositivo único, durante la época más dura de la pandemia y el confinamiento; esto quiere decir que, técnicamente, se puede prescribir, y los enfermos pueden tener acceso a este tratamiento sin que sea obligatorio el visado. En la Comunidad de Madrid se mantiene el visado automático. Hemos oído, nos parece, o tenemos entendido que el Ministerio de Sanidad tiene la intención de dar un paso atrás, que sería letal para las personas con EPOC en España, en cuanto a la decisión que se tomó de suspender el visado en casos de prescripción de tratamiento con triple terapia en dispositivo único. ¿Tiene la Consejería de Sanidad constancia de esto? ¿Tiene la Consejería de Sanidad pensado instar al Gobierno y al Ministerio de Sanidad en el Consejo Interterritorial de Salud, o de alguna manera firme y contundente, para que de una vez por todas se elimine el visado para que estos enfermos puedan acceder al tratamiento de triple terapia en dispositivo único, con todos los beneficios que le acabo yo de explicar en mi primera intervención? ¿Qué van a hacer ustedes en este tema en concreto? Porque no solo me interesa a mí, les interesa muchísimo a todos los enfermos con EPOC en España y en nuestra comunidad, y están deseando -porque me consta que le están viendo y escuchando ahora mismo- saber qué van a hacer ustedes en este sentido. Muchas gracias.

La Sra. **PRESIDENTA**: Muchas gracias. Cierra el viceconsejero en nombre del Gobierno; cuando usted quiera.

El Sr. **VICECONSEJERO DE ASISTENCIA SANITARIA Y SALUD PÚBLICA** (Prados Roa): Decirle que sí, que en la Comunidad de Madrid está en estudio el tema de las ayudas por gasto de consumo eléctrico; que ya en Fuenlabrada se está haciendo un piloto, y que, evidentemente, está dentro de las posibilidades que tiene el sistema de salud. Pero también le digo que el gasto farmacéutico en enfermos EPOC se ha incrementado el 5,8 por ciento desde 2021, o sea que, respecto a 2021, hoy estamos gastando el 5,8 por ciento más en este tipo de pacientes. Y, evidentemente, en el caso del visado, también está en estudio. Todo lo que se trate en el consejo interterritorial, evidentemente, tendrá la postura y las motivaciones que tiene la Comunidad de Madrid, y estas medidas, ya digo, se tienen que tomar a nivel nacional porque, lógicamente, son medidas que afectan a todo el Estado, al sistema nacional de salud, y la equidad exige que se tomen en todas las comunidades.

La Sra. **PRESIDENTA**: Muchas gracias. Pasamos a la siguiente pregunta con los mismos interlocutores.

PCOC-753/2023 RGEF.3635. Pregunta de respuesta oral en Comisión, a iniciativa de la Sra. D.^a Gádor Pilar Joya Verde, diputada del Grupo Parlamentario Vox en Madrid, al Gobierno, se pregunta cómo valora la atención que reciben los padres que van a tener un hijo con discapacidad en los hospitales del Servicio Madrileño de Salud (SERMAS).

Por lo tanto, doy la palabra a la señora diputada; cuando usted quiera.

La Sra. **JOYA VERDE**: Muchas gracias. Pregunto al señor viceconsejero cómo valora la atención que reciben los padres que van a tener un hijo con discapacidad en los hospitales del Servicio Madrileño de Salud. Muchas gracias.

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

El Sr. **VICECONSEJERO DE ASISTENCIA SANITARIA Y SALUD PÚBLICA** (Prados Roa): Muchas gracias, presidenta. Señoría, nuevamente, la atención que reciben los padres que van a tener un hijo con discapacidad se basa en el desarrollo de varias estrategias coordinadas puestas en marcha por el Servicio Madrileño de Salud, que se centran, de un lado, en la sensibilización y formación de los profesionales en el trato al paciente, en el cuidado del proceso de comunicación basado en pautas de calidad humana, reforzando la empatía, y en la atención a las situaciones de vulnerabilidad, fragilidad e incertidumbre o ansiedad de los pacientes y sus familiares, sobre todo cuando se tienen que transmitir malas noticias; y, de otro, en la atención de las necesidades físicas, mentales, sociales y espirituales de la mujer embarazada y sus familiares.

La estrategia de protección a la maternidad y paternidad y de fomento de la natalidad y de la conciliación 2022-2026 refleja el hecho de que Madrid es una región que apuesta por la vida y donde quien quiera tener un hijo no tenga dificultades que le hagan renunciar a este deseo. La línea 2 de este plan está dedicada a las medidas centradas en la protección de la maternidad y la paternidad; se concretan, entre otras, en la elaboración de planes de asesoramiento, asistencia personalizada y acompañamiento a la mujer durante el embarazo, el parto y el puerperio, que en el caso de una incapacidad del hijo son, si cabe, más necesarios.

Además se ha puesto en funcionamiento una línea telefónica gratuita de atención a la maternidad, un servicio integrado de psicólogos y trabajadores sociales que ofrecen orientación psicológica y acompañamiento, además de ofrecer información sobre los recursos que se encuentran a disposición de mujeres gestantes y madres. Asimismo, este servicio insiste en el apoyo a la vida de los no nacidos, dando alternativas a las madres embarazadas.

En esta misma línea se encuentra la implementación de los servicios de cribado neonatal, como el recientemente inaugurado por el consejero en el Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Se ha aumentado el número de enfermedades estudiadas hasta 21; en muchas de ellas, la rapidez de diagnóstico y tratamiento garantizará que no aparezcan síntomas clínicos que provocarían daños graves y discapacidad.

Por su parte, el II Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria 2022-2025 centrado en la persona, en sus necesidades físicas, mentales, sociales y espirituales, atribuye especial relevancia en el proceso asistencial a la transmisión de información clínica y no clínica a los pacientes y familiares, y especialmente cuando reciben noticias difíciles de asumir, como puede ser el conocimiento de la discapacidad de un hijo. La comunicación será de trato cálido, afectivo, cercano y adecuado a la capacidad de comprensión de los receptores. Asimismo, los profesionales facilitan datos acerca de los recursos clínicos del Sermas en el tratamiento de las patologías discapacitantes detectadas, en muchos casos, en servicios punteros e incluso CSUR. Asimismo, el plan insiste en la capacitación en salud, primordial para que los pacientes y familiares dispongan de los conocimientos y herramientas necesarios que les ayuden en la corresponsabilidad y en la toma de decisiones que afectan a su proceso de salud y a conseguir una autonomía efectiva.

Por último, este plan adjudica importancia clave a los profesionales sanitarios como agentes de la humanización. Es vital que el profesional sanitario que va a dar esta noticia sepa ponerse en el lugar de los padres, ofrezca una información completa y actualizada, oriente a los padres sobre dónde acudir para completar dicha información y acompañe a la familia durante todo este proceso. Por este motivo se fomentan las acciones formativas en estos aspectos en todos los niveles asistenciales. Estas acciones de humanización se potencian y monitorizan en comisiones constituidas en Atención Primaria y Hospitalaria y en las que participan más de 600 personas.

Asimismo se aplica en las situaciones por las que se pregunta el protocolo de coordinación en la Atención Temprana, que se ocupa del conjunto de intervenciones dirigidas a la población infantil de 0 a 6 años, a la familia y al entorno, que tienen por objeto la respuesta lo más pronto posible a las necesidades transitorias o permanentes en las que se encuentran los niños con trastornos en su desarrollo o que tienen el riesgo de padecerlos.

Por último, dentro del marco de la estrategia de atención a personas con discapacidad existen medidas que potencian igualmente la formación de profesionales sanitarios en habilidades comunicativas y en contenidos sobre detección y derivación de niños que requieran o se sospeche que puedan requerir la Atención Temprana, así como de los recursos asistenciales de los que disponen para estos casos.

Por otra parte, desde 2014 se han firmado varios convenios con el Sermas, entre ellos el de la Fundación Down de Madrid, cuyos objetivos han sido promover la formación de profesionales sanitarios, ofrecerles todas las herramientas necesarias para dar la noticia a familiares de pacientes con síndrome de Down como primer acto terapéutico, además de ofrecer apoyo a los pacientes y a las familias. Asimismo, en colaboración con las distintas entidades privadas, se ha realizado una guía de duelo gestacional y neonatal para profesionales sanitarios, cuyo objetivo es orientar a los profesionales sanitarios en la atención y acompañamiento en el duelo de familias que sufren la muerte gestacional o neonatal o una pérdida de expectativas de su hijo.

Finalizo diciendo que se realizan jornadas de formación en colaboración con distintas asociaciones, con profesionales de Atención Primaria y Hospitalaria, para dotarles de estrategias y habilidades en la comunicación de una noticia difícil con diagnóstico pre o posnatal ajustada a su momento emocional. Muchas gracias.

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

La Sra. **JOYA VERDE**: Gracias, señor consejero. Yo le he preguntado por los padres que van a tener un hijo con discapacidad, centrado concretamente en esos casos, no cuando ya muchos de estos hijos tienen la fortuna -otros no, desgraciadamente- de nacer.

Como usted sabe, en España tenemos una ley que contempla el aborto por discapacidad, una ley discriminatoria. En una sociedad en la que a todos se nos llena la boca con el apoyo a las personas con discapacidad, tenemos una ley que permite que una persona, por el simple hecho de que va a nacer con una discapacidad, pueda ser abortada durante un plazo mayor que el resto de los hijos, algo que ya ha sido denunciado por Cermi y algo que ya ha sido denunciado por el Comité de la ONU para las Personas con Discapacidad. Acogiéndose a esta ley, tenemos unas pruebas, llamadas de diagnóstico prenatal, que van a la caza de la persona con discapacidad, que van a la caza del enfermo, porque, desgraciadamente, no voy a decir en la totalidad pero sí prácticamente en la totalidad de los casos o en un alto porcentaje de casos, estas pruebas se realizan, van encaminadas a la práctica del aborto en el caso de que la persona vaya a nacer con una discapacidad.

Mire, yo le quiero enseñar... Esta línea roja que usted ve aquí, señor Prados, es la evolución de los nacimientos de niños con síndrome de Down en España desde que se aprobó la primera ley del aborto, en 1985. Yo conozco multitud de casos de padres que me dicen: "Gádor, si no es porque yo tengo muy claro que mi hijo va a nacer, hoy habría salido de la consulta y habría ido directamente a pedir cita para abortar, porque la información que me han dado es la patología con la que va a nacer mi hijo y el plazo que tengo si queremos abortar."

Yo, señor Prados, me iría contenta y satisfecha de esta mi última comisión -en la que aprovecho para despedirme de todos mis compañeros, de usted y de la consejería en su nombre, y para agradecer a todos su apoyo y todo lo que me han aportado y he aprendido- si ustedes adquirieran el compromiso firme de establecer un protocolo, pero de verdad, un protocolo real que contemple que, cuando a unos padres se les informa en la consulta prenatal, en la consulta de ginecología, de que su hijo puede nacer con una discapacidad o con cualquier otro tipo de enfermedad, puedan automáticamente ser puestos en contacto... antes de salir, se vayan con una cita para representantes de asociaciones de padres que tengan hijos con esa discapacidad, enfermos con esa patología o personas con esa discapacidad; y antes de irse del hospital ese día, una cita, una interconsulta con el especialista en cuestión sobre la patología que pueda tener ese hijo, porque ¿a cuántos padres se les ha dicho que su cardiopatía es letal y, cuando se han encontrado a un cirujano cardiaco que les ha dicho que esa cardiopatía se puede operar, han visto la luz? Y, si ustedes adquirieran ese compromiso,

un protocolo real de obligado cumplimiento en donde los padres se fueran gestionados por un trabajador social con todas esas citas concertadas para poder conocer, y no salir atemorizados y, por miedo e ignorancia, tomar decisiones de los que muchos de ellos se han arrepentido, yo de verdad que terminaría esta legislatura y este trabajo en esta comisión muy satisfecha. Muchas gracias.

La Sra. **PRESIDENTA**: Muchas gracias, señora diputada. Cierra la intervención el señor viceconsejero.

El Sr. **VICECONSEJERO DE ASISTENCIA SANITARIA Y SALUD PÚBLICA** (Prados Roa): Gracias, presidenta. Señoría, seguro que la estrategia de protección a la maternidad y paternidad y de fomento de la natalidad y de la conciliación 2022-2026 es, como le he dicho, una apuesta por la vida, y estoy absolutamente seguro de que los profesionales -que, además, se les forma específicamente para esto- hacen perfectamente su trabajo; lo que no podemos hacer es ir contra la ley. La ley hay que cumplirla y se tiene que cumplir en todos los casos, pero por supuesto que los profesionales reciben la formación con ánimo de dar a los pacientes, como no puede ser de otra manera, toda la información necesaria para que ellos tomen sus decisiones; y esto se hace de acuerdo con los protocolos que, evidentemente, tienen establecidos, y que estoy seguro de que se hacen con el rigor, con la humanización y con el tacto necesario para que los familiares, ya digo, puedan irse con la seguridad de que pueden tomar una decisión conscientes de que tienen toda la información. Muchas gracias.

La Sra. **PRESIDENTA**: Muchísimas gracias. Pasamos al siguiente punto del orden del día.

PCOC-612/2023 RGEF.2739. Pregunta de respuesta oral en Comisión, a iniciativa del Sr. D. Javier Padilla Bernáldez, diputado del Grupo Parlamentario Más Madrid, al Gobierno, con el siguiente objeto: situación en que se encuentra la construcción del nuevo centro de salud del Ensanche de Vallecas.

Le doy la palabra al señor diputado; cuando usted quiera.

El Sr. **PADILLA BERNÁLDEZ**: Muchas gracias, presidenta. Gracias, viceconsejero. La verdad es que la pregunta es bastante sencilla: ¿cuál es la situación del centro de salud del Ensanche de Vallecas? Y, cuando hablo de situación, le estoy preguntando por fechas: una fecha de licitación y una fecha estimada de finalización de la construcción. Le aviso que en los dos últimos meses hemos tenido dos respuestas un poquito divergentes: una por parte de la Comunidad de Madrid, y otra por parte de la concejala de Villa de Vallecas en el pleno de la junta de distrito. Así que nada, a ver si tenemos una tercera o si se decanta la balanza. Muchas gracias.

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

El Sr. **VICECONSEJERO DE ASISTENCIA SANITARIA Y SALUD PÚBLICA** (Prados Roa): Muchas gracias, presidenta. Señoría, no sé si va a ser una tercera o va a ser la misma, porque la verdad

es que los procesos de puesta en marcha de un centro de salud son muy complejos. Pero, tal y como ya comenté en esta comisión en 2022, debido a las características demográficas del distrito de Villa de Vallecas, y a pesar de contar con dos centros de salud en funcionamiento en la actualidad, el Ensanche de Vallecas I y el de Villa de Vallecas, se tiene prevista la construcción de un nuevo centro de salud para cubrir en su totalidad las necesidades asistenciales de la población de esta zona.

El nuevo centro de salud, que se denominará Ensanche de Vallecas II y al que se refiere, se encuentra entre los centros de construcción prioritaria en el Plan de Infraestructuras Sanitarias de Atención Primaria 2020-2024. Como paso previo a la construcción de este nuevo centro, el 9 de abril de 2018 se formalizó el convenio de cesión del derecho de superficie en una parcela situada en la calle Bernardino Pantorba número 9 entre el Área de Gobierno de Desarrollo Urbano Sostenible del Ayuntamiento de Madrid y el Servicio Madrileño de Salud, emitiéndose orden de aceptación de la cesión en la Dirección General de Patrimonio con fecha 9 de julio de 2018.

Durante el mes de noviembre de 2018 se adjudicó y se realizó el estudio geotécnico y el topográfico sobre la parcela. El 17 de febrero de 2020 se hizo pública la convocatoria de citación del servicio de redacción del proyecto básico de ejecución para la construcción del nuevo centro, y la fecha límite de presentación de ofertas terminaba el 3 de marzo de 2020; sin embargo, y debido al decreto de estado de alarma, los plazos de licitación quedaron automáticamente suspendidos. Finalmente, una vez reiniciados los plazos y después del análisis de las ofertas y tramitación de los requerimientos efectuados por la Mesa de Contratación, el 11 de diciembre de 2020 se formalizó el contrato para la redacción del proyecto básico y de ejecución a una UTE de tres empresas por importe de 72.252,32 euros, IVA incluido. El equipo redactor presentó el proyecto básico el 4 de mayo y el de ejecución el 4 de agosto de 2021.

El siguiente paso ha sido la supervisión del proyecto de ejecución realizada por los servicios técnicos de la Gerencia Asistencial de Atención Primaria, que han emitido alegaciones que han sido atendidas por el equipo redactor, realizando las modificaciones señaladas. Después de ese proceso, se ha recibido el proyecto definitivo de ejecución de las obras, en el que se está preparando el informe de supervisión.

Se estima que en el segundo trimestre de 2023 se iniciarán los trámites administrativos para el inicio del expediente de licitación de las obras de construcción del nuevo centro de salud, junto a la dirección facultativa y el control de calidad de dichas obras; se estima un importe de licitación en este expediente de 8.257.000 euros, cifra provisional hasta que se disponga del proyecto definitivo de ejecución supervisado. En todo caso, al ser este importe superior a 3 millones de euros, en su tramitación se requerirá la autorización del Consejo de Gobierno.

Una vez que se autorice la obra, se procederá a la publicación de la licitación en el Perfil del Contratante. La Ley 9/2017, de 8 de noviembre, de Contratos del Sector Público, contempla un mínimo de ocho meses desde la publicación de la licitación hasta la adjudicación, que se prevé para junio de

2024, y el inicio de las obras para 2025. Por último, para la construcción del nuevo centro de salud se estiman unos dieciocho meses.

Aunque hasta que el proyecto de ejecución no esté aprobado definitivamente no se pueden concretar las características finales del nuevo centro, se puede avanzar, en base al plan funcional que se ha tomado como referencia para la elaboración de los proyectos básico y de ejecución, que el nuevo centro de salud Ensanche de Vallecas II va a contar con consultas de medicina de familia, enfermería y pediatría, zona de extracciones de muestras, unidad de psicoprofilaxis obstétrica, de fisioterapia y de salud bucodental, zona de apoyo administrativo y zona de servicios e instalaciones.

En tanto se procede a la construcción del nuevo centro y para mejorar la asistencia sanitaria de la población del Ensanche de Vallecas, la Gerencia Asistencial de Atención Primaria contrató la ampliación del actual centro de salud Ensanche de Vallecas I, ubicado en la calle Cinco Villas número 1. Esta ampliación ha supuesto la construcción de un nuevo módulo adosado al centro actual, con nueve consultas y una superficie ampliada de 355 metros cuadrados. La ejecución de las obras, por un importe de 555.970 euros, dio comienzo el 25 de julio de 2019 y finalizó el 9 de marzo de 2020. En este periodo de tiempo desde su apertura, esta infraestructura está cubriendo gran parte de las necesidades asistenciales de la población. Muchas gracias.

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

El Sr. **PADILLA BERNÁLDEZ**: Bueno, pues todo es muy complejo, dice; pero para prometerlo parece que sí que se dan prisa, y para poner un cartel, como han puesto recientemente, tampoco parece que eso fuera tan complejo.

El Ensanche de Vallecas tiene una población similar a la de Segovia, que tiene tres centros de salud, pero resulta que el Ensanche de Vallecas solamente tiene uno. Si miramos las zonas básicas de salud colindantes, Campo de la Paloma, Entrevías, Rafael Alberti, nos encontramos con que Campo de la Paloma tiene 18.700 personas asignadas; Entrevías, 27.600; Rafael Alberti, 21.700, y Ensanche de Vallecas tiene 48.700. 48.700 según los datos de 2020, que seguramente serán más ahora, porque una singularidad que tiene Ensanche de Vallecas respecto a las otras zonas colindantes es que en los años 2019 y 2020, que son los dos últimos cuya población consta en su página web, era la única en la que había aumentado la población. De hecho, lo que se calcula ahora es que tiene en torno a 52.000 personas.

La semana pasada, José María García, el viceconsejero de Vivienda de su Gobierno, afirmaba en esta misma Cámara que en la Comunidad de Madrid las dotaciones van acompañando el crecimiento de la población, como no podía ser de otra forma. Pues bien, el Ensanche de Vallecas ya tenía más de 30.000 habitantes en el año 2012, con una proyección de crecimiento que era muy evidente; tan evidente que, una década después, nos encontramos con más de 50.000 habitantes, y, sin embargo, a día de hoy, el segundo centro de salud es este, que supongo que conocerá, que es básicamente un descampado; un descampado con un cartel, porque lo que sí han hecho recientemente es poner un

cartel que anuncia que alguna vez habrá un centro de salud, y pone una cifra. Pone: "presupuesto estimado de licitación: 6,1 millones de euros". Lo que ocurre es que ahora usted me ha dicho 8,2; entonces, no sé si van a volver a poner otro cartel delante que ponga 8,2, que ese 8,2 es el mismo que dijo el otro día -porque su respuesta de hoy se ha parecido bastante- la concejala de Villa de Vallecas en el pleno de la junta de distrito.

Cuando habitualmente nos explican el número de centros de salud y por qué la Comunidad de Madrid tiene menor densidad de centros de salud que otras regiones, nos hablan siempre de la densidad de población; lo que ocurre es que ese mismo argumento no lo utilizan cuando hablan de las zonas básicas de salud que están relacionadas con los nuevos crecimientos urbanísticos. Yo no sé si usted ha visto esto; esta es el área de la zona básica de salud del Ensanche de Vallecas, esto es la zona básica de salud del Ensanche de Vallecas, con construcciones ya habitadas en toda esta zona, mientras que las zonas colindantes son así de pequeñas. Los nuevos núcleos de crecimiento urbanístico, los denominados PAU, tienen una densidad de población mucho más propia de la ciudad extendida que de la ciudad cohesionada que son otras zonas, pero a ese respecto parece que ustedes no se agarran a la densidad de población para hablar de las dotaciones.

Si hoy se licitara la construcción del centro de salud del Ensanche de Vallecas, sabemos que tardaría un mínimo de veintiséis meses, como usted ha comentado; pero lo que usted ha dicho hoy básicamente es que para mediados o finales de 2026, en el mejor de los casos, será cuando estará, porque ha dicho que comenzaría a principios de 2025, y entiendo que esa es la fecha por la que le preguntaba al inicio. Entretanto, a ustedes les dará tiempo a poner otro cartel delante, como, por ejemplo, ocurre en Fuenlabrada, que resulta que el cartel nuevo que han puesto lo han puesto delante del cartel que ya existía y que ya estaba desconchado.

Y nada. Sobre el nombre, no pongan nombres tan feos. Creo que no hay ninguna necesidad de ponerle "centro de salud Ensanche de Vallecas II"; pueden ponerle el nombre de alguna personalidad del barrio, incluso puede ocurrir que esta sea una mujer. Nada más. Muchas gracias.

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

El Sr. **VICECONSEJERO DE ASISTENCIA SANITARIA Y SALUD PÚBLICA** (Prados Roa): Recojo la propuesta del nombre del centro, pero bueno. Solamente decirle que, evidentemente, los centros de salud se pueden medir por metros cuadrados o por número, y en Madrid tenemos la suerte de tener muy poca distancia porque es una comunidad -y, sobre todo, la ciudad- muy pequeña en relación con la población que vive en ella, lo cual nos permite tener menos centros de salud, aunque, lógicamente, el número de metros cuadrados tiene que ser mayor.

Y decirle que desde 2018, fecha en que se empezaron los trámites para la construcción de este centro de salud Ensanche de Vallecas II de momento, el Sermas ha construido o reformado quince centros de salud que están en funcionamiento, cuatro más están próximos a la finalización de obras y otros cuatro en próximas fechas iniciarán las obras de construcción. Asimismo, trece nuevos centros se

encuentran en tramitación de expediente de construcción y ocho están en fase de supervisión de proyecto. Por último, la construcción de cinco centros más está en fase de redacción de proyecto, y en tres municipios se está tramitando la cesión de parcela para la construcción de nuevos centros. Evidentemente, esto dice mucho de todo el trabajo que se está desarrollando dentro de la Gerencia de Atención Primaria para poder ofrecer los espacios necesarios para que la población sea atendida.

Yo también, si me permite, presidenta, me despido ya de todos ustedes, si no tengo más iniciativas, y les doy las gracias de verdad, de todo corazón, porque me ha tocado venir poquito tiempo pero muy intenso en estos últimos meses, y de verdad que, por parte de todos, muchísimas gracias.

La Sra. **PRESIDENTA**: Muchísimas gracias; nosotros también le agradecemos mucho su asistencia y su disposición siempre a venir a esta comisión y dar respuesta como Gobierno. Y pasamos al siguiente punto del orden del día.

PCOC-614/2023 RGE.2741. Pregunta de respuesta oral en Comisión, a iniciativa del Sr. D. Javier Padilla Bernáldez, diputado del Grupo Parlamentario Más Madrid, al Gobierno, con el siguiente objeto: acciones que van a poner en marcha desde el ámbito sanitario en relación con la soledad no deseada en la Comunidad de Madrid.

Le pido al señor Martínez Peromingo, director general de Coordinación Sociosanitaria, que nos acompañe en la mesa. La pregunta también es a iniciativa del diputado del Grupo Más Madrid, señor Padilla; por lo tanto, ya que tengo al director general en la mesa... ¿La va a hacer...? Adelante, portavoz de Más Madrid.

El Sr. **FIGUERA ÁLVAREZ**: Muchas gracias, presidenta. Doy la bienvenida al director general y le pregunto qué acciones van a poner en marcha desde el ámbito sanitario en relación con la soledad no deseada.

La Sra. **PRESIDENTA**: Muchas gracias. Tiene la palabra el director general.

El Sr. **DIRECTOR GENERAL DE COORDINACIÓN SOCIOSANITARIA** (Martínez Peromingo): Muchas gracias, señora presidenta. Señorías, como conocen, en la Comunidad de Madrid, liderada por la Dirección General de Atención al Mayor y a la Dependencia, existe un grupo de trabajo denominado "Soledad no deseada", cuyo objetivo es la creación de una red de entidades, profesionales e instituciones que estén sensibilizadas y comprometidas ante la soledad no deseada de las personas mayores.

Para coordinar las actuaciones sanitarias, en primer lugar, desde la Dirección General de Coordinación Sociosanitaria elaboramos un informe que recogía las actuaciones realizadas en el ámbito hospitalario, en Atención Primaria y en el Summa 112, y posteriormente constituimos un grupo de trabajo de soledad no deseada en la Consejería de Sanidad. Este grupo se constituyó con representantes de la Dirección General de Humanización, la Gerencia Asistencial de Atención Primaria, la Gerencia

Asistencial de Hospitales, el Summa 112, la Oficina Regional de Salud Mental, la Dirección General de Salud Pública, y nosotros mismos, la Dirección General de Coordinación Sociosanitaria. Y a continuación paso a reseñarle brevemente las acciones que en el ámbito sanitario se realizan o se van a implantar próximamente por las unidades directivas de la Consejería de Sanidad en sus diferentes niveles asistenciales.

En la Gerencia Asistencial de Atención Primaria se ha elaborado el documento "Proceso asistencial de atención a personas mayores en situación de soledad no deseada", con una perspectiva multidisciplinar y que ha sido presentado a los profesionales sanitarios en marzo de 2020; para ello se diseñó un protocolo de detección, asistencia y seguimiento de las personas mayores en situación de soledad no deseada y se han diseñado e implementado actividades de educación para la salud a esta población. Este programa está operativo de forma permanente.

Por parte de la Gerencia Asistencial de Hospitales se está trabajando en la elaboración de un protocolo general para utilizar en todos los hospitales del sistema público de salud para la detección e intervención en caso de personas en las que se detecte esta situación. En la actualidad ya hay algunos hospitales que utilizan protocolos de este tipo, como puede ser el Hospital Clínico San Carlos.

En la Gerencia del Summa 112 está previsto el diseño e implementación de un proceso asistencial que incorpore la identificación de soledad no deseada y permita la comunicación y derivación de un posible caso a Atención Primaria; se llevará a cabo en todos los municipios de la Comunidad de Madrid y para todas las personas, independientemente de su edad, y se prevé que este recurso esté disponible ya en el segundo semestre de 2023.

Por parte de la Dirección General de Humanización y Atención al Paciente se han tramitado múltiples convenios con entidades de acción voluntaria para la realización de actividades de ocio y acompañamiento en centros sanitarios. Los programas se desarrollan en centros sanitarios públicos, principalmente hospitales, y van dirigidos a personas de todas las edades. Un ejemplo de estos programas que se están llevando a cabo es la iniciativa Nadiesolo.

Desde la Dirección General de Salud Pública son varios los recursos, servicios y actividades que se llevan a cabo en esta unidad directiva y están enmarcados dentro del programa de promoción de la salud de las personas mayores; se llevan a cabo de forma permanente y están disponibles como publicación electrónica en la página web de la Comunidad de Madrid. A continuación pasaré a detallarle o a relatarle algunos ejemplos: aislamiento y soledad en personas mayores; efectos de salud y el impacto de la pandemia de covid; promoción de la salud de las personas mayores y formación para profesionales; prevención y promoción de la salud para profesionales; y aislamiento y soledad no deseada en las personas mayores, factores predisponentes y consecuencias para la salud.

Además de todas estas acciones que desarrolla y va a implantar la Consejería de Sanidad en relación con la soledad no deseada, existen otras también que, por no alargarme, me voy a permitir solo nombrar; por ejemplo, las actuaciones relacionadas con el plan de atención integral a la fragilidad y promoción de la longevidad saludable en personas mayores, las actuaciones en base al plan de

prevención del suicidio, y las diferentes actividades formativas y jornadas que ya están programadas sobre soledad no deseada dirigidas a profesionales sanitarios de la Consejería de Sanidad. Muchas gracias.

La Sra. **PRESIDENTA**: Muchas gracias. Le doy la palabra al señor Figuera; cuando usted quiera.

El Sr. **FIGUERA ÁLVAREZ**: Muchas gracias. Señor director general, esto que nos cuenta es algo que ya conocemos, aunque es difícil tener información a través de las preguntas que hacemos y también del Portal de Transparencia. Lo que sabemos es que, aproximadamente, en el año 2020 había un 10 o un 11 por ciento de personas en soledad no deseada, que no son solo mayores; también ha crecido exponencialmente el número de personas jóvenes que tienen problemas de soledad no deseada y que se quedan en sus casas y no asisten a las escuelas, etcétera, sobre todo por problemas de discapacidad y salud mental. Y lo más triste es que, a raíz de la pandemia, aproximadamente los estudios -no hay un estudio claro en Madrid, y ahora vamos a hablar de eso- dicen que la soledad no deseada ha aumentado casi hasta el 18 por ciento de la población; eso supone un factor de vulnerabilidad para todo tipo de enfermedades, sobre todo enfermedades relacionadas con la salud mental, pero también enfermedades cardiovasculares en las personas mayores, aumento de la gravedad de las demencias, aumento de problemas metabólicos..., y todo eso ha llevado a una hiperfrecuentación en Atención Primaria, con el aumento de costes y con la dificultad de acceso, tal y como está la Atención Primaria en nuestros días, y sobre todo, en personas mayores que tienen a su vez problemas de accesibilidad y en personas con discapacidad.

Nosotros, en octubre del año pasado, presentamos y se aprobó en la Asamblea una PNL para plantear este problema de la soledad no deseada; sabemos que no contó con el apoyo del Partido Popular, pero, bueno, hubo abstención. Lo que se pidió fue un plan estratégico para la soledad no deseada para la Comunidad de Madrid, como tienen comunidades también gobernadas por el Partido Popular como Castilla y León, y otras comunidades, como Cantabria, etcétera; un plan que, efectivamente, dé cuenta de todas las necesidades en este campo. En 2001 -usted lo ha dicho- se habló del tema de la red regional de atención a las personas mayores, de lucha contra la soledad no deseada, pero estamos hablando de 2021 y no se ha implementado en unas líneas estratégicas claras, en un presupuesto claro, y hay, efectivamente, un sinfín de actividades, todas desorganizadas. Usted, que es el director general de Coordinación Sociosanitaria, debería ser el representante general de todas estas acciones; acciones que, si no se implementan de manera coordinada, lo único que hacen es que las personas no se enteren bien, sobre todo personas mayores, y que al final se pierdan recursos y contenidos. En esa PNL pedíamos, por eso, hacer ese plan estratégico.

Pedíamos también un estudio de campo claro y preciso para detectar estas necesidades tanto en personas más vulnerables, como son las personas mayores, estas personas jóvenes y personas con problemas de discapacidad, como también en personas que están en exclusión social, y, dentro de todo esto, estudiar bien el colectivo de las personas con discapacidad y mujeres que a su vez sufren violencia de género y que quedan permanentemente invisibilizadas y en una soledad muy fastidiosa, porque

realmente a veces no están solas, sino que están rodeadas de personas que no las tratan bien. De este estudio de campo y este censo, por supuesto, no sabemos nada; me gustaría saber qué es lo que van a hacer.

Por otro lado, identificar las redes de apoyo, porque, efectivamente, no solo se trata de acciones que tengan que ver con los servicios hospitalarios, los servicios sanitarios o los servicios sociales, sino también detectar ese vecindario y esas redes, ONG y entidades del tercer sector que están haciendo esa magnífica labor. Desde luego, gracias a ello, no hay personas todavía en problemas de mayor gravedad.

En el tercer punto de esa PNL pedíamos dotar a los servicios públicos sanitarios y sociosanitarios de mayores recursos humanos y materiales para poder hacer bien esta labor, además de mejorar la coordinación, y, por supuesto -que tampoco lo hemos visto por ningún lado desde la aprobación de esta PNL, aunque sabemos que las proposiciones no de ley suelen quedarse en agua de borrajas-, campañas de sensibilización para el tema de la soledad no deseada. Es verdad que el otro día yo asistí en el Gregorio Marañón a la presentación del plan de fragilidad -que presentaremos en el pleno-, que es una iniciativa para una comparecencia de la consejera, la señora Dancausa, que ha traído el Partido Socialista, y hablaremos un poco más en detalle sobre eso, pero en realidad no ha habido ninguna campaña clara de sensibilización y de visibilización.

Y, por último, queremos saber qué van a hacer con las necesidades de las personas cuidadoras de las personas que están en soledad no deseada, que es absolutamente fundamental; cuidadores profesionales, sobre todo para personas con discapacidad y personas mayores. O con las personas mayores que están en residencias, abandonadas muchas de ellas a nivel de un abandono..., y que está cubriendo alguna ONG, con una labor muy encomiable y muy importante. Creemos que hay que mejorar toda la accesibilidad a estos problemas de fragilidad y, desde luego, para que todos y todas podamos vivir mejor. Si ustedes no lo hacen y queda poco tiempo, probablemente lo haga Rita o lo haga Mónica cuando gobernemos en la Comunidad de Madrid. Muchas gracias.

La Sra. **PRESIDENTA**: Muchas gracias. Cierra este punto de intervención el Gobierno con el señor director general; cuando usted quiera.

El Sr. **DIRECTOR GENERAL DE COORDINACIÓN SOCIOSANITARIA** (Martínez Peromingo): Muchas gracias. Yo creo que es evidente que la soledad no deseada es uno de los principales problemas que afrontamos como sociedad. Ya desde que en el año 2015 las principales sociedades, la OMS, reclamaban a los sistemas de salud que pusiesen hincapié -, evidentemente, la pandemia no hizo sino agravarlo o poner el foco en la pandemia-, se han venido desarrollando diferentes iniciativas tanto a nivel de la Comunidad de Madrid como a nivel de país.

Recientemente se han publicado dos metaanálisis sobre intervenciones en las que el consenso es que no está muy claro cómo tiene que ser el abordaje; de hecho, con significación estadística, por ejemplo, solamente había la animalterapia en el caso de las personas mayores. Sí es evidente que se

están haciendo, como usted bien decía, muchas iniciativas en diferentes ámbitos y estamos tratando de delimitar cuáles son las más efectivas, pero todavía se está trabajando en ello.

El plan de atención a la fragilidad que usted ha reseñado tiene dos líneas específicas en las que aborda, tanto en el eje 3 como en el eje 5, específicamente el tema de la soledad no deseada, pero esto es una labor de todos; no creo que sea ni de partidos ni de gobierno, sino de sociedad, en la forma en la que tendremos que afrontar todo esto.

La Sra. **PRESIDENTA**: Muchísimas gracias. Si ya ha terminado, pasamos al siguiente punto del orden del día, que es el penúltimo.

C-353/2023 RGE.3174. Comparecencia del Sr. D. José María Molero García, especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, a petición de los Grupos Parlamentarios Más Madrid, Socialista y Unidas Podemos, al objeto de informar sobre situación de la Atención Primaria del Servicio Madrileño de Salud. (Por vía del artículo 211 del Reglamento de la Asamblea).

Invito a don José María Molero García a acompañarme en la mesa. *(Pausa.)* Buenas tardes, don José María Molero García, especialista en medicina familiar y comunitaria. Esta comparecencia ha sido a petición de los grupos parlamentarios Más Madrid, Socialista y Unidas Podemos, al objeto de informar sobre situación de la Atención Primaria del Servicio Madrileño de Salud. *(Pausa.)* Teniéndole ya en la mesa, tiene usted quince minutos para exponer esta... *(Rumores.)* Yo se lo recordaré, si quiere, y le aviso cuando le quede un minuto; está usted en su casa, así que le escuchamos.

El Sr. **ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA** (Molero García): Muchas gracias, señora presidenta. Muchas gracias a todas sus señorías, y gracias también a los tres partidos que han permitido que estuviese esta tarde aquí: el Partido Socialista, Más Madrid y Unidas Podemos. No voy a decir probablemente nada nuevo que no se haya dicho y que no se lleve diciendo desde hace mucho tiempo. Mi conflicto de interés es que soy médico de familia, soy miembro de una sociedad científica, miembro del consejo asesor desde hace bastante tiempo, más de veinte años, también miembro de la Mesa de Atención Primaria del Colegio de Médicos y secretario general de un sindicato -SIME- afiliado a la Confederación Sindical de Sindicatos Independientes que es CSIT; y quiero destacar esto fundamentalmente porque creo que desde mi perfil he intentado en todas las ocasiones defender este ámbito asistencial básico para toda la población. También participé en aquel proyecto de 2006 sobre la AP del siglo XXI, que, desgraciadamente, no tuvo más trascendencia, y recientemente en la estrategia del Ministerio de 2019 sobre Atención Primaria. Creo que hemos intentado, o al menos yo he intentado desde siempre, transmitir en todos los ámbitos donde me he desarrollado cuáles eran las necesidades que tenía la Atención Primaria, cuál era el valor de la Atención Primaria, y, desgraciadamente, cómo poco a poco íbamos dejando que ese nivel asistencial fuese decayendo.

Quiero empezar con unas frases que he ido sacando de compañeros, que he ido escuchando durante mi trayectoria profesional más recientemente, y que pueden definir un poco cuáles son los problemas que tenemos en la Atención Primaria. Fundamentalmente, lo que me transmiten es que los centros de salud se han convertido en centros inhóspitos, casi suscitan rechazo; un ambiente de sufrimiento en el que no queremos acercarnos, por la sobrecarga de trabajo que tenemos diariamente. Algunos dicen: "si pudiese, lo dejaría ahora mismo". Muchos compañeros me han preguntado por la jubilación anticipada. Viven continuamente con el reparto, la sobrecarga por una baja, por una incidencia...; algo que pasa que hoy mi consulta, que iba a ser equis, ahora es equis más un 20 por ciento o un 15 por ciento de la actividad. Por supuesto, obligados a asumir esa actividad, sin ningún tipo de compensación ni remuneración.

Además, parece que la demanda es lo único importante. Todo lo que tenemos que ver es demanda. No existe tiempo para otras cosas, ni para formación ni para investigación ni para prevención ni para actividades comunitarias; es demanda, demanda, y, además, una demanda característica, y es aquello que no es demorable, todo no demorable. La verdad es que también tenemos la culpa probablemente nosotros, pero no hemos transmitido a la población aquello que realmente es importante y que sí que puede esperar.

También tenemos la sensación de que todo el que entra en el centro de salud acaba en una consulta y acaba solicitando u obteniendo aquello por lo que venía, a veces sin que haya habido ese filtro, esa clasificación, esa orientación de la demanda, porque muchas demandas no tienen por qué acabar en la consulta del médico o de la enfermera, sino que muchas veces se pueden resolver o se pueden demorar en su resolución, pero parece que la necesidad de acudir a un centro de salud se suscita y la facilidad para acceder a las consultas es enorme.

Entendemos que no hay una planificación de la gestión; parece que todo... "¿Ahora faltan médicos? Pues vamos a poner una teleconsulta, a ver si podemos solucionar el tema de la urgencia", o que las enfermeras o enfermeros empiecen a asumir competencias que probablemente no tengan que asumir, porque son competencias complementarias, y tienen que desarrollar su perfil de enfermería comunitaria, pero parece que van a suplir esa carencia de un tipo de profesionales.

Por supuesto, la docencia MIR es una quimera. Ahora comentaré lo que ha ocurrido con la docencia MIR en los últimos quince años en la Comunidad de Madrid. No hay tiempo para la docencia y no hay tiempo para la formación continuada, para la formación nuestra, nuestra alimentación diaria de poder mejorar nuestra competencia profesional y dar un servicio a la población. No tenemos tiempo; es a costa de nuestro tiempo personal, de nuestra herramienta de formación telemática muchas veces que nos facilita esa posibilidad.

Quiero resaltar -y también lo he dicho muchas veces- que estos problemas no son únicos de la Comunidad de Madrid, pero sí que en la Comunidad de Madrid se han intensificado, sobre todo en los últimos diez años. La inversión insuficiente ocurre en todas las comunidades autónomas, pero aquí más; la infradotación de recursos -luego lo desarrollaré-, también aquí más; la sobrecarga asistencial,

el grave deterioro de las condiciones laborales y profesionales, la gestión deficiente en cuanto a una ausencia de planificación, el aumento constante de la oferta sanitaria priorizando, además, la inmediatez, sin planificar, sin saber qué nos va a costar, cuántos recursos tengo..., porque el ejemplo lo hemos tenido recientemente con la urgencia extrahospitalaria. Queremos abrir diferentes dispositivos sabiendo que no tenemos recursos suficientes; también nos afecta a la Primaria. Por supuesto, el no desarrollo de las funciones y roles y competencias de los diferentes profesionales. Estamos estancados en los años setenta, con el funcionamiento y los desarrollos, cuando tenemos una enfermería comunitaria, tenemos un desarrollo de los TCAE, tenemos unas nuevas posibilidades que nos brindan las tecnologías de la comunicación y la investigación para potenciar la digitalización y el cambio de actitud del personal no sanitario...

Una desafección de los profesionales. Los profesionales nos sentimos que no es nuestra empresa donde trabajamos, y nos sentimos cansados de trabajar. Esto, que puede ser muy referencial, lo he querido poner en un primer lugar porque es la realidad; es como lo vivimos la mayoría de los profesionales que estamos en los centros de salud.

Paso a cuatro o cinco datos sobre la inversión. En la comunidad autónoma, nos pongamos como nos pongamos, miramos los presupuestos iniciales de la comunidad y no hemos pasado del 11 por ciento en los últimos seis años. Pero es que, además, la diferencia, el gap que hay respecto al promedio de las comunidades autónomas se ha incrementado sustancialmente: en el año 2018, un 18 por ciento; en 2019, un 21; en 2020, un 24; en 2021, un 29, y, en 2023, un 30 por ciento. Es la diferencia con la media de las comunidades autónomas, de lo que invierten en la Atención Primaria. Luego cada vez nos estamos alejando más de ese porcentaje de media; no digo del 20 o del 25 por ciento que se comenta como porcentaje idóneo de inversión, solamente de la media de las comunidades autónomas.

Además tenemos el menor presupuesto per cápita de todas las comunidades autónomas; estamos a un 50 por ciento menos de la media dedicado a Atención Primaria. Actualmente estamos en un 10,7 por ciento dedicado a Atención Primaria, cuando la media está por encima del 15 por ciento.

Recursos insuficientes. Datos: si nos vamos a las ratios por categoría profesional, estamos en el puesto número 18 de los 18 sistemas de salud autonómicos, incluyendo, lógicamente, el antiguo Insalud, que ahora es Ceuta y Melilla, y estamos en un 37 por ciento superior a la media. En médicos de familia, en el puesto 16 de 18, un 15 por ciento respecto a la media; pediatría, también el 15 del 18, un 15 por ciento; en auxiliares administrativos, un 13 de 18, un 8 por ciento. Estas diferencias respecto a la media, este exceso de población asignada, se mantienen desde hace más de quince años.

Si vamos a los cupos, la Comunidad de Madrid, desgraciadamente es la que ostenta el récord en cuanto a porcentaje de médicos de familia y pediatras por encima de lo que se considera un cupo óptimo. Por encima de 1.500 en los médicos de familia, estamos ya en el 56 por ciento, cuando la media es de un 38 por ciento, y, en los pediatras, por encima de 1.000, estamos en un 56 por ciento, cuando la media es de un 33 por ciento.

Por supuesto, esto además se ve agravado porque estamos hablando de lo que dispongo numéricamente, pero es que sabemos -y es lo que estimamos, porque los datos son muy difíciles de conseguir a través de la Gerencia de Atención Primaria- que aproximadamente entre un 15 y un 20 por ciento de las plazas no están cubiertas, son descubiertas de larga duración: comisión de servicio, bajas o interinidades que no se están ocupando...; estamos hablando aproximadamente de entre 750 y 800 médicos de familia y de unos 180 pediatras. Esta es la realidad en cuanto a recursos humanos que quería recoger.

¿Cómo se ha incrementado? Sí, se ha producido un incremento sustancial de recursos en los últimos años en la Comunidad de Madrid. Aproximadamente la diferencia con el año 2016 en cuanto a médicos de familia es de un 8 por ciento; respecto a 2019 es de un 4 por ciento. En pediatría ha descendido un 17 por ciento respecto al año 2016 y un 28 por ciento respecto a 2019. En enfermería ha aumentado un 11 por ciento respecto a 2016 y un 8 por ciento respecto a 2019. En TCAE han aumentado, pero el aumento proporcional respecto... Por ejemplo, antes de la pandemia estábamos hablando de porcentajes que no cubrirían el aumento de actividad que luego recomendaré; de hecho, de 2011 hasta 2021, Madrid es una de las cuatro comunidades que ha perdido porcentaje de plantilla en cuanto a la disponibilidad estructural. Ahora mismo podríamos decir que necesitaríamos unos 750 médicos para igualarnos a la media, entre 100 y 120 pediatras, 1.500 enfermeros, 200 TCAE y 300 sanitarios, isolamente para igualarnos a la media!; no estoy hablando de las capacidades que luego queramos desarrollar.

Elevada presión asistencial. Voy más rápido. Nuevamente decir que nos han aumentado la carga, lógicamente, que tiene que ver con el covid, 1 millón en 2020, 675.000 en el año 2021; pero, a pesar de eso, nuestra cantidad de población atendida numéricamente ha aumentado, y ha aumentado tanto que, en el año 2021, el 82 por ciento de la población había visitado al menos una vez a su médico de familia, el 70 por ciento a su enfermera y el 89 por ciento a su pediatra, superando en un 10 o en un 15 por ciento lo que ocurría antes de la pandemia. Por supuesto, no se cumple con aquellas ratios que todos los años planifica el presupuesto de sanidad en Atención Primaria, que son las que se fijan en los presupuestos generales de la Comunidad de Madrid; las ratios están superadas. Esos objetivos - por ejemplo, los últimos- de 31 pacientes para médico de familia, 21 para pediatría y 19 para enfermería están claramente superados, entre un 15 y un 30 por ciento, dependiendo de los centros de salud.

Insuficientes infraestructuras. Lo han dicho antes. No quiero detallar nada, solamente que las infraestructuras, los centros de salud, el espacio físico, es fundamental para todo lo que queremos hacer con la Atención Primaria, porque nos va a dar fundamentalmente capacidad de organizarnos, nos va a dar esa necesidad de orientar y organizar los flujos de pacientes dentro de los centros de salud; no puedo tener un administrativo o un sanitario que me oriente, ese filtro, ese flujo administrativo o sociosanitario, si no tengo espacio, ies fundamental!

La poca posibilidad de conciliación con turnos como los que tenemos ahora. Actualmente tenemos un 46 por ciento de tardes puras en médicos de familia y un 48 por ciento de tardes puras en pediatría, y el máximo problema que tenemos con esta distribución de los turnos de mañana y tarde es

que los profesionales necesitan conciliar y, por lo tanto, mediante excedencias, mediante rechazo de plazas, abandonan esa plaza que nadie va a cubrir. Lógicamente, con más espacio, mayor posibilidad de flexibilidad en los turnos, mayor posibilidad de turnos deslizantes, como ocurre en otras comunidades autónomas, y, por lo tanto, mayor hora de atención a los pacientes... Ese médico que no está en su turno de tarde es un médico que no tiene, bajo ningún concepto..., no tiene continuidad la asistencia con él.

Sobrecarga emocional, psicosocial. Quiero recordar la sentencia del Tribunal Supremo de 19 de enero de 2022, que ratificaba la vulneración del superior de los derechos de los médicos de Atención Primaria y pediatras en materia de integridad física y salud, al no haberles dotado de forma completa de los medios y medidas de protección en su centro de trabajo, e instaba a la Administración a elaborar un plan de prevención de riesgos laborales; plan que, a fecha de hoy, todavía no se ha elaborado. En un estudio del Colegio de Médicos realizado en 2022 con casi 400 médicos de Atención Primaria y de urgencias extrahospitalarias, el 92 por ciento se encontraba en un grado medio-elevado de agotamiento emocional; el burnout, de un 37 por ciento, había multiplicado por tres el nivel que se tenía en el año 2016.

Procesos de estabilidad. Es una forma de mantener a la población y a la plantilla. Solamente decir que, incluyendo la OPE que se va a desarrollar antes de diciembre del año 2014, cuatro OPE en quince años, un plazo medio de resolución superior a tres años y medio. Como dato curioso, en la última, que está pendiente de resolverse para médicos de familia, está resuelta para pediatras, falta enfermería, está resuelta para auxiliares administrativos, han pasado aproximadamente casi cuatro años. Solamente por la media de jubilación, prácticamente, lo que pretendía estabilizar, que eran 600 nuevas plazas, ya se ha quedado corto, porque ahora diremos los que se van jubilando. Lo voy a decir ahora mismo.

¿Tenemos médicos? Tenemos médicos, pero los tenemos en otro ámbito, en la Comunidad de Madrid y fuera de la Comunidad de Madrid. Urgencias, aproximadamente un 25 o un 30 por ciento de los médicos de familia que terminan -y pediatras, más- se van a Administraciones públicas y al sector privado, cada vez más competitivo, con mejores salarios y, por lo tanto, con mejores condiciones incluso de conciliación. A otros países, pocos. Que se cambian, que vuelven a recircular en el MIR, estamos hablando de un 10 por ciento.

¿Y qué pasa con este futuro que tenemos? ¿Qué pasa con la pérdida que tenemos por jubilación? Estos son datos actualizados: solamente en los próximos cinco años se nos van a jubilar 1.105 médicos de familia, un 25 por ciento, y 223 pediatras, es decir, se están jubilando unos 220 médicos de familia de media al año y 45 pediatras por año. Cuatro años de OPE quieren decir que se nos han jubilado ya casi 1.000 médicos, y vamos a estabilizar a 609.

Poco atractivo de las plazas de difícil cobertura e insuficiencias en las plazas MIR; es otro dato que también querría resaltar. Solamente decir que desde el año 2007 Madrid no modifica prácticamente el número de oferta de plazas MIR: 2007, 200 plazas; 2023, 217 plazas. Pero ¿esto ocurre en todas las

comunidades autónomas? No. La comunidad que más oferta es Andalucía, y la segunda que más oferta es Cataluña; la tercera ahora ya es Valencia, que nos ha superado. Andalucía ha multiplicado por dos las plazas respecto a 2007 y Cataluña ha multiplicado prácticamente por un 65 o un 70 por ciento las plazas. Luego no se nos quedan los residentes, es verdad -lo digo ahora-, pero es que tampoco les estamos formando como deberíamos formarles. Insisto, 217 en la última oferta, 240 en 2022, 243 en 2021. Son datos; los tengo aquí y ya está.

La Sra. **PRESIDENTA**: Un minuto, porque te organices.

El Sr. **ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA** (Molero García): Un minuto; vale. Rápidamente -termino-, desmotivación de los tutores. Tenemos un problema: un 25 o un 30 por ciento de los 690 tutores actualmente dicen que no pueden seguir en estas condiciones. Desmotivación de los MIR, igual; aproximadamente un 8 o un 10 por ciento de los residentes que terminan aceptan los contratos que se les ofrecen para quedarse en Madrid; luego, probablemente, entre un 15 o un 20 por ciento más se quede. Solamente recordar que en comunidades autónomas como Asturias, Navarra o Galicia se quedan más del 90 por ciento de los residentes de familia que terminan.

Quiero hacer una mención a las condiciones retributivas, que es otro factor de desencanto y de poca atracción hacia los pacientes. Si hacemos una media de un perfil de un médico que termina la residencia y trabaja, ahora mismo estaríamos el tercero por la cola en cuanto a retribuciones a nivel de la Comunidad de Madrid. Es cierto, y yo lo tengo contemplado. Pero eso mismo ocurre en cuanto al médico que ya es fijo y tiene 40 años, o el médico que tiene 50 años y tiene nivel 4 de carrera profesional. Estamos en una media aproximadamente de entre un 3 y un 6 por ciento menos de la media española.

Solamente para terminar. ¿Qué necesitamos? -y luego, en la intervención, ya doy más ideas de aquellas medidas que yo creo que deberíamos proponer-. Pues buenas condiciones de trabajo, cargas de trabajo adecuadas, buena organización, capacidad de decidir sobre esta organización, un buen trato, retribuciones justas y adecuadas, reconocimiento profesional y consideración por parte de nuestra empresa.

La Sra. **PRESIDENTA**: Muchísimas gracias. Es el turno ahora de los distintos grupos políticos, de menor a mayor, así que tiene la palabra la portavoz de Unidas Podemos.

La Sra. **LILLO GÓMEZ**: Gracias, presidenta. Bienvenido a esta comisión, señor Molero; muchísimas gracias por su comparecencia, por su intervención, a la cual poco más se puede añadir en los datos relativos a la situación actual, y poco más a comprobar que no es una situación sobrevenida. Evidentemente, la pandemia ha venido a deteriorar aún más si cabe y a acuciar esas necesidades, pero usted nos acaba de hablar de datos referidos a los últimos quince años, es decir, que esto viene de largo, y llama mucho la atención cuando se le presupone al menos a la Administración pública, que tiene esas herramientas, la capacidad de planificar y gestionar para evitar que la política pública vaya suponiendo un parche detrás de otro. Yo creo que si hay un ejemplo en la Comunidad de Madrid es en

concreto el ámbito de Sanidad, en el que lo que se ha venido haciendo ha sido parchear e ir tomando decisiones un poco de manera..., y ya lo que tiene que ver con las urgencias extrahospitalarias iha sido kafkiano!, y la Atención Primaria también.

Es verdad que hemos hablado muchas veces de Atención Primaria en esta Cámara y, ahora que estamos en esta última comisión... Ya lo he dicho en otras ocasiones, pero es que, de verdad, recuerdo la inocencia y la ilusión de la primera proposición no de ley que hice como diputada, que salió por unanimidad, que fue en octubre de 2019. Salió por unanimidad, con una enmienda transaccional, después de un trabajo conjunto por parte de todos los grupos parlamentarios, y era sobre Atención Primaria. En aquel entonces era relativo a que no se siguiese implantando ese proceso piloto de la cuestión horaria, etcétera, y hablábamos de aumentar el presupuesto, de llegar al 20 por ciento de Atención Primaria; hablábamos de hacer un análisis con posterior informe sobre las plazas de Atención Primaria sin cubrir y que se consideraban de difícil cobertura, de implementar un plan de conciliación horaria, de redimensionar los cupos, de cubrir el cien por cien de las ausencias previsibles de los profesionales, de informar del incremento... O sea, estamos hablando de 2019 y salió por unanimidad. Entonces, dices: ha pasado una pandemia, estamos en 2023 y vemos cómo todo esto no es que se haya mejorado sino que hemos ido a peor. Y, en ese sentido, pedirle disculpas también, por la parte que nos toca. No tenga duda de que hemos estado haciendo todo lo posible desde la oposición.

Agradecer el trabajo y sus reivindicaciones lícitas y justas, y hacerle alguna pregunta sobre alguno de los elementos que ha comentado usted. Yo he apuntado la palabra cansancio. A mí me parece terrible que al final, sobre todo después de la pandemia, se haya generalizado esa sensación de "si pudiese, lo dejaba", "no puedo más", "estoy cansado", de preguntar sobre la jubilación anticipada, en algo que...; yo no soy sanitaria, pero entiendo que es una de las profesiones más vocacionales que hay, como en otros elementos. Entonces, en este sentido, plantearles si se han sentido o se sienten escuchados por la Consejería de Sanidad al respecto de estas reivindicaciones y de estas demandas que llevan haciendo mucho tiempo, porque es verdad que, si bien hemos visto movilizaciones y reivindicaciones en otras comunidades autónomas, a lo mejor me equivoco, pero a mí me da la sensación de que, en otras comunidades autónomas, el máximo responsable de la consejería se ha sentado a dialogar, a negociar, y aquí al menos ha habido -entendemos- muchas reuniones, pero creemos que el consejero de Sanidad no ha estado presente en ninguna de ellas, lo cual a mí me llama la atención y me entristece, entendiendo que, vistas las circunstancias y la situación, hubiese estado bien dignarse a sentarse y escuchar directamente a los profesionales.

Ha mencionado algunos elementos sobre los datos. Es verdad. Año tras año, en los presupuestos, cuando hemos visto que no se llegaba al 11 por ciento y que cada vez nos íbamos alejando más, siempre ha sido la misma batalla y seguro que va a salir aquí, ahora mismo, en alguna intervención, y es que "mira, que no es cierto, que en Madrid llegamos al 25 por ciento" porque se introduce el gasto en las recetas médicas. De hecho, aunque finalmente no se aprobó el presupuesto para 2023, lo que se decía como martillo pilón era que se aumentaba en 200 millones, en no sé cuántos millones; pero lo que se aumentaba eran 200 millones en recetas médicas, como para justificar que se aumentaba el presupuesto en Atención Primaria, cuando veíamos que el aumento ni siquiera servía para

dotar el propio anuncio insuficiente de ese llamativo plan de mejora de la Atención Primaria. Ni siquiera los planes anunciados por parte del Gobierno de la Comunidad de Madrid luego se reflejaban en el presupuesto. Era insuficiente, pero ni siquiera se llegaba a esa cantidad insuficiente; me gustaría preguntarle por su valoración de ese plan de mejora de la Atención Primaria.

Otro elemento. Ha hablado de la formación. En este sentido, no tengo el dato aquí ahora mismo, pero es verdad que también lo denunciábamos con las enmiendas a los presupuestos, porque lo que veíamos era que incluso en especialidades de enfermería se reducía el número de plazas de formación en especialidad en enfermería en la Comunidad de Madrid, lo cual nos parecía completamente llamativo; es decir, ante la queja de que no hay médicos, de que faltan médicos, que encima viésemos que el presupuesto se reducía en la formación de profesionales.

Asimismo, respecto a lo que usted ha comentado sobre el burnout, ese 92 por ciento, también hemos preguntado si desde la Administración se han puesto los recursos necesarios para hacer frente a ello a través del Paipse, porque hemos visto que el aumento, sobre todo en Atención Primaria... Hicimos una petición de información y no recuerdo el dato, pero el aumento era no sé si de un 200 por ciento, y lo que nosotros planteábamos era que si también se habían reforzado esos recursos para garantizar esa atención, evidentemente, entendiendo que esa no era la solución, pero que al menos se tuvieran esas herramientas.

Y también, con la cuestión de la jornada de las 35 horas... es decir, entendemos que hay una serie de demandas que tienen que ver con las condiciones laborales... Es llamativo que, siendo la comunidad más rica -con lo que se presume una y otra vez-, y si Madrid es el motor de España -y del cosmos, si nos dejan-, estemos hablando de que, en lo que tiene que ver con los profesionales sanitarios, sean las peores condiciones de todas las comunidades autónomas, y que, como usted ha dicho, no es que se vayan a otros países, sino que estén pegando el salto a la sanidad privada. Siempre se ha tenido la imagen de que el ámbito público es el que te ofrece unas mejores condiciones laborales. Es llamativo que estemos viendo cómo no es así, y esa huida al sistema privado, así como también -le pido su opinión- que seamos la comunidad que encabeza el aumento de los seguros privados. Que, claro, evidentemente, una cosa lleva a la otra. No sé si el aumento ha sido de un 40 por ciento de la población madrileña que ya tiene a día de hoy un seguro privado debido, evidentemente, a estos recortes en la sanidad pública, a esta imposibilidad de asistir.

Hay otro dato. Me gustaría preguntarle su opinión o cómo considera que afecta a la calidad, y es ese porcentaje de población que no tiene ni médico ni pediatra asignado. Nosotros lo llevamos al Parlamento Europeo porque nos parece un sinsentido. No solamente supone carga laboral para los profesionales, sino que entendemos que, entonces, dejan de cumplirse muchas de las funciones que debería cumplir la Atención Primaria, cuando estamos hablando de miles y miles de madrileños y madrileñas, personas adultas y también niños y niñas que no tienen un profesional asignado. Así como ese desfase, ese aumento de los cupos.

Así que ni condiciones para que ustedes puedan trabajar en condiciones ni condiciones para garantizar la calidad asistencial, y, sobre todo, en ese planteamiento y en esa imagen de la Atención Primaria y de esa medicina comunitaria, y toda esa parte de la promoción de la salud, de la vinculación incluso a nivel municipal con centros escolares... O sea, toda esa potencialidad de la Atención Primaria que parece ciencia ficción. Queremos conocer su opinión, si considera que esa es una pata imprescindible para que la Atención Primaria cumpla su papel.

Y simplemente terminar... Sé que va a ser muy difícil esta pregunta porque estamos viendo que las medidas que hace falta que se incorporen a la Atención Primaria son muchas, pero si tuviese que decir tres elementos que diga: "puedes decir tres cuestiones y que con un chasquido de dedos, al menos, la sanidad y la Atención Primaria en la Comunidad de Madrid dejaría de desangrarse, o al menos supondrían una reorientación y comenzaría una buena dirección", qué tres elementos considera usted que son urgentes, emergentes, para que se tomen en la Comunidad de Madrid.

Termino agradeciéndole de nuevo su comparecencia hoy aquí y, sobre todo y por encima de todo, que traslade a todos sus compañeros y compañeras la labor tan importante que hacen y todo el apoyo y la solidaridad, porque lo están haciendo, sin lugar a dudas, en unas condiciones que nadie quisiéramos. Muchas gracias.

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

La Sra. **JOYA VERDE**: Gracias, señora presidenta. Le doy la bienvenida, en nombre de mi grupo, al doctor Molero. Efectivamente, después de tanto que hemos hablado y, sobre todo, después de oírle a él, que es una de las personas que más sabe de Atención Primaria en la Comunidad de Madrid, es difícil apuntar o decir cosas que no hayamos dicho ya o cosas nuevas. Yo, sobre todo, quiero hacer algunas reflexiones y terminar también haciéndole alguna pregunta; y probablemente, en lo que diga, me repetiré, porque lo hemos dicho muchas veces.

En la Comunidad de Madrid -en España en general, pero, como estamos en la Comunidad de Madrid, yo hablo de la Comunidad de Madrid- no se ha creído en la Atención Primaria nunca; entonces, como nunca se ha creído en la Atención Primaria, tenemos un déficit estructural de muchísimas carencias arrastradas de muchísimos años, desde que se tienen las competencias. Ha sido siempre un sistema hospitalocéntrico y no se ha creído en ella.

Entonces, por ser un poco positivos también, estamos viviendo un momento bueno para la Atención Primaria en el sentido de que se está hablando de ella, o sea, de que, a costa de mucho esfuerzo, de mucho sacrificio, de muchos encontronazos, al menos se está hablando y la gente está oyendo a hablar de la Atención Primaria, y se está empezando a valorar algo que jamás se ha valorado. Y yo creo que, aunque sea por eso -está usted aquí y hemos hablado en multitud de ocasiones de ello-, si la pandemia ha traído algo positivo, una de las cosas ha sido que ha aflorado todas las carencias de un nivel asistencial fundamental.

¿Y por qué faltan médicos? Ya lo ha dicho usted, pero me gustaría que lo resumiera cuando le toque. Yo también hablo siempre de dos tipos de salario, el económico y el emocional. Sé que me repito mucho, pero es que cuando una lo ha vivido..., y entre nosotros lo hemos comentado muchas veces, entre los compañeros y entre todos nosotros y los que hemos trabajado en Atención Primaria. Es que a lo mejor a mí me ofrecen -no sé, me lo invento- 200 o 300 euros más al mes, pero, si me hacen seguir trabajando en las mismas condiciones, ya le digo yo que no me quedo; es decir, el salario económico, por supuesto, es importante, pero a determinadas edades o en determinadas etapas de la vida, uno lo que quiere es trabajar bien, porque tiene vocación y porque le gusta su trabajo, y quiere tener unas buenas condiciones laborales.

Entonces, en ese sentido, yo sí creo que hay que invertir más en la Atención Primaria. Yo, personalmente, claro que creo que sí, que hay que invertir más en la Atención Primaria, que hay que sacar fuera el gasto farmacéutico y meter más dinero. Yo hablo por mí, y yo creo que sí es necesario; y creo también que es fundamental y que incluso..., bueno, no sabría por dónde empezar, pero en cuanto a recursos humanos, en lo que a profesionales se refiere, en paralelo, incluso llegaría un momento en que, si tuviera que elegir, el tema del salario emocional en un alto porcentaje de médicos conseguiría fidelizarlos muchísimo.

Y bienvenido sea también -si algo positivo ha traído toda esta discusión- ese reconocimiento por parte de mis compañeros de otros grupos, que al principio no lo aceptaban, de que es necesario priorizar los turnos de mañana y hacer una buena redistribución de los turnos horarios; pero se deben priorizar los turnos deslizantes y los turnos de mañana, sobre todo en pediatría, que es la...; yo también barro un poco para casa, pero es que la gente, si no, no se va a quedar. Es que les podemos pagar lo que queramos, pero como le hagas a un padre o a una madre entrar a las 14:00 horas a un centro de salud y salir a las 21:00 horas, ¡es que no va a coger esa plaza! Entonces, eso lo tenemos que aceptar, y eso es así.

Luego, otro tema que a mí me parece fundamental, que yo sé que es políticamente incorrecto pero que también hemos hablado es, si se me permite, el tema de la expresión de la educación a la población. Es decir, aquí el doctor Molero lo ha apuntado, pero los pacientes y las personas tienen que acostumbrarse y tenemos que hacerles ver que esa inmediatez en la cita a lo mejor no es... Es verdad -se ha dicho aquí-, se está acostumbrado a que se llega al mostrador del centro de salud y uno no sale del centro de salud si no le ven; entonces, yo creo que ahí hay que invertir muchísima imaginación y mucha capacidad -se puede hacer- para establecer un triaje en condiciones. Es verdad que, sin infraestructuras suficientes, en algunos sitios no es posible, pero en otros sí. Hay que formar a los administrativos, tener administrativos formados en triaje y formar para que esa exigencia de inmediatez en la cita no sea tal: gestionar a los pacientes sin cita, establecer un uso responsable de los servicios... Yo creo que eso también es muy importante, aparte de la responsabilidad que hay que exigirle también a la población en esa exigencia de inmediatez.

Y padecemos un déficit de planificación y de estrategia de muchísimos años, de muchísimas décadas, que ahora yo creo que se puede empezar a paliar. Hay que intentar hacer un plan de retorno,

por supuesto, de los que ya están aquí, pero sobre todo... Vamos a ver, se habla de la enfermería, de que se le dé ahora un papel fundamental a la enfermería. Yo me puedo sentar a hablarle... Por supuesto que hay muchas funciones que la enfermería puede hacer, pero yo eso lo acepto cuando verdaderamente se hace porque se cree en ello, no porque como no tenemos médicos, ¡qué importante es la enfermería! ¡No! ¡Es que eso no es así! Es que pasa como en el Summa, que reconvierten vehículos porque, como no hay médico, pues lo convierten en un SVAE, porque ¡qué importante es la enfermería! ¡No! ¡Se hace porque no hay recursos y porque no hay médicos! Entonces, yo creo que hay que ser honestos. Es como cuando se propone la especialidad de urgencias, como se propuso aquí, para evitar que los médicos de familia se vayan a urgencias. ¡No! Yo creo en la especialidad de medicina de urgencias porque creo que es necesaria una especialidad, pero no para cerrarle la puerta a un médico que está intentando salir porque no aguanta donde está y que se querría quedar.

Otro tema es el de la formación. Claro, cuando tenemos a residentes -yo hablo por mí- en pediatría formados en hospitales terciarios en donde prácticamente ni se rota o ni se les habla de lo que es la Atención Primaria, pues luego, claro... el golpe es fuerte, y no se les hace atractiva esa opción de la Atención Primaria y se van.

Y, luego, para terminar, el tema del posicionamiento político, de si las huelgas políticas, de si las reivindicaciones políticas... Yo ya sabe ahora mismo, hoy, a quién represento. Yo represento a un grupo que está en las antípodas ideológicas de muchos de los grupos que están aquí; sin embargo, en otras cosas nos hemos entendido perfectamente, y cuando hemos tenido que hablar de la Atención Primaria, de verdad -lo digo y lo repito-, el 99,9 por ciento de los médicos que están trabajando en Atención Primaria querrían todo lo que hoy en día se está pidiendo. Lo querrían y lucharían y pelearían, médicos de derechas, médicos de izquierdas, médicos de centro y médicos de "centro-lo-que-haga-falta". Es decir, en un tema que nunca se ha creído, que no se ha conocido a fondo por parte de los gestores, y es verdad, salvo excepciones... y no quiero decir con esto que sea... pero como la Atención Primaria no se ha conocido desde dentro, yo creo que es muy importante, en una nueva apuesta por fortalecer, renovar y redimensionar la Atención Primaria, poner al frente a personas que conozcan desde dentro la Atención Primaria y que puedan aportar cosas buenas para los madrileños y para este nivel, al que yo tanto quiero y al que creo que tenemos que defender antes de que ya la situación sea irremediable. Muchas gracias.

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

La Sra. **DÍAZ OJEDA**: Gracias, presidenta. Bienvenido, doctor Molero, y enhorabuena por su exposición. En primer lugar, quiero dar la bienvenida y agradecer a las y los profesionales que hoy nos acompañan, en esta última Comisión de Sanidad, y también a los dirigentes sindicales de CSIT-Unión Profesional. Ojalá que la consejería escuche el debate de hoy y ojalá que tome buena nota para solucionar conflictos y para mejorar la Atención Primaria.

A nuestro criterio, a nuestro parecer, la situación actual de la Atención Primaria ha empeorado, y ha empeorado notablemente en los últimos años, y especialmente desde el principio de la legislatura hasta ahora, de manera que los datos objetivos, los datos cuantitativos que usted pone sobre la mesa y la impresión y datos que nosotros manejamos, de entrada, coinciden.

Importante: fíjense, el pasado 16 de febrero compareció el consejero de Sanidad en el pleno de esta Cámara precisamente sobre Atención Primaria. El 9 de marzo se manifestaban las organizaciones sindicales denunciando la situación crítica de la sanidad madrileña. Y, además, tenemos manifiesto en el que expresan nuevamente qué es lo que está ocurriendo en la sanidad madrileña.

Voy punto por punto para hacerle preguntas y no repetirnos los portavoces. El personal es la clave de bóveda del complejo sistema sanitario, y, en realidad, el Gobierno tiene que cumplir sus funciones como empleador. Es el responsable de la organización y de las condiciones de trabajo de los 15.000 profesionales de Atención Primaria, y eso es así porque lo dice la ley. Insisto, eso es así porque lo dice la ley. O sea que es posible que al cansancio de los profesionales, que usted describe muy bien y que cualquiera que hable con profesionales de la Atención Primaria, desde luego, lo ve, le siga también el cansancio de la ciudadanía, y le esté siguiendo ya un cansancio de la ciudadanía desde hace tiempo y su huida a la sanidad privada. Por tanto, lo que está ocurriendo es sencillamente que el maltrato y las malas condiciones de trabajo en la Atención Primaria son un factor más que invita a la población a buscar soluciones en el sector privado.

Lo que sí observamos es que el Gobierno de la Comunidad de Madrid, como empleador, incumple las leyes y los acuerdos. Y fíjese que en mayo de 2018 se constituyó el Servicio de Prevención de Riesgos Laborales de Atención Primaria -usted ha dado una pincelada sobre la evaluación de riesgos laborales- y resulta que, por lo que sabemos, la Comunidad de Madrid no tenía ninguna prisa en cumplir la normativa de prevención de riesgos laborales. Pero no tiene ninguna prisa, y hasta se lo dice la Inspección de Trabajo, que no tiene ninguna prisa. Pues esto hay que hacérselo mirar. Que una Administración pública sea requerida en dos ocasiones -ien dos ocasiones!- desde 2019 hasta ahora para que evalúe los riesgos psicosociales para profesionales de Atención Primaria... ya la cosa tiene bemoles, porque eso ya es un rosario de incumplimientos. Hasta qué punto se producen los incumplimientos que en noviembre de 2022 sí que había un acuerdo con las organizaciones sindicales y, en el último momento, la consejería se niega a firmar el acuerdo. ¡Hombre, esto ya clama al cielo! Por tanto, si ya en ese momento se reclamaba a la consejería una limitación de la carga de trabajo en Atención Primaria y ya se había llegado a un acuerdo, lo que nos encontramos es que la Inspección de Trabajo le da tres meses a la consejería para solucionarlo. Esos tres meses se han cumplido ya de largo. Cinco años de negociación y paciencia bíblica de los sindicatos. Bueno, esto tiene un diagnóstico clarísimo. Esto no es una casualidad, esto es un "a propósito", ¿verdad?

Y le pregunto: ¿qué debe hacer el Gobierno de la Comunidad de Madrid, por ejemplo, para mejorar las condiciones de trabajo y garantizar la jornada de 35 horas?, ¿qué debe hacer? No puede ser tan difícil, cuando parece que otras comunidades autónomas han acordado antes y lo han puesto en marcha.

¿Qué más puede hacer el personal de Atención Primaria, doctor Molero? ¿Qué más puede hacer o qué más previsiones negociadas -si usted las conoce- hay en la mesa sectorial que serían soluciones inmediatas?

Sobre residentes de medicina familiar y comunitaria, efectivamente, lo importante es recordar que tienen una vinculación contractual con el Servicio Madrileño de Salud. No dependen del Gobierno de España, dependen precisamente del Gobierno de la Comunidad de Madrid.

Y una cascada u otro rosario de dimisiones, desde los jefes de estudio de las unidades docentes hasta los propios tutores. Y yo le pregunto: ¿dónde está el punto de no retorno? Porque usted, doctor Molero, nos ha hecho una visión prospectiva. ¿Qué va a pasar en los próximos cinco años? ¿O qué va a pasar en los próximos cinco años si tampoco fidelizamos a los residentes de último año en la Comunidad de Madrid? Esto ocurre en todos los meses de mayo. Sucede, porque esta pregunta el Partido Socialista la lleva una y otra vez. Imposible dar respuesta satisfactoria, porque el Gobierno no ha hecho absolutamente nada.

En relación con los centros de atención de urgencias extrahospitalarias, verdaderamente, aquí ha habido también otra cascada de dimisiones. El 17 de octubre de 2022, la señora Martínez Machuca dimitía, pero ha habido más dimisiones en relación con los famosos PAC -puntos de atención continuada-; pero además ha habido más de media docena de ensayos, todos ellos descabellados. Porque ¿era tan difícil llegar a un acuerdo con los representantes sindicales?, ¿era tan difícil? No parece tan difícil, ¿no? Entonces, ¿qué es lo que impide a la consejería replantear la situación en la mesa sectorial, que es donde tiene que replantearse la organización del trabajo, las condiciones de trabajo, y donde tienen que negociarse? Ese es el lugar; no hay otro lugar. Las competencias negociadoras las tiene la Mesa Sectorial de Sanidad; no hay otro sitio.

Respecto a la longitudinalidad, quiero saber su opinión sobre la planificación de las agendas que puso en valor el consejero de Sanidad en su comparecencia, con el límite de 34 pacientes por día y de diez minutos de atención por paciente de médicos de familia, pero también, el límite de 24 pacientes por día y quince minutos de atención por paciente en el caso de los pediatras, y la agenda de absorción de la demanda. ¿Qué valoración le merece la puesta en marcha de estas agendas, su acogida por los profesionales y los pacientes, y el impacto en la longitudinalidad? porque a veces hay soluciones que vienen a complicar más la existencia a profesionales y a pacientes.

¿Qué debe hacerse respecto a la capacidad resolutive de las enfermeras desde su campo competencial? Porque usted sí ha dado una pincelada en relación con el potencial y las capacidades de otros colectivos profesionales que no eran solo el colectivo médico, no solo los facultativos.

Yo también quiero preguntarle sobre el incumplimiento de acuerdos; por qué en los centros de difícil cobertura para categorías deficitarias está congelado este acuerdo desde febrero de 2022. No parece que este acuerdo de medidas excepcionales haya sido puesto en funcionamiento, y no todas las decisiones, no todos sus contenidos estaban sujetos a presupuesto, sino que algunos eran sin efectos

económicos. ¿Cómo debe procederse ante una situación irresponsable de incumplimiento de un acuerdo?

Sobre la gestión del presupuesto sanitario, para el Partido Socialista, el presupuesto sanitario es un instrumento de equidad y de lucha contra las desigualdades. Eso sí, el Gobierno de la Comunidad de Madrid desaprovecha esta herramienta presupuestaria y prefiere favorecer otros modelos, como el modelo carísimo de las concesiones y el convenio singular con la UTE Fundación Jiménez Díaz. A nosotros nos parece que hay que apostar por Atención Primaria. Pero sí que constatamos que la sanidad madrileña está infrapresupuestada e infrafinanciada y que, desde luego, hay que incrementar el presupuesto un 10 por ciento y comenzar, por lo menos en Atención Primaria, hasta que alcance el 15 por ciento inmediatamente y siga elevándose ese porcentaje presupuestario en los años sucesivos.

Sobre Capítulo Primero y mejoras retributivas, francamente, a mí me ha dejado preocupada que el consejero de Sanidad presentara como éxitos las mejoras retributivas en cuanto a productividad fija por tarjeta sanitaria asignada, productividad fija por carga asistencial superior al 85 por ciento de las tarjetas, productividad fija por ruralidad, módulos de actividad complementaria y complemento de productividad fijo del personal de enfermería por atención a los pacientes en domicilio. Pues, fíjese, de estas medidas afirma el consejero que se han beneficiado casi 11.000 profesionales, 9 de cada 10 profesionales de Atención Primaria; esto parece que está ligado al exceso de trabajo, y en realidad no podríamos considerarlo un incremento retributivo en estricto sentido...

La Sra. **PRESIDENTA**: Se le termina el tiempo.

La Sra. **DÍAZ OJEDA**: ... sino simplemente esa compensación. Y voy terminando ya, rapidísimo. ¿Cómo valora el presupuesto de 200 millones para el Plan de Mejora Integral de Atención Primaria y estas mejoras retributivas? Muchas gracias.

La Sra. **PRESIDENTA**: Muchas gracias. Tiene la palabra el portavoz de Más Madrid; cuando usted quiera.

El Sr. **PADILLA BERNÁLDEZ**: Muchas gracias, presidenta, y gracias, señor Molero. La verdad es que cuando supe que venía usted a comparecer me alegré; me alegré especialmente porque, cuando usted habla de Atención Primaria, aunque sé que le apasiona, lo hace muy basado en datos, y creo que para la coyuntura en la que estamos ahora mismo, esos datos y que además sea una comparecencia de esas que después puedes volver a ponerte para revisar era algo necesario.

Ha hablado de inversión insuficiente, de ratios de profesionales, de turnos, de conciliación, pero, sobre todo, lo que está claro que deja más mella es que ha hablado de cansancio y de algo incluso más preocupante, que es la falta de identificación con la organización. Creo que, si algo había caracterizado a todos los grupos de Atención Primaria que surgieron después de Alma-Ata, de la reforma de Atención Primaria, era una sensación de identificación tanto con la organización como con la institución de la Atención Primaria, tremendamente encomiable y que se transmitía incluso de generación en generación. Mientras que el tema presupuestario o el tema de profesionales, el tema de

turnos, es una cosa que se puede arreglar -digamos- con cierta agilidad, lo otro pasa a formar casi parte de la cultura del colectivo de trabajadores y es algo más preocupante.

Cuando hablamos de Atención Primaria, en realidad estamos hablando de los valores de la Atención Primaria, y siempre me gusta mirar si las medidas que se están tomando benefician o empeoran esos valores fundamentales. Está claro que, cuando se habla de la accesibilidad, generalmente siempre se ha hecho en términos de inmediatez. Lo que ocurre es que ahora no solamente se sigue haciendo en términos de inmediatez, sino que ni siquiera se logra esa inmediatez, porque convivimos con una Atención Primaria en la cual se habla de inmediatez, pero tenemos listas de espera en un ámbito en el cual nunca habíamos tenido lista de espera.

Cuando se habla de longitudinalidad, parece que lo más que se hace es pronunciarla bien, si acaso, pero no hay medidas encaminadas a la longitudinalidad. Recientemente -y además lo llevaremos también en programa-, nosotros hemos planteado la creación de un plus salarial anual de 1,75 por ciento del salario base para todos los profesionales que tengan asignación capitativa, pero cualquier medida que fuera encaminada a que la gente pudiera tener ese mejor medicamento del mundo que es tener a un mismo profesional durante muchos años, que es lo que disminuye resultados nocivos muy duros en salud, sería fundamental.

La orientación comunitaria sigue siendo eso que hace la gente de forma voluntaria en su tiempo libre, igual que la investigación. La coordinación interniveles es eso que se hace con muchísimos problemas en un contexto de área única, que hace que muchos de nuestros pacientes no dependan de los profesionales con los que nosotros tenemos trato directo, y eso se ve muy bien cuando vienen profesionales que vienen de otros lugares donde la coordinación sí que es muy clave.

Y, luego, hay una cosa que excede casi estos valores fundamentales que creo que sí revela mucho cuál es la deriva de la Atención Primaria en nuestra región, y es su "urgencización", que podríamos decir. La Atención Primaria muere cuando no puede dar asistencia de forma ágil a los pacientes crónicos complejos en situación de agudización. O sea, cuando solo puede dar atención al paciente crónico estable, que no tiene ningún problema por esperar dos, tres o cuatro semanas, y a la urgencia muy concreta, cuando esos son solo sus dos polos de actuación y no puede dar atención para prevenir agudizaciones, que es lo que previene ingresos, que son principalmente uno de los grandes valores de la Atención Primaria, ahí es donde la Atención Primaria está abocada a renunciar a sus valores fundamentales.

Quería comentar hoy algo sobre el tema de las enfermeras, y en eso estoy de acuerdo con lo que ha dicho... creo que ha sido la señora Joya, porque, como bien ha comentado ella, aunque nos separan muchas cosas en el ámbito ideológico, al hablar de Atención Primaria hay muchas cosas que nos unen. La apuesta por la enfermería es irrenunciable, pero no se puede hacer como arma arrojada frente a las exigencias y reclamaciones de otros profesionales y tampoco en un contexto de falta total y absoluta de músculo gestor y financiero para llevarlas a cabo. O sea, la apuesta por el desarrollo de las competencias de las enfermeras se tiene que producir como una directriz central dentro de un

contexto de redefinición de los equipos de Atención Primaria, que es básicamente de lo que estamos hablando. Si bien hace unos cuantos años, en un libro muy conocido, coordinado por Vicente Ortún, se hablaba de la refundación de la Atención Primaria, esa refundación de la Atención Primaria pasa por la redefinición de los equipos de Atención Primaria, y esa redefinición pasa por la redefinición de qué hacen las enfermeras en Atención Primaria. A ese respecto, nosotros creemos que es imprescindible evaluar la implementación del Apade, de las herramientas de gestión de procesos agudos por parte de las enfermeras, que se está llevando a cabo; ver quién se ha implicado en ellas, y hasta qué punto son resolutivas esas herramientas. Creemos que es imprescindible crear puestos y bolsa de empleo para enfermería, lista de enfermería familiar y comunitaria -no puede ser que se vayan yendo aquellas enfermeras que se van formando año tras año-, y que figuras como enfermera gestora de casos también pueden tener un papel central. Pero, desde luego, esto tiene que hacerse de forma coordinada, dentro de un contexto de redefinición de competencias profesionales que no sea simplemente el de: "como tengo problemas contigo en el marco de la negociación de unas exigencias profesionales que son cuando menos de justicia, lo que hago es intentar baipasearte".

Hay algunos aspectos concretos que sí quería comentar. Está claro que hay que incrementar la financiación, pero creo que, además de la financiación, hay que incrementar también el contenido. Incrementar un 50 por ciento la financiación de la Atención Primaria de un año para otro nos pondría ante la tesitura de estructuras de gerencia que no sabrían muy bien qué hacer con un 50 por ciento más de financiación. A ese respecto, a la Atención Primaria hay que dotarla de más cosas. Yo siempre reivindico que la Atención Primaria casi nunca va a tener la capacidad para decir "de esto no me ocupo", porque es el único nivel asistencial en el cual nunca se da de alta a ningún paciente.

Sobre los MIR, recientemente ha habido alguna dirección asistencial que se ha reunido con los MIR que van a terminar ahora, y básicamente se les ha dicho: "no os vamos a ofrecer nada de particular". Es decir, "en la situación en la que estamos, básicamente os ofrecemos lo que os hemos ido ofreciendo en los años anteriores". El éxito de los años anteriores ya lo conocemos; creo que el éxito de este año es bastante fácil de prever.

Sobre la limitación de las agendas, bueno, cuando esto ya se planteó, yo traía a la comisión o al pleno -no recuerdo a dónde- una frase, que es que la demanda se gestiona, no se decreta. Es decir, podemos poner un límite, pero hay que ver qué se va a hacer con ese paciente extra, y la generación de agendas extra que lo que hagan sea maquillar en cierto modo y poner en solfa valores fundamentales, como pueden ser la longitudinalidad, nos pone ante una situación de compromiso de los valores fundamentales de la Atención Primaria.

Y quería terminar poniendo la tirita antes de la herida. El portavoz del Partido Popular, el señor Raboso, en otras ocasiones, me dice que, si tan mal está la Atención Primaria, deje mi trabajo en la Asamblea y me vaya para la Atención Primaria. No sé si le dirá lo mismo al consejero de Sanidad cuando deje de ser consejero. El Partido Popular tiene que entender que uno de los motivos por los que muchos pasamos a la acción política es porque la Atención Primaria está tan mal, porque no queremos vernos resignados a ver cómo el barco hace aguas, porque no nos contentamos con ver marcharse a

compañeros a la privada, con ver marcharse a compañeros a otras comunidades autónomas, con ver marcharse a compañeros a otras especialidades; porque mandarme a Atención Primaria como quien me manda a un sitio tremendamente horrible es justamente lo que no puede ocurrir. Yo sé que mi casa laboral es la Atención Primaria, porque para mí la Atención Primaria es el único lugar donde sé que voy a desarrollar mi actividad profesional. Lo que pasa es que quiero que sea la casa laboral de mucha gente, no solamente de quien concibe la Atención Primaria incluso como una forma de activismo. No quiero que la Atención Primaria sea ni una militancia ni un suplicio; quiero que sea, básicamente, aquello que hace de nuestro sistema sanitario algo mejor, y por eso, lo siento mucho, me van a tener aquí dando la lata un ratito más.

La Sra. **PRESIDENTA**: Muchísimas gracias. Cierra este turno de intervención el portavoz del Grupo Popular; cuando usted quiera.

El Sr. **RABOSO GARCÍA-BAQUERO**: Muchas gracias. Bienvenido, señor Molero. Quisiera empezar mi alocución..., porque la verdad es que ha dado usted muchos datos de forma muy rápida y, evidentemente, yo no he tenido el tiempo del que ha dispuesto usted para preparar su intervención, pero hay una serie de datos que a mí me parecen relevantes. Por ejemplo -son datos oficiales, ¿eh?-, para Madrid se estima que hay 94 médicos de Atención Primaria por cada 100.000 personas, frente a 92 de la media nacional; me parece un dato importante. Hay 109,4 pediatras por cada 100.000 personas, frente a 91,1 de media.

Respecto a los MIR, es verdad que había 146 MIR en 2022, pero ya hay 202 en 2023; 23 de ellos, pediatras en 2022, y 61 pediatras en 2023. A cierre de 2019, había 5.052 facultativos en la Atención Primaria, y 884 MIR, para un total de 14.099 profesionales. En septiembre de 2022 había 5.222 facultativos en Atención Primaria, 920 MIR, y 14.740 profesionales. Parece que la progresión es positiva.

Por lo demás, mire, ha habido cosas sobre las que me hubiera gustado que se hubiera pronunciado usted. Por ejemplo, es público y notorio las dificultades para homologar centro de salud para formación MIR. Los requerimientos que establece el ministerio de la nación para los centros de salud para poder homologar formación MIR son un peso muy notable a la hora de poder formar residentes, y me gustaría que se pronunciara usted sobre esa realidad y que me dijera usted si el número de profesionales que ahora mismo se estiman necesarios para formar a un MIR le parece correcto, o podría aquilatarse un poco más con el fin de formar más MIR en medicina familiar y comunitaria, porque la nación necesita más médicos de familia de los que tiene ahora y probablemente se beneficiaría de una cierta mayor capacidad de formación de residentes de medicina familiar y comunitaria.

Luego, también me gustaría que se pronunciara usted sobre el marco estratégico de Atención Primaria. Como probablemente sabe, en el año 2022, en los presupuestos generales se aprobaron 173 millones de euros para el marco estratégico de Atención Primaria, es decir, 3,5 euros por persona. Pero es que en estos presupuestos que han salido aprobados recientemente, ese presupuesto ha bajado 100

millones, y, además, con la prohibición expresa de que se gasten en recursos humanos; es decir, se pueden gastar en impresoras, pero no se pueden gastar en contratar facultativos, por muy pocos que se pudieran contratar. Y me gustaría también que se pronunciara usted, en este sentido, sobre qué le parece la bajada ya de tres años consecutivos en la financiación del marco estratégico de Atención Primaria.

Luego, también me gustaría que dijera usted alguna cuestión -lo que opina usted en general- sobre la financiación de la sanidad de Madrid, pero no quedándose a nivel local, sino quedándose a un nivel global de financiación; en concreto, que se pronunciara usted sobre si le parece justa la financiación de la sanidad de Madrid por población ajustada. Supongo que está usted al tanto de que Madrid no recibe dinero por las personas que tiene empadronadas sino por un ejercicio de trilerismo financiero por parte del Gobierno central, lo cual nos deja sin financiación para la sanidad aproximadamente a un cuarto de millón de personas, con cero euros, y me gustaría que usted dijera si a usted le parece que esa es una forma de financiar Madrid.

Y también, supongo que como profesional entiendo que en activo -no como el señor Padilla-, tendrá usted una percepción del gran número de personas que existe en Madrid que son población transeúnte -no hay cifras correctas, pero se estima que podría llegar al millón de personas-, para las cuales el Gobierno central, como bien sabe usted, no da ni un solo euro; me gustaría que usted opinara si esto le parece justo o si le parece una sobrecarga para la financiación en Madrid, que podría ser de otra forma con una financiación más justa, porque, como supongo que bien sabe usted -y es un dato que quizás podría comentar-, por cada euro que nos da el Gobierno central para la sanidad, la comunidad pone 20.

Hay alguna cosa más que me gustaría que comentara usted, como experto, y que no se quedara en el dato ramplón. Ha hablado usted sobre el gasto por persona en Atención Primaria criticando el dato en Madrid, pero me ha llamado mucho la atención, porque lo cierto es que las instituciones serias con competencia en sanidad declaran -e incluso hay por ahí frases manifiestas, y desde luego, de instituciones que no tienen nada que ver con el Partido Popular- que el gasto por persona en Atención Primaria por comunidades no es comparable porque cada comunidad tiene una serie de condicionantes demográficos, de dispersión, de ruralidad, etcétera, etcétera, que hacen que no sean bajo ningún concepto comparables; por tanto, ese dato no debe utilizarse para establecer comparaciones ni estrategias ni nada de nada.

Otra cosa que me ha llamado la atención es cuando ha hablado usted del síndrome de burnout. Yo no voy a negar que eso no exista en la sanidad de todo el país, y más ahora, en la época pospandemia, pero me ha parecido oír que lo basa usted en una encuesta. El síndrome de burnout es una enfermedad que requiere un proceso diagnóstico, que le puede explicar la señora Dávila, que es psicóloga, y no se diagnostica por encuestas; me gustaría saber si dispone usted de diagnósticos recientes tanto para Madrid como para cualquier otra comunidad.

También ha comentado usted que los MIR se quedan en Asturias y no en Madrid. ¡Hombre!, yo supongo que los MIR que estudian en Asturias se quedan en Asturias porque muchos de ellos digo yo que serán de Asturias. Sin embargo, esa suerte no la tenemos en Madrid. Como usted sabe, muchos de los residentes que estudian medicina familiar y comunitaria en Madrid no son de Madrid. Desde luego, esa es mi experiencia, y yo durante veintitantos años fui tutor de Atención Primaria, con lo cual la impresión que yo tenía era que solamente una pequeña parte de los residentes de medicina familiar y comunitaria que yo he tutorizado eran originarios de Madrid, digamos. Existen estudios sobre eso. Evidentemente, Madrid tiene una oferta de formación en todas las especialidades de la cual se aprovechan -con absoluto orgullo, por supuesto, por parte de Madrid- otras comunidades autónomas, y medicina familiar y comunitaria no es una excepción a esa realidad.

También me gustaría mucho -y me asombra que no haya comentado nada al respecto- que dijera usted qué le parece a usted, qué opina usted sobre la posible creación -yo creo que va a ser una realidad en breve, por la presión que existe sobre el ministerio- de la especialidad de urgencias y emergencias. Como sabe, las urgencias hospitalarias es un área de asistencia hacia la cual se derivan muchos médicos de familia, y quizás, entre muchos beneficios que podría tener la creación de esta especialidad, podría ser que los médicos de familia efectivamente se encargaran -entendiendo- de aquello para lo que en verdad se les forma, que es para hacerse cargo de la asistencia en Atención Primaria.

No he entendido muy bien cuál es su punto de vista acerca del papel de la enfermería en Atención Primaria y si está usted de acuerdo con que es conveniente para el sistema nacional de salud que, tanto en Atención Hospitalaria como en Primaria, las enfermeras extiendan sus competencias dentro de los límites de sus capacidades, evidentemente, capacidades que vienen determinadas legalmente, o sea que no hay que inventarse nada; por tanto, no entiendo mucho el miedo del doctor Padilla, pero me gustaría que definiera usted cuál es su opinión acerca del papel que puede jugar la enfermería en Atención Primaria.

También me gustaría que comentara usted qué soluciones contemplaría para evitar la fuga de profesionales, porque ¿sabe una cosa, señor Molero? Mire, yo no voy a decir que la Atención Primaria esté bien, en todo el país, ¿eh? No lo voy a decir bajo ningún concepto. Es una Atención Primaria muy heterogénea y probablemente el modelo requiere una revisión con un papel en blanco, en limpio, y con un lápiz. Pero yo creo que todas las personas que tenemos -por supuesto, no del nivel que, evidentemente, tiene usted, que disfruta de una posición privilegiada- una perspectiva sobre la organización de la sanidad en este país estamos al tanto de las cosas que ha comentado usted, de las opiniones que ha puesto usted encima de la mesa, etcétera, y hay muchas personas que, evidentemente, están diciendo que esto no funciona, que esto se podría mejorar, que esto debería ser de otra forma... Pero ¿sabe?, lo que yo muchas veces echo de menos es interlocutores de nivel, con preparación, que aporten soluciones para la Atención Primaria, porque yo creo que la Atención Primaria lo que necesita de verdad son soluciones.

Y nada más. Darle las gracias por su presencia aquí -y bienvenido a esta que es la casa de todos- y por sus aportaciones sobre la Atención Primaria. Muchas gracias.

La Sra. **PRESIDENTA**: Terminada la ronda de intervenciones de todos los grupos políticos, tiene usted diez minutos para intentar contestar a todos; cuando usted quiera.

El Sr. **ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA** (Molero García): Intentaré ser telegráfico y responder lo máximo posible. A Vanessa Lillo, del Grupo Unidas Podemos, que pregunta si nos sentimos escuchados por la sanidad, realmente -creo que es un sentir generalizado-, los profesionales no tienen esas herramientas de comunicación y transmisión. Lo utilizan a través de instituciones u organizaciones, pero interlocutores...; como ha dicho el portavoz del Partido Popular, creo que tampoco esos interlocutores tienen ese reflejo, y muchas veces hay un grupo de asesores técnicos de la gerencia o de la consejería que yo creo que vendría bien contar también con la presencia de otras personas que no fuesen las mismas.

¿Cómo valoro el plan de Atención Primaria? Es claramente insuficiente. Respondo también a la pregunta que ha hecho antes Matilde. Creo que es insuficiente porque está mal presupuestado, porque 200 millones en dos años es realmente escaso. El plan consiste no solamente en recursos humanos, consiste..., y es una de las cosas que también iba a contestar a los tres elementos que han comentado... Fundamentalmente -lo he dicho- creo que, sin estructura, sin espacio, no empezamos la solución del problema. Cuando se dice que se tardan veinticuatro meses en construir un centro de salud, para mí eso es lo peor que puede haber. Mira, yo prefiero -lo he dicho muchas veces- que no me pongas una plaza de un centro de salud o dos o tres, pero que me construyas lo antes posible, y creo que debería ser una prioridad. Y contesto a los tres elementos: tenemos que hacer un plan de choque para intentar disponer de espacios. Probablemente algunos serán temporales, transitorios, y otros serán definitivos, pero tenemos espacio, porque ahí podemos empezar a cambiar las cosas.

Las propuestas que se hacen desde otras organizaciones y que hemos hecho y estamos hartos de hacer...; es decir, hay que cambiar la organización. Hay que dotar los centros de profesionales, no solamente de médicos y pediatras, que en este momento no tenemos, pero sí que tenemos enfermeros, sí que tenemos auxiliares administrativos -que tendrían que modificar o cambiar su denominación-, sí que tenemos otras áreas de apoyo o unidades de apoyo. Y, en parte, no es distribuir la actividad de unos profesionales a otros, sino complementar la actividad.

Y ahí también respondo -y voy respondiendo preguntas- al papel de la enfermería. Tenemos una enfermería comunitaria que es una especialidad admitida, con un plan de desarrollo, y tiene que desarrollar sus funciones o competencias en ese plano. No viene a desplazar a los médicos; viene a hacer una serie de funciones que hasta ahora -y es una de las críticas que yo he hecho al sistema- han sido médico-centristas. O sea, en la Atención Primaria, todo tenía que pasar por el médico, probablemente por el arrastre del inicio de la reforma de la Atención Primaria; pero ha llegado un momento en que las funciones, las competencias, las responsabilidades de todos los profesionales que convivimos en un centro de salud se desarrollen, y se pueden desarrollar solamente si tenemos profesionales y espacio.

Entonces, para mí, esos tres elementos serían acelerar los procesos...; después de oír al viceconsejero, me ha parecido que ya es imposible. O sea, si vamos a tardar veinticuatro meses en un centro de salud, yo pediría la máxima inversión en el mínimo tiempo para disponer de espacios e infraestructuras, porque ahí va a venir parte de la solución. Cambios organizativos: vienen relacionados con disponer de espacio, pero es fundamental. Lo he dicho: hay que actualizar funciones y responsabilidades, incorporar nuevos perfiles profesionales que hemos visto, perfiles que realmente aportan, y no tiene por qué delegarse siempre en un profesional determinado, que lo ha venido haciendo hasta ahora porque probablemente lo arrastraba por inercia, pero tiene que hacerse aquello por aquel profesional que lo sepa hacer y que lo haga bien, y que, además, tenga un resultado en salud.

La otra medida era, sobre todo, lógicamente, recursos suficientes y suficientemente retribuidos. Para empezar -lo que hemos dicho-, no podemos convencer a los siguientes que se quedan o a médicos que están trabajando en Castilla y León, en El Espinar, y que le digas: "bueno, te voy a ofrecer un módulo complementario de 220 euros en Madrid", cuando le están pagando casi 400 en El Espinar. Lo siento, pero es que... ya lo sé, que dice que hay una competencia, pero el escenario es el que hay. No competimos con el Reino Unido ni con Francia, que también -poco-, pero competimos con Castilla y León, con Castilla-La Mancha y con Asturias.

Y, sobre todo, flexibilizar. Yo creo que uno de los elementos es: vamos a empezar a poner sobre la mesa cómo podemos aportar. Yo quiero recursos de forma transitoria, quiero médicos, quiero horas de médico, horas de pediatra... Vamos a ver si la jubilación activa es una solución, pero no podemos solucionar con la jubilación activa estar sentado delante de una silla viendo 40, 50 o 60 pacientes, porque entonces no va a seguir adelante. Luego, tenemos que ser imaginativos en ese recuperar horas. Hay personas que están en la estructura, en la propia estructura de la Gerencia de la Atención Primaria, que pueden perfectamente compartir parte de su asistencia. Yo soy un liberado parcial. Yo voy a mi asistencia y hago también funciones de sindicato. Pues igual lo pueden hacer compañeros que están en docencia, en investigación... Creo que hay que empezar a recuperar actividad, porque se puede hacer.

Y, sobre todo, desarrollar las nuevas tecnologías. Parece que la digitalización y todo lo que tiene que ver con lo que nos ha traído la pandemia, de la teleconsulta, se está criminalizando. Yo creo que es una oportunidad. También es una herramienta, es una posibilidad de orientar ese flujo de pacientes, de solucionar muchos problemas que muchas veces acaban en el centro de salud y acaban generando una demanda. Vamos a empezar a ser imaginativos en eso, sobre todo, quitando esa burocracia.

¿El Paipse funciona o no? Sí, sí. Creo que tenemos un buen sistema. Todavía lo que no tenemos es la prevención, que lo he dicho también; no estamos desarrollándolo. Lamentablemente, seguimos pendientes de que la Inspección de Trabajo obligue a la gerencia, la gerencia responda... Ahora hay una encuesta que termina dentro de poco para que los profesionales digamos cómo nos sentimos en el ambiente de trabajo.

Rápidamente, ¿por qué faltan médicos, decía la portavoz? Pues está claro: la desmotivación profesional. ¡Es que está claro! Retribución... Hay diferentes perfiles de médico, pero es cierto que, a partir de cierto nivel, lo que quieres es trabajar, ver a tus pacientes, tus pacientes de toda la vida, y llegar a casa, y no quieres hacer módulos complementarios ni hacer guardias en centros de urgencias. Quieres llegar a tu casa y haber trabajado. Hay otros profesionales que en una etapa vital probablemente sí que requieran más retribuciones, pero tenemos que trabajar las dos cosas: mejorar las condiciones para que no estén desmotivados y mejorar las retribuciones, porque, si no, no lo vamos a conseguir. Estamos en una competencia -es así-, competencia con otras comunidades autónomas, porque la realidad es así, porque otras comunidades también lo están pasando mal; no tanto como Madrid, pero lo están pasando mal.

¿Qué hacer -ha dicho antes la portavoz del Grupo Socialista- para mejorar las condiciones de trabajo? Lo he dicho antes: recursos, categorías, flexibilizar un poco la actividad que estamos haciendo ahora dentro de unas normas y, lógicamente, manteniendo unos derechos laborales y profesionales de los profesionales, pero intentar ser... bueno, admitir a lo mejor transitoriamente, durante dos o tres años... que es lo que vamos a conseguir: mejorar esas dos categorías deficitarias mientras vamos dotando de estructura, de organización y de otros profesionales la Atención Primaria, para poder avanzar a medio plazo, en dos o tres años, en algo que sea más o menos aceptable por parte de todos. Pero hay que bajar y empezar a ver lo que podemos hacer con los profesionales y con sus interlocutores.

¿El punto de no retorno de los residentes? Pues está claro; yo creo que ya hemos llegado a él. ¡Si estamos que se están quedando en Madrid aproximadamente unos 70 u 80 y se están jubilando todos los años 220 médicos de familia! ¡Es que no hay renovación! No hay renovación; lo siento, pero no hay renovación.

La agenda. Yo sí que creo -y respondo también al portavoz de Más Madrid- en la apuesta por la longitudinalidad, ¡claro que sí! Y creo que estas agendas se están poniendo como un elemento de límite para intentar modificar. Yo creo que, si modificamos, trabajamos lo anterior, trabajamos los recursos y el desarrollo de funciones y capacidades de otros profesionales dentro de los centros de salud, si ponemos un buen sistema de triaje, clasificación y orientación -primero administrativo y luego sanitario- en los centros de salud, y eso se hace con espacio, probablemente me lleguen treinta pacientes a mí. Yo trabajo en Villaverde Alto. Probablemente. Ahora bien, ahora mismo, si yo digo que mi consulta se limite a treinta más cuatro, va a ser imposible. Y se tendría que trabajar esto, aunque perdamos un poquito de longitudinalidad ahora durante uno o dos años, pero ¡vamos a ver si conseguimos trabajar lo otro! Pero, claramente, esto no se puede admitir.

También contesto, y estoy de acuerdo con el portavoz, con Javier Padilla, en cuanto a que nosotros no solamente hacemos asistencia a demanda. Tenemos atención de prevención, de promoción, atención comunitaria, y eso es la esencia de la Primaria. Sobre todo lo que ha demostrado...; me remito al famoso estudio que te dice que disminuye el 30 por ciento de la mortalidad después de quince años con tu mismo médico de familia, y es en un país nórdico. Quiero decir que vamos a ser serios. Si esto nos genera salud, ¡vamos a trabajar en esto, por favor!

Voy un poco rápido por intentar contestar a todos. Al portavoz del PP, vamos a ver, yo también estoy de acuerdo con lo del marco estratégico de Atención Primaria. Yo, en cuanto participé en la AP21, en 2006, y cuando he participado en la estrategia, dije: "si aquí no ponemos dinero sobre la mesa, no sirve de nada. Estamos aquí un grupo de personas, que somos los mismos casi que hace siete años, ocho años o diez años, han creado grupos de seguimiento, grupos de trabajo, y decimos lo mismo: si no existe un compromiso por parte no solamente de las comunidades autónomas, sino también del Gobierno central en que aquí hay que aportar recursos, pues vamos a estar con lo mismo". Eso sí, un compromiso para todas las comunidades autónomas de que también van a contribuir. Estoy de acuerdo plenamente. O sea, hace falta trabajar por... el sistema nacional de salud es el sistema nacional de salud, no el sistema nacional de una comunidad autónoma a otra; es decir, que es de todos, y todos tendríamos que contribuir. Luego puedo decir que estoy de acuerdo en que aquí tiene que haber dinero para todos y para todo.

Lo de los residentes es lo que hay. La media de 87,4 médicos de familia por 100.000 pacientes es la media, pero es la quinta comunidad por la cola, ¿vale? Quiero decir que sí, que lo que ha dicho está muy bien, pero..., y estamos hablando de médicos de familia por población, no estamos hablando luego de qué cupo tienen, ¿vale? Y los pediatras, por ejemplo, en Madrid están más castigados porque hay mayor población asignada a la pediatría de Atención Primaria de Madrid que fuera de Madrid. Por eso tienen cupos de más de 1.000. Y lo siento, que tengo que terminar.

Transeúntes. ¡Claro que sí! ¡Si es que no nos cuenta a nosotros como actividad! Es que nosotros tenemos una actividad oficial y los transeúntes, los desplazados, ino nos cuentan! Yo todos los días, si veo a un transeúnte, no me cuenta ni para mis recursos ni para mi retribución ni para mi planificación de lo que tengo que atender en mi centro... ino me cuenta! Fíjese si estoy yo de acuerdo con eso que es que me está repercutiendo a mí personalmente y a mis compañeros.

La enfermería -lo he dicho antes- es incuestionable. Yo no me opongo, itodo lo contrario!; creo que la enfermería tiene que ser... igual que los administrativos. Tenemos que empezar a hablar de administrativos porque hay que cambiar esa categoría, porque no son auxiliares. Tienen que manejar datos clínicos sensibles y, por lo tanto, tienen que cambiar esa categoría y tener un reconocimiento. Tienen que ser personas que, lógicamente, desarrollen su perfil, porque además es complementario; para nada es sustitutivo. Y el problema que tenemos ahora mismo es que yo creo que se está intentando forzar para que sea sustitutivo, y eso es totalmente imposible.

La Sra. **PRESIDENTA**: Y para terminar...

El Sr. **ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA** (Molero García): Y para terminar... (*Risas.*) Soluciones para la fuga de profesionales, lo he dicho: mejorar las condiciones y pagar mejor; pagar mejor y mejorar las condiciones, porque el profesional que se va -y es lo último que digo-... en mi sociedad tenemos este... cuando hice de interlocutor de la sociedad de médicos de familia y en nuestro sindicato, hemos hecho propuestas. Nosotros somos un sindicato profesional; hemos hecho propuestas profesionales, no... y cuando las hacemos, tenemos información. Y los

profesionales que te dicen que terminan es que ellos, aparte de ganar dinero, quieren estar bien, quieren ser reconocidos, y no quieren estar hoy en un centro y mañana en otro. Quieren una cierta estabilidad. Tienen 30 años, pero quieren saber dónde van a estar, y no que estoy en un centro hoy, mañana me voy a otro, hoy hago una suplencia corta, mañana... eso no se les está facilitando y otras comunidades autónomas sí que se lo están facilitando, porque han aprendido lo que tienen que hacer, y se lo están facilitando. Entonces, habrá que mejorar las condiciones laborales, profesionales, pero también retributivas; si no, no vamos a poder hacer nada.

La Sra. **PRESIDENTA**: Muchas gracias. Esta es la última iniciativa de esta legislatura y no ha podido ser mejor broche hablar hoy de Atención Primaria con el señor Molero. Y llegamos al último punto del orden del día.

— RUEGOS Y PREGUNTAS. —

Creo que hay una ronda de portavoces. Les escuchamos; cuando ustedes quieran.

La Sra. **LILLO GÓMEZ**: Sí, presidenta, muy rápidamente. Yo creo que es obligada esta ronda en esta última comisión, y comparto que no ha podido ser mejor broche para terminar la legislatura. Simplemente agradecer a todos mis compañeros...; ¡ay, no quiero llorar! (*Risas.*) (*Rumores.*) A todos mis compañeros y compañeras... Ha sido un placer, y saben que me emociono porque yo no repito. Me jubilo; no como Matilde, pero de la institución sí que me jubilo. Muchísimas gracias a todos mis compañeros y compañeras, porque he aprendido muchísimo de todos y cada uno -me vais a permitir que os tutee- de vosotros. Muchas gracias, presidenta, por las labores en la comisión. Muchas gracias a los letrados, a Esteban y a Esther, que estuvo en la primera parte de la legislatura. Muchísimas gracias también a los anteriores portavoces de Sanidad de esa primera legislatura corta, que compartí, de los cuales aprendí mucho, con Freire y con Chamorro por parte del Partido Socialista, con la propia Mónica..., y decir que, si ya era un reto -que saben que yo no vengo del ámbito sanitario- ser portavoz de Sanidad, encima con la pandemia, ha sido harto difícil.

Simplemente desearles que les vaya muy bien, mucha salud, que se continúe en la institución... Saben que yo no voy a defender las instituciones burguesas pero, ya que participo de ellas... (*Rumores.*) Entiendo que se hace fuera, pero creo que también, como una mujer a la que le gusta cumplir con el deber, aquí todos y todas tenemos obligaciones, y al menos que se siga respetando la institución y que cada uno, dentro de su ideología y de sus ideas, así lo haga y entienda cómo tiene que defender mejor sus ideas. Así que sobre todo desearles muchísima sanidad pública, y seguro que nos vamos a ver; no en la institución, pero en otros frentes seguro que sí. Muchas gracias.

La Sra. **PRESIDENTA**: Gracias, Vanessa. (*Aplausos.*) Adelante, Gádor, tienes la palabra; te escuchamos.

La Sra. **JOYA VERDE**: Igualmente, agradeceremos a todos sin excepción, a todos mis compañeros. Ha sido un lujo, un honor para mí. He aprendido muchísimo de todos; he aprendido muchísimo de todos los colectivos, de todas las personas que han venido. Ha sido un lujo y un honor. Yo creo que ha sido un privilegio tener esa oportunidad de encontrarnos con y de reconocer... yo soy médico, como todos sabéis, pero muchas veces estás un poco en tu mundo y te das cuenta -por lo menos, yo, humildemente, me he dado cuenta cuando he llegado aquí- de que desconocía muchísimas cosas de la sanidad madrileña, de muchísimos otros niveles asistenciales; por supuesto de la farmacia. Gracias a la ley de farmacia hemos podido también aprender muchísimo. Y a mí personalmente me ha servido para aprender y reconocer el valor de todos los profesionales que, fuera de este ámbito parlamentario, me han ayudado desinteresadamente y voluntariamente en los distintos niveles asistenciales. Yo quiero darles las gracias a muchos de ellos y a la gente, a los pacientes, que me han enseñado. A todos vosotros, a los letrados, por supuesto, por su paciencia; a Esther también; a todos los trabajadores de esta casa, los servicios de limpieza, los ujieres, la cafetería..., en fin, a todo el mundo. Quiero desearos lo mejor en lo personal y ofrecerme para lo que se pueda necesitar, e intentaré seguir sirviendo y manteniendo mis principios, con los que entré, que me los llevo intactos. Estoy orgullosa de ellos. Salgo con los principios con los que entré -yo creo- intactos. Y nada más; agradecer a todos, despedirme y, para lo que pueda servir, aquí estaré siempre. Muchas gracias.

La Sra. **PRESIDENTA**: Gracias, Gádor. (*Aplausos.*) Adelante, Matilde; te escuchamos.

La Sra. **DÍAZ OJEDA**: Gracias, presidenta. Bueno, señorías, yo no seré diputada en la Asamblea de Madrid en la próxima legislatura y, además, es hora de compensar a mi familia, a mis amigos y amigas, antes de que la deuda que he contraído con ellos -y que yo creo que hemos contraído todos con nuestros seres más queridos- me resulte impagable, sea imposible de saldar.

Y sí, yo también quiero expresar gratitud y reconocimiento a todo el personal de la Cámara; no solamente a los empleados públicos, también a los empleados de las empresas que ha contratado y contrata la Cámara, a los que les pedimos ayuda y socorro con nuestros móviles, con nuestros ordenadores, y la verdad es que hacen una función encomiable.

Y también quiero felicitarles a todos y a todas. La verdad es que hemos hecho un trabajo intenso y extenso. Yo creo que ha habido un clima excelente en esta comisión. Es verdad que tenemos diferencias irreconciliables, pero eso es normal; eso es parte de la vida y, sin embargo, aquí ha habido un ambiente de respeto, y, a veces, hasta de buen humor y yo diría que de fraternidad entre nosotros. Por tanto, yo me llevo muchísimo afecto de todos y de todas y espero que todos y todas hayan recibido ese afecto que yo al menos he querido transmitirles.

También agradecer que hemos compartido conocimiento y experiencia, y eso lo hemos dado todos y todas con mucha generosidad, profesionales de la sanidad y no profesionales de la sanidad, y esa generosidad no es tan frecuente en este mundo; así que yo quiero darles las gracias y pedirles que sigan siendo así.

Y, cómo no, voy a hacer una mención especial ¿a qué? A los sindicatos más representativos, que forman parte de la mesa sectorial, rogándoles a todos y a todas que les escuchen, igual que a las asociaciones vecinales. Es importante que esta casa, la casa de la palabra, escuche a los que representan a la ciudadanía y a esos alrededor de 80.000 trabajadores del Sermas y a muchos miles de trabajadores también de la sanidad privada, que tienen mucho que decir, mucho que reivindicar y mucho que mejorar sus condiciones de trabajo. A todos y a todas les deseo salud y que disfruten de la vida, siempre pensando en los demás, pero que disfruten de la vida. Muchísimas gracias. *(Aplausos)*.

El Sr. **PADILLA BERNÁLDEZ**: Casi parece que me tocaría despedirme, pero no, no, ¿eh? *(Risas.)* Yo no me despido; lo siento mucho. Así que, además de hacer extensivas las mismas gracias que han dicho, yo sí quería hacer un especial agradecimiento al resto de portavoces, porque al fin y al cabo yo llegué aquí en una minilegislatura que, como estaba partida, digamos que todos los demás ya veníais con el recorrido hecho. Y, por mi parte, ha sido todo muy fácil. Toda duda y todo problema nunca ha sido tal, sino que se ha resuelto de forma satisfactoria. Y yo siempre digo -y además, siempre que me reúno con colectivos lo digo- que se reúnan con el resto de grupos, que la relación entre unos y otros es tremendamente cordial y que, más allá del disenso... vamos, es que, si no existiera ese disenso, no existiría esta Cámara, o sea que ese disenso es pura democracia.

Y lo que les digo a Gádor, a Vanessa y a Matilde es que me siento un poco padre diciéndoles "a ver a quién me traéis". *(Risas.)* Haremos todo lo posible por que quienes nos traigáis estén igual de cómodos que lo que yo me he sentido, desde luego, durante estos dos años. Así que nada, seguimos, desde luego. *(Aplausos)*.

La Sra. **PRESIDENTA**: Muchas gracias, Javier. Adelante, Eduardo; te escuchamos.

El Sr. **RABOSO GARCÍA-BAQUERO**: Tengo que decir que lamento profundamente que esta Cámara y sobre todo esta comisión pierda a personas como la señora Lillo y la señora Díaz. Yo la verdad es que lo lamento personalmente... (El Sr. **PADILLA BERNÁLDEZ**: *Y la señora Joya.*) ¿También? *(Rumores.)* ¡No lo sabía!, ¡no lo sabía! Lo lamento exactamente igual también. Pero, respecto a la señora Díaz y a la señora Lillo, ya que se van, lo que podrían hacer es llevarse también al señor Padilla. *(Risas.)* ¡Es broma!, ¡es broma!; vaya por delante que es broma.

Creo que la experiencia ha sido magnífica. No me queda sino abundar en la idea de que, con diferencias políticas absolutamente copernicanas, hemos terminado desarrollando una verdadera amistad, que yo estoy convencido de que perdurará y trascenderá nuestras labores aquí y nuestro periodo por aquí, sea cual sea. Y yo la verdad es que echaré mucho de menos a las personas que se van. No sé, hay gente que ya conoce su futuro; yo, sinceramente, todavía no conozco el mío.

Y me alegro mucho del tono que ha habido en esta comisión, a veces moderadamente encarnizado -hemos tenido momentos peores o legislaturas peores-, otras veces, francamente divertido y ocurrente, y siempre amigable. Esta comisión siempre ha acabado con risas y comentarios alegres, y la verdad es que llama mucho la atención ver en la cafetería, tanto los días de pleno como los días de comisiones, etcétera, a los miembros de esta comisión tomando cosas juntos, independientemente de

su adscripción política, y eso dice mucho. Aquí hay personas que yo considero mis amigos, y no necesariamente tienen por qué estar en mi partido. Por supuesto que los de mi partido lo son, pero yo echaré de menos a la señora Lillo, ¡mucho!, y a la señora Díaz un montón... (*Rumores.*), y a la señora Joya también; que conste en acta que he dicho lo de la señora Joya, porque ahora mismo no me está oyendo. Entonces, nada más. Ojalá que nos veamos en el futuro donde sea, y los que estén o estemos aquí que disfrutemos del talante que ha reinado en estas comisiones, con lo que la Comunidad de Madrid, evidentemente, y todos y cada uno de los madrileños, se beneficiarán extraordinariamente.

Y nada más. Dar las gracias además a usted, presidenta, y a todas las personas que pertenecen o asisten a esta comisión, con el deseo de que les vaya bien en el futuro y de que tengan lo mejor en la vida. Nada más; muchas gracias. (*Aplausos.*)

La Sra. **PRESIDENTA**: Muchas gracias. Yo también, como presidenta, muy brevemente, darles las gracias, sobre todo a los letrados que han estado en esta comisión, que me facilitan muchísimo el trabajo. Que se sientan muy orgullosos todos los portavoces, todos los grupos; hemos sacado una ley en esta legislatura -esta es la Cámara en donde nosotros trabajamos-, pero no solo eso, también iniciativas muy interesantes, como hemos visto hoy, de la sociedad civil -al final esta es la Cámara de todos los madrileños-, y, sobre todo, de lo fácil que me han hecho el trabajo como presidenta, que al final tengo que ordenar el debate y que todos ustedes se porten correctamente, y lo han hecho. Ha sido para mí también un verdadero placer y he aprendido día a día; así que, como todos estáis diciendo, que el futuro nos depare lo mejor, y seguro que nos seguimos viendo. Muchísimas gracias y cerramos la sesión. (*Aplausos.*)

(Se levanta la sesión a las 19 horas y 50 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