

Diario de Sesiones de la Asamblea de Madrid



Número 385

21 de febrero de 2017

X Legislatura

COMISIÓN DE SANIDAD

PRESIDENCIA

Ilmo. Sr. D. José María Arribas del Barrio

Sesión celebrada el martes 21 de febrero de 2017

ORDEN DEL DÍA

1.- Comparecencias con tramitación acumulada:

C-661/2016 RGEF.5729. Comparecencia del Excmo. Sr. Consejero de Sanidad, a petición del Grupo Parlamentario Socialista, al objeto de informar sobre la situación de los cuidados paliativos en la Comunidad de Madrid. (Por vía del artículo 209 del Reglamento de la Asamblea).

C-681/2016 RGEF.5975. Comparecencia del Excmo. Sr. Consejero de Sanidad, a petición del Grupo Parlamentario de Ciudadanos, al objeto de informar sobre los planes de su Consejería en relación con la atención a pacientes que precisan cuidados paliativos en la Comunidad de Madrid. (Por vía del artículo 209 del Reglamento de la Asamblea).

2.- C-800/2016 RGEF.8275. Comparecencia del Excmo. Sr. Consejero de Sanidad, a petición del Grupo Parlamentario Podemos Comunidad de Madrid, al objeto de informar sobre el plan de estudios y proyectos de inversión del Hospital de Móstoles. (Por vía del artículo 209 del Reglamento de la Asamblea).

3.- C-1070/2016 RGEF.9946. Comparecencia del Sr. Dr. D. Celso Arango López, Presidente de la Comisión Nacional de la Especialidad de Psiquiatría del Niño y el Adolescente o persona en la que delegue, a petición del Grupo Parlamentario de Ciudadanos, al objeto de informar sobre su visión de la atención a la Salud Mental de niños y adolescentes en la Comunidad de Madrid. (Por vía del artículo 211 del Reglamento de la Asamblea).

4.- Ruegos y preguntas.

SUMARIO

	Página
- Se abre la sesión a las 15 horas y 37 minutos.	22901
Comparecencias con tramitación acumulada:	
— C-661/2016 RGEF.5729. Comparecencia del Excmo. Sr. Consejero de Sanidad, a petición del Grupo Parlamentario Socialista, al objeto de informar sobre la situación de los cuidados paliativos en la Comunidad de Madrid. (Por vía del artículo 209 del Reglamento de la Asamblea).	22901
— C-681/2016 RGEF.5975. Comparecencia del Excmo. Sr. Consejero de Sanidad, a petición del Grupo Parlamentario de Ciudadanos, al objeto de informar sobre los planes de su Consejería en relación con la atención a pacientes que precisan cuidados paliativos en la Comunidad de Madrid. (Por vía del artículo 209 del Reglamento de la Asamblea).	22901
- Intervienen el Sr. Álvarez Cabo y el Sr. Freire Campo exponiendo los motivos de petición de la comparecencia.....	22901-22904
- Exposición del Sr. Consejero de Sanidad.	22904-22910
- Intervienen, en turno de portavoces, el Sr. Álvarez Cabo, la Sra. San José Pérez, el Sr. Freire Campo y la Sra. Plañiol Lacalle.	22910-22921
- Interviene el Sr. Consejero dando respuesta a los señores portavoces.....	22921-22925

— C-800/2016 RGEF.8275. Comparecencia del Excmo. Sr. Consejero de Sanidad, a petición del Grupo Parlamentario Podemos Comunidad de Madrid, al objeto de informar sobre el plan de estudios y proyectos de inversión del Hospital de Móstoles. (Por vía del artículo 209 del Reglamento de la Asamblea).	22925
- Interviene la Sra. García Gómez exponiendo los motivos de petición de la comparecencia.....	22925-22926
- Exposición del Sr. Director General de Coordinación de la Asistencia Sanitaria.	22926-22928
- Intervienen, en turno de portavoces, el Sr. Álvarez Cabo, la Sra. García Gómez, el Sr. Gómez-Chamorro Torres y la Sra. Aboín Aboín.	22929-22938
- Interviene el Sr. Director General dando respuesta a los señores portavoces.	22938-22942
- Se suspende la sesión a las 18 horas y 3 minutos.....	22942
- Se reanuda la sesión a las 18 horas y 9 minutos.....	22942
— C-1070/2016 RGEF.9946. Comparecencia del Sr. Dr. D. Celso Arango López, Presidente de la Comisión Nacional de la Especialidad de Psiquiatría del Niño y el Adolescente o persona en la que delegue, a petición del Grupo Parlamentario de Ciudadanos, al objeto de informar sobre su visión de la atención a la Salud Mental de niños y adolescentes en la Comunidad de Madrid. (Por vía del artículo 211 del Reglamento de la Asamblea).	22942
- Exposición del Sr. Presidente de la Comisión Nacional de la Especialidad de Psiquiatría del Niño y el Adolescente.	22942-22948
- Intervienen, en turno de portavoces, el Sr. Álvarez Cabo, la Sra. García Gómez, la Sra. Ardid Jiménez y la Sra. Liébana Montijano.	22948-22957
- Interviene el Sr. Presidente de la Comisión Nacional dando respuesta a los señores portavoces.	22957-22963
— Ruegos y preguntas.	22963
- No se formulan ruegos ni preguntas.	22963
- Se levanta la sesión a las 19 horas y 21 minutos.	22963

(Se abre la sesión a las 15 horas y 37 minutos).

El Sr. **PRESIDENTE**: Buenas tardes, señorías. Se abre la sesión. Comenzamos con el primer punto del orden del día.

Comparecencias con tramitación acumulada.

C-661/2016 RGEF.5729. Comparecencia del Excmo. Sr. Consejero de Sanidad, a petición del Grupo Parlamentario Socialista, al objeto de informar sobre la situación de los cuidados paliativos en la Comunidad de Madrid. (Por vía del artículo 209 del Reglamento de la Asamblea).

C-681/2016 RGEF.5975. Comparecencia del Excmo. Sr. Consejero de Sanidad, a petición del Grupo Parlamentario de Ciudadanos, al objeto de informar sobre los planes de su Consejería en relación con la atención a pacientes que precisan cuidados paliativos en la Comunidad de Madrid. (Por vía del artículo 209 del Reglamento de la Asamblea).

Se invita, por favor, al señor Consejero, a que ocupe su lugar en la mesa. *(Pausa.)* Buenas tardes, señor Consejero. Tiene la palabra, por un tiempo máximo de cinco minutos, el portavoz del Grupo Parlamentario de Ciudadanos, don Daniel Álvarez Cabo, al exclusivo objeto de precisar las razones que motivan la comparecencia.

El Sr. **ÁLVAREZ CABO**: Muchas gracias, señor Presidente. Buenas tardes. Le voy a pedir que me disculpe porque, durante treinta segundos, voy a hablar de otra cuestión que no tiene que ver con el orden del día. Pensaba hacerlo en Ruegos y Preguntas, pero algunos compañeros de esta Comisión ya saben que hoy presento mi renuncia como diputado, de manera que es la última sesión en la que voy a estar con ustedes y quiero expresar mi agradecimiento por todo el tiempo que hemos compartido, que ha sido, de verdad, muy instructivo y muy agradable. Para mí ha sido una Comisión en la que ha dado gusto trabajar, y extendiendo mi reconocimiento a las personas que ya no están aquí, en la Comisión, pero que nos han acompañado; muy significativamente a los portavoces del Grupo Parlamentario Popular, que es en el que ha habido más rotación, pues con los dos anteriores portavoces tuve mucha relación y muy cordial, y quiero agradecerlo.

Introduzco ya la cuestión que nos trae aquí. Nosotros presentamos una solicitud de comparecencia del señor Consejero en la Comisión de Cuidados Paliativos porque esta es una cuestión que al Grupo Parlamentario de Ciudadanos le ha importado siempre mucho, y hay una serie de antecedentes que creo que es necesario recordar. Tanto en el Pleno monográfico de Sanidad, que se celebró el pasado 3 de marzo de 2016, como en la proposición no de ley que debatimos en enero de 2016 relativa al final de la vida, que fue una iniciativa de Podemos que luego transaccionamos, y en la comparecencia que tuvimos del doctor Gándara en esta Comisión, que había sido Presidente de la

SECPAL, el Grupo Parlamentario de Ciudadanos siempre ha intentado poner en el centro del debate político la atención a los cuidados paliativos en la Comunidad de Madrid.

Hay que recordar que el escenario de la atención a los cuidados paliativos en España tiene un margen de mejora importante; la propia SECPAL, en un informe que hizo, el Directorio, en su Congreso de 2016, lo ponía de manifiesto. Hay que recordar que Madrid está en una posición ligeramente ventajosa comparada con el conjunto nacional, pero, como he dicho en alguna ocasión, eso no nos debe llevar a la autocomplacencia y tendremos que seguir trabajando en ese sentido. Ahora tenemos una oportunidad magnífica con la futura aprobación de la ley del proceso de morir, que espero que el próximo 2 de marzo aprueben ustedes en el Pleno, de la que me siento francamente orgulloso de haber sido ponente. Pero, como hemos dicho aquí, para que esa ley surta efecto tiene que ir acompañada de una apuesta decidida de la Consejería que usted preside, señor Consejero, por los cuidados paliativos. Hay buena atención a los cuidados paliativos, tanto en centros públicos como en privados; si echo la cuenta, creo que en el último año he visitado siete unidades de cuidados paliativos en cuatro hospitales públicos y en tres centros concertados. No obstante, hay que seguir trabajando. Nos gustaría que nos hablara de los planes de futuro, en primer lugar, de la evaluación del Plan de Cuidados paliativos 2010-2014, que todavía estamos pendientes de conocer. También nos gustaría saber si van a hacer algún plan para traducir en acciones concretas el mandato de esta ley. Además, señor Consejero, no quiero que en su exposición se olvide de hacer una referencia a los equipos soporte de atención domiciliaria, al papel que está jugando actualmente la Asociación Española contra el Cáncer, que en buena lógica debería dejarlo, porque no es su papel prestar asistencia, y, por ello, nosotros defendemos que de forma progresiva esto se gestione de forma directa desde el propio Sermas. Haga, por favor, alguna referencia a los cuidados paliativos infantiles, que ya fueron objeto de atención en aquella proposición no de ley en la que hablábamos de los cuidados paliativos en la Comunidad de Madrid. ¿Qué recursos adicionales están implantando o piensan implantar a corto plazo?

Por otra parte, ¿qué planes tienen para garantizar la formación de los profesionales en un área tan sensible? Recuerdo que la formación de cuidados paliativos no es una formación reglada, no cuenta con el marchamo de ser una especialidad oficialmente reconocida, pero, sin duda, es un área de conocimiento de facto, y es muy importante que los profesionales cuenten con algún aval oficial y que los profesionales que se incorporen a los distintos equipos públicos lo hagan con esa formación contrastada.

Termino, porque creo que estoy agotando los primeros cinco minutos. Señor Consejero, me gustaría saber si tienen alguna previsión de reforzar la atención psicológica en relación con los cuidados paliativos, el proceso de morir. Con mucha frecuencia, los psicólogos clínicos que trabajan en las unidades de cuidados paliativos de los hospitales públicos no son trabajadores del Sermas, sino que están como consecuencia de un convenio de colaboración entre distintas entidades benéficas privadas, muy significativamente la Fundación La Caixa. Queremos saber si ustedes van a aprovechar el incremento de la plantilla de psicólogos para incorporar en esta área tan sensible y tan importante

psicólogos que den soporte a los pacientes y a sus familias para evitar la claudicación que se produce ante un desenlace fatal como puede serlo este.

Creo que con esto he introducido de forma sucinta la comparecencia, y le he puesto algunos deberes a los que espero que de cumplida cuenta en su intervención. Gracias.

El Sr. **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señor Álvarez Cabo. En nombre de la Mesa y de la Comisión, quiero agradecerle el trabajo realizado durante el tiempo que ha estado en esta Comisión al frente de la Portavocía de Sanidad del Grupo Parlamentario de Ciudadanos y desearle mucha suerte y muchos éxitos en el futuro.

Al tratarse de una comparecencia de tramitación acumulada, procede que por parte del Grupo Parlamentario Socialista se haga también una presentación de la iniciativa, para lo cual tiene la palabra don José Manuel Freire Campo igualmente por tiempo de cinco minutos.

El Sr. **FREIRE CAMPO**: Gracias, señor Presidente. Quiero empezar haciendo referencia al anuncio del portavoz de Ciudadanos, doctor Álvarez Cabo, lamentando muchísimo que deje esta Comisión, donde ha hecho aportaciones extraordinariamente positivas. Vaya a él nuestro agradecimiento y deseo de que siga colaborando con nosotros aun fuera de la Asamblea.

Entro en el tema. Señor Consejero, bienvenido a la Comisión. Creo que esta es una de las siete iniciativas que ha tenido mi Grupo Parlamentario en relación con cuidados paliativos en esta Legislatura. Las hemos tenido porque es uno de los aspectos que consideramos prioritarios. Y le llamamos ahora a esta Comisión porque, como usted sabe, próximamente se aprueba una Ley de Atención al Fin de la Vida y, obviamente, es una ley que tiene exigencias muy especiales en relación con los cuidados paliativos.

En iniciativas previas que hemos tenido en relación con paliativos no hemos tenido respuesta ni hemos visto que el Gobierno de la Consejería de la que usted es responsable se esté moviendo. He revisado hoy la página web de la Comunidad Autónoma y no hay absolutamente nada sobre paliativos. La única cosa, que no la he encontrado en la web, sino que me la ha mandado un profesional, es lo que tienen mañana, que es un acto –le informo- que se llama “Identidad y esencia de los cuidados paliativos. 25 años en la Comunidad de Madrid”, en el que hablan de todo menos de lo que entiendo que deberían hablar.

Hay un Plan 2010-2014 cuya evaluación pedí por escrito y me dijeron que la estaban haciendo; como no me la daban por escrito y la estaban haciendo, la pedí verbalmente. Vino aquí el Director General de Coordinación, no nos dijo nada, nos dijo que la estaban haciendo, pero, eso sí, me prometió que si tenía la evaluación me la entregaría. Hoy observo que mañana la nueva Coordinadora Regional de Cuidados Paliativos, doña Magdalena Sánchez Sobrino, hace una presentación que se titula Evaluación del Plan Estratégico y Cuidados Paliativos –me alegra que por fin tenga una evaluación-, y espero tenerla en mi buzón de correo electrónico de la Asamblea en menos de 24 horas, cumpliendo su palabra.

Pero ese no es el objeto de la intervención, sino preguntarle qué planes tienen, y nos está pareciendo que esto tiene de alguna manera un margen que ustedes se están pasando. Les hemos preguntado en repetidas ocasiones por esto y no hemos encontrado ninguna actividad; han cambiado a la coordinadora, pero no hay signos de por dónde quieren ustedes ir. Y, ante ello, le estoy preguntando clarísimamente qué piensan hacer. ¿Cuáles son, por ejemplo, los criterios de contratación de todo lo que han contratado externamente? ¿Qué sistemas de monitorización tienen de ello? ¿Cuándo piensan cumplir la resolución de esta Asamblea, y también del Pleno de la Comunidad de Madrid, en relación al antiguo edificio del Hospital Puerta de Hierro –cuya reconversión en media y larga estancia pedimos– que mandaba reconsiderar los criterios de contratación externa de cuidados paliativos y atención a crónicos? ¿Qué papel van a tener los cuidados paliativos en el presupuesto 2017? ¿Para cuándo tendremos el nuevo plan? ¿Piensan, por ejemplo, como sería muy deseable, que los equipos ESAD extrahospitalarios fueran unificados con los equipos hospitalarios? Y, si no lo piensan hacer, ¿por qué motivos? Igualmente, ¿piensan que debería mantenerse el mismo horario, de 8 a 15 horas, de los equipos de paliativos? Los pacientes sufren también a partir de las 15 horas, y esto es extraordinariamente llamativo. ¿Cuál es el papel que va a tener la Oficina Regional de Cuidados Paliativos? ¿Cómo contemplan unificar recursos para que exista equidad geográfica y equidad en la atención?

Esto es todo lo que queríamos saber y para eso es para lo que le hemos pedido que venga hoy aquí. Posiblemente no tenga escritas todas las respuestas a las preguntas que le he hecho. Con toda franqueza, cuando así sea, no se lo voy a reprochar, pero lo que sí nos interesa es que, si a usted le parece, pida otra comparecencia, de manera que tengamos, nosotros y la ciudadanía, la certeza de que la ley que va a ser aprobada en una semana no va a ser un papel aprobado, sino algo que va a cambiar definitiva y sustancialmente la realidad de los cuidados paliativos en nuestra Comunidad. Muchas gracias.

El Sr. **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señor Freire. Tiene la palabra el señor Consejero de Sanidad por un tiempo máximo de quince minutos.

El Sr. **CONSEJERO DE SANIDAD** (Sánchez Martos): Muchas gracias, señor Presidente. Buenas tardes, señorías. En primer lugar, quiero agradecer a ambos portavoces la oportunidad que me brindan esta tarde para poder darles cuenta de la situación de los cuidados paliativos en la Comunidad de Madrid y los planes en relación con este ámbito de actuación. Esto evidencia una vez más el compromiso que siempre han mostrado ustedes con algo tan sensible como son los cuidados paliativos.

Quiero empezar con un reconocimiento y un agradecimiento, personal y también institucional, como Consejería de Sanidad, al doctor Álvarez Cabo. Lamento profundamente que nos deje y seguro que la sanidad pública se va a beneficiar de su buen trabajo, que lo ha demostrado siempre. A pesar de que podamos tener diferencias, yo me siento emocionalmente afectado, como le he dicho antes de empezar esta Comisión; ha sido un placer trabajar a su lado.

Señor Freire, usted sabe que los cuidados paliativos son un compromiso que se ha visto reflejado igualmente, como usted mismo ha dicho además, tras la aprobación por unanimidad -es importante lo de la unanimidad- el pasado martes día 14 de febrero de la Ponencia sobre la Proposición de Ley 8/16, de Derechos y Garantías de las Personas en el Proceso de Morir, y estrechamente ligado a los cuidados paliativos y a la atención sanitaria en dicho proceso. En eso estamos de acuerdo. Del mismo modo, debo decirle que para este Gobierno Regional y para la Consejería de Sanidad en particular la mejora de los cuidados paliativos es un objetivo fundamental y estratégico desde el inicio de la Legislatura. No, no me escriben las respuestas; soy yo el que pienso qué tengo que hacer con todo mi equipo y soy el que redacto mis respuestas, lo que pasa es que, cuando ustedes piden una comparecencia, a lo mejor incluso nos gustaría que esa comparecencia tuviera una explicación de más cosas de las que ustedes quieren, y yo, encantado, lo solucionaría. De todas formas, no se preocupe, porque verá usted que también teníamos pensado pedir una comparecencia ante esta Comisión.

Señor Freire, señor Álvarez Cabo, señorías, yo creo que están todos ustedes de acuerdo conmigo en que los cuidados paliativos no son ni deben ser sinónimo solo de muerte, no siempre significan muerte inminente ni suponen acelerar ni adelantar la misma. Estamos hablando de ayudar, aliviar y reconfortar al que sufre y de cuidar a los que cuidan, y estoy de acuerdo con usted en que también se sigue sufriendo fuera de 8 a 15 horas, evidentemente.

En este sentido, señorías, a lo largo de este primer año y medio de Gobierno y antes de tomar decisiones de calado y definir la estrategia que íbamos a desarrollar los próximos años en materia de cuidados paliativos, hemos optado por realizar un análisis riguroso de la situación de nuestros recursos y una profunda reflexión sobre lo que hemos hecho hasta este momento. Como sabe, el camino recorrido desde que en 1991 se desarrollaran en nuestra Comunidad las primeras unidades específicas de cuidados paliativos ha sido largo, aunque sabemos que todavía son muchos los retos que debemos afrontar y muy largo el camino que, entre todos -repito, entre todos-, debemos recorrer. De hecho, mañana conmemoramos el 26 aniversario de la implantación de estas primeras unidades en nuestra región y, por dicho motivo, como nos ha recordado el doctor Freire, hemos convocado una jornada de encuentro y de reflexión bajo el título "Identidad y esencia de los cuidados paliativos. 25 años en la Comunidad de Madrid" que se va a celebrar en el Hospital Universitario Gregorio Marañón y al que, evidentemente, están todos ustedes invitados. Les traigo la información para que la tengan también de primera mano.

Dicha jornada, a la que, como digo, están todos ustedes invitados, no solo va a suponer un espacio de encuentro para que nuestros profesionales sanitarios y la propia Asociación Madrileña de Cuidados Paliativos analicen los cambios producidos en la relación profesional sanitario-paciente, familia, personas, cuidadores principales y sociedad a lo largo de estos 26 años, sino que además nos va a servir como marco para presentar la evaluación del Plan de Cuidados Paliativos 2010-2014 al que se refería el señor Freire y al que también me referiré yo a continuación, y cuya versión resumida está ya accesible en estos momentos a través de nuestra página web antes de que se concluya esta Comisión. Por tanto, lo tiene usted, señor Freire. A pesar de todo, le pido a mi Director General... (El

Sr. **ÁLVAREZ CABO:** *Ayer no estaba.*) Ayer no estaba, no se preocupe; estoy diciendo que está hoy, ¿de acuerdo? Antes de empezar la Comisión estaba y también he pedido a mi Director General que, si hace el favor, se la envíe a su buzón, evidentemente, a usted y a todos los portavoces de la Comisión, como debe ser. Por tanto, le pido disculpas por ese retraso. Además, está previsto que durante toda esta jornada, los propios profesionales aprueben lo que ellos han llamado la "Declaración Madrid 2017", y se van a recoger los principios y los valores fundamentales que habrán de regir los cuidados paliativos en nuestra región.

Bueno, como ven, señorías, nuestro compromiso en este ámbito es total, porque somos muy conscientes de que la última fase de una enfermedad que con frecuencia -no siempre, pero con frecuencia- amenaza la vida es una experiencia extremadamente difícil, que conlleva un gran sufrimiento tanto para el paciente como para sus seres queridos y requiere una atención muy especial, pero también un sufrimiento para los profesionales que trabajamos en ello. Para todo ello, es fundamental contar con la implicación de todos, señorías, de todos los profesionales, los expertos, las asociaciones, la sociedad civil en general, los medios de comunicación y el consenso de todas las fuerzas políticas, señor Freire; una nueva oportunidad para que pudiéramos firmar un pacto de mínimos por la Sanidad en Madrid y, en este caso, por lo cuidados paliativos; un acuerdo, como le gusta decir, señor Freire, que esperamos que se alcance igualmente a nivel nacional, tras la tramitación de las proposiciones de ley presentadas sobre esta materia por distintos Grupos Parlamentarios en el Congreso de los Diputados. Por ese Pacto de Estado por la Sanidad en el Congreso de los Diputados y por ese acuerdo o pacto más pequeño en la Sanidad madrileña por los cuidados paliativos estaríamos todos beneficiándonos.

En relación a la evaluación a la que usted se refiere de 2010-2014, quiero resaltar que nos ha permitido conocer el nivel de cumplimiento de las actuaciones realizadas, el grado de implantación de las mejoras que se han realizado en este ámbito y también identificar, cómo no, los objetivos y las áreas que hay que implementar y mejorar. Como conocen sus señorías, este plan contaba con cinco líneas específicas de actuación: desarrollar la organización, mejorar la accesibilidad, mejorar la eficiencia, impulsar la participación del paciente y su entorno y fomentar la formación, la investigación y la innovación; un total de 19 objetivos, 97 actuaciones. Y debo decirles que, en general, la valoración que se puede hacer es muy positiva.

En primer lugar, en cuanto a la valoración general de las líneas de actuación, todas ellas han tenido un grado de desarrollo satisfactorio, algunas incluso del cien por cien, lo que ha supuesto un alto impacto en la calidad de la atención a los pacientes con necesidades paliativas, pero no somos triunfalistas.

En cuanto a la valoración del plan por objetivos, quiero señalar que lo hemos analizado según el grado de desarrollo, conocimiento y vigencia, que en muchos casos han supuesto un alto impacto en la calidad de la atención prestada a los pacientes con necesidades paliativas. En este sentido, los objetivos del plan han tenido un grado de desarrollo óptimo del 63 por ciento, si bien un 21 por ciento de estos objetivos han sido desarrollados de manera parcial y tan solo -bueno, tan solo,

a mí me parecen muchos- el 16 por ciento de los mismos han sido revisados para ser reformulados o eliminados en el próximo plan, y por eso, les decía que no quiero ser especialmente triunfalista.

Señorías, gracias a esta evaluación y a otras medidas adoptadas, desde el inicio de la Legislatura -nos ha recordado el doctor Freire el nombramiento el pasado mes de abril de una nueva responsable al frente de la dirección de la Unidad de Coordinación Regional de Cuidados Paliativos, la doctora Magdalena Sánchez Sobrino, a quien agradezco su labor y su presencia en esta comparecencia; su primera labor fue la de analizar la situación de los mismo en nuestra región-, hoy podemos realizar una planificación rigurosa, realista, gradual de las necesidades actuales y futuras. Imagino que sus señorías son conscientes del liderazgo que nuestra región tiene en cuanto a cuidados paliativos se refiere. De hecho, tanto en Atención Primaria como en Atención Hospitalaria y en la comunidad asistencial se ofrece una amplia cobertura a todos los pacientes con necesidad de atención paliativa de baja complejidad.

Pero, por otro lado, disponemos también de una extensa red de equipos específicos de cuidados paliativos para la atención de los pacientes con necesidades de complejidad media y alta, gracias a la cual se les proporciona una atención paliativa experta -no hace falta especialización, experta- o especializada y de excelencia en el entorno que ellos o sus familias elijan. Dichos equipos están integrados por profesionales con formación avanzada en este tipo de cuidados, que dedican la totalidad de su jornada laboral a la atención de pacientes con necesidades paliativas complejas. Me estoy refiriendo a un total de 539 profesionales -359 como recursos públicos y 180 en los recursos concertados-, distribuidos en los diferentes recursos y con dedicación exclusiva a la atención de este tipo pacientes, a los que quiero agradecer hoy, en esta Comisión, su entrega, vocación y grandísima dedicación.

En esencia, estamos hablando, una vez más, de humanizar la asistencia, pero en este caso humanizar la asistencia en esa última fase de la enfermedad que amenaza la vida. De hecho, una de las líneas estratégicas de nuestro plan de humanización de asistencia sanitaria, como bien saben, presentado el pasado mes de junio, aborda específicamente este ámbito de los cuidados paliativos. En definitiva, señorías, se trata de ayudar al que sufre desde la cercanía, el confort, la intimidad, la igualdad, el respeto y, en relación con los cuidados paliativos complejos, y esto lo hacemos a través de recursos como los 17 equipos de soporte de atención domiciliaria, 11 públicos y 6 concertados con la Asociación Española Contra el Cáncer, cuyo ámbito de actuación es el domicilio, el hogar del paciente en coordinación con la Atención Primaria. Están formados por médicos, enfermeros, técnicos en cuidados auxiliares de enfermería, auxiliares administrativos y algunos de ellos también por psicólogos y por trabajadores sociales.

En cuanto a recursos hospitalarios, les recuerdo que contamos con 11 equipos de soporte hospitalario que realizan interconsultas solicitadas por distintos servicios del hospital para valoración y tratamiento del paciente, así como la gestión de los traslados a las camas de media estancia en la unidad de preferencia del paciente y la familia, cuando no se puede cuidar en el domicilio, en su hogar, con 4 unidades de hospitalización de agudos, con 67 camas de corta estancia, específicas de

cuidados paliativos para el ingreso de pacientes complejos que necesitan realización de pruebas técnicas o tratamientos difíciles de realizar en otro ámbito, y 5 unidades de hospitalización de media y larga estancia, con 74 camas específicas de cuidados paliativos, y 6 unidades de hospitalización de media estancia concertadas con 160 camas.

Por otro lado, quiero dar un dato importante que a mí me gustaría resaltar hoy en esta Comisión, porque, además, nuestra Comunidad es pionera. Me estoy refiriendo al ámbito de las urgencias, porque en ese ámbito de las urgencias son contadas las excepciones de pacientes que ingresan por urgencias en nuestra Comunidad, gracias a un recurso, como digo, pionero, que es el PAL 24, ubicado en la plataforma SUMMA 112 e integrado por unidades básicas de médico y enfermero, cuyo objetivo es asegurar la continuidad asistencial de los pacientes con necesidades paliativas las 24 horas del día, los 365 días del año, así como el asesoramiento a los profesionales, principalmente de Atención Primaria, y realizar la gestión centralizada de los traslados a las camas de media estancia, garantizando la equidad y la accesibilidad de los pacientes a estos recursos.

En cuanto a los cuidados paliativos pediátricos, también tengo que recordar una iniciativa pionera de la que nos sentimos orgullosos, que es la Unidad de Cuidados Paliativos Pediátricos, ubicada en el Hospital del Niño Jesús desde 2008, cuya labor, como bien saben sus señorías, ha sido premiada y reconocida en múltiples ocasiones. En esta unidad se pretende mejorar la atención y la calidad de vida de los bebés, de los niños y de los adolescentes que, desgraciadamente, se encuentran en estas situaciones, así como la de sus familias, y hacerlo de forma integral y personalizada. Los cuidados paliativos pediátricos, señorías, tienen sin duda un carácter muy especial. De hecho, el pasado 15 de enero, la Ministra de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad se comprometió a impulsar la implantación de los cuidados paliativos pediátricos a domicilio, en el hogar, en todas las comunidades autónomas, cuidados con los que ya contamos en nuestra región y de los que, como les digo, nos debemos sentir todos muy orgullosos y estoy seguro de que es así. Además, desde esta unidad se atiende a los pacientes en el propio Hospital del Niño Jesús, pero también en otros hospitales de la red pública de la Comunidad de Madrid.

Por último, quiero mencionar igualmente la colaboración que mantenemos con la obra social de La Caixa para el apoyo a la humanización de la asistencia sanitaria, que recoge, entre sus objetivos, el desarrollo, entre otros, del Programa para la Atención Integral a Personas con Enfermedades Avanzadas y a sus familiares. Este convenio se firmó el 30 de diciembre de 2013 y tiene una vigencia de 4 años.

Como ven, señorías, día a día contamos con una amplia red interdisciplinar de recursos pioneros que atiende a las personas enfermas que precisan este tipo de cuidados, proporcionándoles el alivio de sus síntomas, apoyándoles y permitiéndoles estrechar lazos con sus seres queridos. Pero, como les he dicho, no, no soy triunfalista, en absoluto, y soy consciente -somos conscientes- de los numerosos retos que debemos afrontar en los próximos años. Entre ellos, me gustaría destacar la mejora de la accesibilidad de los pacientes a los cuidados paliativos, independientemente de la patología que presenten; la disminución de la variabilidad en la atención; la mejora en la atención

psicológica y social a pacientes y familias; acercar los cuidados paliativos a colectivos en riesgo de exclusión, como personas mayores o personas con discapacidad que viven en domicilios especiales, o impulsar la formación a los profesionales implicados en la atención a estos pacientes y a sus familias.

Señorías, todo ello se está teniendo en cuenta en la elaboración del Plan Estratégico de Cuidados Paliativos de la Comunidad de Madrid 2017-2020, del que les informaré mediante una comparecencia a petición propia que solicitaré oficialmente durante el próximo abril. Este nuevo plan, señorías, estará conformado por un total de 11 líneas estratégicas, 5 de las cuales provienen del plan anterior; y ya les puedo asegurar que, por supuesto, todo este plan estará basado -¡cómo no!- en el cumplimiento de esa ley que próximamente aprobarán ustedes. Además, el plan va a contar con 39 objetivos y 120 actuaciones dirigidas a avanzar y mejorar en la atención a todos los pacientes con necesidades paliativas y a garantizar, como no puede ser de otro modo, la equidad en el acceso a los recursos adecuados en este momento tan crítico, como es la imposibilidad de curación o el final de la vida, vivan en el lugar que vivan de la extensa Comunidad de Madrid, no solo de la ciudad sino de toda la Comunidad de Madrid. Por ello, reforzar los equipos específicos de los cuidados paliativos y formar a los profesionales implicados en la atención son - les aseguro- aspectos fundamentales del mismo que defenderá no solo el Consejero sino todo su equipo.

En todo caso, permítanme adelantarles algunas de las actuaciones que tenemos previsto llevar a cabo a lo largo de la Legislatura, en función de la disponibilidad presupuestaria: vamos a aumentar anualmente los recursos domiciliarios en un 15 por ciento. Vamos a incrementar en un 30 por ciento las camas de media estancia en 2017, y en un 15 por ciento en los próximos años, 2018 y 2019. Por eso les hablo de Legislatura.

El Sr. **PRESIDENTE**: Señor Consejero, le queda un minuto.

El Sr. **CONSEJERO DE SANIDAD** (Sánchez Martos): Un segundo. Reforzar en 2017 tres equipos de soporte hospitalario adicionales a los ya existentes; seguir formando y mejorando la capacitación de los profesionales sanitarios y no sanitarios en la atención a las personas que precisen cuidados paliativos, a sus familiares y a los cuidadores principales, incidiendo en la humanización – siempre en la humanización- de estos momentos de sufrimiento, fragilidad y vulnerabilidad, sin olvidar nunca la importancia de la formación en algo muy importante, que son las habilidades en comunicación y el acompañamiento en el duelo; en definitiva, la humanización.

Asimismo, en relación con los cuidados paliativos pediátricos, quiero destacar las siguientes actuaciones, que queremos desarrollar en los próximos años y que nos van a permitir consolidar una verdadera red de asistencia paliativa pediátrica, que será pionera, una vez más, en España, y que pivote sobre el Hospital del Niño Jesús como centro de referencia –y con esto termino, señor Presidente-: implantar una unidad de 6 camas de agudos en el Hospital del Niño Jesús; crear igualmente en dicho hospital un hospital de día, con tres puestos, y reforzar con un equipo mixto la unidad de cuidados paliativos pediátricos actualmente existente. Por otro lado, hasta el final de la Legislatura, tenemos previsto implantar de forma gradual 4 equipos mixtos para facilitar el acceso a

los cuidados paliativos de toda la población pediátrica de toda la Comunidad y extenderla, por supuesto, a los pacientes neonatos y a sus familias. En definitiva, estoy convencido de que con estas medidas vamos a dar un paso más para consolidar una atención paliativa experta y de excelencia y, por ello, espero contar con la colaboración de todos ustedes, de todos los Grupos políticos, para seguir ayudando al que sufre y hacerlo desde la cercanía, el confort, la intimidad, la igualdad, el respeto y, cómo no, la humanización, de la que hacen gala siempre esta Consejería y el Gobierno de Cristina Cifuentes.

Como he dicho, les pido disculpas de nuevo por el retraso. Por supuesto, cuando uno se equivoca, hay que aceptarlo. Esto es lo más importante: la autocrítica, y saben ustedes que lo he hecho siempre. No soy triunfalista.

Termino agradeciendo la labor que ha hecho el doctor Álvarez Cabo. Estoy seguro de que, como decía antes, quienes saldremos beneficiados, en definitiva, seremos los 6,5 millones de personas que vivimos en Madrid, con la sanidad pública. Muchas gracias, señor Presidente.

El Sr. **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señor Consejero. A continuación procede abrir un turno para los Grupos Parlamentarios, de menor a mayor. Tiene la palabra el portavoz del Grupo Parlamentario de Ciudadanos, señor Álvarez Cabo, por un tiempo máximo de diez minutos.

El Sr. **ÁLVAREZ CABO**: Muchas gracias, señor Presidente. Muchas gracias, señor Consejero, que parece que nos ha dado una información bastante pormenorizada, y ha respondido a buena parte de las preguntas que le hemos planteado. Yo lo que le querría sugerir es que, cuando vaya a presentar el plan, por una vez, facilite la documentación previamente, porque seguro que va a ser mucho más enriquecedora la Comisión en la que usted lo presenta, si los portavoces de los distintos Grupos Parlamentarios tienen ocasión de ver el documento con antelación, y afinarán mucho más en sus sugerencias, críticas y preguntas; desde luego, será más interesante para la sociedad en su conjunto.

Yo quería hacer alguna reflexión sobre cuestiones que usted ha comentado, y algunas que he ido viendo a lo largo de esas visitas que, como comenté antes, he ido realizando a los centros. He echado en falta, señor Consejero, una referencia al papel de los profesionales de Atención Primaria, porque los cuidados paliativos especializados está claro que se hacen en las unidades de apoyo de los centros, en las unidades de agudos, de media estancia, en los ESAD; pero hay una buena parte de los cuidados paliativos que necesariamente los va a prestar el médico de familia o la enfermera que trabaja en Atención Primaria.

Hay que formar a los profesionales de Atención Primaria, habrá que ir aumentando las plantillas de Atención Primaria, porque esto representa un trabajo adicional, y recuerdo que una de las exigencias de Ciudadanos en el acuerdo de investidura fue un incremento progresivo, y todos los años de la Legislatura -lo recuerdo para que eso conste en el Diario de Sesiones y que no haya olvido por parte de nadie- son 30 millones acumulativos, y no vale el argumento de que ha crecido la plantilla en el año 2016; es que hay mucha necesidad sin atender en Atención Primaria, y uno de los aspectos es

el apoyo a la atención paliativa domiciliaria, que prestan y van a seguir prestando médicos de familia y enfermeras. Por favor, señor Consejero, no olvide esto mientras esté usted al frente de la Consejería.

En las visitas a los centros, que fueron, como digo, muy interesantes, y es muy curioso ver el grado de compromiso, desde el punto de vista profesional y emocional, de los profesionales con los pacientes, vi algunas posibilidades de crecimiento, que no sé si están incluidas en esos tantos por ciento de previsiones que hay para el 2017-2018. Por ejemplo, el Hospital de Santa Cristina, visitado recientemente, tiene una magnífica planta de cuidados paliativos, donde hay margen para crecer, señor Consejero; donde los responsables de la unidad -médicos y enfermeros- me transmitieron su disponibilidad y sus ganas de atender más pacientes. Es un recurso que funciona muy bien, que tiene prestigio. Yo me acuerdo cuando trabajaba en Ramón y Cajal, en Santa Cristina los pacientes que mandábamos allí estaban muy bien tratados, y no es que lo dijera yo, es que lo decían los profesionales que los estaban llevando en Ramón y Cajal y mandaban pacientes allí. Y sería muy interesante aprovechar un hospital público, que además tiene una ubicación magnífica, desde el punto de vista de medios de transporte.

En los centros concertados, que también creo que son entidades que trabajan francamente bien, yo creo que, aparte de incrementar plantillas, el papel de la Consejería, señor Consejero, tiene que ser que derechos como: a la información, a la toma de decisiones compartidas, y a recibir todos los tratamientos previstos en unos cuidados integrales de calidad, y hago una mención específica a la sedación paliativa, estén garantizados. Y eso es una responsabilidad de la Administración, porque, al fin y al cabo, los centros concertados atienden a pacientes por mandato de la Administración; son pacientes asegurados por la sanidad pública.

Ha hablado usted del PAL 24. El PAL 24 es un sistema de funcionamiento que está muy bien, y hay que reconocer que es un logro que tiene la sanidad de Madrid. Mi compañera, la señora Marbán, y yo, tuvimos la oportunidad, en una visita al SUMMA 112, de hablar con los profesionales que gestionan el PAL 24, y luego hemos tenido ocasión de hablar de las personas que mandan pacientes al PAL 24, y yo creo que la satisfacción es mutua. Por favor, cuiden ese servicio, porque es fundamental para garantizar una atención rápida. Todo lo que sea incrementar recursos adicionales es muy importante, sin duda.

Y quiero destacar -es algo que he dicho en muchas intervenciones- la necesidad de aumentar la información que se pone al servicio de los diputados, de los profesionales y de la sociedad en su conjunto. Ahora mismo, si uno ve si SIAE -ayer lo estuve repasando-, como decía el señor Freire en una Comisión de Sanidad pasada, está un pelín enmascarado, pero, con tenacidad se acaba llegando al SIAE, es cuestión de insistir. En el SIAE del 2012-2015 hay una brevísima referencia a cuidados paliativos, y hay un dato que me pareció preocupante. Vaya por delante mi reconocimiento que haya datos de cuidados paliativos, pero son tan escuetos como esto: número de ingresos, estancia media y porcentaje de fallecidos en domicilio. Es poca información, señor Consejero, usted lo sabe y su equipo, que está aquí, también lo sabe. Tienen que desagregar esa información. Y realmente, el repositorio de datos en el que debe difundirse la información, que es el Observatorio de

Resultados, debería incorporar, en nuestra opinión, un capítulo destinado a los cuidados paliativos. ¿Y cuál es el dato que me preocupó? En el período que está disponible, que va desde 2012 hasta 2015, el fallecimiento de los pacientes de cuidados paliativos en el domicilio se ha ido reduciendo en términos porcentuales. Lo hemos hablado en la ley, lo hemos hablado en la proposición no de ley: intentar que los pacientes no salgan de su entorno y puedan vivir sus últimos momentos de la vida en su domicilio habitual, yo creo que es una aspiración compartida de la sociedad y de los cuatro Grupos Parlamentarios. Desgraciadamente, la evolución reflejada en el SIAE es la contraria: se pasa del 8,31 de 2012 al 5,10 de 2013; 4,40 de 2014 y 3,91. Creo, señor Consejero, que eso que ha anunciado de la necesidad de reforzar los CESAV y lo que le estoy pidiendo de reforzar los cuidados paliativos no especializados por parte de Atención Primaria tienen que hacer posible, siempre que las condiciones de los domicilios de los pacientes lo permitan, que vivan y estén bien cuidados en el final de su vida en casa, y esta tasa será un indicador de que se ha revertido una tendencia y ofrecemos el servicio que la sociedad está demandando. Eso me parece fundamental. ¡Trabajen en indicadores de este tipo!

Ha hecho referencia usted, señor Consejero, a los cuidados paliativos pediátricos. Nos parece loable esa intención y ese propósito de incrementar servicios y recursos en el Hospital Niño Jesús, ha hablado de que se van a crear cuatro equipos mixtos. Por favor, en su segundo turno de réplica, concrete en qué centros. Quiero suponer que son en los grandes hospitales pediátricos de Madrid, pero sería estupendo, ya que lo tenemos aquí, que nos dijera si es La Paz, el 12 de Octubre, el Gregorio Marañón o de qué centros está hablando y de qué estructura.

Y un aspecto al que usted ha hecho referencia -también el señor Freire- y que nosotros compartimos plenamente, que es la equidad, hay que garantizarla, la dotación ha de ser homogénea; el hecho de residir en determinado municipio, determinado distrito de la Comunidad de Madrid no tiene que implicar ninguna diferencia en la atención a los cuidados paliativos. Que ustedes tengan como reto la disminución de la variabilidad de la práctica clínica nos parece digno de elogio. Doten de los mismos servicios y garanticen que la manera de trabajar de los profesionales es homogénea. Uno de los problemas que tiene, desde el punto de vista profesional, o puede tener la atención a los cuidados paliativos, es que son personas que hacen una labor inestimable, pero su trabajo es ayudar a morir. Hay que favorecer el reciclaje de estas personas, el cuidado de su estado psicológico, porque yo intento ponerme en la piel de alguien que, día a día, su mayor logro es conseguir que la gente fallezca y yo creo que si es obligación de la Consejería cuidar a sus profesionales y garantizar su estabilidad psíquica, si a alguien hay que cuidar, precisamente es a las personas que atienden a cuidados paliativos. ¡Téngalo entre sus prioridades!

Se han hecho algunos reproches al Plan de Humanización de la Consejería porque parece que no se ha acordado de los profesionales. Bueno, si empiezan a poner el foco en los profesionales, empiecen por las personas que atienden a cuidados paliativos. Anecdóticamente, contacté el otro día con una persona que lleva tiempo en eso y ya, después de varios años, le había llegado el agotamiento y necesitaba reciclarse; bueno, pues seguro que esa es una situación muy compartida. Destinen recursos, garanticen el ejercicio efectivo de los derechos, difundan en toda la población la

existencia de los cuidados paliativos con todo lo que significa, pongan más indicadores al servicio de los ciudadanos.

Y me gustaría saber si usted tiene alguna estimación, igual que el doctor Gándara cuando compareció a petición de este Grupo Parlamentario de Ciudadanos nos habló de una estimación de entorno a 50.000 personas que en España fallecían anualmente sin recibir los cuidados paliativos de calidad, es decir, que habían tenido una muerte con un dolor evitable, si tienen ustedes algún anticipo de cómo está sucediendo esto en Madrid, porque eso sería un reto. Si hay un indicador que va a valorar el éxito de este programa es eso: teníamos tantas personas que estimamos que fallecían con dolor y sin asistencia de cuidados paliativos y en el año 2021, al terminar la vigencia del plan, lo hemos reducido a tanto. Si conoce la situación actual, le rogaría que nos la explicara, señor Consejero y que dé respuesta a las cuestiones que le he ido planteando. Muchas gracias.

El Sr. **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señor Álvarez Cabo. Tiene la palabra la portavoz del Grupo Parlamentario Podemos, señora San José, por un tiempo máximo de diez minutos.

La Sra. **SAN JOSÉ PÉREZ**: Muchas gracias, señor Presidente. Quisiera empezar con nuestro reconocimiento al doctor Álvarez Cabo por su aportación y su trabajo en esta Comisión y desearle, como no puede ser de otra manera, el éxito que se merece en su próximo destino.

Señor Consejero, se ha dicho, pero, claro, lo tengo que repetir, que una comparecencia, es más, dos comparecencias acumuladas para hablar de cuidados paliativos sin contar, con un poquito de antelación, con la evaluación del último plan de cuidados paliativos pues, ¡ya me dirá!, pero bueno... Y sobre todo, conocer que mañana lo van ustedes a presentar... Me parece que esta Comisión y los Grupos Parlamentarios no nos merecemos esto, pero ya digo, vamos allá.

Primero, sobre la situación de los cuidados paliativos en la Comunidad de Madrid, efectivamente, tenemos que reconocer que se puede mejorar, pero contamos con unidades de hospitalización de cuidados paliativos en los hospitales -4- en las que se han atendido a más de 10.000 nuevos pacientes, que esto se hace lo mismo en una serie de camas públicas como en otras concertadas y que contamos, además de con estas unidades de hospitalización, con cinco hospitales de apoyo. Aquí lo primero que me gustaría decir es que, como ve, gran parte de esta atención se hace en camas concertadas, luego eso significa que en Madrid necesitamos camas de media y larga estancia. Se han presentado PNL exigiendo que se reconvierta el viejo Hospital Puerta de Hierro y, por eso, me gustaría poner de nuevo en esto el foco; es decir, somos deficitarios de camas públicas de media y larga estancia, como en este caso concreto se demuestra. Contamos también con siete equipos de apoyo de soporte paliativo domiciliario. Realmente, aquí también tengo que reconocer que eran once, porque era uno por área hasta la implantación del Área Única. Entonces, es verdad que hay equipos que están trabajando conjuntamente y que han atendido a más de 16.000 pacientes según los datos del último año del que tenemos datos, la última Memoria del SERMAS de 2015.

Estos equipos, a pesar, como digo, de que algunos son dobles, sí necesitan completarse en profesionales. Me refiero a que estos equipos solo cuentan con personal de enfermería y médicos pero

estos equipos debieran contar, a nuestro entender, con trabajadores sociales y psicólogos, lo ha dicho usted y espero que sea una de las cosas que realice. Y por último, está también la plataforma telefónica de atención que, efectivamente, cubre las 24 horas, pero acto seguido hay que decir que en los contactos que realiza solamente puede hacer ingresos de urgencia, quiero decir que no puede tratar ni movilizar, por ejemplo, los equipos domiciliarios, porque los equipos de soporte paliativo domiciliario solo trabajan de 8 a 15 horas, es decir, que no podemos hablar de que esa atención domiciliaria funcione 24 horas al día. Esto también pienso que es una de las cosas a tener en cuenta.

En esta situación, que he descrito muy brevemente, claro, y que ustedes recogen en la última Memoria, de lo que no se habla -y aquí quiero hacer hincapié- es de un problema que nos parece vital, que es la coordinación, primero, entre diferentes niveles del sistema sanitario, es decir, Atención Primaria, porque no olvidemos que los equipos de soporte domiciliario dependen de las Gerencias de Atención Primaria y su coordinación con la Gerencia Hospitalaria. ¿Por qué? Porque las unidades de hospitalización paliativa de los hospitales no están coordinadas perfectamente con la atención domiciliaria. Además, falta otra coordinación esencial en estos cuidados que es con los servicios sociales. Creo que en eso hay que mejorar, porque, si no, nos encontramos con una bicefalia; es decir, los diferentes recursos domiciliarios y hospitalarios, repito, tienen diferentes jefaturas.

En cuanto a los planes de futuro y a la evaluación, que no conocemos, creo que lo primero que habría que hacer, a la vista de lo que arroje esa evaluación del último Plan de Cuidados Paliativos, es un estudio de necesidades; es decir, ¿hemos mejorado con el último plan -ya llevamos dos, quiero recordar que este es el segundo plan de cuidados paliativos- el acceso, la equidad y la mejora en sí en suprimir el dolor de las personas que fallecen en Madrid? Una cosa que se debiera contestar antes de acometer el trabajo del III Plan Estratégico de Cuidados Paliativos.

Otra cosa importante hoy día sería fijar, creo que ya lo hemos comentado en alguna otra intervención, los criterios utilizados para los cuidados paliativos, y lo quiero explicar. Vamos a ver, cada vez estos equipos están trabajando más, no exactamente con pacientes en el proceso final de la vida, sino que como no está funcionando el Plan de Atención a Crónicos, a nuestro entender, se están enfrentando a atender a personas con dolor crónico no maligno, de enfermedades crónicas, disneas, demencias, etcétera, que pienso que habría que fijar, porque no es cuestión de recargar el trabajo en los equipos de cuidados paliativos, y sí poner el foco, como digo, en eso que no funciona, que es el Plan de Crónicos de la Comunidad de Madrid y su continuidad asistencial.

El SUMMA cuenta con personas que creo que atienden cuando hay una llamada de cuidados paliativos, pero quisiera, de todas maneras, que, con certeza, nos contestase en su turno de réplica. Y también nos gustaría que nos dijera el papel que tendrá la coordinadora de cuidados paliativos, lo digo porque parece, al leer sus funciones, que está relegada -no digo que no sea importante, pero digo exclusivamente- al papel de formación de los profesionales.

Por último, quería referirme a dos informes que me parecen de sumo interés. Uno es del Parlamento Europeo, que ya en el año 2008 hacía hincapié en la falta de recursos pediátricos. Usted nos ha dicho que se van a aumentar, bueno, esperemos que así sea, porque ya digo que es un problema realmente acuciante el de los equipos pediátricos de cuidados paliativos. El segundo es del año pasado, de finales de 2016, que hizo la Universidad de Navarra. Lo interesante de este estudio es que describe cómo hemos disminuido en cuidados paliativos, es decir, en un ranking ocupábamos el quinto lugar, y ahora, según el último año estudiado, ocupamos el undécimo puesto; por tanto, ni nos hemos mantenido ni hemos mejorado en los últimos años, sino que los recursos han disminuido. Nada más. Muchas gracias.

El Sr. **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señora San José. Tiene la palabra el portavoz del Grupo Parlamentario Socialista, señor Freire, por un tiempo máximo de diez minutos.

El Sr. **FREIRE CAMPO**: Gracias, señor Presidente. Gracias, señor Consejero. Dividiré mi tiempo en dos apartados. Uno muy breve, inicial, de reproches, como no podía ser menos, y es que ¡hombre!, teniendo la evaluación, lo lógico hubiese sido que nos la hubieran enviado, y más cuando el doctor César Pascual se comprometió a tenerla. Nuestra intervención hubiera sido de distinta naturaleza si, en vez de poder echarle un vistazo a la evaluación justo en tres minutos, hubiésemos tenido por lo menos una hora. Tras este oportuno reproche, otro oportuno reproche que tiene que ver con la información, con los datos. Recientemente, ustedes, con motivo del Día Mundial de Paliativos, sacaron una nota de prensa en la que hablan de unos 500 profesionales en paliativos. Cuando el doctor De la Gándara vino aquí nos dio una cifra muy diferente, de trescientos y pico, entonces, creo que una cosa importante es poder tener datos fiables y, en ese sentido, me uno a lo que ha planteado el portavoz de Ciudadanos sobre un sistema de información de cuidados paliativos. Exactamente, ustedes dijeron en la nota de prensa, de 8 de octubre de 2016, que había 540 profesionales, pero el doctor De la Gándara dijo 357. ¡Es una diferencia sustancial! Por otro lado, cuando den datos –y esto ya es una petición general–, por favor, pongan datos en contexto; los datos sin contexto no son información, por tanto, los datos necesitan bien un denominador, bien un referente, porque, de lo contrario, no significan nada. Decir que en Madrid tienen 34 unidades... Si no ponen el denominador poblacional, si no ponen la ubicación territorial, si no lo comparan con otro escenario, no es información, son datos aislados que no sirven para nada. Y, por supuesto, a usted, señor Consejero, no le tengo que explicar algo que sí tuve que hacer con el señor Lasquetty: la diferencia entre datos e información, porque usted lo conoce. Pues bien, cuando nos de datos, añada aquellos datos adicionales de contexto que hagan que lo que nos transmite sea información.

Termino aquí mi parte de reproches, y paso a preguntas o comentarios, más bien de índole propositiva. Como usted ha señalado, tenemos una ley que va a ser aprobada por unanimidad. Esta ley fue presentada por el Grupo Parlamentario Socialista, y hemos compartido con todos los Grupos la idea de que sea una ley de acuerdo común porque favorece a todos. Por todo ello, tenemos un enorme interés en que usted se haga eco de nuestros planteamientos o, al menos, dé respuesta a ello, y, por lo tanto, le quería comentar algunos aspectos: en primer lugar, en relación con las resoluciones que hemos aprobado y, en concreto, la resolución en la que incluíamos el Hospital de

Puerta de Hierro. Le decíamos: planificar los servicios y los recursos necesarios para responder a las necesidades. Antes, el portavoz de Ciudadanos le mencionaba esos 50.000 pacientes, según la estimación de la SECPAL, que están en España sin recibir tratamiento paliativo, cuando deberían haberlo recibido. Creo recordar que el doctor De la Gándara, en su comparecencia, dijo que de Madrid serían unos 8.000, y también mencionó el número de personas que están a la espera de ingreso en un centro de media y larga estancia, y creo recordar que dijo que entre 50 y 60 personas, que esperan una media de 10 a 15 días. También dijo que hay una espera de 10 días para que los pacientes reciban atención domiciliaria. Esto es importante, esto implica que hay que planificar los recursos, que hay que tener datos, y esto es lo primero que le pedimos allá en mayo de 2016. ¡Le pedimos que hicieran los estudios para reconvertir el Hospital de Puerta de Hierro! ¡Madrid no tiene ningún centro importante de este tipo! Por lo tanto, y esto es además una petición que ha reiterado el Pleno del Ayuntamiento de Madrid y que precisa unas respuestas por parte del Gobierno, si no lo creen viable –por razones de costes o por cualquier otra razón- deben dar una respuesta. No es de recibo la situación actual. Usted sabe perfectamente que las aglomeraciones en los servicios de urgencias de los hospitales son debidos, en gran medida, a la falta de camas para pacientes de media y larga estancia. Le di los datos en el Pleno anterior del porcentaje de pacientes con ictus y con fractura de cadera que pasan más de 20 días en un hospital de agudos. Señor Consejero, ¿qué hace su equipo con estos datos? Debieran servir para planificar el futuro.

Otro de los puntos que he comentado recientemente es que han firmado ustedes una contratación de gestión de servicios públicos de hospitalización de paliativos con seis centros de la Comunidad de Madrid: una sociedad anónima, una sociedad limitada y otras entidades sin ánimo de lucro. Nos interesaría mucho que nos dijera por qué en este contrato no se ha seguido la recomendación que le dimos –también por resolución de la Asamblea!- en el sentido de modificar los criterios de adjudicación, con el fin de dar más peso relativo a los aspectos de calidad –en estos contratos el 60 por ciento es oferta económica-, a la experiencia en atención a estos pacientes, a los indicadores de satisfacción de familiares y pacientes, reduciendo el componente precio. Le recuerdo: 60/40; o sea, el precio es lo más importante. Esto por lo que respecta a estos asuntos que son claves.

Vuelvo a otros temas que le he planteado antes. En relación con el tema de la distribución territorial de recursos, ¡de equidad territorial de recursos!, entiendo que ustedes han renunciado a la planificación territorial pero, de hecho, mantienen los equipos en función de las antiguas áreas; aunque la dotación es muy diversa, igual que la dotación de hospitales.

Antes, en la primera intervención, le he mencionado la conveniencia, al entender de los expertos que nos asesoran a nosotros, de unificar en un solo equipo lo que ahora son ESAD domiciliarios y hospitalarios. ¿Qué responde a eso? No intento que nos dé una respuesta sobre la marcha, pero me gustaría saber que lo va a someter a estudio porque es una exigencia básica. Igual que el horario de 8 a 15 horas que antes le mencioné; eso también es importante para los pacientes. Igualmente, ¿cuál es el papel de los médicos de familia? Mañana tienen ustedes esta reunión y, al mismo tiempo que ustedes tienen esta reunión, hay otra reunión de los médicos de familia –de la Sociedad Madrileña de Medicina de Familia!- en el Colegio de Médicos, a la misma hora y exactamente

con el mismo horario, que hacen una jornada de reflexión sobre decisiones al final de la vida. Es sorprendente esta contraprogramación entre la Consejería y un grupo tan importante como el de los médicos de familia. Pero, en relación con esto, me gustaría preguntarles qué consideraciones tienen sobre el papel de los médicos de familia al final de la vida. Los pacientes, los ciudadanos en general, mueren con igual probabilidad un fin de semana que un día de semana. Hay un problema grande de firma de certificados, de atención y demás. Hay países que tienen esquemas, por ejemplo en Italia ponen a los médicos de familia de guardia cuando tienen un paciente en situación terminal; es una sugerencia para que por lo menos la piensen. Valdría la pena considerar esto y, efectivamente, coordinar de una manera activa este papel.

Quiero ir a otro asunto antes de terminar. En la evaluación que usted me ha enviado por Whatsapp y que entenderá que he visto muy por encima, en cinco minutos, he ido a lo clave... Pero he ido a lo clave, he ido a lo que he encontrado en otros planes y en otras evaluaciones y que no encuentro en la suya, y de nuevo le sugiero, para que se lo diga a su equipo, que, por ejemplo, antes de hacer nuevo plan, echen un vistazo al Plan de Cuidados Paliativos 2014 de la provincia canadiense de Alberta -le puedo mandar luego la referencia- y copien, o al menos analicen, los indicadores de ese plan, porque los indicadores que tienen en la provincia canadiense de Alberta son de una gran relevancia práctica para el sistema sanitario y también para los pacientes. Por ejemplo, señor Consejero: utilización de las urgencias hospitalarias 30, 60 y 90 días antes del fallecimiento del paciente; duración de la estancia en un hospital de agudos en los últimos días anteriores a la muerte.

El Sr. **PRESIDENTE**: Vaya terminando, señor Freire.

El Sr. **FREIRE CAMPO**: En definitiva, ellos dividen los indicadores relacionados con el sistema; indicadores de acceso, indicadores de resultado de pacientes, por ejemplo, en el manejo exitoso del dolor; indicadores relacionados con procedimientos, etcétera. Sencillamente, deseamos que el nuevo plan sea útil y, por lo tanto, le hacemos algunas sugerencias; no son todas. Si nos lo trae y lo distribuye, sin duda alguna le daremos muchas más sugerencias, porque nos interesa mucho que esto salga bien. Muchas gracias.

El Sr. **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señor Freire. A continuación, tiene la palabra la portavoz del Grupo Parlamentario Popular, señora Plañiol, por un tiempo máximo de diez minutos.

La Sra. **PLAÑIOL LACALLE**: Muchas gracias, señor Presidente. Señor Consejero, en mi nombre y en el de mi Grupo le quiero dar, una vez más, la bienvenida a esta Comisión de Sanidad, y quiero dar la bienvenida también a las personas de su equipo que le acompañan hoy especialmente por razón de la materia: al Director General de Coordinación de la Atención Sanitaria, don César Pascual, y muy especialmente a la Directora de la Unidad de Coordinación Regional de Cuidados Paliativos, doña Magdalena Sánchez Sobrino, que además realiza una magnífica labor, y más que va a tener que realizar en los próximos tiempos. Antes de seguir, también quiero manifestar mi reconocimiento personal y en nombre de mi Grupo al doctor Álvarez Cabo, que nos dejará en las

próximas horas o en los próximos días; quiero reconocer su magnífico trabajo y desearle todo lo mejor del mundo en su nueva andadura profesional.

Señor Consejero, yo quiero darle las gracias por la explicación tan detallada que nos ha hecho hoy sobre la situación de los cuidados paliativos en nuestra Comunidad y sobre sus planes de futuro. La historia de los cuidados paliativos no es muy larga, empezó en Reino Unido allá por los años setenta, vinculado muy especialmente a la atención de los pacientes oncológicos, y en España no se inició hasta los años ochenta, concretamente en el Hospital Marqués de Valdecilla, de Santander, y a partir de los años noventa las unidades de cuidados paliativos empezaron a generalizarse. En la Comunidad de Madrid fue en el año 1991 cuando el Hospital Gregorio Marañón puso en marcha su primera unidad de cuidados paliativos; en el año 1992 se crea la Sociedad Española de Cuidados Paliativos y se le da un empujón muy importante a esta actividad cuando el Ministerio de Sanidad y Consumo elabora la Estrategia de Cuidados Paliativos en el Sistema de Salud, eso condiciona mucho la historia de nuestra región. Concretamente, en el año 2008 fue cuando se puso en marcha la Unidad de Coordinación Regional de Cuidados Paliativos, a la que me he referido con anterioridad.

Obviamente, aunque los cuidados paliativos nacieron muy ligados a la atención a los pacientes oncológicos en una situación terminal, hoy los cuidados paliativos se dirigen a cualquier tipo de paciente, de cualquier edad, que tenga dolor por cualquier causa, una situación de enfermedad avanzada terminal y, por supuesto, que genere sufrimiento para él y para su familia próxima. Nosotros, señorías, en Madrid hemos hecho propios los principios y valores que se incluyeron en la Estrategia de Cuidados Paliativos del Sistema Nacional de Salud que aprobó el Ministerio de Sanidad en el año 2014. Concretamente, lo que se estableció fue que los cuidados paliativos debían proporcionar alivio del dolor y de todos los síntomas de sufrimiento. Los cuidados paliativos afirman la vida y consideran la muerte como un proceso normal, reconociendo el valor intrínseco de cada persona como individuo autónomo y único. También integran los aspectos espirituales y psicológicos del cuidado al paciente, a través de una comunicación abierta y honesta; no discriminan en función de edad, sexo o cualquier otra característica del paciente; actúan, además, a través de equipos multidisciplinares para acompañar y responder tanto a las necesidades del paciente como de sus familias, y fomentan la participación del paciente y su familia en la toma de decisiones.

En nuestra Comunidad, la humanización de la atención sanitaria se ha convertido, precisamente, en uno de los ejes estratégicos de actuación de la Consejería de Sanidad. En el Plan de Humanización, que se aprobó recientemente para los años 2016-2020, hay una línea de actuación muy concreta y muy amplia sobre la humanización en los procesos de enfermedad grave y terminal. Como ya ha señalado el Consejero, mañana se va a celebrar precisamente el 26 aniversario de la iniciación de los cuidados paliativos en nuestra región y se va a celebrar una jornada de encuentro llamada "Identidad y esencia de los cuidados paliativos. 25 años en la Comunidad de Madrid". Como ya nos ha anticipado el Consejero, se va a presentar la evaluación del Plan de Cuidados Paliativos 2014-2016; mientras el Consejero presentaba sus explicaciones, he entrado a través de Internet y he visto que, efectivamente, la evaluación está colgada a disposición de todos en la web. Se aprobará

también mañana, y lo celebramos también, la Declaración de Madrid 2017, que aprobarán los propios profesionales y que va a recoger los principios y valores de los cuidados paliativos en nuestra región en los próximos años.

Yo quiero felicitar a la Consejería y a todos los equipos profesionales de la sanidad de Madrid por los logros alcanzados durante estos años, que se recogerán de manera detallada en la evaluación que se va a presentar oficialmente mañana, pero la valoración del plan, obviamente, es muy positiva. Las cinco líneas de actuación, sus 19 objetivos y sus 97 actuaciones han tenido un grado de cumplimiento altísimo, algunos incluso han llegado al cien por cien. Destacaba el Consejero que un 63 por ciento han tenido un desarrollo óptimo, que un 21 por ciento un desarrollo parcial y que solo hay que revisar un 16 por ciento para reformularlo o eliminarlo. Todo eso se tendrá cuenta obviamente en las próximas actuaciones.

Yo no voy a repetir el desglose que ha hecho el Consejero de todas las unidades y servicios a disposición de los cuidados paliativos, pero es verdad que quiero destacar algunos de los aspectos relevantes que se han señalado hoy aquí. Lo primero es que contamos con un red completa de unidades y dispositivos que trabajan para los cuidados paliativos, tanto en unidades básicas como los equipos completos multidisciplinares, compuestos además por médicos, enfermeros, psicólogos, trabajadores sociales, personal administrativo y, si fuera necesario, también con terapeutas ocupacionales, los fisioterapeutas, voluntarios, etcétera, tanto además en Atención Primaria como en Atención Hospitalaria y equipos complejos.

Quiero destacar también la Unidad de Cuidados Paliativos Pediátricos del Hospital Niño Jesús, a lo que nos hemos referido yo creo que todos los portavoces. Creo que es un modelo de referencia para toda España, que funciona además las 24 horas del día, los 365 días del año y que atiende a los menores, a los bebés y a los niños adolescentes siempre que lo necesiten.

Contamos además con una magnífica red de profesionales y con una planificación rigurosa de formación y capacitación. El Consejero ha señalado –si no he apuntado mal- que contamos con 539 profesionales; ante las dudas de algunos de mis compañeros, creo que ha señalado que están repartidos entre la sanidad pública directa y los centros concertados, pero tenemos una magnífica red de profesionales dedicados en exclusiva a la atención a los pacientes con necesidades paliativas. Yo quiero mostrar mi reconocimiento y felicitación a todos los que dedican su tiempo, su experiencia y su buen hacer a esta honrosa y loable labor como es ocuparse de todos aquellos que necesitan cuidados paliativos.

No me quiero olvidar tampoco de las Unidades de Soporte de Atención Domiciliaria y quiero aquí también hacer una mención especial a aquellas entidades que colaboran de forma integrada con la Consejería, como son los equipos de la Asociación Española Contra el Cáncer, la Fundación Obra Social La Caixa, la Asociación Porque Viven y otras más que también colaboran.

Tampoco me quiero olvidar de algunos dispositivos importantes que se han puesto en marcha desde el punto de vista técnico para facilitar la gestión, como la herramienta pionera PAL 24 -

ya se ha hablado de ella aquí-, que permite a los profesionales del SUMMA 112 hacer una centralización de la gestión de las camas de atención paliativa en nuestra región; también la herramienta que permite articular en un único historial la atención de paliativos que tienen los pacientes conocida con el nombre de infoPAL.

Por supuesto, quiero reconocer, aunque lo he dicho ya a lo largo de la exposición, la existencia de la Unidad de Coordinación de Cuidados Paliativos, que tan importante labor tiene en esta atención que prestamos hoy a los cuidados paliativos de nuestra región.

Hoy, por lo tanto, contamos con una red de cuidados paliativos muy amplia y somos la segunda Comunidad Autónoma de España en cuanto al número absoluto de unidades de atención paliativa; solo estamos detrás de Cataluña, pero hay que recordar que Cataluña tiene una población muy superior a la población de Madrid. Pero, como decía el Consejero, no nos parece suficiente y queremos seguir avanzando, de ahí, que se ponga en marcha el Plan Estratégico de Cuidados Paliativos 2017-2020; un plan ambicioso, abierto y participativo que conoceremos en los próximos meses y que va a ser mucho más amplio que el plan que acabamos de terminar, con 11 líneas estrategias -creo que nos ha dicho el Consejero-, 39 objetivos y 120 actuaciones diferentes. ¿Es así? *(Asentimiento por parte del señor Consejero de Sanidad.)* Va a ser un plan muy ambicioso, muy importante y yo creo que vamos a poder colmar las necesidades paliativas de nuestra región, que están en continúa evaluación.

No quiero dejar de mencionar un proyecto que ya han citado los portavoces que han intervenido antes que yo: la importante aprobación en esta Comisión de la Proposición de Ley 8/16, sobre los derechos y garantías de las personas en el proceso de morir. Esta ha sido una muy buena noticia para todos. Es una muy buena noticia porque damos un empujón muy importante a la atención a las personas en el difícil momento de su vida que es el momento de morir, el momento de su defunción; porque, además, refleja la importancia que se da a la dignificación y a la humanización de los procesos de enfermedad, especialmente a los procesos de muerte, tanto para el paciente como para su familia; también es una muy buena noticia porque el informe de la Ponencia sobre esta ley se ha aprobado por unanimidad en esta Comisión y esperamos que en marzo se pueda aprobar también por unanimidad en esta Asamblea. Eso significa, además, no solo que nos hemos puesto de acuerdo, que siempre es una buena noticia, sino que entre todos, en esta Cámara, hemos sabido reflejar lo que esperan los madrileños en algo tan importante como es el proceso de muerte.

Voy a ir terminando. Es importante hablar hoy de esta ley porque estamos hablando de los cuidados paliativos, pero quiero recordar que la ley es bastante más ambiciosa: va a regular no solo los cuidados paliativos sino todo aquello que necesitan el paciente y su familia cuando se acerca el momento de su muerte.

Quiero terminar felicitando al Consejero y a su equipo por los grandes deberes que nos ha anunciado que van a poner en marcha en la atención a los cuidados paliativos: la Declaración de Madrid, que se aprobará mañana; la evaluación del Plan 2014-2016; el nuevo Plan de Cuidados

Paliativos 2017-2020, y la apuesta decidida de la Consejería y de todo el Gobierno de Madrid para mejorar la atención sanitaria de los madrileños. Eso es lo que esperan de nosotros y es lo que vamos a hacer. Muchas gracias, señor Consejero.

El Sr. **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señora Plañiol. Para cerrar el debate, tiene la palabra el Consejero de Sanidad por tiempo máximo de diez minutos.

El Sr. **CONSEJERO DE SANIDAD** (Sánchez Martos): Muchas gracias, señor Presidente. Yo le pediría, por consuelo, que me dejara uno o dos minutos más, aunque fuera de forma paliativa, porque es un debate tan profundo, tan extenso, que contestar esquemáticamente es muy difícil. Me gustaría empezar agradeciendo a los portavoces todas las propuestas que han hecho. Lo digo con toda sinceridad. Creo –no es demagogia; por favor, créanme– que este es uno de los pasos importantes desde que estoy aquí como Consejero: ver que hoy hay muchas cosas que nos unen. Creo que fue lo primero que dije cuando saludé a los portavoces, cuando llegué a esta Cámara. Lo recordarán; les dije: tenemos algo en común, a pesar de que pueda haber diferencias ideológicas, y es precisamente la voluntad de garantizar la salud de los ciudadanos, evitar el dolor y ayudar, no en el final de la vida –no me gusta hablar así– sino, como digo a mis alumnos, en el proceso del morir, del bien morir. Que hoy se hable de ese proceso, del buen morir, de la política española a nivel nacional y regional, me parece que es importante. Muchísimas gracias a todos, especialmente a la señora Plañiol y a todo su equipo, porque es importante para este Consejero y para el equipo de la Consejería contar con el apoyo continuo del Grupo Popular al Gobierno de Cristina Cifuentes.

Quiero decirles que esto es muy difícil. Estamos hablando del proceso de la muerte y es muy difícil porque la gente no habla de la muerte, porque la sociedad no habla de la muerte y porque los medios de comunicación siempre hablan de la muerte en plan negativo. Es muy difícil cambiar mentalizaciones y tengo que aceptar públicamente, como profesional sanitario, que es muy difícil cambiar la mentalidad incluso de los profesionales, de los medios de comunicación y de los ciudadanos en general. Siempre que se habla de cuidados paliativos, todo el mundo piensa en el hospital. Esto es verdad. Pero, además, después de tantos años en los medios de comunicación, si ahora hacemos un estudio de hemeroteca, siempre que se habla en los medios de comunicación de cuidados paliativos aparecen los hospitales. Yo he defendido toda mi vida, como profesional, y lo pienso defender como Consejero, no el domicilio sino el hogar. ¡Es que hay una gran diferencia! Porque cuando yo he hecho avisos domiciliarios y he cambiado el domicilio por el hogar, he establecido el sitio donde debe vivir la persona que quiere vivir, porque ha decidido vivir sus últimos momentos en ese proceso de buen morir. Esto es muy importante para mí como profesional sanitario; por tanto, pienso seguir luchando por ello, por cambiar esa mentalización.

Además, son tres “h” que tienen que ir juntas: la humanización, con “h”; el hospital, con “h”, y el hogar, con “h”. Así no existe ninguna confusión. Además, la humanización siempre es necesaria; hay personas que todavía piensan que es suficiente, pero yo siempre pienso que es necesaria, que nunca es demasiado porque, si hay algún medicamento que no es tóxico, es precisamente la humanización, que es un medicamento genérico, que no se vende en las farmacias, que se tiene en la

vocación, que no cuesta dinero y que se lleva en el corazón con la vocación, y esa humanización, como digo, nunca es tóxica, sobre todo, cuando alguien tiene que morir o cuando alguien tiene que ver morir a un ser querido. Con todo esto, yo les estoy explicando la filosofía de este Consejero.

Señor Álvarez Cabo, señor Freire, señora San José, ipues claro que llevan ustedes toda la razón!, yo no se la puedo quitar, iclaro que tenían que tener el documento antes!, y ya he pedido disculpas. Esta tarde ya no las podré pedir más porque ya es el último turno de palabra, si no las pediría otra vez, porque saben ustedes que el verbo "pedir disculpas" aprendí a conjugarlo cuando llegué, y no es ninguna pose política, lo hago de corazón. ¿Esto significa que yo me puedo comprometer aquí, que está en el Diario de Sesiones? Sí, claro que sí, y delante de mi equipo; sí, claro, para que tomen todos nota. El día que yo haga la comparecencia a petición propia en esta Comisión para presentarles el Plan de Cuidados Paliativos 2017-2020, les aseguro que una semana antes tendrán todos ustedes ese plan, y se lo digo a los miembros de mi equipo y está registrado en el Diario de Sesiones. Y como siempre he dicho en estos 19 o 20 meses que llevo como Consejero, y los llevo con mucho orgullo, se me podrá criticar por no ser un buen político, un buen gestor, pero no porque no cumpla mis compromisos; todos los compromisos los estoy cumpliendo. Por lo tanto, además, me comprometo con ustedes a que, antes de que finalice el mes de abril, tendrán la petición de comparecencia, a petición propia, de este Consejero -suponiendo que siga este Consejero, claro, eso es lógico, eso ya lo entienden todos-.

Pero hay cosas en las que no puedo estar de acuerdo, porque además tengo aquí al doctor Pablo Busca, que ha venido para escuchar, y le ha llamado la atención y me ponía un mensaje: ¡Jesús, contéstales, por favor! Me lo ha dicho ya como tres veces, cuando ustedes me hablan del PAL 24. ¡Pero si el PAL 24 es único en el mundo! Así que, por favor, ipongan ustedes en valor las cosas que tenemos buenas! El PAL 24... O sea, que aquí cuando dice: de 8 a 15; ino!, y además les puedo dar... Este Consejero no es un Consejero de despacho, ni de promesas que no cumple, este Consejero ha estado este fin de semana con el doctor Pablo Busca, en persona, físicamente, en un domicilio con una persona que estaba falleciendo; o sea que, por favor, no me digan ustedes... Sí, es que no diga usted: ¡por Dios! Es que yo tengo un informe jurídico, desde que llegué como Consejero, que me dice que puedo seguir actuando como profesor, como enfermero y como médico, siempre y cuando no cobre y, como lo llevo en la vocación, en mis ratos libres decido lo que hago. Y esto es evidente, señorías: no pueden decir que una persona que sufre, sufre solo de 8 a 15 horas, porque dejan ustedes en evidencia a los profesionales, que hay seis enfermeros, seis médicos, ubicados en el SUMMA 112, que, si tienen que salir, salen, y además ingresan. Además me piden ustedes datos, pero datos que tienen ustedes, que les di en octubre, como ustedes han recordado, que me he encargado de que mi equipo me los buscara: 20.906 contactos telefónicos en 2015, una sesión tardía; 2.796 ingresos, sin pasar por urgencias.

Me dice usted lo de la fractura de cadera; pues, claro que sí, señor Freire, lo que pasa es que siempre nos buscamos... Eso sí que son anécdotas, señor Freire, que no se lo reprocho, por favor, porque estoy en el turno de aceptar los reproches y he aceptado todos, pero acépteme usted uno pequeñito. ¡Es que siempre se busca usted a los enanos!, es decir, busca usted lo pequeñito; es

el 1 por ciento y tengo aquí el número. Claro que yo acepto que sí. (El Sr. **FREIRE CAMPO**: *Y en algunos hospitales el 40 por ciento.*) Bueno, bueno, es el 1 por ciento en general, ¡claro que sí! Usted sigue con sus Reinos de Taifas, usted sigue con cada hospital y yo sigo con el SERMAS, y le puedo asegurar que, mientras que yo pueda, seguiré defendiendo la empresa pública que se llama SERMAS, los 35 hospitales, y hospitales de apoyo. ¡Claro que sí que tengo que cambiar y tenemos que cambiar entre todos algunas gestiones de algunos hospitales! ¡Pues claro que sí! Yo no le voy a mentir a usted, y precisamente por eso se tiene usted que sentir satisfecho de que ese modelo de gestión profesionalizada ni se llame Freire ni Sánchez Martos, se llama modelo Madrid, porque nace aquí, y, evidentemente, yo tengo muchísimas esperanzas puestas en ese modelo de gestión profesionalizada que, por cierto, es otro de los acuerdos que yo me llevaré en el corazón del paso por esta Asamblea, que ya llevamos varios. Pero, ¡hombre!, no me diga usted eso porque, si no, la gente que no entiende puede pensar que en todos los hospitales. Claro que a mí me parece una barbaridad que una fractura de cadera esté 20 días, pero por muchísimas razones, más de las que usted habla de económicas: como médico, como enfermero, no me interesa, pero no me interesa por infecciones nosocomiales, no me interesa por hospitalismo, no me interesa porque el paciente tiene una desorientación. No, me interesa que a los dos o tres días camine y que vaya a un hospital de apoyo, como puede ser el Santa Cristina o como puede ser el Hospital de La Cruz Roja, donde haga rehabilitación, donde juegue al tute, al bingo, donde haga una terapia ocupacional y donde se puedan recibir las visitas de forma distinta. Ese es el modelo que estamos defendiendo, señores, ¡pues claro que sí!

Ustedes me hablan de la Atención Primaria. ¡Hombre!, no me digan eso, ¡no me digan eso, por favor! ¡Claro que yo tengo que aceptar y acepto en nombre de mi equipo que en estas jornadas no esté la Atención Primaria! Claro que sí, se lo acepto. Yo aquí no he venido ni a sacar pecho ni a ser triunfalista, y, claro que sí, acepto los retos. Pues sí, a mí me hubiera gustado que en estas jornadas estuviera la Atención Primaria, pero eso es una jornada de reflexión que ha pensado mi coordinadora, y que tengo que respetar, para escuchar a los profesionales que trabajan directamente con los cuidados paliativos. Claro, si yo digo eso nada más, es como decir que los médicos y enfermeras de Atención Primaria no trabajan con paliativos. No, claro que trabajan con paliativos, porque tenemos una continuidad asistencial.

Señorías, no hay compartimentos estancos en la sanidad madrileña, ¡icréanlo!, por eso no hay Atención Primaria en Atención Especializada; por eso hay Atención Primaria y Hospitalaria y continuidad asistencial, y precisamente para eso está el PAL 24 y nuestra coordinadora. Ustedes me han preguntado qué objetivos tiene. ¡Formar! ¡Claro que formar! Por supuesto que formar: en habilidades de comunicación, en cuidados paliativos, en humanización, pues claro que sí, pero, además, coordinar, claro que sí, y tiene que coordinar todos, absolutamente todos los recursos que tenemos. Y tendrá que hacer los cursos específicos para que los profesionales de Atención Primaria - como yo he sido durante muchos años enfermero o médico- tengan el apoyo de los demás y que, además, podamos hacer esos avisos a domicilio para que se conviertan en avisos al hogar.

Es un buen indicador domicilio-hogar. Retomamos la oferta y, por supuesto que sí, yo creo que estamos faltos de indicadores, y este es un indicador que se va a tener en cuenta.

Yo creo que la situación actual en Madrid o en España no es que se muera con dolor. Sí, todavía hay personas que mueren con dolor, por desgracia, claro que sí, pero no debe ser nunca por la falta de estructuras. Quizá es por falta de mentalización, porque también hay pacientes que no quieren; ¡es que hay que escuchar a los pacientes, señores! Y el paciente morirá como y donde él quiera, al menos mientras que yo sea Consejero en la Comunidad de Madrid, y cuando me vaya de aquí y pueda ir a un domicilio a atender a un paciente, mis pacientes morirán donde y como quieran, porque es el paciente el que tiene que tomar esa decisión.

Dicen ustedes que hay que cambiar los indicadores y morir más en el hogar. Bueno, ¡si el paciente quiere! Yo les podría contar muchas historias de pacientes, yo no soy un hombre de despacho. Si dentro de cinco años demostramos que el porcentaje mayor de gente muere en el hospital, a lo mejor es porque quieren, o a lo mejor es porque a los hospitales se les está dando la posibilidad de tener una habitación de duelo. Totalmente de acuerdo, una habitación individual. Una persona que está falleciendo no lo puede hacer al lado de otra persona en una habitación, pero no por la otra persona, sino porque él tiene derecho a tener el duelo con su familia. Porque el duelo no comienza con la parada cardiorespiratoria ni termina con la parada cardiorespiratoria. Nuestros pacientes en la sanidad madrileña siguen siendo pacientes después de fallecidos, por eso hay un facilitador de duelo. Nuestros pacientes dejan de ser pacientes cuando van hacia la funeraria. Por tanto, esa atención al duelo también la tengo que poner en valor cuando hablamos de los cuidados paliativos. Perdónenme mi vehemencia, pero es evidente que tengo que defender la sanidad madrileña, tengo que defender que necesitamos más trabajadores sociales, más psicólogos, ¡claro que sí!, y más auxiliares de enfermería, los que ahora se llaman TCAE, ¡pues claro, si me lo han oído ustedes a mí decir en la Asamblea para la Atención Primaria! Si estoy intentando transmitir la importancia que tiene cambiar las cosas para Atención Primaria.

Hospitales pediátricos. Se lo he dicho antes. Unas unidades nuevas, ¡claro que sí! Pues estarán en el Gregorio Marañón, en La Paz, en el 12 de Octubre. ¡Déjenme trabajar! Déjenos trabajar, y esto será presentado, como les digo, ¡claro que sí! Y, además, me gustaría recibir sus críticas constructivas, lógicamente.

Termino, porque, si no, el Presidente se va a enfadar conmigo, como es lógico, porque me estoy pasando de tiempo. Pero quiero decirles simplemente que el doctor De la Gándara sí que dijo aquí algo, y además estaba yo aquí, lo que pasa es que a lo mejor no lo recuerdan. Dijo textualmente –Diario de Sesiones–: “Madrid tiene cosas muy positivas. La primera de ellas es una gama de recursos muy variable y muy variada, tanto en el domicilio como en media y larga estancia, en hospitales de agudos, en general y en hospitales terciarios.” Palabras textuales del doctor De la Gándara. Y cuando él habló de los trescientos y pico profesionales, se le olvidó sumar los ciento y pico que estaban en los concertados. Si ustedes lo suman, les saldrán los números, y el Consejero no se los ha inventado.

Concluyo dándoles las gracias, pidiéndoles disculpas por mi vehemencia. Muchísimas gracias al Presidente y a la Mesa por dejarme estos minutos de más. Termino simplemente diciéndoles que yo sigo solicitando su colaboración siempre, en cualquier plan, pero en esto más todavía, ¡mucho más

todavía! Y, si ustedes me dicen que sí, yo estaré encantado de invitar a los cuatro portavoces a mi despacho para tener una reunión una tarde y poder analizar el Plan Estratégico 2017-2020, antes de presentarlo a la Asamblea. Así que dicha y hecha está la invitación.

Señores, nosotros, el Gobierno de Cristina Cifuentes, no planifica a corto plazo. Hay una gran diferencia entre ser político y ser estadista, y lo he aprendido con ustedes. El político es el que planifica para las próximas elecciones; el estadista, como Cristina Cifuentes, planifica para las próximas generaciones, a futuro, y en la Sanidad se debe de planificar para el futuro. La Presidenta planifica para el año 2040, como el Libro Blanco que tendrán ustedes. Muchísimas gracias.

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

C-800/2016 RGEF.8275. Comparecencia del Excmo. Sr. Consejero de Sanidad, a petición del Grupo Parlamentario Podemos Comunidad de Madrid, al objeto de informar sobre el plan de estudios y proyectos de inversión del Hospital de Móstoles. (Por vía del artículo 209 del Reglamento de la Asamblea).

El Consejero ha efectuado una delegación que ya fue admitida por la Mesa de la Comisión, por lo que invito al señor Director General de Coordinación de Asistencia Sanitaria, don César Pascual, a ocupar su lugar en la mesa. (*Pausa.*) Bienvenido, señor Pascual. Tiene la palabra, por un tiempo máximo de cinco minutos, la portavoz del Grupo Parlamentario Podemos, señora García Gómez, al objeto de precisar las razones que motivan la comparecencia.

La Sra. **GARCÍA GÓMEZ**: Muchas gracias, Presidente. Buenas tardes, señor Director General. En primer lugar, como han hecho mis compañeros, quiero lamentar que el señor Álvarez Cabo nos abandone, sinceramente. Aunque es verdad que hemos tenido muchas discusiones y hay muchos puntos de vista que no compartimos, creo que ha sido un placer tener a un profesional que sepa del tema, con el que poder debatir y poder mostrar nuestras diferencias y nuestras coincidencias. Espero que le vaya bien donde vaya a trabajar.

Al objeto de la comparecencia, señor Director General, usted sabrá que el hospital público de Móstoles, -no he podido encontrar bien el dato-, antes de 2007, tenía un Plan Director, lo presentó el Consejero Lamela, en el que había una reforma del hospital -es un hospital antiguo, como usted sabe-, la construcción de un edificio nuevo... En fin, había un Plan Director bastante elaborado y bastante bien estructurado que nunca se llevó a cabo. A cambio, lo que se hizo fue construir un hospital de gestión privada, en 2012, el Rey Juan Carlos, que ha originado en estos últimos años básicamente un trasvase de pacientes; es un hospital al que se le ha dotado cada año de más medios, mientras que al otro hospital cada vez se le ha dotado de menos. De hecho, ahora tenemos un 25 por ciento menos de camas en el hospital público, 115 camas menos, dos quirófanos menos, aproximadamente unos 100 profesionales menos. Y el año pasado, en concreto, se aprobó en los presupuestos una partida de 125.000 euros para un proyecto de renovación, no sé si para volver a ver

ese Plan Director o para ver qué se podía hacer en la remodelación del hospital. Según la liquidación que ustedes nos han mandado del tercer trimestre, esos 125.000 euros no aparecen, aparecían liquidados a cero.

Nos gustaría que en una primera contestación nos dijera cuál es el futuro que ustedes prevén para el Hospital de Móstoles, en tanto en cuanto también han anunciado -todavía no lo han aprobado, porque no está en los presupuestos- en el Pleno que iba a haber creo que eran 17 millones para este hospital. ¿Qué es lo que tienen ustedes planificado? ¿Tienen un Plan Director? ¿Esos 17 millones se corresponden con alguna planificación o son 17 millones que se dan así, al azar? Y ¿qué pasó con ese presupuesto de inversiones de inmovilizado material que sí aprobamos en esta Cámara y que han sido liquidados a cero? Muchas gracias.

El Sr. **PRESIDENTE**: Gracias, señoría. Tiene la palabra el Director General de Coordinación de la Asistencia Sanitaria, don César Pascual, por un tiempo máximo de quince minutos.

El Sr. **DIRECTOR GENERAL DE COORDINACIÓN DE LA ASISTENCIA SANITARIA** (Pascual Fernández): Muchas gracias, señor Presidente. Permítame en primer lugar felicitarle -no había tenido la oportunidad de hacerlo- como Presidente de esta Mesa. Y, por otro lado, quiero lamentar la despedida del doctor Álvarez Cabo, con el que me unía una relación anterior a la que hemos desarrollado en esta Asamblea; creo que seguiremos manteniendo esa relación, aunque de una forma distinta. Te deseo mucha suerte.

Señora García, me ha hecho usted varias preguntas y quisiera aclararlas. En primer lugar, el Plan Director que menciona fue anulado no sé exactamente por qué Gobierno, no sé si hace tres Legislaturas o más; lo cierto es que fue anulado y se decidió hacer otro hospital. Eso no me compete a mí, y la realidad con la que me encuentro es esta. Por lo tanto, retomar ahora un Plan Director en el que no se concebía la existencia de un segundo hospital en Móstoles no tiene sentido. Por eso hay que hacer un nuevo Plan Director del Hospital Universitario de Móstoles.

Intentaré responder a todo lo que me ha planteado. En primer lugar, permítame que repase brevemente la cronología del hospital, porque tiene mucha importancia por las actuaciones que hay que hacer después. Este hospital se remonta a 1974, originariamente; había una empresa, Centro Médico S.A., que iba a hacer un hospital. De hecho, comienza a construir un centro sanitario y lo para. En 1979, la Seguridad Social, que era la competente en aquel momento de la asistencia sanitaria en este país, lo retomó para crear lo que sería en principio, en origen, la Residencia General de la Seguridad Social en Móstoles. Y entonces le encarga un proyecto -voy a sintetizar todo lo que pueda, porque es muy complejo, pero tiene mucha importancia para lo que nos está ocurriendo hoy- a dos arquitectos que han hecho muchos hospitales en este país -tengo los nombres, pero no ha lugar decirlos- y retiran parte de la obra existente anteriormente y construyen e incorporan una sala de instalaciones, una edificación del parking y la construcción de una primera fase, un primer módulo del hospital. En 1982, tres años después, hay un nuevo proyecto de otros dos arquitectos, que levantan y amplían las plantas del hospital, haciendo justo el doble de las que tenían originariamente, y, por fin, se inaugura el hospital en 1983.

En 1994, se proyecta por un arquitecto una ampliación, construyéndose un edificio anexo para usos administrativos fundamentalmente, admisión, gestión, cafetería, neonatología, actividad asistencial, la UCI y psiquiatría. Bien, posteriormente le diré la importancia que ha tenido esto por lo que nos vamos encontrando en el Hospital de Móstoles a la hora de readecuar las instalaciones. El hospital cubre una población de 162.318 habitantes y fue el primer hospital público fuera de Madrid capital que hubo en la Comunidad; todos los demás hospitales estaban en Madrid capital. Tiene una cartera de servicios de 33 especialidades, 21 de ellas con acreditación docente, y en este momento tiene 294 camas funcionando, como muy bien sabe, con 12 quirófanos.

Efectivamente, en los presupuestos del año pasado se dotó una partida destinada a hacer un plan de estudio de ampliación del proyecto de inversión de este hospital. Dicha partida no fue ejecutada con cargo a la misma, sino que se encargó un estudio de necesidades asistenciales, con una proyección para los próximos 10 años, sobre el que trabajar la elaboración de un Plan Director nuevo. El objetivo del trabajo era definir una serie de recomendaciones para el desarrollo futuro del hospital basado en tres puntos fundamentales: primero, estimar el dimensionado de recursos físicos que tenía que tener el hospital de Móstoles en los próximos diez años; en segundo lugar, desarrollar una hipótesis de partida de qué actividad debiera hacer e ir confrontándola para ver si se confirmaba o debiera modificarse, y en tercer lugar, identificar los criterios y elementos claves para definir el plan de hospitalización.

Respecto al dimensionamiento previsible y necesario, se formuló la hipótesis de trabajo: en hospitalización, mejorar las ratios de eficiencia y un reajuste en la distribución de la hospitalización; en cuanto a actividad quirúrgica, incrementar la tasa de ambulatorización y reducir el tiempo de las intervenciones, manifiestamente mejorable en el hospital y reajustar, por tanto, los quirófanos; en cuanto a las consultas externas, ajustar la tasa de frecuentación a la media de la CAM, que no está ajustada, y reducir el índice de visitas sucesivas, que es muy alto, a 1,99; respecto al hospital de día, una tasa de frecuentación proyectada sobre la Comunidad Autónoma, ampliar el horario al menos a diez horas al día y aumento del número de puestos.

La estimación de la actividad se ha hecho en base a la tasa de frecuentación mantenida actualmente; no la hemos tocado, porque entendemos que no tiene por qué cambiar en la población de Móstoles. La tasa de ambulatorización que pretendemos para el hospital es la media de la actividad quirúrgica disponible en hospitales similares al de Móstoles, que es sobre lo que se ha trabajado. Y es muy importante la gestión de pacientes crónicos para hacer una estimación del número de estancias evitables con este tipo de pacientes crónicos, a población con patologías crónicas, analizando la estancia media de los 42 GDR de mayor impacto en el hospital, de mayor frecuencia, ajustando la actividad proyectada, para, así, liberar recursos con capacidad potencial de reutilización precisamente para estas patologías. Entonces, había que hacer ese análisis. También el dimensionamiento del bloque quirúrgico, incluyendo igualmente la readaptación al medio; el dimensionamiento de las consultas, las urgencias y los recursos.

Como le he mencionado, el hospital es fruto de una serie de proyectos sucesivos de adición al núcleo central original. Y el imprevisible impacto que tendría el proyecto ha de tener en cuenta precisamente el núcleo original del hospital, las modificaciones que se han ido añadiendo y la comprobación de la estructura íntegra del hospital. Para ello, se han realizado pruebas al efecto y, de las conclusiones se extrae que, analizadas las condiciones de seguridad de los pilares –se han hecho las muestras-, leo textualmente el informe técnico: “de acuerdo con la resistencia estimada para el hormigón del módulo central, se hace necesario que se lleve a cabo el refuerzo generalizado de todos los tramos de soporte del módulo antiguo antes de acometer.” No es que haya un problema de seguridad; no, no, el hospital no se va a caer, pero, si queremos acometer una reforma y meter instalaciones nuevas, los técnicos nos han dicho que hay que reforzar todos esos pilares del módulo antiguo. En este sentido, aunque existen tramos de pilares que presentan condiciones de seguridad técnicamente admisibles para el hormigón existente y, por tanto, es posible evitar ser reforzados, ello exigiría un estudio específico pilar por pilar durante la rehabilitación que se pretende llevar a cabo. Por tanto, la opinión técnica es que resulta preferible abordar el refuerzo generalizado de todo que no meternos en una obra e ir pilar por pilar, conforme vamos haciendo la obra, verificando esto. Así pues, en opinión de los técnicos, aunque pudiera estar en perfectas condiciones, resulta preferible abordar el refuerzo generalizado de todos los tramos del pilar.

En cuanto a las condiciones de seguridad de la estructura horizontal, forzados y vigas, por las comprobaciones de cálculo realizadas también, se considera necesario proceder a un refuerzo generalizado previo a la realización de nuevas obras, aunque, insisto, no está en juego la seguridad; si el hospital sigue como está, no habría ningún problema de ninguna clase.

Para solventar esta necesidad, es necesario articular una serie de actuaciones previas a cualquier obra de remodelación, que se llevarían a cabo en varias fases y en diferentes ámbitos para la renovación y el asentamiento estructural. En una primera fase, mediante la ejecución del proyecto de eficiencia energética, se va a construir un edificio de servicios, donde se ubicarán las instalaciones de acometidas, transformación de electricidad, agua, climatización, agua caliente sanitaria, etcétera, que están en el edificio del parking -no sé si lo conocen- y que habrá que ubicar en un edificio nuevo. En una segunda fase, en lo liberado del parking, en la parte de instalaciones, podría construirse un edificio para albergar las instalaciones sanitarias que tenemos que liberar, porque con una obra de esta envergadura no se puede compatibilizar asistencia sanitaria y reforzamiento de los pilares, por lo que debemos trasladar esa actividad del módulo antiguo donde es preciso realizar la estructura. Esto permitiría ubicar de forma provisional, o, si los técnicos nos lo recomiendan, de forma definitiva, las unidades de radiodiagnóstico, urgencias, farmacia y parte de las consultas externas; es una posibilidad que está en estudio. En la tercera fase, una vez trasladadas estas unidades, que son las que hay que liberar, proceder al refuerzo de pilares, vigas y forjados, con el oportuno proyecto al efecto. Posteriormente, cuando hayamos concluido esto, será el momento de llevar a cabo las actuaciones del Plan Director derivado del estudio de necesidades que hemos hecho. Muchas gracias.

El Sr. **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señor Director General. A continuación se abre un turno para los Grupos Parlamentarios, de menor a mayor. Tiene la palabra el señor Álvarez Cabo, portavoz del Grupo Parlamentario de Ciudadanos, por un tiempo máximo de diez minutos.

El Sr. **ÁLVAREZ CABO**: Muchas gracias, señor Presidente. Muchas gracias, señor Pascual, por sus explicaciones pormenorizadas, que nos han dejado un poco más tranquilos. Quiero empezar, también, agradeciendo a Podemos que haya traído este tema aquí, porque a Ciudadanos nos preocupaba y, de hecho, cuando se planteó, en la Ley de Presupuestos de 2016, una medida del Grupo Socialista, en relación a este estudio –que al final no se ha realizado como tal pero sí de otra manera-, nosotros la apoyamos sin duda. Además, yo tuve ocasión de visitar el hospital –concretamente el 4 de noviembre-; me reuní con la Dirección del centro, con la Junta Técnico-Asistencial y con los representantes de los trabajadores, secciones sindicales y Junta de Personal, y vi que había una sintonía muy grande en la absoluta necesidad de emprender una reforma integral del hospital.

Usted ha hecho una referencia histórica –de alguna manera, si me permite la expresión, me ha reventado la intervención, porque yo también había hecho un estudio histórico de los avatares de Móstoles, que es muy importante-, y usted lo ha dicho, que hay que recordar que fue el primer hospital público que se hizo fuera del municipio de Madrid, en un momento –los años ochenta- en que habían crecido mucho las poblaciones del área metropolitana y la población de esa zona del sur de la Comunidad no tenía servicios hospitalarios cercanos. Hubo que recurrir a la disponibilidad de edificios y, es muy curioso, buceando en la hemeroteca ayer encontré una edición del diario “El País”, del 29 de mayo, cómo los trabajadores, en un escrito dirigido a la entonces Dirección Provincial del Insalud, decían: “Nos hemos encontrado un hospital absolutamente mal planificado, con defectos gravísimos en los niveles arquitectónicos.” Ya no sigo. Es decir, esto se puso de manifiesto desde el origen, y es tremendo que hayan tenido que transcurrir tantos años y tantos planes para que por fin se aborde. Yo entiendo su planteamiento y lo comparto: ustedes han encontrado una situación heredada de Gobiernos anteriores. Pero también hay que ponerse en la piel de aquellos profesionales que llevan 30 años, que vieron cómo, durante el mandato del Consejero Lamela se hacía un supuesto Plan Director que no llegó a cuajar –en 2006, si no recuerdo mal-, durante el mandato del Consejero Güemes –años más tarde, en 2008-, otro segundo Plan que no llegó a cuajar, y ven que se abre un primer hospital a finales de los años noventa, el de Alcorcón, en 1998 y el Rey Juan Carlos, en 2012. Es decir, la ola de las oportunidades y los nuevos edificios pasaba a su lado y el hospital no recibía recursos, no apostaban los sucesivos Gobiernos y eso ha generado mucha frustración, y es lo primero que manifiestan –como digo- profesionales y Dirección, que tiene que lidiar con un escenario –y usted lo ha contado con mucho detalle- un poco preocupante: las infraestructuras en mal estado; la estructura arquitectónica del edificio es un pelín absurda, estoy hablando de pasillos alrededor de un patio interior donde las habitaciones solamente están a un lado, lo que hace que los desplazamientos, sobre todo para los profesionales de la enfermería, sean muy largos; que no haya visibilidad desde el control de buena parte de la planta; que los espacios para los familiares –las salas de espera- se hayan ido arrancando como se ha podido; es un hospital complejo y entiendo que es muy complicado trabajar

en él. En un momento en el que están compitiendo, desde el punto de vista hostelero, con Alcorcón y con el Rey Juan Carlos, los paritorios que tiene ese hospital son manifiestamente mejorables.

Y son muchos los aspectos que han ido transmitiendo una sensación, que yo creo que es responsabilidad de ustedes combatir, y espero que este Plan que nos ha anunciado sirva para eso del desánimo. Posiblemente el hospital tiene que mejorar su eficiencia, pero nosotros no tenemos ninguna duda de que es un hospital imprescindible para la cobertura y la atención de la población del suroeste de Madrid. Arroyomolinos, municipio gobernado por Ciudadanos, y que está dentro del ámbito de influencia del hospital, es de los que más crecen en población; es un municipio muy joven y, además, es un área –y usted lo sabe también- en la que se están instalando progresivamente residencias de personas mayores, con lo que eso significa de carga de trabajo en la hospitalización.

Yo creo que también hay que deslindar muy bien qué va a hacer cada hospital. Posiblemente, y lo planteo como sugerencia, deberían ir ustedes a un trabajo en red de esos tres hospitales, porque ahora mismo hay un circuito aberrante, y me explico: hay pacientes que son atendidos por la misma especialidad en los dos o en los tres hospitales. Como consecuencia de la libre elección, en la que nosotros creemos absolutamente, pero, como no está bien definida, hay pacientes, sobre todo, por ejemplo, en patologías musculoesqueléticas –estoy contando cosas transmitidas tanto por Dirección como por profesionales-, o con problemas del aparato locomotor que acuden a un hospital, a otro y a otro, y se da la paradoja de que, al final, la frecuentación de consultas –y usted lo ha dicho- es superior a la media de la Comunidad de Madrid. Organícenlo para trabajar en red y eviten una inflación de asistencias que, a lo mejor, no aportan ningún beneficio al paciente. Aparte del reproche que se puede hacer de que hay determinados elementos de la cartera de servicio que están en el Hospital Rey Juan Carlos y no en el de Móstoles y viceversa, y hace que el Hospital Rey Juan Carlos se beneficie de un trabajo realizado parcialmente por otros profesionales. Yo creo que hay una confusión que al final lleva a gastar, de manera inadecuada, el dinero público, y todo lo que sea avanzar en la eficiencia, como usted ha anunciado, y en deslindar las responsabilidades de cada centro, será magnífico.

Cuando uno hace una visita por allí, son preocupantes algunas cuestiones: lo que ha dicho usted de los pilares, el dimensionamiento de las plantas, la existencia de los paritorios, y la verdad es que es un hospital muy agradecido. Tuve ocasión de visitar la UVI, que se había reformado en el año 2014, y, en un espacio pequeño y siendo un hospital con esa estructura tan mal planteada de origen, se ha hecho una unidad muy decente, muy buena y muy funcional, en la que los profesionales trabajan a gusto, que tiene un modelo local para replicar. Yo creo que la dirección del hospital también ha contado en los últimos años con una financiación inadecuada. ¿A qué me refiero? Si uno hace un análisis detallado –permítame que lo encuentre- de cuál ha sido la evolución del Capítulo Sexto en los últimos ejercicios 2011-2016, por no remontarnos a un pasado remoto, el hospital ha contado con todas estas deficiencias que usted, la portavoz de Podemos y yo mismo hemos puesto de manifiesto: 880.000 euros en 2011, lo mismo en 2012, en 2013, con la apertura del Hospital Rey Juan Carlos, sufrieron un bajón significativo de 224.000 euros, que se repitió en el presupuesto de 2014; es decir, de alguna manera, se dejó de apostar por este hospital. Si ahora ustedes dedican recursos para

hacerlo, tienen un plan con un cronograma y una secuencia que, por el conocimiento que yo tengo del hospital, suena razonable, porque el edificio está. Es que el único margen que tiene de crecimiento es el edificio del aparcamiento; lo que era el extremo de Móstoles ahora está rodeado de edificaciones, de un centro comercial, de viviendas, y es imposible hacerlo crecer. Como entiendo que la alternativa de derribarlo está absolutamente descartada por lo que significa de coste, tienen que hacer eso. Hay espacios como Urgencias, al que usted ha hecho referencia, que son manifiestamente mejorables; hay una especie de unidad de corta estancia, que es un espacio de crecimiento de Urgencias, que se abre durante al año en los picos epidémicos o cuando Urgencias está muy cargada, que es indigna para hacer una hospitalización prolongada de varios días. No estamos hablando de una observación, estamos hablando de un área de hospitalización, que es poco más que esta sala, que tiene poca iluminación y poca ventilación; ese es el espacio de crecimiento. Yo creo que eso es una lacra que hay que intentar corregir, aparte de que el hospital sea más eficiente. Si avanzan en ese sentido, yo creo que proporcionarán a los profesionales una esperanza de futuro, y a los ciudadanos de Móstoles el servicio que necesitan.

Estoy repasando mis notas porque tengo la sensación de que me olvido de alguna referencia importante. ¡Ah, sí! A lo que usted ha comentado, que ya nos dio la estimación en aquel momento la dirección: lo del Plan de Eficiencia Energética, con una estimación en torno a 43 millones de euros. Es el dato que yo tengo -no sé si coincide con lo que usted ha dicho, no he captado la cifra-, que estaban preparándolo y que, evidentemente, por la magnitud, tenía que pasar por el Consejo de Gobierno. Si me permite una sugerencia, los contratos de eficiencia energética, que pueden tener un sentido, desde el punto de vista de racionalidad del dinero público, muchas veces se han mezclado con prácticas y corruptelas; sean muy cuidadosos con este aspecto. Si se trata de que el hospital se beneficie, que se ahorren consumos energéticos y que cuente con instalaciones más adecuadas, ¡perfecto!, pero, ¡por favor, háganlo con exquisita transparencia!, de verdad, en la Comunidad de Madrid hay una mala trayectoria de contratos relacionados con la eficiencia energética. No tengo la cifra, evidentemente, de los presupuestos del Hospital de Móstoles del Capítulo Sexto y en el Capítulo Segundo en 2017, pero quiero recordar que espero que sea una apuesta importante.

Y también quisiera insistir, en cuanto a las áreas inferiores, en un aspecto que no está bien resuelto -creo que es un problema general de Móstoles que me transmitieron los profesionales- pero que allí se agudiza, que es todo lo que tiene que ver con las conducciones y el alcantarillado, sobre todo en la zona baja del hospital: servicio de radiodiagnóstico, laboratorio, con lo que significa de olores, molestias, atascos, en fin, toda esa casuística que hace muy difícil la vida a los profesionales y a los pacientes. Aprovechen también para dar un aire, ya que van a poner el foco de las prioridades de la Consejería, a todos aquellos centros dependientes del hospital, porque el hospital sale de sus propias paredes y también tiene asignado el centro de especialidades Coronel de Palma, el centro de salud mental, el centro de salud mental de Alcorcón -es una paradoja que siga dependiendo del Hospital de Móstoles cuando existe el Hospital de Alcorcón; sugerencia para que recompongan el mapa de referencias en Salud Mental- y toda la estructura psiquiátrica que existe fuera del hospital. Ya que parece que va a haber una apuesta y va a haber recursos, mejoren y dignifiquen todos los espacios en los que son atendidos los vecinos de Móstoles! Y espero que esa apuesta de este año

continúe en años sucesivos, porque está claro que el plan que usted ha esbozado, señor Director General, no se va a acabar, me temo, a lo peor ni en esta Legislatura, por la envergadura de las obras que tienen que emprender. Nada más y muchas gracias.

El Sr. **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señor Álvarez Cabo. Tiene la palabra la portavoz del Grupo Parlamentario Podemos, señora García Gómez, por un tiempo máximo de diez minutos.

La Sra. **GARCÍA GÓMEZ**: Muchas gracias, señor Presidente. Efectivamente, estoy con usted en que, obviamente, hay que hacer un nuevo plan director, habida cuenta de que han pasado diez años desde el último y, como usted dice, ino es que haya que hacer obras nuevas, es que hay que reforzar pilares! A usted no le parece grave la situación, pero a mí me ha inquietado un poquito pensar que yo venía aquí a que usted exponga qué va a ser del nuevo hospital y, más o menos, lo primero que hay que hacer es apuntalarlo, a mí me preocupa. Apuntalarlo o reforzar los pilares, porque eso significa que durante estos últimos diez años no se han reforzado los pilares o eso no se ha hecho.

Lo que usted nos ha contado de la cronología es una clara y manifiesta falta de planificación de cómo hay que hacer las cosas. Obviamente, no es responsabilidad suya, que acaba de llegar, pero traduce cómo no se tienen que hacer las cosas, básicamente, y lo que nosotros pedimos, desde Podemos, es que no se sigan haciendo así, que haya una planificación seria.

Usted nos ha hablado del estudio de necesidades asistenciales y no me queda claro, de verdad, esta maniobra de trilerismo en la cual nosotros aprobamos una partida y esa partida no es la partida, no me queda claro. Por lo que me habían dicho, esa partida de 125.000 euros, al final ha resultado que se ha detraído de una partida que había de obras. Esto, obviamente, es rumorología porque no hay manera de seguir el rastro de los presupuestos, con lo cual, lo que se comenta en el hospital es que se ha detraído una partida que había para la obra de la cirugía mayor ambulatoria. *(Denegaciones por parte del señor Director General de Coordinación de la Asistencia Sanitaria.)* Bueno, pues me gustaría que me lo aclarara. Lo cierto es que esa obra ni siquiera se ha podido hacer, porque el dinero que se ha utilizado para hacer este estudio se ha detraído de esta obra; al final, no se ha podido hacer la obra porque no había dinero suficiente, con lo cual, en 2016, no sé si tendremos hecho el estudio técnico, pero no tenemos la obra que estaba presupuestada para la cirugía mayor ambulatoria. *(Denegaciones por parte del señor Director General de Coordinación de la Asistencia Sanitaria.)* Lo que usted nos ha contado del estudio de necesidades, ¡hombre!, espero que lo hagan en todos los hospitales, no solo en el de Móstoles. Quiero decir, hablarnos de la tasa de ambulatorización, de los GRD y de la asistencia a crónicos no es una cosa exclusiva del Hospital de Móstoles, espero que lo estén haciendo en todos los hospitales; ver cuáles son las cosas que fallan de las tasas de ambulatorización, de la frecuentación, en fin, lo que viene siendo analizar la sanidad pública, con lo cual, eso yo creo que no puede estar metido en un plan director de un hospital, que no tiene nada que ver.

Nosotros le preguntamos por el proyecto a futuro, que, como ha dicho antes el Consejero, la señora Cifuentes está preocupada por las generaciones, no por un futuro inmediato electoral; entonces, le preguntamos por las generaciones. Quiero decir, ese plan muy a futuro, muy a largo plazo, para que no vuelva a ocurrir lo que ha ocurrido en ese hospital, ¿cómo va a ser? Y, efectivamente, no solamente requiere una planificación del hospital: requiere una planificación del área. Nosotros también estamos de acuerdo con la libre elección, pero estamos de acuerdo con planificación por áreas, porque no es lo mismo un área que, en este caso, tiene tres hospitales en la misma área de frecuentación, que un área que tenga solo un hospital, con lo cual, eso solo se puede hacer reterritorializando y haciendo planes por áreas, viendo los recursos que hay en cada área y viendo, efectivamente, cómo se puede planificar a largo plazo. Me interesa señalar –ya ha hablado de ello el portavoz de Ciudadanos- que, efectivamente, en el Capítulo Sexto hay otros datos, porque, según lo que he estado buscando en las memorias de liquidación, en 2012 se gastaba en Capítulo Sexto, “Inversiones”, 1 millón, y ahora, en 2015, hemos gastado 240.000 euros. Obviamente, a lo mejor por esto se caen los pilares o por esto hay que reforzarlos, porque, durante todos estos años, mientras el Hospital Rey Juan Carlos ha crecido espectacularmente, la Consejería de Sanidad –en la que usted no estaba, pero estaba el partido político del que usted ahora mismo es representante- no ha invertido en este hospital. Entonces, como mínimo, tengo que hacer una crítica a todos estos años.

También me gustaría que me dijera cómo se regula la facturación intercentros entre estos dos hospitales, porque es verdad que hay un curioso trajín de pacientes entre un hospital y otro. Es un ejemplo claro de trasvase de pacientes: pacientes que se operan en un hospital, pero luego hacen la urgencia en el hospital público; pacientes a los que ofrecen la lista de espera en el hospital nuevo... En fin, creo que este trasvase de pacientes es un área bastante representativa de lo que ha ocurrido con la sanidad: de cómo un hospital cien por cien público ha ido decayendo mientras que el otro hospital ha ido floreciendo a base de sacar la lista de espera del primero o a base de ofrecer una cartera de servicios que el primero no tiene, y creo que en eso tiene responsabilidad la Consejería. Me gustaría que me contara si verdaderamente tienen la facturación intercentros de estos dos hospitales. Ya sé que me va a decir que es por compensación, pero esto me preocupa todavía más. Me gustaría que, en vez de compensación, hubiera una cosa un poquito más seria: este hospital ha atendido a estos pacientes y este otro hospital ha atendido a otros, y luego vemos cuál es la diferencia.

Me ha parecido entender que ha dicho que en el edificio nuevo se van a ubicar las urgencias en el momento de hacer las obras. Me preocupa también saber que las urgencias están en un edificio distinto de la hospitalización. (El Sr. **DIRECTOR GENERAL DE COORDINACIÓN DE LA ASISTENCIA SANITARIA: Se uniría.**) Se uniría. Vale. Lo digo porque, ya que estamos planificando, no solo es una cuestión de planificar espacios, que es verdad que es una parcela que no se puede agrandar y es algo que en su momento no se hizo bien. A lo mejor también hay que ponerle un poco de imaginación a cómo se hacen las cosas. Poner la urgencia en otro edificio no me parece muy operativo, así, de primeras, a la hora de ingresar a los pacientes, a la hora de llevarlos al quirófano, etcétera; pero bueno, es una apreciación.

Efectivamente, es un hospital que, como todos, según demuestran los presupuestos –dado que los presupuestos nos los tenemos que imaginar-, está claramente infrapresupuestado todos los años. En 2014 se hizo una liquidación por 120 millones; en 2015, por 125, y en 2016, lo presupuestamos por 116 millones, mientras que, en el segundo trimestre, ya llevábamos unas obligaciones de 59 millones, con lo cual damos por hecho que otra vez nos vamos a pasar del presupuesto de cada hospital. Me gustaría que nos contara si esto va a seguir siendo así o si, verdaderamente, lo vamos a presupuestar o lo han presupuestado para 2017. Queremos saber cómo han presupuestado ese Capítulo Sexto, si luego lo van a cumplir o va a aparecer en otra partida –en el Capítulo Segundo, por ejemplo-, y también, cuál es el presupuesto de este hospital –si usted lo sabe; si no, esperaremos- para 2017.

En la liquidación de 2015 también aparece que en la reparación de edificios, sobre un crédito de 1,6 millones, ustedes dejaron de gastar 236.900 euros. Igual por eso también se caen los refuerzos de los pilares. Quiero decir que mucho empeño no han puesto ustedes. Y en el Capítulo Sexto, en la liquidación de 2015, en la partida 63, “Reposición o mejora de edificios”, según sus datos, se han gastado ustedes 4.168 euros, que supongo que habrán dado para una manita de pintura y poco más. Entonces, creo que la parte de planificación no ha sido seria y espero que lo sea a partir de ahora; creo que la parte de ejecución de obras no ha sido seria y espero que lo sea a partir de ahora, y creo que la parte de presupuestación de un plan de necesidades de un hospital tampoco se ha hecho con seriedad, y espero que se haga a partir de ahora. Muchas gracias.

El Sr. **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señora García Gómez. A continuación tiene la palabra el portavoz del Grupo Parlamentario Socialista por tiempo máximo de diez minutos.

El Sr. **GÓMEZ-CHAMORRO TORRES**: Muchas gracias, señor Presidente. Agradezco a don César Pascual su comparecencia. Creo que vamos a poder discutir este punto objetivamente ya que seguramente usted no ha hecho ningún curso de arquitectura y mucho me temía que, si hubiese sido el Consejero, igual también tuviera alguna experiencia en ese sentido.

Ha hecho usted un buen relato del nacimiento del hospital, así fue, a quien nos cogió por la zona, ha sido mi hospital de referencia durante muchos años, como paciente me refiero; a quien nos cogió trabajando en los movimientos sociales por la zona en su época, fue un logro, un logro que se consiguió conjuntamente con el compromiso de cómo iban a ir naciendo los hospitales de zona por la zona sur. Estaba el compromiso de Móstoles, con el Ministro entonces Sancho Rof, y quiero mencionar aquí el papel que en aquella época jugó una persona que entiendo muy querida por esta Asamblea, por su trabajo, y que fue el doctor Sabando, don Pedro Sabando, que influyó, junto con el entonces ya en otra época, Director Provincial del Insalud, el doctor Lamata, y ese fue el desarrollo. Y es verdad, es cierto, que a partir de su inauguración no hubo ejercicio económico o período en el que no se tuviese que ir haciendo remodelación, puesto que el edificio no nació para lo que era, pero era lo que había por la zona y había una urgencia inmediata. Y lo que ha sucedido, como han señalado antes los dos portavoces, es que en un momento determinado el Gobierno Regional deja de invertir en seguir mejorando las infraestructuras del edificio; en principio, empezaron a alegar que estaban

haciendo Alcorcón y que esto se iba a solucionar y tal. Aquello se convirtió en una fundación, en un principio con muchos problemas, y cuando ya funciona Alcorcón y parece que vamos a poder influir en mejorar las infraestructuras de Móstoles, pues, ¡hombre!, viene el Rey Juan Carlos -y esto ya son palabras mayores-, y la prioridad tiene que ir para él.

Nosotros hemos advertido continuamente de los problemas de mantenimiento. Mi Grupo le agradece enormemente cómo ha descrito cómo están algunos pilares, algunas "tes"; es decir, ese mismo argumento que yo denuncié en el Pleno del 14 de abril de 2016, se me contestó por parte del Consejero que lo que pretendía era alarmar a la población, y tengo el acta aquí del Pleno -mostrando el documento a la Cámara-. Con lo cual yo me felicito porque no estaba mal encaminado, y no soy ni perito, ni arquitecto, ni nada de eso. De la misma forma, también mi compañera diputada Eva Mengual, el 10 de noviembre, volvió a insistir, y recibió prácticamente la misma información: que estábamos alarmando a la población. Y la doctora García Gómez también ha hecho varias preguntas en ese sentido, y me consta que todos los diputados de la oposición nos hemos pasado por allí interesándonos por el asunto.

La verdad es que yo no tengo capacidad para señalar si ese pilar descarnado y con la "t" visible corre un peligro enorme o no, pero, desde luego, asustaba, y asusta, ver esas cosas. Y como por aquí quien pasa es población que no puede evaluar eso adecuadamente, pues, no solamente los trabajadores sino la población que pasaba por allí estaba preocupada.

Mire, en ese sentido, yo sí que tengo que reconocer algunas cosas: que en los últimos meses se ha avanzado bastante, no solamente con la acción de la Consejería sino también con la acción del Ayuntamiento de Móstoles, cosa que, a mi juicio, ha sido también importante. En las reuniones de coordinación que tiene mi Grupo con el Grupo Municipal Socialista en el Ayuntamiento de Móstoles, hemos estado enterados y hemos estado trabajando conjuntamente para ver cómo podíamos apoyar estas acciones; dicho esto también en el sentido de que los demás Grupos de la oposición también han estado haciéndolo. Yo quisiera poner en valor el papel que ha tenido el Alcalde de Móstoles en este sentido.

Respecto a la comparecencia y su parte de explicación -hubiéramos preferido que hubiese sido el señor Consejero, pero, vamos, usted tiene en este caso la misma autoridad-, quisiéramos que quedara en sesión de esta Comisión y, por lo tanto, en el Diario de la Asamblea de Madrid, al menos los compromisos que adquirieron ustedes con el Alcalde de Móstoles, con lo cual estaríamos altamente satisfechos, pero no quiere decir que estemos parados, porque esto no puede quedar en el mero compromiso, sino que estas cuestiones se ejecuten adecuadamente y con la mayor brevedad posible, dentro de que se permita por la propia dificultad de las obras que hay que acometer.

Sabemos que algunas pequeñas mejoras se han hecho, las valoramos positivamente, pero nos interesa saber que efectivamente el plazo que tienen, más o menos, de ejecución de esos 17 millones de euros que han comprometido, si es así, que quede en Comisión dicho. Nos interesa también saber el compromiso que han adquirido con el Alcalde de Móstoles de que se va a mantener

la cartera de servicios y, por lo tanto, la actividad; si eso es así, sería una buena noticia también, cartera de servicio, actividad, etcétera.

Por último, quisiéramos, si es posible, que ustedes nos explicaran cuál es la intención que así anunciaron al Consejero de que harían un módulo de media y larga estancia dentro del Hospital de Móstoles para esa zona. No sé si esto es un tema específico para este hospital de Móstoles o es un plan que se va a extender y, por lo tanto, necesariamente –supongo-, tendrá que llegar a estudio a esta Comisión de Sanidad para conocimiento de los miembros de esta Comisión y de esta Cámara.

Ya la doctora García Gómez ha especificado un poco la relación Hospital Rey Juan Carlos-Hospital de Móstoles y nos gustaría saber si usted tiene conocimiento de que, durante la crisis de las camas de invierno, en el Hospital Rey Juan Carlos han estado doblando habitaciones –en una habitación de una cama se han estado poniendo dos-, mientras que en la Fundación Hospital de Alcorcón y en el Hospital de Móstoles persistían camas libres. Si esto es así, a nosotros nos parece una mala gestión y que se ha facilitado a una empresa privada facturar por encima de su capacidad, al menos de su capacidad estructural respecto de las camas funcionantes y funcionales que tiene. Somos conscientes, y la información sí que la tenemos, de que se han estado doblando camas en habitaciones, también somos conscientes de que en ese momento existían recursos por la reserva de camas de invierno, no por otra cosa, tanto en Alcorcón como en Móstoles. También es verdad que cuando el tema empezó a saltar fue el Consejero el que llamó personalmente para ver cómo se podía solucionar ese conflicto en Alcorcón, el problema es que no había personal para poder solucionarlo, pero, en fin, si usted es tan amable, nos gustaría que nos informara en ese sentido. Por lo tanto, si estas cuestiones que le he dicho, comprometidas con el Alcalde de Móstoles y tratadas dentro de mi Grupo y con el Grupo Municipal Socialista en Móstoles están cerradas y en ese sentido ustedes lo certifican, daremos por bueno quizás el retraso y la espera para que, definitivamente, se tome una solución para ese hospital. Muchas gracias.

El Sr. **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señor Gómez-Chamorro. A continuación tiene la palabra la portavoz del Grupo Parlamentario Popular, señora Aboín, por un tiempo máximo de diez minutos.

La Sra. **ABOÍN ABOÍN**: Muchas gracias, señor Presidente. En primer lugar, quiero agradecer al Director General de Coordinación de la Asistencia Sanitaria, don César Pascual, la información que nos ha facilitado, ya que nos ha permitido conocer el estado del plan de estudios en relación con los proyectos de inversión y mejora del Hospital Universitario de Móstoles. El municipio de Móstoles, como ustedes saben, pertenece a la Dirección Asistencial Oeste y cuenta con nueve zonas básicas, cada una de las cuales dispone de un centro de salud, prestando asistencia en su conjunto a más de 235.000 personas. En este centro sanitario, que lleva más de treinta años realizando actividades asistenciales de altísima calidad, más de veinte realizando actividades docentes y desde 1988 ha sido acreditado como hospital universitario, se desarrolla, por tanto, un amplio abanico de actividades entre las que no podemos olvidar su faceta investigadora y rehabilitadora. Quiero recordar que el Hospital de Móstoles ha obtenido recientemente la certificación "Hospital

Seguro. Hospital Activo”, siendo uno de los cuatro centros sanitarios madrileños que ha logrado esta mención, junto con el Hospital Gregorio Marañón, el Hospital Ramón y Cajal y el Hospital de Alcorcón.

Por otro lado, el hospital establece proyectos novedosos como la consulta de lactancia, que acaba de cumplir su primer año y que parece ser que ha tenido muy buenos resultados. Vemos que el Hospital Universitario de Móstoles es un centro sanitario comprometido con la mejora continua de sus procesos a través de la implantación de sistemas de calidad.

Creo que existe una imagen alarmista, que en ocasiones se quiere transmitir, de este importante centro sanitario y que por eso, aparte de todas estas cosas, se van a tomar medidas para entrar a reformar varios aspectos de este Hospital. Efectivamente, estamos de acuerdo a la hora de afirmar que es un Hospital en el que es necesario realizar mejoras, que precisa de una guía de actuaciones y de un plan de acción que establezca las acciones de reforma y mejora que sean consideradas necesarias. En ese sentido, señorías, y con el objeto de desarrollar un plan de estudio, de ampliación y proyecto de inversión del Hospital de Móstoles, se optó por la realización por parte de una consultora experta de un estudio completo que ha tenido en cuenta un análisis en profundidad y una serie de variables. El objetivo principal del estudio consiste en definir una serie de recomendaciones para el desarrollo del futuro del Hospital Universitario de Móstoles, partiendo del análisis exhaustivo de la dotación actual en infraestructuras, equipamientos y recursos de los que dispone actualmente el centro.

Las conclusiones del estudio serán valoradas por expertos profesionales que aportarán, a su vez, las iniciativas que consideren de interés con el objeto de desarrollar las actuaciones a poner en marcha, como muy bien ha dicho el señor Director. Durante el año 2016 se han realizado importantes actuaciones. Me gustaría destacar la remodelación de la planta séptima, ampliación del pasillo para la mejora de las zonas de observación, adaptación de los baños de habitaciones de pacientes, mejora de las zonas de acompañantes, reparación del sistema de tuberías de la segunda planta, adaptación de la sala de espera y consultas de anestesia en la planta baja, adaptación de la normativa de las torres de refrigeración y espacios destinados a depósito de gases medicinales y espacios de contenedores de residuos, obras de reparación de la acometida general del agua y reparación y adaptación de ascensores. Se reformarán los pilares, señora portavoz de Podemos, como no, los pilares no se van a pintar como usted ha dicho con un poquito de pintura, se reformarán porque los pilares se han desgastado por el paso de los años y es una cosa que es importante y de suma gravedad que no estén en perfectas condiciones. Y se contará con una planificación seria, como en todos los hospitales en los que se están haciendo obras, para mejorar, como se ha dicho aquí en otras ocasiones.

En 2016 se invirtió en aparataje y en mejora de equipos como, por ejemplo, monitores de la unidad de cuidados intensivos, ecógrafos de servicios de ginecología y cardiología, tomógrafo de coherencia óptica, eco-doppler, mobiliario e instrumental médico. Como ven, señorías, este hospital continúa realizando mejoras y actualizaciones al margen de la puesta en marcha del plan estratégico comentado anteriormente.

En la misma línea y en relación con la inversión en infraestructuras prevista para 2017, podríamos resaltar las siguientes actuaciones: ampliación de la zona de cirugía mayor ambulatoria, estando prevista la creación de zonas específicas para recepción de pacientes y acompañamiento de familiares o reestructuración y ampliación de las zonas correspondientes a quirófanos y almacenamiento de materiales. Como recordarán, estas actuaciones fueron expuestas por el Consejero en el pasado Pleno de 9 de febrero y, en concreto, las actuaciones prioritarias para el Hospital Universitario de Móstoles son las siguientes: adecuación de las plantas de sótano y refuerzo de los pilares y de sus forjados, como hemos dicho anteriormente y ha comentado el señor Director; instalación de la unidad de UPS en el servicio de radiología, reforma de la central de vacío y reforma de los quirófanos correspondientes a las plantas segunda, tercera y cuarta. Yo creo que todo esto basado en el diálogo y la transparencia para la puesta en marcha de la reformas del Hospital Universitario de Móstoles, quedando patente la actitud del Consejero quien recientemente ha mantenido un encuentro en la Consejería de Sanidad con el Alcalde de Móstoles al objeto de compartir la información en relación con este asunto.

He podido leer estos días en la prensa que el Alcalde Móstoles, don David Lucas, del Partido Socialista, ha valorado como positiva y buena para la ciudad esta importante inversión, y si lo que nos queda es reclamar la tardanza, creo haber puesto sobre la mesa todas las medidas que se han ido acometiendo.

No obstante, en las mismas declaraciones, el Alcalde ha destacado la cartera de servicios y la excelente asistencia que se presta y, en este caso, cabe tanto el agradecimiento a los profesionales como a la Consejería. Señor Chamorro, si estaba usted interesado en esto, creo que lo habrá leído igual que yo, y quiero que se quede tranquilo. (El Sr. **GÓMEZ-CHAMORRO TORRES**: *No lo he leído, lo he dicho ahora mismo.*) ¡Ah, bueno, yo también! Así que ya quedamos los dos conformes. Nada más y muchas gracias.

El Sr. **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señora Aboín. Para cerrar el debate, tiene la palabra el Director General de Coordinación de Asistencia Sanitaria para responder a los Grupos Parlamentarios por un tiempo máximo de diez minutos.

El Sr. **DIRECTOR GENERAL DE COORDINACIÓN DE LA ASISTENCIA SANITARIA** (Pascual Fernández): Muchas gracias, señor Presidente. Voy a tratar de responder a la mayoría de las consideraciones que me han hecho, aunque, como siempre me quedaré corto de tiempo.

Me gustaría señalar varios puntos. En primer lugar, no existe riesgo estructural de seguridad. Y eso lo avalan los técnicos, no lo dice un Director General; otra cosa es que para hacer obras tengamos que proceder al refuerzo de los pilares, que son dos cuestiones distintas, pero no existe riesgo estructural de seguridad. Y, en segundo lugar, que, por supuesto –y me alegra que entre el doctor Álvarez Cabo- es un hospital imprescindible para esta Consejería. Y, por tanto, todas las actuaciones que vamos a realizar van en relación con eso.

El estudio de necesidades que se ha realizado para adecuar los recursos asistenciales ha partido de un análisis de población, estudiando las proyecciones de población para la Comunidad de Madrid del Instituto Nacional de Estadística, y nos da un dato de población de referencia del Hospital de Móstoles de una población para 2027 de unos 164.000 habitantes, prácticamente la misma población para los próximos diez años, una variación muy pequeña, en torno al 0,14 por ciento nada más. Por tanto, ya tenemos un primer dato de proyecciones de variación; sin embargo, sí va a haber cambios en la pirámide de población, esperándose que el rango de población de mayores de 65 años pase del 22 por ciento, ahora no llega al 15 por ciento, y que disminuya la población en edad fértil. Ya tenemos, por tanto, tres parámetros que tiene que atender Móstoles: envejecimiento, cronicidad y descenso de la tasa de natalidad en los próximos diez años, que es para lo que se realiza el estudio.

Para el dimensionado del nuevo hospital de Móstoles se han tenido en cuenta estos parámetros, lo que nos permite un conjunto de opciones de desarrollo y de reorganización asistencial que permiten un mayor aprovechamiento de los recursos. Puesto que vamos a tener ese movimiento poblacional previsible y esa pirámide de población, el dimensionado de camas permitiría la ubicación de hasta 130 camas de media estancia en el hospital, creo que ya respondo a algunas de sus preguntas-, probablemente a costa de reducción, si ambulatorizamos, de algunas camas quirúrgicas que aumentando la tasa de ambulatorización no serán necesarias, pero en la remodelación contemplamos la posibilidad de incluir hasta 130 camas gracias a la reordenación y a contar con las partes que están en este momento cerradas. Las unidades de hospitalización, evidentemente, tienen que reorganizarse y reconvertirse, optimizándose con un nuevo diseño, aunque con las limitaciones que tiene la arquitectura, pero las propuestas que se hacen permiten una cierta reorganización; la urgencia se mantendría en el dimensionamiento, cambiando obviamente el que tiene ahora; los locales de consulta se podrían reducir reduciendo la enorme tasa de primeras/ sucesivas que tiene, y los puestos de hospital de día, que es otra de las claves importantes, tendrían que aumentar de 42 a 67 para poder cubrir las necesidades que tiene, independientemente de la unidad de readaptación al medio, que no iría incluida en los hospitales de día sino que sería aparte.

El estudio que comenzó en junio de 2016 se ha entregado en enero de 2017, ahora se va a discutir con la Gerencia del hospital y con los profesionales, para que lo valoren, para que aporten, y una vez que hayan aportado se redactará el Plan Director. Mientras tanto, se van haciendo las obras estructurales que tenemos que hacer, es decir, mientras se terminan las obras estructurales que comenzaran este año, va a ser un plan plurianual de entrada para toda la Legislatura, aunque yo anticipo que si el hospital va a seguir funcionando, probablemente dure más, porque es difícil hacer obras en un hospital funcionando. Superada esta fase, el plan funcional y finalizadas las obras estructurales, podríamos tener la presentación del nuevo plan director en el segundo semestre de este año.

Pasando a cosas concretas que han planteado sus señorías, quiero decirles que, evidentemente, ya está previsto el Centro de Salud Mental de Alcorcón y la cartera de servicios se va a homogeneizar.

Paso a responder a preguntas del doctor Álvarez Cabo y del portavoz el Grupo Socialista, con el compromiso adquirido de que se mantiene la cartera de servicios y se incrementa en la parte de atención a crónicos; ese compromiso que ya estaba adquirido lo ratifico aquí: no se va a reducir cartera de servicios del Hospital de Móstoles, y se incrementará la parte de la que he hablado, de media estancia, crónicos y paliativos. (El Sr. **GÓMEZ-CHAMORRO TORRES**: *¿Con 160 camas?*) De entrada, 130. Vamos a ver en qué queda el dimensionamiento final, porque el plan director al final termina reajustando; esta es la orientación inicial que se da.

El plazo para empezar a ejecutar los 17 millones empieza este año. Obviamente, no podemos empezar a tramitar hasta que sus señorías no aprueben la ley de presupuestos de este año; no puedo empezar a tramitar, con lo cual... Esto tiene importancia porque vamos a poder empezar a tramitar prácticamente en junio, con lo cual, los trámites de adjudicación de un contrato van a ir muy, muy apurados a fin de año, y eso si no hay recursos y no nos paralizan; esta es la realidad que tenemos actualmente. En cualquier caso, lo que sí se va a aprobar es el plan plurianual; se ejecutará este año lo que se pueda ejecutar y lo otro será acumulativo a los siguientes años; eso sí que lo vamos a hacer.

Evidentemente, no he venido aquí a hablar de funcionamiento, pero quiero señalar que la facturación intercentros con el Hospital Rey Juan Carlos existe como facturación. Aquí no se compensa, se factura, y se hace en la liquidación; en la liquidación que tienen de la cápita, se les factura, lo que pasa es que saben ustedes que la liquidación se hace pasados dos años. Con el dinero presupuestario que tenemos hay compensación entre hospitales propios, con este dinero presupuestario que realmente no es un pago real sino un dinero presupuestario. Pero con los hospitales que funcionan a cápita hay facturación; se les factura y no facturan el incremento de camas de su cápita, ino la facturan! Y lo vamos a ver porque, en caso de haberlo facturado, en la auditoría que hagan los inspectores se les va a borrar y se les va a penalizar si lo intentan facturar porque es un motivo de penalización.

Evidentemente, no puedo admitir, señora Gómez, frases que quedan en el Diario de Sesiones, lo siento mucho, como eso de apuntalar el hospital; no se las puedo admitir, porque, insisto, no hay un riesgo de seguridad. Que el hospital se haya deteriorado y no tenga una apariencia, vale, se lo admito, pero, hombre, llegar a decir aquí, que queda en el Diario de Sesiones, que hay que apuntalar el hospital, me parece que no. Del mismo modo, no existe trilerismo por parte de la Consejería, porque no se ha detraído dinero de la obra de la cirugía mayor ambulatoria; se paralizó directamente cuando hubo que empezar y nos dijeron que había que reforzar los pilares. Además, fue una decisión personal, mía; dije: yo no voy a entrar en obras con un informe técnico que me dice que, para hacer obras, tengo que reforzar pilares; lo siento, pero esperaré y haré la CMA el año que viene. Fue una parálisis voluntaria, no es que se haya detraído la partida; evidentemente, a partir de ese momento, la partida fue a otras áreas, pero no fue porque no hubiera partida o porque no se ejecuta. Yo sé que en el hospital se entiende lo que se entiende, de acuerdo, pero la realidad ha sido esa.

Desde luego, el estudio de necesidades, como este, para planificar diez años, no se hace; se hace en los hospitales para el funcionamiento del día a día, pero para este se ha hecho ad hoc para diseñar, porque teníamos que diseñar una reforma. Por tanto, se ha hecho especialmente para este.

En cuanto a algunas consideraciones más, evidentemente, el Hospital de Móstoles tiene que reajustar su cartera con el área, con el Hospital Rey Juan Carlos y con el Hospital de Alcorcón, lo que creo que es una obviedad por el dimensionamiento de los tres hospitales, pero teniendo presente el futuro a diez años, porque son áreas de fuerte crecimiento. El hecho de que ahora puedan tener en algún momento camas libres no aventura que en los próximos años las vayan a tener, sobre todo si vamos reacondicionando a camas de media estancia, no de larga estancia, que no irían en ese tipo de hospitales, media estancia, y cuidados paliativos, que sí pueden ir en estos hospitales. La adecuación de este tipo de camas nos va a permitir reajustar la cartera de servicios de los hospitales. Evidentemente, trabajar en red es una frase muy manida y que está muy bien, pero lo que hay que hacer es trabajar absolutamente coordinados y definir claramente las carteras de servicios y los circuitos de cada uno de los hospitales, porque la recirculación de pacientes inicial, que se hizo al principio, hizo que se dieran paradojas como que pacientes que estaban en cápita del Rey Juan Carlos se quedasen en el Hospital de Alcorcón para hacer una intervención que el Rey Juan Carlos tuvo que pagar y viceversa, porque ya estaban antes, no quisieron ir al nuevo hospital y se respetó su derecho de quedarse en el Hospital de Móstoles o en el Hospital de Alcorcón. Y ahí están los datos: el Hospital Rey Juan Carlos tuvo que abonar esas intervenciones porque eran de su cápita. Ahora, eso se va requilibrando con el paso del tiempo; los primeros años ya han pasado y con el paso del tiempo se va requilibrando.

En cuanto a las urgencias, la idea de ponerlas en el edificio adjunto es una idea que ha partido de los técnicos; se discutirá y se valorarán los pros y los contras, obviamente no es nada definitivo, pero, lógicamente, si se hace se van a unir. Prácticamente no se notará una transición pero se tienen que unir los dos edificios, no podemos poner radiodiagnóstico... No es cuestión de hacer una pasarela, es cuestión de unirlos físicamente para que haya un tránsito adecuado. En cualquier caso, la última palabra la van a tener los técnicos, tanto los de arquitectura como los asistenciales que visen la realización del proyecto. No es nuevo.

En cuanto a otras cuestiones que han planteado sus señorías, yo creo que, efectivamente, la realización de pequeñas obras a lo largo de todos los años anteriores ha ido a menos. La única obra de la que yo me responsabilizo, insisto, es que asumo la responsabilidad de no haber efectuado la obra del año pasado correspondiente a la CMA por las razones que he expuesto; las otras, lo siento, no son de mi competencia. Evidentemente, las inversiones en todos los hospitales de Madrid, lo han reconocido el otro día tanto la Presidenta como el Consejero, requieren un impulso importante porque necesitan un mantenimiento, y por eso se ha aprobado un plan que supera los 130 millones para readecuar los hospitales en esta Legislatura, que, evidentemente, tendrá que seguir, porque una gran parte de nuestro parque es muy antiguo, lo sabemos todos, y heredado, además, del Insalud, con problemas ya de concepción. Muchísimas gracias. Nada más.

El Sr. **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señor Director General. Señorías, a continuación vamos a hacer un receso porque el próximo compareciente necesita instalar medios audiovisuales para su intervención, así que paramos cinco minutos. *(La señora García Gómez pide la palabra.)* ¿Sí, señoría?

La Sra. **GARCÍA GÓMEZ**: Perdón, ¿podría hacer un apunte un momentito, señor Pascual? He mirado –lo digo para no escandalizar- sinónimos de apuntalar y está reforzar. Lo digo por aquello de... Reforzar, apuntalar.

El Sr. **PRESIDENTE**: Muchas gracias. Que conste en el Diario de Sesiones. Como decía, suspendemos la sesión cinco minutos.

(Se suspende la sesión a las 18 horas y 3 minutos).

(Se reanuda la sesión a las 18 horas y 9 minutos).

El Sr. **PRESIDENTE**: Retomamos la sesión con el tercer punto del orden del día.

C-1070/2016 RGEF.9946. Comparecencia del Sr. Dr. D. Celso Arango López, Presidente de la Comisión Nacional de la Especialidad de Psiquiatría del Niño y el Adolescente o persona en la que delegue, a petición del Grupo Parlamentario de Ciudadanos, al objeto de informar sobre su visión de la atención a la Salud Mental de niños y adolescentes en la Comunidad de Madrid. (Por vía del artículo 211 del Reglamento de la Asamblea).

Ruego al compareciente que ocupe su lugar en la mesa. *(Pausa.)* Al tratarse de una comparecencia por el artículo 211 del Reglamento de la Asamblea, comenzamos con la intervención del invitado por un tiempo máximo de quince minutos; por lo que tiene la palabra para su exposición don Celso Arango.

El Sr. **PRESIDENTE DE LA COMISIÓN NACIONAL DE LA ESPECIALIDAD DE PSIQUIATRÍA DEL NIÑO Y EL ADOLESCENTE** (Arango López): Muchísimas gracias, Presidente. Muchísimas gracias a Daniel Álvarez Cabo por convocarme y darme la oportunidad de conocer la Comisión de Sanidad, en la que no había estado nunca, y la verdad es que he aprendido muchísimo. Yo creo que todo médico de esta Comunidad debería conocer cómo funciona, por lo menos, la dinámica de este tipo de reuniones.

Yo soy médico psiquiatra, trabajo en el Hospital Gregorio Marañón y en quince minutos les voy a dar una información, primero, que viene recogida en dos libros: uno que ya está publicado, en el año 2014, que he traído uno ejemplar para cada uno de los portavoces de los cuatro Grupos Parlamentarios, y otro que va a salir a la luz el próximo mes, pero del cual les he traído los datos preliminares; finalmente, hare matizaciones personales sobre cómo creo yo qué está la situación

actual de la psiquiatría infanto-juvenil en nuestra Comunidad. Este es el Libro Blanco de Psiquiatría del Niño y Adolescente publicado en el año 2014. El Libro Blanco de la Psiquiatría de la Comunidad de Madrid saldrá a la luz en el mes de marzo, pero les traigo los principales resultados. Y, luego, hablaré las principales necesidades y soluciones.

No quiero empezar sin poner en situación, en contexto, tres diapositivas que yo creo que son importantes. Se habla muchísimo de envejecimiento de la población, se habla muchísimo de la tercera edad y de lo importante que es ese segmento a nivel nacional y, desde luego, a nivel de la Comunidad. Estos son los datos a día de ayer del Instituto Nacional de Estadística sobre el número de menores de 18 años en nuestra Comunidad: 1.197.049, con un porcentaje alrededor del 18,06 por ciento; lo que se ve en esta diapositiva es que ese porcentaje no ha sido inferior y no ha disminuido, se ha mantenido y, si acaso, ha subido algo en estos últimos años. Por lo tanto, un segmento importante de la población.

El punto número 2 que quería decirles es que el 70 por ciento de todos los trastornos mentales, aunque no se diagnostiquen, sí comienza o se desarrollan, porque muchos son patologías del neodesarrollo, o tienen sus primeros síntomas antes de los 18 años de edad. Si combinamos esto con una prevalencia de trastornos mentales en la infancia y adolescencia aproximadamente del 20 por ciento y, de ese 20 por ciento, un 50 por ciento son niños y adolescentes con trastornos mentales que requieren atención, por tanto, hablamos de un 10 por ciento del total, sale un número que es realmente importante. De hecho, en esta diapositiva verán ustedes que entre los 10 y los 30 años, de toda la carga o discapacidad asociada a cualquier patología médica en ese segmento joven de la población, los trastornos mentales suponen más carga y discapacidad que el resto de todas las patologías, trastornos y enfermedades médicas juntas. Naturalmente, después de los años, aparecen ya patologías cardiovasculares y oncológicas, con lo cual, el porcentaje de trastorno mental se reduce muchísimo, pero entre los 10 y los 30 años el motivo principal de discapacidad y carga debido a enfermedad es el trastorno mental.

Dicho esto como prolegómeno, paso al Libro Blanco de Psiquiatría del niño y Adolescente, publicado en el año 2014, que tuve la oportunidad de coordinar; tanto del Libro Blanco de 2014 como del de la Comunidad de Madrid he tenido el honor de ser el coordinador, pero han participado otras muchas personas. Se recabó información de 17 comunidades autónomas. Los responsables de salud mental de cada una de las comunidades autónomas proporcionaron la información que tienen ustedes en el libro y que les voy a presentar a grandes pinceladas. Hubo un guion de solicitud de información y un cuestionario on line. Se entrevistó también a los socios de las principales sociedades científicas de psiquiatría del niño y adolescente y se hicieron una serie de entrevistas personales, y estos son los principales resultados.

Aparece en esta diapositiva, por cada comunidad autónoma, aquellas que tienen programas ambulatorios específicos, hospitales de día específicos y hospitalización, camas de hospital específicas para psiquiatría infanto-juvenil. La Comunidad de Madrid tiene tanto hospitales de día como camas

específicas para esta población menor de 18 de años y, a nivel de centros de atención ambulatoria, los centros de salud mental atienden tanto a niños y adolescentes como a adultos.

Respecto a los recursos humanos disponibles, les muestro una comparativa por comunidades autónomas. A su izquierda aparece la ratio psiquiatras/100.000 habitantes por comunidad autónoma, que en la Comunidad de Madrid está entre 3 y 6; por tanto, ocupa posiciones intermedias. En la siguiente diapositiva lo verán mejor. En la ratio de psicólogos clínicos también ocupa posiciones intermedias frente a otras comunidades autónomas.

En esta diapositiva se ven distintas rayas. No se ven bien, pero la raya más gruesa de todas es lo que la Organización Mundial de la Salud considera el número ideal de psiquiatras infanto-juveniles, alrededor de 14 por cada 100.000 habitantes. Por encima están países como Finlandia – probablemente, tener más psiquiatras de lo que recomienda la Organización Mundial de la Salud tampoco sea sano-, y por debajo están otros países como Francia, Reino Unido, Alemania e Irlanda, que es el que aparece más abajo.

Luego, vemos la ratio de psiquiatras por 100.000 habitantes por debajo de 18 años en las distintas comunidades autónomas. Destaca el País Vasco, con más de 8 psiquiatras infantiles por cada 100.000 niños y adolescentes, y le siguen Cataluña, Navarra, región de Murcia y, a continuación, la Comunidad de Madrid.

En cuanto al número de plazas de hospital de día, la distancia con Cataluña en este aspecto se incrementa. Ven ustedes que, de nuevo, en la ratio de plazas por 100.000 niños y adolescentes, Cataluña tiene 31,50 y la Comunidad de Madrid tiene 14,59.

Como digo, estos son los principales datos del Libro Blanco de la Psiquiatría de la Comunidad de Madrid, que ha hecho la Sociedad de Psiquiatría de Madrid y que será publicado probablemente el próximo mes. Este tenía cuatro objetivos principales: un mapa de recursos, organización y relaciones; un balance de resultados; retos de futuro, y recomendaciones y propuestas de futuro. Se elaboró por parte de representantes de profesionales, representantes de las principales asociaciones de pacientes y familiares de la Comunidad de Madrid, un comité asesor y una serie de encuestas online a profesionales de la salud mental infanto-juvenil de esta Comunidad de Madrid, que incluyó a representantes de Enfermería y de Atención Primaria.

Primero, tengo que decir que, en cuanto al mapa de contexto, el extinto Plan Estratégico de Salud Mental recogía desde 2014 la importancia de la salud mental infanto-juvenil. De hecho, se plantearon bastantes iniciativas que han mejorado la atención infanto-juvenil de los menores de esta Comunidad en estos últimos años. Algunas de ellas, como veremos, no pasaron de ser desiderativas y no pudieron llevarse a cabo.

También se analizaron las tendencias. A diferencia del plan anterior que les hemos entregado, que era específico de infanto-juvenil, este es un plan de salud mental general, con lo cual he extraído aquello por lo que se me ha invitado hoy, que es la parte correspondiente a infanto-

juvenil. En la parte de salud mental del niño y adolescente, la mejora en salud mental permite evitar problemas mentales en la edad adulta. En el apartado infanto-juvenil se recoge un mapa de recursos y actividades, una serie de actividades, de buenas prácticas clínicas que se han venido realizando; entre ellas, un programa que tenemos en el Gregorio Marañón para personas con trastorno del espectro autista y para facilitar su acceso a la sanidad pública, o para primeros episodios psicóticos, para trastornos de conducta alimentaria en el Hospital Niño Jesús... Como le digo, son buenas prácticas clínicas que se realizan en la Comunidad de Madrid y que se recogen en este Libro Blanco.

Camas en hospital general. En la gráfica de arriba aparecen las camas en España, en verde, en comparación con el resto de países de la Unión Europea. Es un porcentaje bajo, como vemos, del 11,91, frente al 50, 40 o 30 por ciento de otros países. En la Comunidad de Madrid estamos en un término intermedio, con 0,37, frente a las 0,84 del País Vasco o a las 0,11 de Ceuta y Melilla, para hablar de los dos extremos. Estas son camas por habitantes, pero no son camas de infanto-juvenil.

En cuanto a psiquiatras por cada 100.000 habitantes, de nuevo ven en el gráfico de arriba la comparativa de España, que está en la parte inferior de la misma, con 8,08 psiquiatras por cada 100.000 habitantes. Dentro de España, la Comunidad de Madrid está por encima de la media nacional en número de psiquiatras y en número de psicólogos clínicos, y ligeramente por debajo de la media de Cataluña y del País Vasco: en 2014 tenía 14,06, frente a 14,54 o a 14,29. Aquí hay algo que es importante destacar. Antes les he dicho que el número de psiquiatras infantiles en esta Comunidad es realmente inferior al de otras comunidades; sin embargo, en psiquiatras globales, generales, eso no es así, con lo cual las diferencias respecto a otras comunidades autónomas se acentúan cuando hablamos de lo que hemos venido a hablar aquí, que es la psiquiatría infanto-juvenil.

Voy a destacar algunos datos que yo creo que son interesantes, aunque ya digo que no específicos de psiquiatría infanto-juvenil. Solo el 50 por ciento de los indicados aplican guías de práctica clínica de manera habitual en la Comunidad de Madrid, y más del 60 por ciento de los encuestados reconoce no contar con indicadores específicos adecuados para evaluar la calidad asistencial que hacen en su día a día.

Otro dato que también es importante, y ya digo que este es general, no infanto-juvenil, es que en la Comunidad de Madrid, a diferencia de lo que sucede en otras comunidades autónomas, cada vez vemos más nuevos y menos revisiones. Eso es bueno, aumenta la incidencia, o sea, vemos más casos nuevos, pero es malo porque se espacian mucho las revisiones; entonces, vemos muchos casos nuevos, pero, luego, para volver a verlos otra vez -y estamos hablando de patologías que en su mayor parte son crónicas y que necesitan un tratamiento habitual en Salud Mental-, ese índice de nuevas revisiones no funciona como en otras áreas de la medicina en las que hay patologías de menor complejidad y tienen una resolución más rápida. Por lo tanto, algo en lo que quiero llamar la atención es en que el número de revisiones es escaso, y es escaso porque el número de profesionales es pequeño, y entonces, se están dilatando mucho las revisiones en psiquiatría infanto-juvenil.

Cuando los distintos expertos y profesionales identifican las áreas de mejora con impacto positivo que ha habido, aparece en quinto lugar -ya digo, estas son de impacto positivo- el desarrollo

de los recursos destinados a niños y adolescentes. Por lo tanto, ha habido desarrollo, y, de hecho, hemos pasado de 39 a 51 camas de infanto-juvenil, se ha abierto una unidad de media estancia para menores con patología mental grave, pero, por otro lado, también se identifican una serie de cambios con impacto negativo: uno es el aumento de las listas de espera para determinados recursos; concretamente, hospital de día infanto-juvenil, del que hablaré después con otra diapositiva, y otro es la carencia de recursos específicos para la detección e intervención precoz y de jóvenes.

En cuanto a cambios de perfil del paciente, lo que identifican los profesionales es que los pacientes son cada vez más jóvenes y que hay pacientes psicóticos cada vez con menor edad. Eso puede ser también debido al consumo de sustancias tóxicas.

Respecto a problemas organizativos, el segundo, la falta de coordinación con otros sectores, como educativos o sociales, tan importantes cuando hablamos de salud mental infanto-juvenil, y falta de continuidad en las redes asistenciales a diferentes edades, tanto niños y adolescentes como adultos mayores de 65 años. Ya digo que simplemente he señalado y he subrayado aquellas que creo que tienen relación con la psiquiatría infanto-juvenil.

Problemas de los profesionales, falta de formación en Atención Primaria para la detección precoz de enfermedades mentales, y, de hecho, se está trabajando ya con Pediatría desde hace un año y medio para que los pediatras de la Comunidad de Madrid detecten antes los trastornos generalizados del desarrollo, los trastornos del espectro autista. Y cuando los profesionales de esta Comunidad identifican los problemas a nivel de recursos, el número uno, con un 55 por ciento de las respuestas, es falta de recursos específicos para niños y adolescentes. Entonces, de las diez áreas claves para la mejora de la Atención en Salud Mental de este Libro Blanco, la siete es el fortalecimiento de la Red de atención en salud mental dirigida a niños y adolescentes, de detección precoz.

Y ahora, en los últimos tres minutos, le voy a dar una serie de pinceladas también y de comentarios que hago exclusivamente a título personal, y que no aparecen recogidos en ningún sitio. Yo creo que esta es una frase que refleja muy bien lo que yo creo que deberíamos todos en tener en cuenta: "Es mucho más fácil construir un niño fuerte que reparar un adulto roto." Y hay sitios, y no pocos, como Australia, Dinamarca, Suecia, Canadá, Estados Unidos, el Reino Unido, donde se han dado cuenta hace ya bastantes años -estos son datos de los últimos diez años en el Reino Unido-, de que la intervención precoz en menores no solo es efectiva, no solo funciona para mejorar la calidad de vida de estos menores, sino que es eficiente y reduce costes al Sistema Nacional de Salud, en este caso al National Health Service. Estos son datos de las unidades de intervención precoz en el Reino Unido, que se pusieron en marcha hace diez años.

Desde hace un año, atendiendo a parámetros exclusivamente técnicos del NICE, en Reino Unido es obligatorio que cada "county" tenga una unidad de este tipo y que cualquier menor o persona joven que tenga un primer episodio psicótico sea tratado en un plazo máximo de dos semanas, porque lo que han visto es que, por cada libra que invierten en estas unidades, el Sistema Nacional de Salud ahorra dieciocho, y no las ahorra de forma inmediata, las ahorra a medio y largo

plazo, a diez años. ¿Y cómo ahorra las 18 libras? Pues porque los menores y jóvenes que son atendidos en estas unidades acceden más al trabajo; un menor número de ellos tienen situación de paro; cometen menos suicidios e intentos de suicidio; se incorporan al sistema educativo; hay menos reingresos hospitalarios, que es la parte cara del sistema, las camas de hospital -y de eso también hablaré en la última diapositiva-, y hay un mayor nivel subjetivo de satisfacción por parte de los usuarios y por parte de los pacientes.

Por lo tanto, yo creo que este es un muy buen ejemplo de cómo mejorar la calidad asistencial ahorrando dinero para hacer un sistema público de salud eficiente. Traigo esto simplemente porque lo hemos publicado esta misma semana; hablamos de ello en un artículo: "Cuando la existencia no sigue la evidencia: el caso de la falta de programas de intervención temprana en psicosis en España." Está en prensa y se ha publicado esta semana. Estas son algunas de las unidades de las que les estoy hablando. Son unidades que no están en los hospitales, están a nivel comunitario. Son unidades pensadas para gente joven, que están pensadas para reducir el estigma asociado a los trastornos mentales; donde no hay médicos con batas blancas y lo que hay son las cosas que le gustan a la gente joven: un billar, un fútbolín..., y allí van, charlan con unos, les enseñan lo que tienen que hacer si tienen una entrevista de trabajo, etcétera. Estas son fotos, por ejemplo, del programa que existe en Australia, financiado por el Sistema Nacional que tienen allí. Esta es otra foto del programa; esta, por ejemplo, está en unos grandes almacenes.

Para terminar, les voy a hablar de problemas acuciantes con nombres y apellidos. Todos los viernes mandamos a la Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental el listado de los menores que están pendientes de cama en nuestro servicio, y lo mismo hace el Niño Jesús. Solo hay hospitalización en dos hospitales en la Comunidad de Madrid, que son el Niño Jesús y el Gregorio Marañón. Este es el listado que mandamos el viernes pasado. El viernes pasado había diecisiete menores; ahí aparecen las iniciales, su edad, el hospital de procedencia y el momento en que se solicitó el ingreso. Alguno de ellos llevaba más de un mes esperando cama. De estos diecisiete, seis están en unidades de observación de otros hospitales; la mayor parte son intentos de suicidio –el suicidio es la segunda causa de muerte entre los adolescentes-. Ya digo que alguno de ellos lleva un mes esperando cama para ser ingresados. Estos son los diecisiete del Marañón; el Niño Jesús tenía cuatro. Ya digo que, de ellos, un porcentaje importante llevaban tres y cuatro días en urgencias de otros hospitales.

Esta es la lista de espera a día de hoy, simplemente, de nuestro servicio de menores que están esperando hospital de día. Tenemos más de veinte pacientes que llevan más de seis meses esperando una plaza en un hospital de día. Esas son las iniciales, los años, la patología que tienen – mutismo, trastorno por deficiencia de atención, hiperactividad, trastorno del espectro autista, trastornos de conducta, trastorno oposicional desafiante-; algunos desde septiembre de 2015. Estos son menores de suficiente gravedad como para no ir al colegio, que están la mayor parte de ellos esperando en casa, con lo cual su padre y su madre no pueden ir a trabajar y están esperando en casa un hospital de día. Estos son datos que mandamos semanalmente a la Oficina de Coordinación de Salud Mental de la Comunidad de Madrid.

El Sr. **PRESIDENTE**: Vaya terminando.

El Sr. **PRESIDENTE DE LA COMISIÓN NACIONAL DE LA ESPECIALIDAD DE PSIQUIATRÍA DEL NIÑO Y EL ADOLESCENTE** (Arango López): Perdón por prolongarme. Última diapositiva: principales necesidades. Yo creo que lo fundamental es cambiar el modelo. Estamos haciendo una psiquiatría paliativa, una psiquiatría en la que estamos atrincherados en las camas de hospitalización y estamos esperando a que los pacientes se cronifiquen para que, cuando tengan reagudizaciones y estén graves, atender y poner parches. Hay suficientes datos -y no los hemos descubierto nosotros; los han hecho otros, pero podemos copiar a los que lo hacen bien- que dicen que esa cronicidad, en un porcentaje importante, se puede evitar y eso, además, ahorra dinero. Creo que tenemos que escaparnos de la psiquiatría paliativa y hacer una psiquiatría activa en la cual evitemos la cronicidad. No hay datos desagregados por edad en la Comunidad de Madrid, algo que yo creo que deberíamos tener ya -número de nuevos y revisiones por años-. Faltan recursos intermedios y profesionales, fundamentalmente hospitales de día, más que camas, niños y adolescentes; programas de continuidad de cuidados; unidades específicas de intervención precoz, como les decía, y algo que no es de la Comunidad de Madrid, sino a nivel nacional, que por un daño colateral, como sabrán ustedes, y con la anulación del Real Decreto de la troncalidad no hay formación, de nuevo -volvemos al año 2014-, en psiquiatría del niño y del adolescente, y me consta que el Ministerio de Sanidad está trabajando en ello. Con esto termino la intervención. Muchas gracias.

El Sr. **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señor Arango. A continuación se abre un turno para los Grupos Parlamentarios, interviniendo de menor a mayor. Tiene la palabra el portavoz del Grupo Parlamentario de Ciudadanos, señor Álvarez Cabo, por un tiempo máximo de diez minutos.

El Sr. **ÁLVAREZ CABO**: Muchas gracias, señor Presidente. Muchas gracias, señor Arango, por su visita. Quiero agradecerle su intervención por lo interesante que ha sido, de verdad. Suponía que al invitarle íbamos a tener la ocasión de tener una foto muy clara y muy directa de la situación de la Comunidad de Madrid, y quiero agradecerle su sinceridad y su franqueza, porque sirve para poner de manifiesto una realidad a la que a veces no prestamos suficiente atención. Nosotros en Ciudadanos hemos tenido entre nuestras principales líneas de trabajo, en lo que va de Legislatura, y lo seguiremos teniendo, todo lo que tiene que ver con salud mental, y nos parece necesario ponerlo en la agenda política. Lamento mucho que ya no haya personas de la estructura directiva de la Consejería, porque creo que lo que usted ha contado lo tenía que conocer de primera mano. Y aparte de que se refleje en el acta, le voy a hacer dos peticiones: que nos mande a todos los Grupos Parlamentarios esta exposición, que es magnífica, y que, cuando se edite ese Libro Blanco que también nos haga llegar un ejemplar, porque son dos documentos; y aparte de a nosotros, que se lo remita al señor Consejero. Porque tiene que haber consecuencias de esta intervención, de verdad, tiene que haber consecuencias. Esa foto final que ha puesto usted de las listas de espera, para una atención tan imprescindible como es el Hospital de Día, me ha parecido, sinceramente, dramática.

Le voy a plantear una serie de cuestiones que usted ha comentado, y me gustaría que profundizara un poco más en el turno de réplica. Nos ha hecho una comparativa entre la situación de

Madrid y el resto de España que me ha parecido muy interesante, y le agradezco que haya destacado que, si en términos de psiquiatras en general estamos bien, en psiquiatría infantil estamos mal, y eso es preocupante. Nos gustaría que hiciera, si puede ser, una referencia a la psicología infantil. Sabe que una de nuestras banderas también en esta Legislatura ha sido la incorporación de más profesionales de la psicología clínica al ámbito del SERMAS, no solo en salud mental sino también dando apoyo a esos niños hospitalizados en los grandes hospitales pediátricos. Si hay alguna cuestión en este sentido que usted quiera destacar, le agradecería que lo hiciera, porque seguro que va a estar en sintonía con nosotros.

Nos parecen muy bien las referencias que ha hecho al suicidio; nos preocupa el suicidio, es una epidemia silente que además es tabú, y a lo mejor hay que ir hacia un pacto social sobre el suicidio. Me gustaría oír su opinión. Parece que es un tema que está muy en el ámbito de la salud mental. La Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental está haciendo campañas, y nos consta que se está haciendo un buen trabajo y se han puesto anuncios. El doctor Petersen nos presentó un anuncio para sensibilizar a la población en general sobre el suicidio. Pero creemos que hay que hacer un esfuerzo y tiene que estar en la agenda pública y hablar, pero hablar para atajar, para que la sociedad sea consciente, desde el punto de vista sanitario y también educativo, de la necesidad de prevenir el suicidio, porque está truncando vidas en etapas muy tempranas.

Aparte de la inequidad que parece existir en la dotación de recursos de atención psiquiátrica y psicológica en niños en España, me gustaría saber si usted considera que existe esa inequidad en la Comunidad de Madrid; supongo que las condiciones socioeconómicas, la diferente estructura de la población, el diferente nivel de renta y de educación de las familias están condicionando. Y si considera que los recursos que se ponen para paliar esto están bien planificados, porque una de las críticas que hacemos tradicionalmente los portavoces de la oposición al Gobierno regional es que parece que la sanidad madrileña adolece de planificación. Y me gustaría saber si también en el ámbito de la psiquiatría y psicología infantil tenemos este problema de falta de planificación.

Las listas de espera, efectivamente, no están desagregadas. Y aquí, aunque está ausente el señor Consejero, voy a hacer un reproche, porque ha dicho que aquello que se compromete en el Pleno lo cumple. Pues bien, hice una pregunta en el Pleno el pasado 12 de enero sobre cuándo se iban a publicar de forma desagregada las listas de espera de todos los hospitales, de todas las primeras consultas, de todas las especialidades y de todas las técnicas, y su compromiso -y revisé ayer por la noche el Diario de Sesiones- es que estaría disponible en el mes de enero. Evidentemente, los resultados del mes de enero se publican a mediados de febrero. Pues bien, son igual de malos, igual de inútiles, igual de burdos que todo el año pasado. Una suma de doscientas y pico mil personas en lista de espera, entre las que están los niños que usted atiende en su servicio y los pacientes geriátricos del Ramón y Cajal.

Lista de espera de consultas externas. Eso es inmanejable, y creo que es nuestra obligación seguir denunciándolo. Le agradezco que usted lo haya traído aquí.

Hay una cuestión a la que me gustaría que hiciera referencia, y es si ustedes, los psiquiatras infantiles de la Comunidad de Madrid, están interviniendo en la redacción de ese plan de salud mental que nos anunció tanto el Consejero como el doctor Petersen, y si el análisis y las propuestas que ustedes están haciendo en el Libro Blanco del año 2014, se van a recoger en el plan futuro, que sería lo imprescindible, ¿no?

Voy terminando, y le hago preguntas muy concretas que nos preocupa. ¿Usted considera que son suficientes los recursos de los que dispone la Comunidad de Madrid para la detección de las personas con trastorno del espectro autista, que sabemos que se hace de forma muy buena y muy señalada a través del Programa AMI-TEA? Ya sé que no estamos hablando de enfermedad mental, eso lo tenemos clarísimo, pero es una patología en la que muchas veces también es necesarios el apoyo por parte de los psiquiatras y psicólogos infantiles.

Ha hecho usted alguna referencia también a esa transición que se produce cuando un niño pasa a ser adolescente, joven y luego pasa a psiquiatría de adultos. ¿Está bien resuelto ese tema en la Comunidad de Madrid? ¿Habría que mejorar en algunos aspectos para garantizar esa continuidad de cuidados que una persona con enfermedad mental necesita a lo largo de su vida? Si tiene tiempo para hacer alguna referencia al respecto, se lo agradecería.

Termino con una pregunta muy concreta que últimamente está en el candelero de la actualidad sobre el centro Dionisia Plaza, que trata a niños con trastornos neurológicos y del neurodesarrollo, donde se ha constituido recientemente un comité de evaluación, del que forman parte profesionales de su servicio, me gustaría saber si a usted le parece adecuado el funcionamiento actual, porque había un modelo de funcionamiento que luego se modificó a través de unas nuevas reglas del juego, y si le parece que la política que sigue la Consejería al respecto es la correcta; si hay una buena definición por parte de la Consejería y si por parte del centro se está dando la atención que precisan esos niños. Yo creo que es un tema sobre el que seguramente usted tenga algo que decir.

Reitero -y con esto acabo- mi agradecimiento, y le pido por favor que esa información, que le he solicitado nos la distribuya a nosotros y a la Consejería, que es la que, dentro de sus responsabilidades, tiene que corregir esas carencias que usted ha puesto muy claramente de manifiesto que tiene la atención psiquiátrica y psicológica a niños y adolescentes. Muchas gracias, doctor Arango.

El Sr. **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señor Álvarez Cabo. A continuación tiene la palabra la portavoz del Grupo Parlamentario Podemos Comunidad de Madrid, señora García Gómez, por un tiempo máximo de diez minutos.

La Sra. **GARCÍA GÓMEZ**: Muchas gracias, señor Presidente. Muchas gracias, doctor Arango. Bienvenido a esta Comisión de Sanidad, ha dicho una frase que me ha encantado: "Cuando la asistencia no sigue a la evidencia." Efectivamente, desde aquí en varias intervenciones y varias comparecencias, hemos intentado que la asistencia siga a la evidencia, porque nos parece

fundamental, y nos parece fundamental está comunicación o esta conexión político-científica o político-profesional, y que sean los profesionales los que vengan aquí a hacer política.

Usted nos ha hablado de un cambio de modelo, y nosotros estamos totalmente de acuerdo con ese cambio de modelo, creemos que lo que nos ha contado sobre las listas de espera es una cosa dramática. Que ahora mismo no haya aquí ningún miembro de la Consejería es bastante significativo; me parece que en una intervención como esta y en una comparecencia como esta es de suma importancia que estén aquí los miembros de la Consejería y que tomen nota.

Las listas de espera de ahora mismo me parece que son unas listas de espera prácticamente inasumibles para poder dar un servicio de calidad en cualquier ámbito y, en concreto en el ámbito de la psiquiatría infanto-juvenil, nos parecen unas listas de espera que están completamente desfasadas con lo que está ocurriendo. Esto tiene un solo motivo: la falta de recursos, falta de profesionales. Es decir, solo necesitamos profesionales. Seguramente necesitemos camas, pero lo que más necesitamos son profesionales. Ya nos ha contado usted las ratios que hay a las que deberíamos aspirar, y efectivamente es imposible hacer ningún programa de intervención, de detección precoz y de prevención, que, como usted muy bien ha formulado, significa un ahorro a largo plazo; aquí no tenemos esa mirada del largo plazo. Y nos parece que uno de los puntos en los que hay que actuar de manera casi urgente es en las listas de espera, listas de espera con recursos.

Dentro del Plan Estratégico 2010-2014 se cambió la dependencia de los centros de salud mental a las gerencias de los hospitales. Según su opinión, ¿esto fue una buena idea o no lo fue? ¿Verdaderamente hemos perdido en salud mental comunitaria? ¿Hemos perdido esa red que teníamos en salud mental comunitaria? Y ¿en cuánto ha afectado también el área única? Esa territorialización que teníamos que hacía que la asistencia pudiera estar enfocada, sobre todo, en los centros de salud, y, a partir de ahí, que hubiera una conexión, una buena coordinación e integración con los servicios sociales, por ejemplo, con los servicios educativos, en este caso, porque es muy importante la conexión que había o que debería haber, entre los servicios de salud mental y los servicios educativos, sobre todo en el caso de los infantojuveniles. Me gustaría que me contara si esa red sigue existiendo, es decir, si se ha visto deteriorada por el tema del área única.

Respecto a lo que ha contado sobre que tenemos más nuevos que revisiones, es bastante significativo de lo que está ocurriendo, y esto tiene una razón: que es que los indicadores, a los que se está dando prioridad, cada vez son más nuevos. ¿Por qué? Porque en aquellos centros de salud mental que han sido privatizados hay un precio mayor por los nuevos que por los sucesivos; se les da mayor importancia, una prioridad a haber mucho nuevo frente a los sucesivos, y supongo que usted estará de acuerdo con que en los trastornos psiquiátricos y psicológicos, obviamente, lo que prepondera es el seguimiento porque preponderan los trastornos crónicos, para los que obviamente el seguimiento no se puede hacer cada seis meses. Esto llevando al final a una desigualdad y a una inequidad, porque, en las listas de espera, la gente que tiene dinero se puede permitir irse a lo privado y la gente que no tiene dinero no se lo puede permitir. Y al final esto lo vamos a pagar a largo plazo, porque, al final, van a ser más recursos asistenciales que se van a detraer.

Nosotros hicimos una proposición no de ley sobre salud mental, en la que incluimos varios puntos. Uno de ellos era reforzar el programa infantojuvenil; otro, volver a la territorialización, e hicimos énfasis en el sistema informático. Ahora mismo tenemos un caos de sistemas informáticos en la Comunidad de Madrid, y me gustaría que usted nos contara cómo influye no tener una red unificada a la hora de asistir a los pacientes infantojuveniles. Por otro parte, como usted ha comentado, queríamos que, a partir de un grupo de trabajo creado por los profesionales, hubiera una modificación de los indicadores actuales de la actividad asistencial, porque, verdaderamente, no se corresponden ni están evaluando la asistencia de los pacientes. Usted dice que no hay una evaluación de la calidad en psiquiatría; ¡no!, no la hay en psiquiatría, ni la hay en ninguna otra área, hay un déficit en esta Comunidad en el tema sanitario en una verdadera evaluación de la calidad y en la evaluación de unos indicadores que sean accesibles para poder ver realmente la realidad.

Otra de las cosas que pedíamos en aquella PNL, que, por cierto, fue aprobada y nunca se ha puesto en marcha, es que se reconociera la categoría profesional de la especialidad de enfermería de salud mental. Me gustaría que nos diera su opinión. Asimismo, que se dotara verdaderamente a la Oficina Regional de Salud Mental. Aquí vino el doctor Petersen a contarnos cuál era su actividad, y la verdad es que la dotación de personal de la oficina y los recursos eran bastante paupérrimos. Consideramos que tiene que haber un organismo que sea el que planifique y el que distribuya verdaderamente la equidad para los pacientes de una u otra área.

Nos gustaría saber su opinión, como profesional, respecto a si en el tema de la psicología – se ha debatido mucho, y ahora mismo está en el candilero hablar de la psicología clínica- usted considera que los psicólogos deben estar en los equipos de Atención Primaria o deben estar en los equipos de salud mental para poder hacer un buen trabajo integrado, en red. Y también nos interesa bastante saber cómo se está desarrollando; si, con la estructura que tenemos actualmente, se puede desarrollar ese trabajo multidisciplinar, que es necesario; esa red social, sanitaria y educativa que necesitamos, pues supongo que a ustedes les afectará a la hora de abordar las patologías de los jóvenes.

Por lo demás, nosotros defendemos también un cambio de modelo. Seguramente el modelo inicial de la psiquiatría comunitaria era un buen modelo que no se llegó a desarrollar por completo, que creo que se ha ido deteriorando progresivamente, porque se han ido poniendo medidas que a la larga han deteriorado ese modelo comunitario. Nosotros pensamos que hay que volver a ese modelo comunitario. Y, efectivamente, es imposible ejercer una psiquiatría asistencial que no sea una psiquiatría paliativa con la falta de planificación y con la falta de recursos que tenemos. Muchas gracias.

El Sr. **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señora García Gómez. A continuación tiene la palabra la señora Ardid, del Grupo Parlamentario Socialista, por un tiempo máximo de diez minutos.

La Sra. **ARDID JIMÉNEZ**: Muchas gracias, señor Presidente. Muchas gracias también al Grupo Parlamentario de Ciudadanos por haber traído esta comparecencia aquí. Y muchas gracias, por

supuesto, al doctor Arango por la presentación que nos ha hecho; ha dejado para el final la información que nos ha dejado más sobrecogidos, que han sido las listas de espera.

Yo quería que usted nos explicara en qué situación está ahora mismo la atención a la salud mental en los niños y adolescentes en la Comunidad de Madrid, y no de una manera tan general como pueda parecer esto, sino en relación, por ejemplo, a algunos aspectos concretos. Es claro que la detección y el tratamiento temprano de los problemas mentales tienen un beneficio no solo para los pacientes sino también para sus familias, para la sociedad, para el sistema judicial, para el sistema sanitario y el sistema social, de manera que creo que debemos ir en esa dirección de la detección precoz. Esto, naturalmente, incorpora a la Atención Primaria pediátrica, también a la escuela y a los servicios sociales. Desde ese punto de vista, me gustaría que nos explicara usted en qué punto se encuentra la Comunidad de Madrid en la formación de todos estos colectivos profesionales tan necesarios para hacer una detección precoz. Porque, si yo no he leído mal en diferentes estudios –la mayoría de fuera de España-, se tarda aproximadamente dos años entre la aparición de los primeros síntomas y el diagnóstico y tratamiento del problema. Y, claro, esto realmente tiene un coste que no deberíamos poder asumir.

En la reunión que se celebró a primeros de este mes aquí en Madrid, de la que usted fue anfitrión –y aprovecho para darle la enhorabuena por su elección como Presidente de la Sociedad Española de Psiquiatría- el doctor McGarry también explicó algunos aspectos de la situación en Australia. Básicamente, me ha llamado la atención que hablaban de un ahorro del 1,81 por ciento de los costes sanitarios asociados si se trataban de forma prematura los trastornos. Esto refleja datos de un estudio publicado en el "British Medical Journal Open", en el Reino Unido, y parece que se debería principalmente a una menor duración de las estancias hospitalarias. Creo que esto ya nos lleva también al punto crítico de la lista de espera de camas hospitalarias; ya no es solo el ahorro, es que es la disponibilidad de camas. Son datos coincidentes también con un estudio de la Universidad de Manitoba. Nos van a decir que el Grupo Socialista esta tarde está especialmente canadiense, pero es que realmente hay estudios en las Universidades de Canadá muy importantes respecto a la salud mental en niños y adolescentes. Este estudio pone el foco en dos cuestiones: por un lado, la prevalencia de los trastornos mentales en niños en la provincia de Manitoba, y por otro lado, el impacto en la salud de los niños y sus resultados en la escuela, así como en el sistema de la justicia. Esto es especialmente importante en cuanto a que la mayor parte de los trastornos tienen un efecto clarísimo en el paso por el sistema judicial. Yo traigo a colación esto porque me parece que las recomendaciones finales de este trabajo serían aplicables a la Comunidad de Madrid y a la situación que hay en la Comunidad de Madrid, y estas recomendaciones serían -y coinciden con las que ha dicho usted en su intervención-: continuar con la inversión para estrategias, tanto de prevención como asistenciales, que en realidad sería también poner en marcha muchas de esas estrategias; centrar las iniciativas en la promoción de la salud mental para que se retrase la aparición de la enfermedad; apoyar a los grupos de mayor riesgo y a sus familias, que aquí también es notablemente deficitario; proporcionar una mejor formación a los profesionales de las escuelas, a los servicios sociales y al sistema de justicia para mejorar tanto el diagnóstico como en Atención Temprana.

En la reunión que yo mencionaba antes, tanto el doctor McGarry como usted señalaban que las razones no son solo científicas sino también económicas y es necesario diagnosticar y tratar la psicosis antes. Una de cada tres personas con esquizofrenia y sus familiares consideran que el tratamiento médico y psicoterapéutico y los programas de rehabilitación llegan tarde, y esto son datos del estudio "Proyecto VOZ", que analiza sus necesidades. El tiempo que transcurre desde la aparición de los síntomas, como les he dicho antes, está en torno a los dos años, y se calcula que un 3 por ciento de los españoles tendrá algún trastorno psicótico en algún momento de su vida, con un comienzo que, generalmente, estará en torno al final de la adolescencia o la edad adulta temprana.

Usted dijo que la relación existente entre la duración de la psicosis no tratada y las consecuencias clínicas, sociales y económicas nos llevan a concluir que en España es necesario implementar intervenciones tempranas inmediatamente después de detectar los primeros síntomas de psicosis. Por eso, nos gustaría saber, en su autorizada opinión, en qué situación se encuentra la Comunidad de Madrid respecto a la viabilidad de estas intervenciones tempranas.

En el Plan Estratégico de Salud Mental 2010-2014 se recogía la pertinencia de estudiar la necesidad de disponer de un centro terapéutico para ofrecer tratamiento intensivo a los niños y a los adolescentes con trastornos mentales graves; este centro se abrió en 2014 y comenzó a funcionar en enero de 2015. Está dotado con 20 camas, que son claramente insuficientes, que tienen lista de espera y trata a pacientes entre 12 y 17 años. Hay una unidad de media estancia para adolescentes con trastorno mental grave, que está integrada en el resto de estructuras asistenciales en Atención de Salud Mental, y es la única de estas características en España, y está en el Hospital Casta Guadarrama, que, como ustedes saben, es un hospital privado con un concierto con la Consejería. También la Fundación Manantial, también privada, ha desarrollado un proyecto piloto en los centros de salud, que se denomina Casa Verde, de apoyo, prevención y seguimiento a los hijos de personas con enfermedad mental grave, que también representan un número importante de la población de menores.

En la evaluación del Plan Estratégico se detectó la necesidad de incrementar el número de plazas de hospitales de día para niños y de camas de hospitalización psiquiátrica breve para adolescentes, como ha dicho, pero los datos que nos ha dado de las listas de espera de verdad que son sobrecogedores. Me gustaría que nos diera su visión respecto a la situación actual de las plazas de día, cómo se podrían incrementar, qué recursos serían necesarios y, por último, me gustaría que, respecto al área de investigación y de formación, nos dijera, a su juicio, en qué situación se encuentra la Comunidad de Madrid, tanto en lo que se refiere a la formación de los profesionales, que antes le he dicho, como a la formación especializada en psiquiatría del niño y del adolescente, en qué punto está la especialidad y hacia dónde va; en definitiva, que nos informara de las actividades de investigación sobre aspectos relacionados con la salud mental de niños y adolescentes en la Comunidad de Madrid en los últimos años y de las previsiones de futuro. Muchas gracias.

El Sr. **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señora Ardid. A continuación tiene la palabra la portavoz del Grupo Parlamentario Popular, señora Liébana, por un tiempo máximo de diez minutos.

La Sra. **LIÉBANA MONTIJANO**: Muchas gracias, señor Presidente. Quiero comenzar dando la bienvenida al doctor Arango; también quiero darle las gracias por la explicación tan didáctica que nos ha hecho llegar, y le rogaría, como ha hecho el señor Álvarez Cabo, que la traslade a los portavoces para que podamos disponer de ella en futuras intervenciones. Quiero decirle que, para los que no somos del ámbito sanitario, hemos tenido una visión muy clarificadora con su exposición. Además de esto, queremos felicitarle con efecto retroactivo, porque se han destacado sus excelentes resultados en gestión de atención al paciente, docencia e investigación con un premio que se le otorgó, hace un año aproximadamente, al Servicio de Psiquiatría del Niño del Hospital Gregorio Marañón, con el que le dieron el sello de excelencia EFQM 500 en reconocimiento a su trabajo; fue otorgado por la Agencia Estatal AEVAL y el Club de Excelencia en Gestión. Además, este reconocimiento no es el único, sino que el Servicio de Psiquiatría del Niño y Adolescente del Hospital General Universitario Gregorio Marañón, con sus más de catorce años de experiencia, ha recibido otros 15 premios a su labor, entre ellos, ser considerado durante los dos últimos años como el mejor servicio de psiquiatría según el Monitor de Reputación Sanitaria. Algo habrá tenido que ver usted en estos reconocimientos.

Quiero decir que mi Grupo, la Consejería y todo el mundo somos conscientes de que los trastornos mentales graves de los niños y los de los adolescentes tienen una etiología variada, con factores individuales, factores familiares, factores sociales, socioculturales y que contribuyen tanto al desarrollo del trastorno como a la forma de su presentación y mantenimiento. Las alteraciones psíquicas graves en la infancia ocasionan, además, un sufrimiento personal y familiar y un alto coste a la sociedad, que va incorporando jóvenes con importantes problemas de relación, problemas de violencia, de baja productividad y de unos elevados recursos tanto educativos como sanitarios, sociales y de justicia.

En los últimos años, de 2013 a 2015, según los datos del sistema de información de Atención Especializada y del Registro de Altas de los Hospitales del Sistema Nacional de Salud, la demanda en salud mental en niños y adolescente ha experimentado -usted no lo ha dicho- un notable incremento en la Comunidad de Madrid tanto a nivel ambulatorio como a nivel hospitalario, con un aumento de un 14,33 por ciento en el número de altas de las unidades de hospitalización breve en niños y adolescentes. La evolución registrada en la demanda tanto en psiquiatría como en psicología clínica ambulatoria, especialmente en población infanto-juvenil, en los últimos años es muy notable, sobre todo en psicología. El número de ingresos en hospitalización aguda a menores de 18 años también ha crecido significativamente. Y, en la actualidad, los ingresos de pacientes infanto-juveniles con diagnósticos psiquiátricos se realizan exclusivamente en dos unidades -las que usted nos ha explicado-: 31 camas del Hospital Infantil Niño Jesús para niños de 6 a 12 años y la del Hospital Gregorio Marañón, con 20 camas para niños de 12 a 17 años.

Señora García, además de estas unidades de agudo en el ámbito de atención a los trastornos mentales graves de niños y adolescentes, en la actualidad, SERMAS dispone de cinco hospitales de día, centros educativos terapéuticos, en colaboración con la Consejería de Educación, con 155 plazas; un hospital de día para rehabilitación de niños y adolescentes con enfermedades

neuropsiquiátricas y trastornos mentales en el Centro Dionisia Plaza, con una capacidad de 230 plazas; un hospital de día en el Hospital Niño Jesús para atención preescolar de 0 a 6 años, escolar y adolescente, y una unidad de media estancia de 20 plazas, pionera a nivel nacional, para el tratamiento adolescente con trastorno mental grave, que requiere un tratamiento intensivo más prolongado del que ofrecen las unidades de hospitalización breve del Niño Jesús y del Gregorio Marañón. Concretamente, los hospitales de día para niños y adolescentes, centro educativo terapéutico, son cinco: cuatro propios del SERMAS, dos de ellos en San Agustín, en Leganés, y en la Pradera de San Isidro, en Carabanchel, que han sido internalizados en diciembre de 2016 y enero de 2017 dentro del Instituto José Germain de Leganés y en el Hospital 12 de Octubre respectivamente, y uno concertado; total, 155 plazas, en las que los pacientes que reciben tratamiento también reciben enseñanzas que les imparten profesores de la Consejería de Educación y permanecen en tratamiento un promedio de unos seis meses, más o menos.

El Hospital Universitario Niño Jesús cuenta con 3 hospitales de día, preescolar, escolar y de adolescentes. El hospital de día para adolescentes cuenta con 10 plazas, 6 para trastornos del comportamiento alimentario y 4 generales. Con la internalización del Hospital San Agustín, de Leganés, en el José Germain, se han aumentado las plazas, que han pasado de 30 a 40.

En cuanto a la actividad ambulatoria, según los datos de los que dispongo, tanto en Psiquiatría como en Psicología Clínica, se ha visto un aumento considerable. En 2013 hubo 753.938 consultas y en 2015 han pasado a 835.791. No obstante, la demanda ambulatoria anual de atención infanto-juvenil es creciente, cercana al 10 por ciento en Psiquiatría y de más del 20 por ciento en Psicología.

En lo que se refiere a psicólogos, según datos de evaluación de la Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud, la ratio de la Comunidad de Madrid es de 4,4 psicólogos/100.000 habitantes y, como ha dicho el doctor Arango, se sitúa en el promedio nacional. Según los datos de un estudio de la Organización Mundial de la Salud sobre la atención en salud mental en 2005, España ocupa el 18º lugar en cuanto a tasas de psicólogos. Para no hacérselo largo, la tasa media europea se sitúa en un estudio en 18 psicólogos/100.000 habitantes. Luego hay casos, como el del Reino Unido, que tiene 9 psicólogos/100.000 habitantes; Francia, con 5 psicólogos/100 habitantes, o Italia, con 3 psicólogos/100.000 habitantes, pero estas tasas no son rigurosamente comparables porque los modelos de atención sanitaria en Europa son muy heterogéneos. Consideramos que en el censo de psicólogos se deberían incluir, para ser comparable, no solo los del SERMAS, sino los de otras dos redes que atienden a personas con enfermedad mental: los psicólogos de la Red de Drogodependencia y los psicólogos de la Red de Atención Social a Personas con Enfermedad Mental Grave y Duradera, de la Consejería de Políticas Sociales y Familia.

En cualquier caso, en el nuevo Plan de Salud Mental, actualmente en elaboración, hay una línea específica para la atención a salud mental a los niños y adolescentes, y ahí se recogen muchísimas de las demandas que ustedes han planteado. Lo explicó en su día el Consejero, que compareció en el Pleno, y después, el doctor Petersen, en esta Comisión de Sanidad. En ella se

contemplan la necesaria adecuación de recursos humanos en los servicios de salud mental ambulatorios de niños y adolescentes, atendiendo no solo a criterios de ratio, sino también a otros factores, como la frecuentación, el grado de complejidad de la población a atender y la demanda de los diferentes servicios, así como los criterios de eficiencia en el uso de los recursos humanos y materiales y en la coordinación de los mismos con otras instituciones implicadas en el cuidado de menores con problemas de salud mental. En dicho plan se contabilizarán los tiempos medios y el máximo de espera para primeras consultas en los servicios de salud mental para la atención en especialidades de Psiquiatría y Psicología Clínica, tanto para los adultos como infanto-juvenil.

Quiero poner de manifiesto que el grupo de trabajo del Plan de Salud Mental ha priorizado una serie de líneas estratégicas que han tenido su eco aquí: la adecuación de los recursos humanos en los equipos de salud mental en niños y en adolescentes; la ampliación del número de plazas de hospitales de día de niños y adolescentes; la ampliación del número de camas de hospitalización breve aguda para niños y adolescentes; la creación y desarrollo de un programa de tratamiento ambulatorio intensivo en salud mental, comunitario y hospitalario; la implantación de programas de transición, en la atención de la salud mental, de la adolescencia a la edad adulta; la creación de equipos de apoyo social comunitario de salud mental para niños y adolescentes; el desarrollo e implantación de programas de atención en salud mental perinatal y en primera infancia, y la consolidación de la participación de los profesionales de salud mental en los Consejos Locales de Atención a la Infancia como miembros permanentes, así como en otros foros de toma de decisiones en pacientes con trastorno mental grave y desventaja social.

Es muy importante señalar que el nuevo Plan de Salud Mental, en su línea específica dedicada a la atención al trastorno mental grave, incluye la potenciación de la intervención precoz, porque, como usted ha dicho, señor Arango, el pronóstico y la respuesta al tratamiento son peores cuanto más tiempo se retrase, una vez iniciada la psicosis.

El Sr. **PRESIDENTE**: Vaya terminando, señora Liébana.

La Sra. **LIÉBANA MONTIJANO**: Termino, señor Presidente. Iba a hablar del TEA, pero prefiero volver a darle las gracias al doctor Arango por su explicación, y formularle una pregunta, y es: ¿qué valoración hace de la atención sociosanitaria en la Comunidad de Madrid a las personas con enfermedad mental? Nada más, y muchas gracias.

El Sr. **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señora Liébana. Para contestar a los portavoces de los Grupos Parlamentarios, tiene la palabra el doctor Arango por un tiempo máximo de diez minutos.

El Sr. **PRESIDENTE DE LA COMISIÓN NACIONAL DE LA ESPECIALIDAD DE PSIQUIATRÍA DEL NIÑO Y EL ADOLESCENTE** (Arango López): Muchísimas gracias, señor Presidente. La verdad es que es terriblemente injusto que le hagan a uno preguntas por tiempo de 40 minutos y tenga que contestarlas en 10, pero me centraré en las principales.

Yo lo primero que quiero decir es que me alegra mucho que estén todos ustedes de acuerdo en lo importante que es la salud mental, fundamentalmente Infanto-juvenil, porque estoy seguro que eso va a suponer que se van todos ustedes a poner de acuerdo para solucionar este problema que tenemos en la Comunidad de Madrid.

Primeras preguntas. Respecto a la comparativa con otras comunidades autónomas, me ha agradecido la franqueza. Hay que decir las cosas como son, y la Comunidad de Madrid está mejor que otras muchas comunidades autónomas -uno tiende a compararse con las mejores, y las mejores suelen ser el País Vasco, Navarra y Cataluña- en Psiquiatría en general; cuando hablamos de Psiquiatría Infanto-juvenil, probablemente haya mayores distancias. Psicología infantil, fundamental; principalmente por la edad de la que estamos hablando. Lo ideal es que un porcentaje mínimo llegue a necesitar tratamiento farmacológico. Y, por lo tanto, en la mayor parte de los casos, con excepciones, por ejemplo, que tienen que ver con patologías graves, como pueda ser esquizofrenia de inicio temprano, etcétera, en la mayor parte de los casos, la primera intervención debe ser una intervención psicoterapéutica y, por lo tanto, llevada a cabo por un psicólogo infantil.

El tema del suicidio. Yo creo que en esta Comunidad una de las cosas que se están haciendo mejor es la prevención del suicidio. Creo que existe un interés dentro de la oficina por esto, y yo creo que se están haciendo campañas importantes, que siempre se puede hacer más. Probablemente, el suicidio es de los aspectos que habitualmente más se tapan, y menos se habla de él por el estigma que tiene, y aspectos de culpa, etcétera, de las familias que lo intentan ocultar. El tema del suicidio probablemente sea un tema que preocupa y, de hecho, hace poquito tuve la oportunidad de estar en el Ministerio de Sanidad, donde no tienen dificultades para sacar la Estrategia de Salud Mental a nivel estatal de España, pero están convencidos de que van a poder sacar, por lo menos, la parte de suicidio y la parte de Infanto-juvenil.

El tema de la inequidad y planificación. Qué duda cabe que, excepto para aquellas patologías mentales de mayor heredabilidad, que tienen más carga genética, el estatus socioeconómico es fundamental; de hecho, ha habido un repunte importante con la crisis económica en trastornos mentales no solo en adultos sino en niños y adolescentes; trastornos mentales que tienen que ver con la ansiedad, con la depresión y con distintas patologías. Y no podemos hablar de que afecta al niño o al adulto, sino a la familia; cuando un padre no va a trabajar, y eso supone que no hay dinero para que el niño haga actividades extraescolares, y hay dificultades enormes, eso se acaba traduciendo, y los niños muchas veces son los sufridores silentes de esa situación de crisis económica.

Y me alegra que me haga la pregunta de la planificación, porque, claro, en época de crisis económica, probablemente la incidencia y prevalencia de patologías, como el cáncer de páncreas o la hepatitis se mantenga estable, sin embargo, en otras patologías, como patologías mentales, no se mantenga estable, y se aumente. Por lo tanto, en época de crisis, lo que son reducciones necesarias porque hay menos financiación, reducciones lineales de vamos a quitarle a todo un 10 por ciento, no

deberían funcionar así, porque hay, ya digo, áreas de la medicina que están más afectadas por este tipo de crisis socioeconómicas.

Datos desagregados Pues, ya me gustaría a mí tenerlos, claro; es que yo creo que es fundamental tener datos desagregados, que sean número de nuevos y número de revisiones. Sí, claro; pero de esos, ¿cuántos son menores de 18 años? Me gustaría tenerlo, porque así lo hubiésemos plasmado en el Libro. Yo creo que para la planificación se necesita tener esos datos, porque, si no sabemos cuántos son mayores de 65 o menores de 18, no vamos a poder ver esa demanda o dar respuesta a esa demanda.

Respecto al Plan de Salud Mental, se está elaborando. Yo no colaboro personalmente en él, ni he recibido invitación a participar en el mismo, pero sí varias personas de mi servicio, y, de hecho, la parte de autismo se está liderando por uno de los psiquiatras que trabajan en mi servicio.

Trastorno del Espectro Autista y recursos. Permítame, simplemente, que le enseñe una diapositiva, porque yo creo que es muy gráfica y da un mensaje muy importante de lo que yo quiero transmitir aquí. Esto es una intervención psicoterapéutica, y es exactamente la misma intervención por parte de los mismos profesionales en personas con Trastornos del Espectro Autista; cuando se aplica a personas, niños en este caso, menores de 60 meses, la efectividad es del 67 por ciento; cuando se aplica por encima de los 60 meses, es del 11 por ciento. La misma intervención, los mismos profesionales, lo único que cambia es la edad de la persona que recibe el tratamiento, y pasamos del 67 al 11 por ciento, por tanto, la detección precoz es fundamental y en eso tenemos que trabajar con Primaria y con Pediatría. Ahí se está trabajando también en esta Comunidad desde hace aproximadamente un año y medio, cuando se puso en marcha el programa piloto de diagnóstico complejo de autismo y tenemos reuniones periódicas con la Dirección General de Humanización y con la Dirección General de Hospitales para trabajar conjuntamente con Primaria en la detección precoz del autismo en la Comunidad de Madrid.

En la transición se hace poco, pero, recientemente, también se ha puesto en marcha un programa piloto para hacer una transición -en algunos casos, 16 años y en otros 18 años- a la población adulta.

En cuanto a la respuesta concreta del Dionisia Plaza, yo creo que es un mal menor. Es un centro que adolece y sufre de todo aquello que está en tierra de nadie. El Dionisia Plaza es un colegio que depende de Sanidad y, por lo tanto, es un sistema educativo en el que, a diferencia de los otros centros educativos terapéuticos, los profesores no son la Consejería de Educación; en el que, a diferencia de los otros centros educativos terapéuticos, cuando un menor ingresa en el Dionisia Plaza pierde su plaza en el colegio. Por lo tanto, la reintegración es luego mucho más difícil. Trabaja a caballo entre un hospital de día y un centro educativo, por lo que muchas veces es el sitio donde van los que no encuentran su sitio en el sistema educativo, y no encuentran su sitio en el sistema sanitario en el hospital de día. Hay muchos niños que están acudiendo a este centro, que se están beneficiando de él, por lo tanto, yo creo que a día de hoy y mientras no haya otra solución, debe mantenerse

abierto, pero, yo creo que refleja un centro que identifica una serie de necesidades no cubiertas en Educación y en Sanidad.

Respecto a la segunda de las intervenciones, cuando la asistencia no sigue a la evidencia y la salud mental, yo creo que el cambio de modelo es fundamental, yo creo que es de sentido común. Cuántas veces se ve que se pueda mejorar la atención sanitaria, la calidad asistencial y a la vez ahorrar dinero; igual no es en los dos o tres próximos años, hasta las próximas elecciones, pero sí en ocho o diez años y entonces, cuando uno mira con distancia suficiente como para hacer cosas de las que no se va a beneficiar de forma inmediata, la evidencia es que se debe cambiar el modelo. Yo no soy especialista nada más que en psiquiatría, pero yo creo que el modelo debería cambiarse en medicina general, ir hacia una medicina más preventiva, que va a ser exclusivamente sostenible, intentando descronificar y no llegar a que esas enfermedades complejas, por lo general, se acaben cronificando. Por lo tanto, completamente de acuerdo en el tema de la prevención.

Con respecto a los centros de salud mental dependientes de la Gerencia, yo creo que de quién dependan importa poco, lo importante es que estén coordinados y haya una continuidad de cuidados, y lo que no tiene sentido es que lo estén los centros de salud mental por un lado, los hospitales de día por otro y las unidades de hospitalización por otro. Con lo cual, si hay una buena coordinación y una buena continuidad de cuidados, de quién dependen en última instancia no es malo. Y es cierto que después de esa dependencia que no había de las Gerencias, algunos reinos de taifas de centros de salud mental que iban por libre también se han acabado, con lo cual, yo creo que es importante una dependencia única, que a veces -ha sido la mayor parte de los casos- mejora y facilita la continuidad de cuidados.

El tema de los crónicos. Lamentablemente en la salud mental tiene muy poquito interés lo privado, porque son patologías muy complejas, muy crónicas, muy caras, donde el sistema privado tiene poquito interés; de hecho, en la Comunidad de Madrid no hay ni una sola cama privada para niños y adolescentes con trastorno mental grave porque son pacientes, ya digo, muy complejos, que cuestan mucho dinero al sistema y el sistema privado no está interesado porque no es rentable.

Estamos trabajando ahora en la historia clínica electrónica que vamos a poner en marcha en el Gregorio Marañón y me consta que en otros hospitales ya está funcionando desde hace años, como en el 12 de Octubre, y en otros hospitales lo hará en el plazo de un par de meses, y yo creo que eso va a beneficiar. Ahora mismo tenemos que entrar en HORUS, no encontramos los antecedentes, las familias no siempre son informativas. En la unidad de la que les he hablado de hospitalización, un 25 por ciento de los ingresos son en niños tutelados por la Comunidad de Madrid; o sea que el porcentaje de tutelados es inmenso y, de hecho, nosotros proveemos de servicios al antiguo Instituto Madrileño del Menor y la Familia, a la Dirección General de la Familia y el Menor.

En cuanto a los indicadores de calidad asistencial, a nosotros nos encanta eso; de hecho, lo de conseguir 500 EFQM ha sido fundamentalmente por tener indicadores y, luego, medirlos, evaluarlos y detectar áreas de mejora e intentar mejorarlas. Pero naturalmente faltan indicadores

objetivos de calidad asistencial, que no son los mismos para la hepatitis, ni para la neumonía, ni para la patología mental infanto-juvenil. Por ejemplo, les he dicho que ese índice de nuevas revisiones no funciona con patologías crónicas, porque no funciona. A nosotros nos interesa que vayan bien y lamentablemente hay que verlos muchas veces, y eso nos penaliza porque hay que hacer muchas revisiones, pero sí, es lo que hay que hacer.

En cuanto al tema de enfermería en salud mental, no podría darle más la razón. Creo que, si hay una especialidad, un EIR de salud mental específico, ¿por qué no están los especialistas de salud mental? Lamentablemente yo me he roto muchas veces la cabeza intentando hacer comprender a los sindicatos que esto de los perfiles es por algo y que esas enfermeras y enfermeros que se han formado en salud mental y que han hecho esa especialidad están en muchas ocasiones mejor preparados que el que va a la fuerza, obligado y sin querer ir, que viene de instrumentación en un quirófano y hasta que se pone en marcha la cosa muchas veces no va como debería de ir, por esa falta de experiencia.

Por último, en psicología clínica creo que ya lo he contestado, creo que es fundamental y que la psicología clínica tiene una parte en Primaria y otra en el centro de salud mental, y lo importante es que esté coordinada. Y en infanto-juvenil, si ahora me preguntan qué contrataría antes en mi servicio, si un psicólogo infantil o un psiquiatra, yo contrataría un psicólogo infantil y lo pondría en un centro de salud mental, no lo pondría en el hospital.

Sobre el tema de las listas de espera, son las que son; ya digo que ahora mismo solo en mi servicio hay más de 20 menores con una lista de espera mayor de seis meses para hospital de día, con patología mental muy grave, ya digo que en muchas ocasiones no pueden ir ni al colegio y tienen un adulto, padre o madre, que está en casa con ellos esperando esa plaza del hospital de día. Si en algún sitio es fundamental la coordinación, servicios sociales, educación, como ha dicho usted, es en psiquiatría infanto-juvenil. Los primeros que detectan son los maestros y hay muchas familias desestructuradas y problemas desde abuso de sustancias, abusos sexuales, drama físico, bullying, etcétera. La Consejería de Educación de esta Comunidad es sensible y ha creado esta Comisión para la convivencia educativa, para reducir el acoso escolar, y yo estoy principalmente preocupado por el acoso escolar en los niños con diversidad, porque estos niños con trastornos mentales son el target, en los que se fijan los acosadores y son a por los que van en los recreos.

Ahorros. ¿Cuánto minutos quedan? ¿Tres minutos?

El Sr. **PRESIDENTE**: Se ha pasado usted ya los tres minutos.

El Sr. **PRESIDENTE DE LA COMISIÓN NACIONAL DE LA ESPECIALIDAD DE PSIQUIATRÍA DEL NIÑO Y EL ADOLESCENTE** (Arango López): ¿Me he pasado ya?

El Sr. **PRESIDENTE**: Le doy dos minutos.

El Sr. **PRESIDENTE DE LA COMISIÓN NACIONAL DE LA ESPECIALIDAD DE PSIQUIATRÍA DEL NIÑO Y EL ADOLESCENTE** (Arango López): ¿Dos minutos? Bueno, ahorros, hasta el 81 por ciento, lo que decía antes. Eso es del London School of Economics y está publicado. Uno de los ahorros es en gastos judiciales. Un niño con trastorno por déficit de atención e hiperactividad que no se trata puede acabar en un trastorno de conducta; un trastorno de conducta acaba en un trastorno antisocial y de la personalidad, acaba en consumo de sustancias, actos delictivos y en la cárcel, y no estoy hablando de que esa persona se haya desgraciado de por vida - que es lo más importante-, eso también tiene gastos económicos.

Proyecto Voz. Lo presentamos el mes que viene en el Congreso. Gracias al Proyecto Voz hemos preguntado a 5.000 personas con esquizofrenia o a sus familiares qué es lo que les preocupa, y un 36 por ciento ha dicho que se llega tarde, que se les han diagnosticado tarde.

Creo que la Unidad de Media Estancia de la Comunidad de Madrid está funcionando bien. El proyecto Casa Verde, al que se ha referido usted, creo que es un proyecto modelo. Los hijos de personas con trastornos mentales graves, hijos de personas con esquizofrenia necesitan muchísimo apoyo y se les está dando desde Casa Verde.

¿Qué querría yo en hospitales de día? Miren, solo con tener en esta Comunidad un tercio menos de lo que tiene Cataluña estaría suficientemente contento. En cuanto a formación, ya le he dicho la importancia de la especialidad de la psiquiatría del niño y del adolescente.

Acabo, señor Presidente. Muchas gracias, por las felicitaciones. La verdad es que cuando uno recibe una carta del Ministerio de Hacienda la abre con muchísima cautela y, cuando es para darle un premio, se lleva una enorme alegría. Es el primer servicio en este país, en toda la historia, público y privado, que consigue los 500 puntos EFQM y la verdad es que nos llena de orgullo, y voy a trasladar a todos los profesionales de mi servicio esas felicitaciones que usted nos ha dado.

Psicología ya lo he contestado. Ha dado usted unas cifras de hospitales de día, pero sigo insistiendo en que en este caso concreto de recursos intermedios son claramente insuficientes, como demuestra la lista de espera que tengo. Creo que con más plazas de hospital de día el problema de las camas de hospital, que son mucho más caras, sería menor y podríamos parar mucha de esa demanda ambulatoriamente sin necesidad de ingresar, de sacar al niño de su casa y de su colegio y tenerlo ingresado en un hospital.

El Sr. **PRESIDENTE**: Tiene que terminar, señor Arango, por favor.

El Sr. **PRESIDENTE DE LA COMISIÓN NACIONAL DE LA ESPECIALIDAD DE PSIQUIATRÍA DEL NIÑO Y EL ADOLESCENTE** (Arango López): Creo que es muy importante lo que comentaba usted del nuevo Plan de Salud Mental Perinatal y Primera Infancia, y ojala, ¡ojalá!, se lleven a cabo todas las cosas en las que ustedes han estado de acuerdo, en que son tan importantes para nuestra Comunidad. Muchas gracias.

El Sr. **PRESIDENTE**: Muchas gracias, doctor Arango. Pasamos al cuarto punto del orden del día.

———— **RUEGOS Y PREGUNTAS.** ————

¿Algún ruego o alguna pregunta que formular a la Mesa? (*Denegaciones.*) No habiendo ruegos ni preguntas, se levanta la sesión.

(Se levanta la sesión a las 19 horas y 21 minutos).

SECRETARÍA GENERAL DIRECCIÓN DE GESTIÓN PARLAMENTARIA

SERVICIO DE PUBLICACIONES

Plaza de la Asamblea de Madrid, 1 - 28018-Madrid

Web: www.asambleamadrid.es

e-mail: publicaciones@asambleamadrid.es

TARIFAS VIGENTES

Información sobre suscripciones y tarifas,
consultar página web de la Asamblea.



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

Asamblea de Madrid