

— DIARIO DE SESIONES — DE LA — ASAMBLEA DE MADRID —



Número 377

15 de enero de 2009

VIII Legislatura

COMISIÓN DE ESTUDIO DEL FUNCIONAMIENTO DE LOS DIFERENTES SISTEMAS DE GESTIÓN DE SERVICIOS SANITARIOS PÚBLICOS

PRESIDENCIA

Ilma. Sra. D.^a Beatriz Elorriaga Pisarik

Sesión celebrada el jueves 15 de enero de 2009

ORDEN DEL DÍA

1.- C 480/08 RGEP. 8175, Comparecencia del Sr. Presidente Federación Regional de Asociaciones de Vecinos (FRAV), a petición del Grupo Parlamentario de Izquierda Unida, al objeto de conocer su opinión sobre los diferentes modelos de gestión y la incidencia de los mismos en el sistema sanitario público. (Por vía del artículo 211 del Reglamento de la Asamblea).

2.- C 508/08 RGEP. 8225, Comparecencia del Sr. D. Manuel Rodríguez, Secretario General de la Federación de Sanidad - CC.OO., a petición del Grupo Parlamentario Socialista, al objeto de informar sobre los diferentes sistemas de gestión de servicios sanitarios públicos. (Por vía del artículo 211 del Reglamento de la Asamblea).

3.- C 521/08 RGEP. 8644, Comparecencia de la Sra. D.^a Elena Moral Pavo, Secretaria del Sector de Sanidad CSIT Unión Profesional, a petición del Grupo Parlamentario Socialista, al objeto de informar sobre el funcionamiento de los diferentes sistemas de gestión de servicios sanitarios públicos. (Por vía del artículo 211 RAM).

4.- Ruegos y preguntas.

SUMARIO

-Se abre la sesión a las 9 horas y 46 minutos.
Página 10533

— **C 480/08 RGEP. 8175**, Comparecencia del Sr. Presidente Federación Regional de Asociaciones de Vecinos (FRAV), a petición del Grupo Parlamentario de Izquierda Unida, al objeto de conocer su opinión sobre los diferentes modelos de gestión y la incidencia de los mismos en el sistema sanitario público. (Por vía del artículo 211 del Reglamento de la Asamblea).

Página 10533

-Exposición del Sr. Presidente de la Federación Regional de Asociaciones de Vecinos.

Página 10533-10535

-Intervienen, en turno de portavoces, la Sra. Sabanés Nadal, el Sr. Fernández Martín y el Sr. Rodríguez Rodríguez.

Página 10535-10543

-Interviene el Sr. Presidente, dando respuesta a los señores portavoces.

Página 10543-10546

-Se suspende la sesión a las 11 horas y 1 minuto.

Página 10547

-Se reanuda la sesión a las 11 horas y 32 minutos.

Página 10547

— **C 508/08 RGEP. 8225**, Comparecencia del Sr. D. Manuel Rodríguez, Secretario General de la Federación de Sanidad - CC.OO., a petición del Grupo Parlamentario Socialista, al objeto de informar sobre los diferentes sistemas de gestión de servicios sanitarios públicos. (Por vía del artículo 211 del Reglamento de la Asamblea).

Página 10547

-Exposición del Sr. Secretario General de la Federación de Sanidad de Comisiones Obreras.

Página 10547-10550

-Intervienen, en turno de portavoces, la Sra. Sabanés Nadal, el Sr. Fernández Martín y el Sr. Rodríguez Rodríguez.

Página 10550-10557

-Interviene el Sr. Secretario General, dando respuesta a los señores portavoces.

Página 10557-10559

-Se suspende la sesión a las 12 horas y 42 minutos.

Página 10559

-Se reanuda la sesión a las 13 horas y 5 minutos.

Página 10559

— **C 521/08 RGEP. 8644**, Comparecencia de la Sra. D.^a Elena Moral Pavo, Secretaria del Sector de Sanidad CSIT Unión Profesional, a petición del Grupo Parlamentario Socialista, al objeto de informar sobre el

**funcionamiento de los diferentes sistemas
de gestión de servicios sanitarios públicos.
(Por vía del artículo 211 RAM).**

Página 10559

-Exposición de la Sra. Secretaria del Sector de
Sanidad de CSIT Unión Profesional.

Página 10560-10564

-Intervienen, en turno de portavoces, la Sra.
Sabanés Nadal, el Sr. Fernández Martín y el
Sr. Rodríguez Rodríguez.

Página 10564-10572

-Interviene la Sra. Secretaria, dando respuesta
a los señores portavoces.

Página 10572-10574

— Ruegos y Preguntas.

Página 10574

-No hubo ruegos ni preguntas.

Página 10574

-Se levanta la sesión a las 14 horas y 29
minutos.

Página 10574

(Se abre la sesión a las nueve horas y cuarenta y seis minutos)

La Sra. **PRESIDENTA**: Buenos días, señorías. Vamos a dar comienzo a la sesión de la Comisión de Estudio del funcionamiento de los diferentes sistemas de gestión de servicios sanitarios públicos. Comenzamos con el primer punto del orden del día.

C 480/08 RGEP. 8175, Comparecencia del Sr. Presidente de la Federación Regional de Asociaciones de Vecinos (FRAV), a petición del Grupo Parlamentario Izquierda Unida, al objeto de conocer su opinión sobre los diferentes modelos de gestión y la incidencia de los mismos en el sistema sanitario público. (Por vía del artículo 211 del Reglamento de la Asamblea).

Dado que el compareciente viene convocado por vía del artículo 211, voy a proceder a darle la palabra por tiempo de quince minutos. Don Ignacio, tiene usted la palabra.

El Sr. **PRESIDENTE DE LA FEDERACIÓN REGIONAL DE ASOCIACIONES DE VECINOS** (Murgui Parra): Muchas gracias. Buenos días a todas y a todos. Como vengo en nombre de la Federación Regional de Asociaciones de Vecinos, voy a exponer las posiciones de esta organización en referencia a los diferentes modelos de gestión que se están aplicando en la prestación de los servicios públicos sanitarios en el Sistema Nacional de Salud. Empezaré exponiendo cuál es nuestra posición al respecto, que no es otra que la de defender un modelo de gestión, provisión y financiación público y de gestión directa, que es el que a nuestro juicio debe mantenerse y extenderse a los nuevos hospitales así como a la Fundación Hospital de Alcorcón y a la empresa pública Hospital de Fuenlabrada.

Consideramos que esto es así porque creemos que es ese modelo de gestión pública directa el que ofrece más garantías en lo que se refiere al mantenimiento de la universalidad, de la gratuidad y de la calidad de la prestación sanitaria y que, al menos, hace posible, cuando hay voluntad

política, la participación democrática, el control social y la planificación. Otra cosa es que la falta de recursos y de presupuestos vaya suponiendo un deterioro del sistema sanitario público que, de paso, justifica determinados discursos favorables a la privatización paulatina del sistema sanitario público. Esta cuestión nos parece que está claramente reflejada en el presupuesto sanitario de la Comunidad de Madrid, que en 2008 se incrementó un 5 por ciento con respecto a 2007 y en 2009 sólo se incrementó en torno a un 2 por ciento; sin embargo, el gasto de los conciertos con la sanidad privada se ha doblado en los últimos cinco años.

El nuevo modelo -los nuevos modelos deberíamos decir- que se está desplegando es más caro, impone la lógica del mercado a la gestión de un servicio fundamental, reduciendo los controles públicos a mínimos, al carecer las Administraciones Públicas de potestad sobre los diferentes regímenes jurídicos en juego, y deteriora la atención al aplicar principios economicistas a la gestión y al personal sanitario.

Las nuevas formas de gestión hospitalaria que se están poniendo en marcha por parte del Gobierno de la Comunidad de Madrid, so pretexto de mayor autonomía y eficacia en la prestación de los servicios, en realidad lo que a nuestro juicio esconden es un proceso de privatización de la sanidad y lo que hacen es distraer recursos públicos hacia los centros de gestión privada, limitando las prestaciones, mientras favorecen aquellas que resultan más rentables en términos económicos, desviando las enfermedades que más recursos consumen a los centros públicos tradicionales y así justificar unos mejores resultados económicos, dando, además, lugar a la entrada de empresas sin experiencia en objetivos sanitarios, solamente con objetivos mercantiles, que buscan la optimización económica de la inversión y nada más. Ése es el caso, por poner un ejemplo, de la empresa Apax Partners; empresa americana de capital riesgo, con un nulo interés sanitario, como lo demuestra que, siendo adjudicataria de la explotación del hospital de Valdemoro y de la clínica de la Concepción, ha vendido sus derechos a la multinacional Capiro por 1.827 millones de euros.

Hablaba hace un momento de modelos de gestión, no de uno solo. Hay al menos cinco modelos diferenciados: uno, de gestión pública, que todavía se

mantiene en los hospitales tradicionales como La Paz, el Doce de Octubre, el Gregorio Marañón, el Clínico Universitario de San Carlos, el Ramón y Cajal, el Severo Ochoa, etcétera, aunque, según la propia Comunidad de Madrid, los hospitales Ramón y Cajal, Gregorio Marañón, La Paz y el Doce de Octubre, tras la remodelación de que van a ser objeto pasarán a ser de gestión mixta, ya que serán las empresas que hagan dicha remodelación quienes a cambio de la misma gestionarán posteriormente los servicios. Otro modelo es el de fundaciones, que están dirigidas a reducir los gastos a costa de una disminución importante del número de trabajadores y de la propia actividad asistencial. Éste sería el caso de la Fundación Hospital de Alcorcón. Otro modelo es el de empresa pública, que es un modelo que tiene como objetivos obtener la máxima rentabilidad a través de un estrecho control económico y del personal para reducir gastos; es decir, es una empresa de carácter público pero dentro de una lógica empresarial, como es el caso del hospital de Fuenlabrada. Otro modelo es el de gestión mixta, en la que una empresa construye el centro y lo gestiona durante treinta años -que es aproximadamente la vida útil de un hospital-, excepto al personal sanitario y, a cambio, la Comunidad le paga un canon anual que va en incremento con el IPC. Este modelo es el que se está aplicando en el hospital Infanta Leonor, de Vallecas, en el Infanta Sofía, de San Sebastián de los Reyes, en el hospital del Henares, de Coslada, en el Infanta Cristina, de Parla, en el Hospital del Suroeste, de Arganda, en el Hospital del Tajo, de Aranjuez, y en el Puerta de Hierro, de Majadahonda. Por último, está el modelo de la concesión administrativa en la que la Comunidad paga a una empresa privada para que gestione el hospital, tanto la parte sanitaria como la parte de servicios, para lo cual la Comunidad le paga una cantidad per cápita de unos 300 euros en 2008, que se incrementa anualmente dos puntos por encima del IPC, como es el ejemplo del hospital de Valdemoro.

Nos alarma el hecho de que últimamente, además de a los hospitales, la privatización está llegando a los centros de especialidades y a los laboratorios de análisis clínicos. La empresa Capiro ha comenzado a gestionar el ambulatorio de Pontones, con lo cual se ha hecho cargo de atender las consultas de especialidades de 200.000 habitantes de los barrios de Embajadores, Imperial, Acacias, Palos de Moguer y Universidad. Esto

conlleva que las pruebas diagnósticas las deriva a la Fundación Jiménez Díaz, que es de su propiedad, al igual que los análisis de sangre, que son también derivados a los laboratorios que tiene en propiedad la empresa. Los siguientes ambulatorios en la lista para ser privatizados son los de Argüelles, que atiende a una población de 250.000 habitantes, y Aguacate, situado en Carabanchel Alto.

Otro paso más en la privatización de la sanidad madrileña será la prevista externalización, por usar eufemismos al uso, de los laboratorios de los hospitales de San Sebastián de los Reyes, Parla, Vallecas, Arganda, Coslada y Aranjuez. El concurso para el contrato de la concesión de las pruebas analíticas de 1.100.000 cartillas asignadas a estos hospitales tiene un presupuesto de 173 millones y una duración de ocho años, ampliable a diez. El modelo diseñado por la Consejería de Sanidad consiste en la creación de un gran laboratorio central de análisis que se situará en el hospital Infanta Sofía, de San Sebastián de los Reyes.

La Consejería de Sanidad defiende las bondades de este nuevo sistema con tres argumentos: ahorro, calidad y rapidez, y asegura que con el nuevo sistema se ahorran 90 millones en los ocho años, ya que se pasará de los 37,6 euros de coste actual de un análisis a 22,05, según recoge el pliego de condiciones. Algunos especialistas médicos de análisis clínicos, como Ana Franco, Presidenta de la Asociación de Profesionales de Laboratorios Públicos, estiman que el coste será muy superior ya que, obviamente, habrá que seguir pagando el sueldo a los profesionales de los laboratorios actuales. Igualmente, exponen sus dudas de que se vaya a obtener más calidad, ya que la que hay actualmente es muy buena, así como que la gran cantidad de pruebas, entre 4.000 y 5.000 diarias, que se van a recibir en este gran laboratorio, pueden dar lugar a muchos errores. También expresan sus dudas en cuanto a la rapidez; no comprenden cómo va a ser más rápido que antes, ya que algunos análisis tendrán que recorrer más de 50 kilómetros hasta llegar al laboratorio.

Para nosotros este modelo corresponde a un modelo que ya se ha puesto en marcha en otros países, como en el caso de Reino Unido, donde, en su momento, el Gobierno conservador de John Major, en el año 1992, se vio obligado a reconstruir y renovar la red de hospitales debido al estado de

descapitalización en que lo dejó la política neoliberal de Margaret Thatcher. Después de varios fracasos, el modelo fue abandonado porque dejó la sanidad inglesa como una de las peores de Europa. Creemos que es importante que nos fijemos allá donde estos modelos han sido aplicados para tomar las precauciones necesarias.

En lo que se refiere a la calidad de la atención, como prueba de la experiencia en el Reino Unido tenemos el hecho de que en 1999 el Gobierno británico se tuvo que enfrentar a 115.000 demandas por negligencia médica contra las unidades organizativas sanitarias, que serían los organismos análogos a las fundaciones españolas. Este descenso de la calidad se reflejó también en un aumento de los niveles de mortalidad. El Gobierno tuvo que reconocer en el año 2000 alrededor de 5.000 muertes al año, debido al aumento de las infecciones hospitalarias. Igualmente, otras 15.000 personas fallecían semanas después de recibir el alta por complicaciones derivadas del contagio hospitalario, ambas provocadas por los recortes presupuestarios en medidas de seguridad médica, medicamentos y falta de camas. Tal situación generó un clima de alarma social que obligó al Gobierno británico a aumentar en un 20 por ciento el gasto sanitario hasta el año 2003 para reflotar el sistema, al tiempo que tuvo que dotar de un crédito extraordinario para contratar urgentemente a 10.000 nuevas enfermeras e incorporar a 20.000 que habían sido jubiladas. Valga esto como botón de muestra de lo que consideramos que puede ser un ejemplo de la deriva a la que nos puede conducir la implantación de sistemas de gestión basados en la mercantilización de lo que consideramos que es un derecho ciudadano y un servicio público fundamental como es la sanidad pública.

Hay que decir que nos preocupan las últimas medidas, las que nos van llegando a título de rumor, porque en realidad no hemos recibido una información precisa al respecto en lo que se refiere a la implantación del área única que, en combinación con la aplicación de estos modelos de gestión y con lo que se ha manifestado como una falta de voluntad política a la hora de convocar y poner en marcha los dispositivos, los canales de participación que existen para favorecer la participación social y el control democrático del sistema sanitario, hemos de decir que nos preocupa cómo se va ahondando en esta situación, cómo el despliegue de estos modelos va a

incidir en dificultar la planificación sanitaria y la participación democrática en este sentido. Por lo tanto, hay que tener en cuenta que éstos suelen ser factores que afectan también a la calidad del servicio y a la calidad del acceso a un derecho fundamental como es el de la sanidad pública.

La Sra. **PRESIDENTA**: Muchas gracias. A continuación, tienen la palabra los representantes de los Grupos Parlamentarios. En primer lugar, tiene la palabra doña Inés Sabanés por tiempo de diez minutos.

La Sra. **SABANÉS NADAL**: Muchas gracias, señora Presidenta. Quiero también dar la bienvenida al Presidente de la Federación Regional de Asociaciones de Vecinos a esta Comisión, porque para Izquierda Unida es importante tener no sólo la visión de técnicos y especialistas, como hemos venido conociendo, sobre los nuevos sistemas de gestión sanitaria y sobre el funcionamiento de la sanidad madrileña, sino tener, en este caso, una valoración quizás más cercana y mucho más pegada a la realidad diaria con la que se encuentra los vecinos madrileños ante la utilización de los recursos sanitarios y los problemas que puedan tener en cuanto a su atención sanitaria y su salud, en definitiva.

Yo tenía interés, dada su condición de Presidenta de la Federación Regional de Asociaciones de Vecinos, en insistir en cuatro temas que ha planteado en su intervención, y sobre los que me interesa especialmente saber su opinión. En primer lugar, querría que nos hiciera una valoración sobre lo que ha supuesto un capítulo, para nosotros muy importante, como es la participación y control democrático en la sanidad en la Comunidad de Madrid. Y no sólo una valoración de lo que ha supuesto, en nuestro criterio, la práctica desaparición o la no puesta en marcha de los mecanismos de participación y, por tanto, de control sanitario, sino si especialmente, en un momento en el que se han producido grandes e importantes cambios en la sanidad madrileña, en la gestión de los hospitales, en la aprobación de medidas relevantes a través de la ley de acompañamiento de los presupuestos, los nuevos seis hospitales, y el anuncio de los cuatro nuevos hospitales en la siguiente Legislatura, como planteaba en su comparecencia, podrían seguir la

senda y la vía del hospital de Valdemoro, que, como sabe, tiene una formulación especial.

En cuanto a la privatización de los laboratorios y la reasignación de personal para atender a los nuevos hospitales, así como otros cambios que se han producido -que también ha citado en su comparecencia-, y todo lo que ha supuesto la entrega de la gestión del centro de especialidades de Pontones, que atiende a un área de 200.000 habitantes, a una empresa dependiente de la Fundación Jiménez Díaz, querría saber qué nivel de participación, información y control se ha tenido desde los mecanismos de participación que se derivan de la LOSCAM y de otras decisiones en el ámbito de la participación.

Más allá de las discrepancias, porque nosotros discrepamos prácticamente de todos los nuevos modelos de gestión que se han puesto en marcha, añadimos una agravante en este caso: que, a nuestro criterio, todo ello se ha producido sin que haya habido un verdadero control ni participación social en el ámbito de la Comunidad de Madrid. Por tanto, yo diría que todos los cambios que se han producido en los últimos tiempos, y que estamos analizando en esta Comisión, se han realizado con una falta de transparencia y de información muy relevante. Es decir, lo que queremos saber es si a través de la Federación, que representa, en este caso a una parte importantísima de los vecinos, vecinas y ciudadanos de la ciudad de Madrid, han podido, a través de los mecanismos de participación, conocer, valorar, influir e intervenir en los cambios sustanciales y muy relevantes que se han producido en el Sistema Sanitario Madrileño. Ésa sería una cuestión que me interesa mucho: participación y control democrático.

En segundo lugar, me interesa mucho conocer especialmente -aunque alguna referencia ha hecho a los rumores que hay sobre la planificación- la evaluación de cambios que también se han ido produciendo. Por un lado, se ha ido anunciando, ante el planteamiento de los nuevos modelos sanitarios, la posibilidad de trabajar en un área única. En todo caso, yo escucho con especial atención los rumores que se plantean porque los rumores que surgen cerca del Consejero suelen ser la antesala de algún cambio que luego viene por la vía de los hechos y cuesta un gran esfuerzo poderlo seguir.

Por supuesto, a nuestro entender, si ese rumor se consolidara, contraviene y modifica no sólo la Ley General de Sanidad sino los propios criterios de planificación establecidos en la LOSCAM, pero no sólo ocurrirá eso si se producen los cambios, sino que, en mi criterio, con lo que ya se ha planteado de remodelación de las áreas, en este caso con el centro de especialidades de Pontones, con la Fundación Jiménez Díaz y con lo que nos acaba de explicar sobre cómo afectaría a la libre elección de médico aquel decreto sobre las áreas de atención sanitaria. Sin haberse debatido ni discutido cualquier formulación de área de planificación, se hacen anuncios sobre cambios en la planificación. Nosotros somos partidarios -y nos gustaría saber su criterio, aunque algunas cosas se han planteado aquí y algunas cosas he leído en la documentación- de rediseñar de forma transparente, clara, conocida e informada, el mapa de asistencia sanitaria, teniendo en cuenta factores tales como el número de población, el crecimiento, el envejecimiento y las nuevas necesidades de los nuevos barrios. A este respecto, me gustaría conocer no sólo su criterio sino también si tienen información acerca del posible desequilibrio y de las situaciones que se están produciendo, porque a nosotros nos han llegado algunas quejas sobre la falta de atención y dotaciones mal planificadas en las distintas áreas y centros de salud de los nuevos barrios.

En tercer lugar, hemos mantenido un debate continuo y hemos mantenido la discrepancia sobre los problemas que se han producido en la puesta en marcha de los nuevos hospitales, y queremos que, si es posible, nos haga una evaluación sobre el equilibrio o desequilibrio de los recursos de la atención primaria y que nos diga cómo ve la situación en cuanto a número de habitantes por centros de salud en los nuevos barrios, sobre todo en relación con el número de pediatras, porque todos somos conscientes de los déficit que se producen en los centros de salud, puesto que hay listas de espera o de demora en la atención primaria, sobre todo en pediatría. El mayor número de quejas en atención primaria tiene que ver con la puesta en funcionamiento de los nuevos hospitales, con los nuevos sistemas y con cómo afecta esto a los antiguos hospitales.

Por último -aunque creo que lo ha dicho en su intervención-, quiero saber si comparte el criterio de que la sanidad madrileña tiene un claro problema

de déficit en su financiación debido al crecimiento de la población madrileña, a las nuevas circunstancias y a la creación nuevos barrios, lo que, unido a una mala negociación de las transferencias sanitarias cuando se produjo el traspaso de competencias, sitúa a la sanidad madrileña en muy mala situación. Nada más. Doy las gracias al compareciente, esperando que nos dé respuestas concretas en su segunda intervención a las cuestiones que le hemos planteado.

La Sra. **PRESIDENTA**: Muchas gracias, señora Sabanés. Tiene la palabra el representante del Grupo Parlamentario Socialista.

El Sr. **FERNÁNDEZ MARTÍN**: Muchas gracias, señora Presidenta. Tenemos el honor de recibir a un representante de los ciudadanos y no de ningún consejo de administración, lo cual es interesante, porque en esta Comisión, que está siendo muy interesante, se está recibiendo a varios tipos de comparecientes: aquellos que tienen intereses directos en el sistema y aquellos que tienen intereses directos en el sistema pero no económicos, lo cual es mucho más interesantes porque son observadores y protagonistas del acto clínico; es decir, por una parte, aquellos que necesitan la sanidad como ejercicio personal de protección y, por otra, aquellos otros que, con toda la legitimidad, sacan beneficios de esta estructura sanitaria, y un último tipo de comparecientes que vienen a informarnos de reflexiones intelectuales, de planificaciones y estudios que se van realizando. Así que bienvenido, porque es usted nada más y nada menos que el representante de la Federación Regional de Asociaciones de Vecinos, que es una federación asociativa que se pierde en la noche de los tiempos y que ha tenido un capítulo fundamental en la consecución de la democracia, tal y como la entendemos la mayoría de la gente. Aquí se ha dicho que la participación de los ciudadanos ya se hace cada cuatro años y que, por lo tanto, no necesita más; lo dijo el señor Rodríguez hace tres o cuatro sesiones.

Nosotros creemos que la democracia es algo más profundo que todo eso, y creemos profundamente en la participación. Es más, creemos que sin la participación de los dos agentes, tanto de los profesionales como de los ciudadanos,

sencillamente la situación sanitaria es inviable. Es así de sencillo. Esto obedece a objetivos que se pactan desde la Consejería con los agentes sociales y profesionales, y por ahí se desarrolla. La Comunidad de Madrid está incumpliendo prácticamente toda la panoplia que tiene que ver con la participación ciudadana, toda: el artículo 40, 5.1 de la Ley de Ordenación Sanitaria de la CAM, el artículo 53 de la Ley General de Sanidad, el artículo 9.2 de la Constitución Española, etcétera. No cumple la LOSCAM, no cumple la Ley General de Sanidad, ni siquiera cumple la Ley de Cohesión y Calidad en cuanto a participación se refiere. Está fuera, por tanto, de la ley en lo que tiene que ver con los Consejos de Salud y en lo que tiene que ver con la participación ciudadana.

Usted ha ido pasando revista a los problemas generales de la Comunidad de Madrid y me parece bien que así haya sido porque, como usted es de la Federación Regional de Asociaciones de Vecinos de Madrid, supongo que estará interesado en cómo funciona la sanidad madrileña y no en la de Liechtenstein, que es muy importante pero que nos pilla un poco a trasmano, por lo tanto, parece que es importante que hablemos de Madrid, como aquella vieja canción que todos quisimos y nos criamos con ella.

Ha pasado usted revista a todo. Mire, yo empezaría por decirle que desconozco el proyecto sanitario del Partido Popular. Lo desconozco en profundidad; no lo puedo extraer del programa electoral porque el programa electoral era vergonzante, eran doce puntitos -supongo que todo el mundo lo habrá leído-, y cualquier conclusión que se pudiera sacar de ese itinerario sería una broma comparándolo con el programa electoral de Valencia, por ejemplo, que era un programa muchísimo más completo, con el que estaría de acuerdo o no, pero lo que ha planteado el Partido Popular en Madrid, desde el punto de vista electoral, es una broma. Es verdad que con ese programa ganaron las elecciones; es verdad. También es verdad que poco después las perdieron, porque, en efecto, nosotros hemos ido perdiendo elecciones en Madrid desde el año 95 para acá, y es verdad que, de los últimos treinta años de democracia, veintidós años han sido gobernados por el Partido Socialista y ocho por el Partido Popular en toda España. Por algo será. Digo todo esto, aunque no tiene mucho que ver con lo que estamos hablando, para contestar a cosas el

Reglamento castiga a quien castiga, que es a mí, y luego ya no puedo contestar, por eso lo voy diciendo antes.

No puedo estar más de acuerdo con usted sobre lo que ha dicho de la atención primaria, pero yo todavía soy más crítico. Primaria, en este momento, es un escalón asistencial dentro de lo que podríamos llamar el continuo asistencial -no son palabras mías, son de Javier Murillo-, es el itinerario asistencial que no es que esté dejada de la mano de Dios, es que Dios se ha olvidado de la primaria absolutamente. Yo habré escuchado al menos siete u ocho rumores diferentes, dichos por cargos de la Consejería y, dependiendo de dónde hablen -en el Ritz, en Sanifax, en las últimas contestaciones de Ana Sánchez a Diario Médico-, he oído hablar de gerencia única, gerencia única por área, gerencia única de la Comunidad, EBAs, consorcios, etcétera. Es decir, hay una cantidad de rumores que no tienen ningún basamento lógico escrito... Porque a nosotros nos dicen que hicimos un Plan de Salud en el año 95 en el que no previmos las cosas que podían pasar; desde luego, eso no le pasa al Partido Popular porque no ha escrito una línea, por lo tanto, es muy difícil criticar al Partido Popular sobre documentos escritos porque desde el año 95 no ha escrito una sola línea, aparte de los programas electorales -y el último ya digo que es vergonzante-; por tanto, si no ha escrito una línea, es muy difícil que podamos analizar algún texto escrito con reflexión y con medida porque no lo conocemos. Se hizo una planificación de 15 áreas, hubo 17.000 alegaciones, aquello se quedó en ruido y sonido... En fin, la verdad es que estuvo bien, un canapé agradable y mucha literatura escrita; bueno, más que literatura escrita lo que había era unos mapas preciosos que nos costaron 700.000 euros, pero que, vamos, no tiene mucha importancia. Como decía, quedó en nada; el famoso decreto no se cumplió, no se firmó, supongo que se arrepintieron sobre la marcha y han vuelto a cambiar de criterio como cambian cada vez que llega un nuevo Consejo de Gobierno.

La última cosa que hemos oído, por ejemplo en primaria, es que va a salir una OPE y que van a contratar a 1.030 médicos y 99 pediatras, no sé el número exacto porque hablo de memoria. Tampoco es verdad, aquí lo dijeron, lo ha dicho el señor Güemes, lo dijo también el portavoz del Partido Popular. No es verdad; es una consolidación por la que los propios médicos llevaban luchando mucho

tiempo. Nosotros, como partido, nos salimos de ahí. Naturalmente, lo hemos apoyado porque creíamos que era justo, pero es una consolidación de empleo que era necesaria, justa y buena, pero no hay ni una sola oferta de nuevos médicos, eso hay que tenerlo claro. También lo ha dicho Femyts -tampoco lo digo yo-, que es un sindicato en el que no tenemos liberados los socialistas, ni es un sindicato al que nosotros hayamos subdelegado la oposición en la calle, como dice el genio imaginativo del Partido Popular.

En atención especializada tenemos muchos problemas. La asistencia extrahospitalaria, coloquialmente conocida como asistencia ambulatoria especializada, tiene los mismos problemas que tenía hace poco tiempo y que seguirá teniendo a lo largo de los tiempos porque este capítulo de los escalones asistenciales no existe de ninguna manera, no hay nada. Me parece que se ha abierto un sólo centro periférico de especialidades, en Alcalá de Henares, con características modernas -es verdad que lo son, y lo alabo-, cuyas posibilidades de rendimiento se utiliza a menos del 50 por ciento de. También es verdad que hay un CUE, un centro de urgencias especializado, en El Molar -la oferta de tres se ha quedado en uno-, que está funcionando a menos del 25 por ciento de sus posibilidades de utilización. Mientras, 20 kilómetros más abajo, en La Paz y mañana en San Sebastián de los Reyes, si no ya, los enfermos salen por las costuras en urgencias.

Usted habla de las nuevas formas de gestión. Sobre ellas hemos debatido muchísimo aquí. Nosotros los socialistas entendemos que es necesario que haya una gestión única, no queremos que se rompa de ninguna manera porque sería romper el sistema. Evidentemente, nuestra posición es que la financiación tiene que ser pública, y pedimos calidad, equidad y universalidad en la asistencia sanitaria. Queremos una gestión eficiente, una gestión equitativa, una gestión transparente, publicitada y participada. Yo digo que si hay una gestión privada con estas características que me la enseñen.

¿Por qué tenemos tanto miedo a la gestión privada? Porque la gestión privada la realizan empresas privadas, y las empresas privadas tienen un problema -ahora vemos que parece que tienen alguno-, y es que, de una manera cíclica, entran en crisis. En Madrid tenemos muchos ejemplos, y no voy

a citar la Fundación Jiménez Díaz que ha sido rescatada tres o cuatro veces por la Administración, socialista y no socialista, porque Ana Pastor, por ejemplo, perteneció al patronato en los años 1996 y 1997 y participó del mismo problema de infrafinanciación. El Partido Popular llegó al Gobierno en el año 1995 y perdió las elecciones en el año 2004, ganadas apuradamente, ganadas por mayoría absoluta y perdidas por minoría total; lo digo para recordar al señor Rodríguez algunas cosas. Bien, la Fundación Jiménez Díaz estuvo ocho años gobernada por el Partido Popular y pasó lo mismo que antes: entraba en crisis porque estaba infrafinanciada; infrafinanciada por el Partido Socialista e infrafinanciada por el Partido Popular, y la salida fue, sencillamente, vendérselo -porque fue una venta literal de explotación- a una sociedad que se llamaba IDC, que era una filial de una sociedad norteamericana Capital Partner, que después se lo vendió a Capiro haciendo un negociazo, ¡al año!, justo al año se lo vendió a Capiro, y Capiro fue capitalizada por Apax, que, a su vez, es una sociedad de capital riesgo; es decir, es un desmadre especulativo, que, como dijo Arturo Canal, el Viceconsejero, cuando yo le pregunté sobre esto, es el mercado; es decir, el mismo mercado de Lehman Brothers, de Enron, de AIG, etcétera. El mismo mercado de la clínica Nuestra Señora de Loreto, el mismo mercado de Sanitas que se vende a Bupa, el mismo mercado de Mutua Hostelera, el mismo mercado de todas las empresas sanitarias que, desdichadamente, han quebrado a lo largo de los tiempos.

Este año, por ejemplo, los hospitales que han sido constituidos por PFI -hemos hablado de toda esta filosofía profunda y no quiero cansarle más- tienen un problema importante sobre lo que me gustaría que me contestaran directamente; no sé si podrá usted. El índice de inflación interanual se va a quedar este año en torno al 1,4 ó 1,5 por ciento según los datos que vamos teniendo; los hospitales PFI van a crecer un mínimo de un 4 ó 4,8 por ciento; los hospitales tradicionales crecen en torno al 2 por ciento; hay un diferencial, por tanto, de casi tres puntos de canon a favor de los hospitales PFI. Eso significa que el presupuesto global de toda la Consejería de Sanidad crece un neto de unos 309 ó 310 millones de euros y que, de esos 300 millones de euros, 229 los dedica a la amortización del canon de los hospitales PFI, canon que tiene que ver con la explotación de esos sistemas y no con la asistencia

sanitaria, ya que, en efecto, son empresas públicas. Nosotros no estamos en contra de las empresas públicas en absoluto, como no estamos en desacuerdo con los consorcios porque hay una participación equitativa de la Administración. Estamos en contra de que un consejo de administración que no tenga nada que ver con la política sino con la economía sustituya en las decisiones políticas que tienen que ver con su hospital -porque es su hospital, como por ejemplo el hospital de Valdemoro o la Fundación Jiménez Díaz-, y organice y altere la marcha de ese hospital de acuerdo con sus beneficios empresariales, que son naturales pero no son lógicos desde el punto de vista de la salud. Como decía, el crecimiento presupuestario es de 100 millones de euros escasos para toda la sanidad madrileña; es lo que nos queda apartando estos hospitales. El número de habitantes, del que tanto le gusta hablar al Partido Popular, ése 1.200.000 habitantes que no estaba previsto en la ley Beteta, en la ley de Rato, en el año 2001 -de aquella lluvia vinieron estos lodos-, y que se está cambiando, tan es así que parece que Esperanza Aguirre salió muy contenta de la reunión con el Presidente Rodríguez Zapatero -lo dijo y parece que eso le produjo alguna urticaria al señor Rajoy, pero, en fin, estas cosas son lógicas en el Partido Popular- por tanto, el factor de población dejará de pertenecer al discurso reiterativo, pesado, ilógico e irrazonable del Partido Popular.

La Sra. **PRESIDENTA**: Señoría, tiene que ir concluyendo, por favor.

El Sr. **FERNÁNDEZ MARTÍN**: Sí, señora Presidente. Estoy a punto de terminar. Digo yo que, por tanto, tenemos un problema importante en cuanto al nivel asistencial, porque si con noventa y tantos millones de euros tenemos que mejorar la asistencia sanitaria -y hace falta mejorar mucho en el Capítulo Primero, etcétera-, va a ser difícil, porque eso son 15.000 millones de pesetas, y en un presupuesto que pasa del billón de pesetas -hablando en pesetas para que tengamos idea del valor-, realmente, es una cifra muy importante; son 7.000 millones de euros de los cuales destinamos a mejora asistencial 90 millones de euros, los otros van exactamente dirigidos al incremento del canon. El incremento del canon es de un 4,8 por ciento este año, que está muy lejos del incremento de los hospitales tradicionales, y no

vamos a decir lo que crece Valdemoro o lo que crece la Fundación Jiménez Díaz porque es de rubor. La Fundación Jiménez Díaz crece el 7 por ciento largo, y Valdemoro crece el 27 por ciento; por tanto, parece que la justicia en cuanto al reparto presupuestario, es, cuando menos, poco ejemplar. Muchísimas gracias.

La Sra. **PRESIDENTA**: Gracias, señoría. Tiene la palabra el representante del Grupo Parlamentario Popular, el señor Rodríguez.

El Sr. **RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ**: Muchas gracias, señora Presidenta. Muchas gracias, don Ignacio, por comparecer ante esta Comisión y permitirme disponer de su tiempo, que supongo que también será valioso. Para nosotros es importante conocer su opinión.

En primer lugar, lo que me sorprende es que le hayan dicho que usted viene aquí como representante de los ciudadanos como si los que estuviéramos sentados en estos bancos fuéramos representantes de los animales. Probablemente, algunos representan poco a los ciudadanos, como se demuestra día a día ya que, cada vez que hay un Pleno, los representan tan mal que tienen que traer masas como invitados para que organicen jaleos para que reivindicquen aquello que ellos no saben defender.

Se nos acusa de que hay falta de transparencia. Bueno, están reconociendo su falta de trabajo; es decir, creo que cualquier diputado tiene derecho a pedir información, a preguntar, a tener iniciativas. Si no tiene la información, si no hace preguntas o no hace iniciativas, creo que cumple mal con su función. Por tanto, que cada uno aquí se aplique su ración y vaya tomando nota de lo que hace y no hace, porque también los ciudadanos lo deben conocer.

Usted ha hecho algunas descripciones de algunas cosas en las que lleva razón y otras en las que no la lleva, o creo yo que no la lleva, y por tanto se las voy a plantear. Usted ha defendido y defiende un modelo público de gestión, es decir, lo que viene a llamarse público-público. Bueno, pues con ese sistema de gestión -si no está de acuerdo con estos datos se los puedo mostrar-, en la Comunidad de Madrid -no estoy hablando de la Leicester ni de

ningún otro sitio- se produjeron cierres de 3.000 camas hospitalarias, y me gustaría saber qué medidas tomó su movimiento para que no se cerraran esas camas, si se opusieron al cierre de hospitales públicos. Se produjo un despido masivo de personal; el empleo en precario afectaba a más del 50 por ciento de los trabajadores, con lo cual no tenían derecho a cobrar incentivos; se produjo una reducción del gasto anual del 20 por ciento, que obligó a que cuando perdieron las elecciones y se gobernó la Comunidad de otra forma hubiera que aportar un billón de pesetas para tapar el agujero que se había creado en los hospitales, y había una lista de espera de más de 285 días. Por lo tanto, había un grado de insatisfacción de toda la sociedad; eso es lo que había con el sistema público-público.

De ese sistema público-público que usted define, le voy a explicar cosas que no eran tan públicas. Por ejemplo, dos hospitales, el Severo Ochoa y el de Getafe tenían desde el primer día de su apertura externalizado, o privatizado, -como usted quiera denominarlo, me da exactamente igual- la electromedicina, el mantenimiento de las instalaciones, la cafetería, la seguridad, la limpieza, la jardinería, el transporte externo, la alimentación y la lavandería. ¿Usted cree que cuando un ciudadano está en el hospital le preguntan si la comida es buena o mala, o le preguntan si la comida se la da una empresa de "catering", que gana dinero, o si se lo hacen las cocinas públicas? Es la primera pregunta que usted me tiene que contestar; es decir, el ciudadano se quejará si la comida es buena o mala, pero no preguntará quién se la ha hecho. Entre otras cosas, a quien hará la protesta será a la gerencia del hospital diciendo: la comida está en muy malas condiciones, no me gusta. Estoy convencido de que el ciudadano no sabe quien le ha hecho esa comida; ésa es la realidad, y eso se puede transportar a otras áreas. Si esos modelos que usted defiende permiten que esas cosas estén externalizadas, dígame qué cosas hay externalizadas en los nuevos hospitales que no sean ésas que yo le cito; es decir, tiene externalizado exactamente lo mismo. Por tanto, hay que reconocer que al menos en esa parte del discurso usted lleva razón parcialmente. Yo acepto su postura, como no puede ser de otra forma.

Yo comprendo que a usted no le gusten las fundaciones y tampoco las empresas públicas, pero las fundaciones y las empresas públicas son sistemas de gestión de los hospitales, que están

reconocidas por ley y que existen en todas las Comunidades Autónomas, no sólo en la de Madrid. Pero, aun así, que existan en todos los sitios no quiere decir que tengan que aceptarlo.

A usted no le gusta el sistema de gestión mixta PFI. El sistema PFI no es un sistema de gestión mixta, es un sistema de gestión, de financiación de la construcción del hospital, que una parte se paga ofertándole unos servicios y otra parte se paga con dinero; eso va incluido en un canon. Este sistema, efectivamente, se empezó a producir en el Reino Unido, y eso de que se ha abandonado no sé quién se lo ha contado a usted; las personas que le han invitado le podrían haber informado de que no hace muchos días compareció ante esta Comisión el Director General de Infraestructuras Sanitarias del Sistema Nacional de Salud del Reino Unido y nos dijo que en este momento, en el momento actual, tienen 105 proyectos de construcción de centros sanitarios, hospitales y centros de salud, por el sistema PFI; por lo tanto, no parece que lo hayan retirado. Nos lo dijo el Director General de Infraestructuras del Sistema Nacional de Salud, que lleva varios años como Director General, con gobiernos que no son de Thatcher ni de Major porque antes estuvo Blair y ahora está Gordon Brown. Por lo tanto, no parece que el sistema vaya tan mal. Incluso hay algunos países, como Canadá, donde por ley es obligatorio que todos los proyectos de infraestructuras, sean sanitarias o no, que sean mayores de 20 millones de dólares hay que hacerlos por el sistema PFI. Algo tendrá el sistema, porque el sistema PFI lo único que hace es financiar la infraestructura, no se encargan de la gestión sanitaria de ninguna índole. Otra cosa distinta es la forma en que se financia esa obra.

Todas las personas que han comparecido aquí -y si algunos miembros de esta Comisión vinieran todos los días y no solamente los días que les interesan lo sabrían- han dicho que los hospitales que se han hecho son de titularidad pública, son de la Comunidad de Madrid y ninguna de las empresas concesionarias los puede vender ni los puede alquilar porque para eso sería preciso hacer un proceso de desafectación ante el patrimonio de la Comunidad de Madrid; también está reflejado en las actas de sesiones y cualquiera de ustedes lo puede verificar, pero si no lo verifican, no me extraña que digan que no hay transferencia, pero está escrito, aunque como

lo que se dice parece que a algunos no les gusta, hay que decirlo.

Ha hecho usted referencia a algo que es totalmente incierto sobre lo que usted llama privatización, que solamente es una concesión de un servicio porque no se privatiza nada. Dice: solamente cogen aquello que es rentable y lo no rentable lo mandan al sector público. Eso no es verdad. Cuando a alguna empresa -y existe en Alzira- se le asigna una zona, se le hace un precio capitativo, y el ciudadano, libremente, puede solicitar su asistencia en ese hospital o en cualquier otro de la red pública, pero con un matiz: si el ciudadano decide ir a un hospital de la red pública, el hospital concesionario tiene que pagar el cien por cien del proceso al Servicio Regional de Salud correspondiente; y si un ciudadano de la red pública decide ir al hospital privado, como usted lo llama, o al hospital concesionario, el hospital cobra el 80 por ciento del servicio que presta. Por lo tanto, eso de que la compañía no atiende aquellos procesos que son más gravosos es mentira, porque, si no los atiende y van a otro hospital, los va a tener que pagar, y de hecho los paga. Eso es así. Con lo cual, esa filosofía o esa argumentación de que lo que se intenta es derivar dinero del sector público al sector privado es una falacia. Yo entiendo que no es así.

Ha dicho usted que con la centralización del laboratorio no se gana en tiempo porque algunas muestras tendrán que recorrer 50 kilómetros. Efectivamente, pero tan pronto como obtengan el resultado, lo tienen ellos porque lo reciben vía internet. ¿Me quiere usted decir que en este momento, cuando en cualquier municipio de la Comunidad de Madrid se toman las muestras y se traen a Madrid, no recorren los 50 kilómetros? Recorren 50 kilómetros de ida y 50 kilómetros de vuelta porque hay que llevarles el resultado. Por lo tanto, fíjese si hemos ahorrado tiempo. Son hechos que ocurren.

A mí me gustaría que usted, como representante de las asociaciones de vecinos, nos hubiera traído hoy una encuesta sobre si en aquellos sitios donde se ha abierto un hospital los vecinos están más contentos con tenerlo o si, por el contrario, están disgustados. También ése es un hecho real.

Me parece bien que haya que escuchar a todo el mundo; hay que escuchar a todo el mundo porque hay que tomar decisiones, pero, ¡claro!,

escuchar a todo el mundo no quiere decir que haya que hacer lo que ellos digan. Le voy a poner un ejemplo producido en esta Comisión. El otro día compareció un representante de una asociación civil, por lo tanto, representante de los ciudadanos como lo es usted, y nos decía que en el área de Alcalá de Henares ellos reclamaban que se montara en el hospital de Alcalá de Henares un servicio de neurocirugía porque lo echaban en falta en su hospital. Unos momentos más tarde de ese mismo día, compareció el señor Pérez Gil, que había sido durante muchos años Gerente del hospital Ramón y Cajal. El señor Pérez Gil decía que alguna decisión tendríamos que tomar en Madrid porque en Madrid sobran servicios de neurocirugía. ¿A quién hacemos caso? ¿A un gestor que ha dirigido ya un hospital y que dice que sobran servicios de neurocirugía porque los pacientes que hay son los que hay y no aumentan o, por el contrario, hay que hacer caso a la sensibilidad de un grupo de ciudadanos que reclaman un servicio de neurocirugía, en su pleno derecho? Por tanto, entre esas dos posturas, que están bastante alejadas, habrá que situarse en el centro y habrá que tomar una resolución.

Quisiera que usted tuviera en cuenta esas cosas y sobre todo, vuelvo a insistir, no diga que el sistema PFI ha fracasado porque ya le digo que en este momento en el Reino Unido hay 105 proyectos en marcha; 105 en el sitio donde empezó y que parece que no les va tan mal.

Se ha hablado mucho de la Fundación Jiménez Díaz. Yo llevo aquí muchos años y he recibido aquí al representante de Comisiones Obreras, he recibido aquí iniciativas -y están en los diarios de sesiones- de Izquierda Unida diciendo que, por favor, se reflotara la Fundación Jiménez Díaz. ¿En qué quedamos? ¿Nos gusta o no nos gusta? Cuando teníamos la oportunidad de haberla estrangulado y se hubiera acabado, ya no existiría. Parece ser que a los que ahora les parece mal que funcione, en su día trajeron a esta Asamblea una iniciativa para que se invirtiera dinero y aquello se reflotara. No sé si nos equivocamos o no, pero en cualquier caso era una iniciativa de Izquierda Unida, no era una iniciativa nuestra.

¿Cuál es el problema que se ha planteado con el área única? Yo no sé si se terminará aplicando el área única o no, pero yo he hecho muchos

programas electorales del partido y la primera vez que concurrí a las elecciones en esta Comunidad era el año 1987, cuando nuestro programa electoral decía que nosotros defendíamos un modelo de sanidad pública eficaz, eficiente y en libertad. Decíamos en libertad porque creíamos que el ciudadano tendría que elegir y, dadas las características territoriales de nuestra Comunidad Autónoma, ya en el año 1987 proponíamos que hubiera un área única en todo Madrid, para que el ciudadano pudiera ir al hospital que quisiera. De hecho, ocurre; es decir, aproximadamente un 20 por ciento de ciudadanos, entre un 15 y un 20 por ciento, cambian de área a la hora de ser atendidos, sin que eso produzca distorsiones en el sistema. Hay ciudadanos a los que les corresponde un hospital y se van a otro por las razones que sea, muchas veces son razones de proximidad, porque su familia está en otro hospital y a ellos les resulta más cómodo, y eso es legítimo; tienen la posibilidad de elegir. Con un área única podrían elegir. Por tanto, ya le digo que desde el año 1987, en la Comunidad de Madrid nosotros lo estamos diciendo; no hemos engañado a nadie y los ciudadanos nos han seguido dando su confianza.

Quiero hacer una matización. Hablando de Madrid, no es verdad que el Partido Socialista haya ganado las elecciones en la Comunidad de Madrid hasta el año 1995. En el año 1991 también perdió las elecciones, cosa distinta es que no gobernáramos, pero en el año 1991 perdieron las elecciones; es decir, los socialistas en la Comunidad de Madrid sacaron mayoría absoluta en 1983, mayoría simple en 1987 y perdieron las elecciones en 1991, y si la culpa era de la sanidad, eso fue utilizando el sistema de gestión que usted defiende. No sé si eso es un indicativo o no. ¡Hombre!, yo supongo que perdería por algo más que por la asistencia sanitaria, pero eso es una realidad. Por lo tanto, si nosotros hubiéramos persistido en el mismo sistema, hubiéramos persistido en un error.

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

El Sr. **RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ**: Un minutito, señora Presidenta. Nos dice: las transferencias fueron mal hechas y resulta que hay poco dinero. ¡Bueno, se tienen que aclarar! Porque,

ayer, oí decir al portavoz socialista que hay 2.300.000 habitantes de la Comunidad de Madrid que no utilizan los servicios públicos, que van a servicios privados, en cuyo caso tendríamos aquí una sobrefinanciación muy alta. Una de dos: o eso es mentira o es mentira lo de la infradotación.

Usted mismo ha dicho, y no es así, que al hospital de Valdemoro se le paga 300 euros per cápita por la asistencia hospitalaria. No, se les paga 385 euros per cápita. Indudablemente, bastante menos que lo que costaría en cualquier otro hospital. Bien es verdad que no se puede comparar el mismo proceso cuando es realizado en un hospital como La Paz o el Ramón y Cajal porque tiene que ser más caro porque tiene otra tecnología, porque atiende otras cosas. Por tanto, eso es muy difícil de comparar, y no estoy poniéndome en contra.

Quiero decir que éste no es un discurso fácil; no se preocupe usted porque no se está privatizando nada, porque no se puede privatizar la sanidad. Se utilizarán formas de gestión que se refieran al sistema privado, porque es más operativo. Mire usted, con el sistema que usted defiende, si en un hospital se estropeara un quirófano, habría que esperar un año para volver a ponerlo en marcha. Primero habría que dotarlo presupuestariamente porque si no estaba prevista la reparación no se podría comprar otro; hay que hacer los concursos públicos y eso llevaría aproximadamente un año, mientras que con el sistema de gestión privada el hospital seguiría tan público como los demás pero tendría más capacidad, más flexibilidad de maniobra para poder decidir y arreglar aquello que en ese momento se necesita. Lo único que está externalizado en este momento en los hospitales es aquello que ya estaba siendo externalizado en todos los hospitales de la Comunidad de Madrid: el Gregorio Marañón, el Príncipe de Asturias, el Ramón y Cajal, La Paz, el Clínico, el Severo Ochoa, el de Getafe, el Doce de Octubre, el que usted quiera. Todos estos hospitales tienen externalizados exactamente los mismos servicios que los nuevos hospitales; la asistencia sanitaria sigue siendo pública y prestada por personal público. Si no, pregunte quién nombra al gerente de los nuevos hospitales y si cuando han comparecido aquí lo han hecho como funcionarios públicos o como gerentes de una empresa privada. Nada más. Muchas gracias.

La Sra. **PRESIDENTA**: Muchas gracias, señoría. Para finalizar, tiene la palabra el compareciente por tiempo de diez minutos.

El Sr. **PRESIDENTE DE LA FEDERACIÓN REGIONAL DE ASOCIACIONES DE VECINOS** (Murgui Parra): Gracias. Creo que en diez minutos no voy a tener tiempo de contestar a todas las cuestiones que se me han planteado.

Decía Borges que vemos en los demás lo que proyectamos sobre ellos. Yo creo que el representante del Grupo Popular ve en la postura que defiende la Federación Regional de Asociaciones de Vecinos la concepción que él mismo tiene de lo público, no la concepción que defendemos desde la Federación Regional de Asociaciones de Vecinos, que no es la concepción que ha tenido en el pasado la Comunidad de Madrid con las externalizaciones o privatizaciones de determinados servicios. Al igual que en otras cuestiones, por razones de tiempo, incluso, si quieren, de inexperiencia en este tipo de espacios, he podido ser poco preciso, pero en esto sí que he sido claro y muy preciso: nosotros estamos por un sistema de gestión pública directa, no estamos por un sistema de gestión que externalice determinadas funciones.

También para aclarar algo que decía al principio y para que nos situemos donde nos corresponde, yo, desde luego, no me atribuyo la representación de los ciudadanos; la representación de los ciudadanos la tienen ustedes, que son a los que han votado los ciudadanos. Yo represento a los ciudadanos que están organizados en la Federación Regional de Asociaciones de Vecinos, ni a uno solo más. En esa organización, también tengo que decirlo, hay tanto gente que no pertenecemos a ningún partido político como gente que pertenece al Partido Popular, a Izquierda Unida o al Partido Socialista. No obstante, cuando defendemos una posición y expresamos unas inquietudes lo hacemos, y eso se lo puedo asegurar, siendo bastante fieles a las inquietudes que tienen nuestros asociados porque la estructura que tenemos así nos lo permite y exige. Por eso le digo que cuando en otros momentos la gestión de la sanidad pública ha llevado a la externalización de determinados servicios, al cierre de hospitales o al cierre de camas, este movimiento se ha puesto frente a esas medidas, se ha movilizado y lo lleva haciendo así durante más de cuarenta

años. Usted lo niega, pero tengo pruebas que así lo atestiguan. De hecho, en cuanto a si es consecuencia de un modelo público o de un modelo privado, no creo que sea la cuestión.

Para empezar, de todas las cuestiones que se han planteado, me gustaría centrarme en la atención primaria. A nuestro entender, es uno de los elementos que está sufriendo de una manera más dura el despliegue de este modelo de gestión en lo que se refiere a poca dotación de presupuesto. Como entiendo que aquí los datos se manejan perfectamente, y volver a decirlos sería redundante e iría en detrimento de mis diez minutos, me centraré en la consecuencia de esta escasez de recursos económicos, que hace que los centros de atención primaria estén desbordados, y esto se demuestra con la existencia de listas de espera hasta para los médicos de cabecera. Las ratios que recomiendan las sociedades científicas son de un médico por cada 1.200 habitantes, mientras que la media de España es de un médico por cada 1.461 habitantes y la media de la Comunidad de Madrid es de un médico por cada 1.708 habitantes. Esta ratio supone que las agendas de los médicos estén cargadas, tienen una gran presión asistencial y la media de pacientes que ve un médico de la Comunidad de Madrid es de 39, mientras que lo que recomiendan las sociedades científicas es que no exceda de 30. Lo mismo sucede con los pediatras, que atienden a una media de 27 niños cuando lo recomendado, debido a la casuística que tratan, es ver menos de 20. ¿En qué se traduce esto? En que el tiempo de atención por paciente sea de 6,9 minutos en el caso del médico de cabecera y de 9,4 en el caso de los pediatras, cuando las sociedades científicas recomiendan unos 15 minutos. Esto es como la comida, que lo importantes es que esté buena o esté mala; el paciente, obviamente, no pregunta quién le va a atender ni en qué régimen, sin embargo, sí que se produce o sí que nosotros vemos una relación entre la lógica que gobierna o que preside la prestación de esos servicios y la calidad de los mismos. Es decir, entendemos que en determinados campos, cuando lo que se introduce y se impone de alguna manera es la lógica del mercado, para algunos aspectos puede estar muy bien, pero entendemos que cuando se trata de un servicio fundamental, como éste, puede ir en detrimento de la calidad del servicio.

Nosotros entendemos que si la Comunidad de Madrid dotara a los centros de atención primaria

de mayores infraestructuras técnicas que les permitieran adquirir mayores responsabilidades y de más profesionales disminuirían a su vez las derivaciones a los especialistas y a los servicios de urgencia, lo que supondría para el paciente menos tiempo para ser diagnosticado, no tendría que pedir nuevas citas y se evitarían desplazamientos de un sitio a otro. Es decir, potenciar la atención primaria ahorraría recursos al conjunto del sistema. Nosotros entendemos que la atención primaria, porque es la que utiliza el 80 por ciento de la población, debe potenciarse como puerta de entrada al sistema sanitario, y es precisamente lo que entendemos que no se está haciendo.

Esta potenciación de la atención primaria pasaría por aumentar el gasto público sanitario hasta alcanzar, al menos, la media del Estado, del resto de España, incrementando progresivamente los recursos de atención primaria hasta alcanzar el 20 por ciento del presupuesto sanitario anual, y establecer el carácter finalista de la financiación como medio para asegurar que los fondos se destinan a sanidad. Con relación a lo que decía sobre si había suficiente dinero para la sanidad, nosotros entendemos que no, que hay una escasez de recursos. También hay que señalar que en la Comunidad de Madrid está establecido el céntimo sanitario sobre los carburantes y que recibió 1.400 millones de euros de apoyo de la II Conferencia de Presidentes, pero ambas partidas no se han dedicado a la sanidad.

Creemos que hay que completar la red de atención primaria hasta garantizar la cobertura del cien por cien de la población, con especial atención -lo digo con relación a la pregunta que se nos hacía desde el Grupo Parlamentario Izquierda Unida- a los nuevos desarrollos urbanos, sin olvidar los cambios demográficos en la región. Desde nuestro punto de vista sería necesario un centro de salud por cada 25.000 habitantes, un médico de familia por cada 1.200 habitantes y un pediatra por cada 1.000 habitantes menores de 14 años, garantizando la atención pediátrica a todas las localidades de la Comunidad de Madrid.

En lo que se refiere a las urgencias de los nuevos hospitales, voy a poner un ejemplo que nos llegaba del hospital de Alcalá de Henares en el que han denunciado... Nosotros no podemos traer una encuesta porque entendemos que ese tipo de

valoraciones, ese tipo de evaluaciones más rigurosas, estarán en la Memoria de 2008, y esperamos tener conocimiento de ella. Lo que nosotros sí hacemos, dentro de nuestras posibilidades, es ir recogiendo denuncias, y la casuística siempre es alta, pero quería hacer mención, en lo que se refiere a la insuficiencia de médicos, a un caso que ha saltado a la luz hace poco, que es el de los ginecólogos del hospital de Alcala de Henares, que han denunciado que sólo queda un facultativo de guardia para atender las urgencias, el paritorio, el quirófano y al personal hospitalizado, y dicen que es debido a que la gran mayoría de los profesionales se dedican a paliar las listas de espera de consulta que es lo políticamente publicitario. En este mismo hospital denuncian que la espera de la cita para el oftalmólogo es de once meses y para el urólogo, de nueve meses.

En cuanto a la ratio de camas de estos nuevos hospitales, si los vecinos están contentos o no con la creación de los nuevos, está por debajo de la media regional, ya de por sí baja, como hemos visto, y los servicios de urgencias carecen de los medios facultativos necesarios para tratar al menos 18 patologías que son habituales, como el politraumatismo, infartos agudos, ictus, etcétera. Algunos de ellos carecen de medios de diagnóstico de urgencias tan vitales como un TAC o una eco de radiología vascular, que son técnicas usadas para detectar trombos y hemorragias, por lo cual los pacientes tienen que ser derivados a los hospitales de referencia, y digo esto en referencia, valga la redundancia, a lo que se decía de si un tipo de atención se deriva o no a un tipo de hospitales.

Quería hacer referencia también a la transparencia y a los mecanismos de participación. En lo que se refiere a estos mecanismos de control y de participación, nosotros, junto a otras organizaciones sociales, venimos denunciando que sistemáticamente se están incumpliendo las obligaciones jurídicas sobre participación social en la Comunidad de Madrid, concretamente los artículos 49 de la Ley de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid y 5.1 y 5.3 de la Ley General de Sanidad, y que los órganos de participación existentes no se convocan; existen, pero no se convocan. No existe ningún órgano de participación social en la Comunidad de Madrid ni voluntad política de que lo haya, y esto, sin duda, es un síntoma o está acompañado y ligado a la falta de transparencia

en la gestión sanitaria. Nosotros entendemos que para mejorar esta transparencia y esta participación democrática deberían articularse mecanismos para regular y fomentar la participación de profesionales sanitarios, ciudadanos, organizaciones sociales y sindicales en el control y funcionamiento del servicio sanitario público, poniendo en funcionamiento de manera inmediata el nuevo consejo de salud de la Comunidad de Madrid, desarrollando los consejos de salud de las áreas y los consejos de las zonas básicas de salud. Es decir, que sí habría espacios y elementos que están regulados que se podrían poner en marcha, y entendemos que se deben poner en marcha.

Entiendo que hay más cuestiones que se han planteado que sería interesante contestar, sobre todo lo que se refiere a esas informaciones, que no terminamos de conocer con rigor, como la aplicación del área única, la aplicación del copago o la libre elección de médico. También habría otras medidas como las entidades de base asociativa y los centros funcionales dependientes de los hospitales, etcétera. Entendemos que tanto lo de la aplicación del área única como lo del copago es incompatible con lo que entendemos que debe ser un acceso igualitario y universal al sistema sanitario. Entendemos que los ciudadanos ya aportamos, a través del Impuesto sobre la Renta, lo que tenemos que aportar y que ése es el mecanismo solidario e igualitario que permite recaudar los recursos necesarios para el mantenimiento de la sanidad pública y de otros servicios públicos.

En lo que se refiere al área única, creemos que, en términos de planificación sanitaria, va a dificultar aun más la realización de esta labor, y sí creemos que es importante que se mantengan referencias territoriales más manejables y gestionables en términos de participación ciudadana.

Respecto al copago, creemos que se desliza la financiación de la atención sanitaria del contribuyente hacia los enfermos -por eso insistíamos en lo del IRPF-, lo cual no nos parece justo ni razonable ya que, sobre todo, tendrían una mayor carga los enfermos crónicos y los pensionistas, que son precisamente uno de los sectores más castigados económicamente.

La recaudación en el momento del uso pretende que pague más el que más consume, olvidando que el 5 por ciento de la población

consume el 50 por ciento de los recursos sanitarios y que el 1 por ciento acumula el 55 por ciento del gasto hospitalario y que, dado el coste de estos servicios y la utilización de sofisticadas tecnologías, la mayoría de la población enferma no podría hacer frente a los gastos que genera, salvo raras excepciones, si no existiese el esfuerzo conjunto de la sociedad.

Si la finalidad del copago fuera moderar el consumo, tendríamos que plantearnos qué consumo pretendemos moderar, el superfluo o el necesario. Medidas como las expuestas actúan indiscriminadamente en este sentido. Es dudoso que la gente con más recursos, que las clases más altas o medias altas renuncien a las prestaciones que crean necesarias; acudirán a las sociedades privadas ante la dificultad en el acceso o, si la cuantía del copago no es excesiva, al propio sistema público. Pero en las clases bajas sí va a incidir tanto en el consumo considerado necesario como en el superfluo. Un estudio realizado sobre datos recogidos entre 1988 y 1998 en Estados Unidos e Irlanda sobre el efecto disuasorio del copago en el uso de las urgencias demostraba que no sólo se producía una disminución de las visitas inadecuadas sino también en las adecuadas, con la consiguiente demora de la atención en los casos graves. En el caso de la odontología, que es un servicio básicamente privatizado, el número de las personas que acuden al dentista disminuyen a medida que descendemos en la escala social, agudizándose el problema en los sectores más bajos y en los últimos años debido al encarecimiento de estos servicios.

Nosotros, como decía, entendemos que si la finalidad es que la aportación sea lo más solidaria posible, para eso está el Impuesto sobre la Renta. El sistema tributario posee suficientes mecanismos para realizar una tarea discriminatoria con mayores garantías sobre toda la población y no únicamente sobre la población enferma, y permite realizar mucho mejor una redistribución de renta mediante el proceso de asignación de lo recaudado. Establecer impuestos progresivos en la cantidad precisa para garantizar las prestaciones con carácter universal evita aumentar gastos administrativos y burocracia y el riesgo de acabar con una medicina para ricos y una medicina para pobres, que es lo que resume el temor o la inquietud que nos suscita el despliegue del actual modelo, que entendemos que sí supone una

privatización progresiva del sistema sanitario público en la Comunidad de Madrid.

La Sra. **PRESIDENTA**: Le ruego que vaya concluyendo.

El Sr. **PRESIDENTE DE LA FEDERACIÓN REGIONAL DE ASOCIACIONES DE VECINOS** (Murgui Parra): Termino, señora Presidenta. En lo que se refiere a si hemos tenido alguna posibilidad de participación, evidentemente no. Tanto en esto como también en las medidas previstas, entendemos que no hemos tenido canales de participación. Consideramos que éste es un canal de participación, agradecemos que se haya puesto en marcha y nos parece muy positivo, pero hasta el momento no habíamos tenido canal alguno de participación, incluso la información no llega, como se ha dicho -no sé en el caso de los diputados si tendrán esa posibilidad-, no la hemos tenido. Por tanto, agradeceríamos que en lo sucesivo se articularán esos mecanismos porque para nosotros es importante que toda la información sobre el área única u otros temas se nos fuera facilitando.

Respecto a la libre elección de médico, habría mucho que decir, porque en principio parece que estás atentando contra una libertad esencial de los ciudadanos, pero en realidad nosotros creemos que esto conlleva unas dificultades que, desde luego, hay que estudiar y, desde luego, tomarlo a la ligera, lo que puede resultar una libertad ciudadana, una ventaja, se puede convertir en una dificultad más añadida a la planificación. Claro que el mercado no precisa de planificación, el mercado precisa de competencia y flexibilidad, que entendemos que es perjudicial cuando se trata de gestionar el acceso a un derecho fundamental. Por tanto, entendemos que, una vez más, el modelo demuestra, según va implementando medidas que dificultan la planificación, que responde a una intención de privatizar el servicio público y la lógica que preside la prestación del servicio público; es decir, quiere introducir un criterio de mercado en la gestión y administración de un servicio público. Entendemos que es una opción, pero no es la que desde el movimiento ciudadano hemos defendido históricamente, independientemente de quién lo aplique o del partido que gestione o esté en la Administración. Muchas gracias.

La Sra. **PRESIDENTA**: Muchas gracias, don Ignacio, por haber comparecido ante esta Comisión. Concluimos esta primera comparecencia y hacemos un breve receso.

(Se suspende la sesión a las once horas y un minuto)

(Se reanuda la sesión a las once horas y treinta y dos minutos)

La Sra. **PRESIDENTA**: Señorías, continuamos la sesión con el segundo punto del orden del día.

C 508/08 RGEF. 8225, Comparecencia del Sr. D. Manuel Rodríguez, Secretario General de la Federación de Sanidad - CC.OO., a petición del Grupo Parlamentario Socialista, al objeto de informar sobre los diferentes sistemas de gestión de servicios sanitarios públicos. (Por vía del artículo 211 del Reglamento de la Asamblea).

En primer lugar, tiene la palabra el señor Rodríguez por tiempo de quince minutos, a continuación, intervendrán los representantes políticos.

El Sr. **SECRETARIO GENERAL DE LA FEDERACIÓN DE SANIDAD DE COMISIONES OBRERAS** (Rodríguez Núñez): Gracias, señora Presidenta. Señorías, en primer lugar, quiero agradecer esta invitación para comparecer ante la Comisión de Estudio del funcionamiento de los diferentes sistemas de gestión de los servicios sanitarios públicos de la Asamblea de Madrid.

Con relación a la pregunta del Grupo Parlamentario Popular sobre mi opinión acerca de los diferentes sistemas de gestión en la prestación de servicios públicos sanitarios en el Sistema Nacional de la Salud, quiero hacer dos diferenciaciones muy claras: una, respecto a las formas que recoge el punto uno, del artículo 1, de la Ley 15/97, de 25 de abril, sobre habilitación de nuevas formas de gestión en el Sistema Nacional de la Salud, y otra sobre el punto segundo del mencionado artículo único.

El punto uno señala que la gestión y la administración de los centros sanitarios podrá llevarse a cabo, directa o indirectamente, a través de la constitución de cualquier entidad de naturaleza o titularidad pública admitida en derecho. Las entidades creadas bajo esta fórmula en el ámbito de la Comunidad de Madrid, y me atrevería a decir que en el conjunto del Estado español, no han aportado mejoras sustanciales en la gestión sanitaria de los centros donde se han aplicado ni, que nosotros conozcamos, han aportado herramientas de gestión económica que hayan producido una mejor gestión de los recursos económicos. Además, esta forma de gestión ha convertido a estos centros sanitarios en islas dentro de los distintos servicios de salud, sin conexión con otros centros sanitarios de gestión tradicional, incluso sin ningún nexo de unión entre centros con formas de gestión similares. Además, estas fórmulas de gestión han producido una fragmentación de la negociación colectiva de los profesionales, lo que ha provocado la aparición de espacios de negociación y condiciones laborales distintas a las del resto de empleados públicos de los servicios sanitarios, e imposibilitan la movilidad y la promoción profesional en el propio Sistema Nacional de Salud.

Los centros creados en base al punto segundo del artículo único de la Ley 15/97 son una mera excusa para la privatización de la prestación y de la gestión sanitaria. Así, podemos constatar cómo en la Comunidad de Madrid los hospitales de Valdemoro y la Fundación Jiménez Díaz han sido entregados a la empresa Capiro, a la que se le entrega el negocio y los clientes, limitándose la Administración sanitaria a su financiación. Debo concluir, pues, que la aplicación de nuevas formas de gestión no ha supuesto una mejora de las mismas en el Sistema Nacional de Salud respecto a los modelos tradicionales y, en algunos casos, se han utilizado para privatizar la gestión y la prestación de los servicios sanitarios.

Respecto a las diferentes cuestiones propuestas por el señor Fernández Martín, diputado del Grupo Parlamentario Socialista, las voy a intentar contestar de forma conjunta. Respecto a la atención primaria, quiero señalar que, a pesar de que la Comunidad de Madrid dispone de un servicio de atención primaria extraordinario, no es menos cierto que el aumento de la población de la Comunidad de Madrid y la insuficiente inversión realizada en los

últimos años ha producido una saturación del servicio que se ha traducido en la aparición de listas de espera para la cita previa que en algunos casos superan ya los siete días, al igual que un incremento en los tiempos de espera en los propios centros sanitarios. En mi opinión, en este nivel asistencial es imprescindible adoptar las siguientes medidas: adecuar los recursos humanos de la atención primaria y la organización de las consultas para que no exista demora en la cita previa; incrementar el número de enfermeros que cada vez se aleja más de la ratio tradicional de atención primaria de un enfermero por médico para poder realizar lo que se supone que es el trabajo fundamental de esta profesión: educación para la salud, cuidados integrales y el trabajo comunitario. Es necesario retomar y potenciar la orientación de la atención primaria hacia la educación para la salud y la prevención fomentando el desarrollo de actividades comunitarias. Mejorar, también, la coordinación de atención primaria y especializada con la implantación del sistema informático y una historia clínica común a los dos niveles, potenciando todas aquellas medidas que favorezcan la continuidad asistencial; posibilitar una mayor accesibilidad por parte de los médicos de primaria a las pruebas diagnósticas; potenciar los servicios de urgencia de atención primaria; adecuar las carteras de servicios a las necesidades reales de salud de la población e implantar sistemas de medición y evaluación de resultados en términos de salud; incrementar y coordinar los recursos sociosanitarios y, finalmente, impulsar la vida democrática y participativa en atención primaria en sus relaciones con las jefaturas, con el conjunto de la organización y, fundamentalmente, con la ciudadanía.

En el momento actual la relación entre la atención primaria y la atención especializada es prácticamente inexistente a nivel general, y cuando dicha relación se produce es porque, a título personal, los profesionales, médicos de familia, facultativos y especialistas de área, mantienen una relación profesional originada en el ámbito personal. No sería justo obviar algunos intentos que se han producido fundamentalmente en el servicio de endocrinología del hospital Clínico y sus centros de referencia en el área 7. La falta de implantación de un sistema informático común que facilite la transmisión de información entre ambos niveles asistenciales y, en general, la descoordinación existente, acarrea

multitud de problemas que influyen de forma negativa en la actividad del médico de familia y en la calidad asistencial percibida y real del paciente como, por ejemplo, en la demora en la atención por el especialista, la demora y duplicidad de pruebas diagnósticas, inexistencia de bidireccionalidad de la información respecto a la evolución y seguimiento de los procesos. En muchos casos los pacientes son derivados por el especialista a otros especialistas duplicando todos los inconvenientes mencionados cuando posiblemente los problemas pudieran ser resueltos en una o dos consultas. Es obvio, pues, que la mejora en la relación entre atención primaria y especializada viene dada, entre otras cosas, por la implantación de un sistema informático común a ambos niveles que posibilite el acceso a una historia clínica compartida, y la información y comunicación entre los diferentes profesionales implicados en el seguimiento del proceso del paciente.

El modelo de atención primaria que actualmente tenemos en España no parece haber encontrado alternativa que mejore sus resultados, y no hay evidencia que demuestre que los modelos de gestión privada en la atención primaria son más eficientes que los públicos. Algunos de estos estudios que se han realizado en Cataluña por la fundación Avedis Donabedian en el año 2002, tal como señalaban sus autores, decían que para buena parte de los indicadores obtenidos no se observan en la muestra diferencias estadísticamente significativas entre los tres grupos de provisión definidos, como eran el Instituto Catalán de la Salud y las entidades básicas asociativas; sin embargo, sí se constataba que los públicos del Instituto Catalán de la Salud tenían mejores resultados en programas de atención primaria, trabajo multidisciplinar y visitas domiciliarias, tanto de enfermería como de medicina a pacientes incluidos en los programas de atención domiciliaria. El estudio también constata la asignación del doble de población por enfermera en las entidades básicas asociativas respecto a los públicos del Instituto Catalán de la Salud, lo que implica, con seguridad, una reducción de la calidad de los cuidados y un aumento de los riesgos para los pacientes.

Respecto a la relación que tiene que existir entre la atención primaria y la especializada, en la Comunidad valenciana existen multitud de documentos de las asociaciones científicas y profesionales y de las organizaciones sindicales que

denuncian la paradójica descoordinación de la atención primaria y la atención especializada en las gerencias únicas: falta de información sobre las demoras de las consultas de especialidades, devolución por parte de los especialistas de partes de interconsulta sin cumplimentar, no prescripción de la primera receta del tratamiento de especialistas, etcétera.

En cuanto a la atención especializada, he de señalar que la Comunidad de Madrid tiene un déficit importante de camas hospitalarias, por lo que es necesario incrementar su número y también mejorar su gestión para conseguir una rotación de éstas que posibilite su adecuada utilización sin poner en riesgo la salud de los pacientes. Esto es absolutamente imprescindible para disminuir las listas de espera tanto de consultas como quirúrgicas. Es necesario también acometer reformas estructurales que hagan de los hospitales tradicionales lugares más cómodos y habitables tanto para los pacientes y sus familiares como para los propios trabajadores.

Hay estudios que demuestran que en los servicios de urgencia hospitalaria influyen más los determinantes internos, es decir, la capacidad propia del servicio de urgencias para su propia organización, que los determinantes externos, como es la afluencia a estos servicios de urgencias. Como decía, determinantes internos como la demora por exploraciones complementarias, espera de cama para ingreso, espera de transporte sanitario, etcétera. Es necesaria, pues, una mayor flexibilidad en la planificación de los recursos de los servicios de urgencia hospitalaria para poderlos adaptar a unas necesidades cambiantes y en muchos casos cíclicas. Hay que adecuar los recursos de los servicios de urgencia a las necesidades de la población, crear unidades de corta estancia para pacientes que necesitan observación una vez iniciado el tratamiento, y hay que adecuar a las necesidades y características de la población el número de camas de media y larga estancia de crónicos y geriatría, hasta llegar a una ratio de cinco camas por 1.000 habitantes en la Comunidad de Madrid.

Respecto a la famosa resolución del 31 de julio, de la Dirección General de Recursos Humanos, de la Consejería de Sanidad, quiero señalar que, en nuestra opinión, esta resolución fue totalmente desafortunada e innecesaria, aunque prácticamente no ha tenido ninguna incidencia en los centros

sanitarios ya que las movilizaciones de los trabajadores han impedido en gran parte su aplicación.

Sobre la fórmula de reorganización de efectivos para la apertura de nuevos hospitales, no sólo nos parece desacertada en su desarrollo técnico, sino que la hemos impugnado ante los tribunales, ya que se ha realizado sin la necesaria y obligatoria negociación con los representantes de los trabajadores en los diferentes ámbitos legalmente constituidos.

Sobre qué opinamos de los hospitales recientemente inaugurados con modelos mixtos, empresa pública para la asistencia clínica y PFI para construcción, mantenimiento y personal no sanitario en su totalidad, y si aportan mayor eficacia, flexibilidad y mejora de la calidad asistencial, tenemos que decir que, en nuestra opinión, absolutamente no. Este modelo no sólo va a tener y tiene un gran impacto económico para el futuro de la Comunidad de Madrid, los gastos financieros supondrán una sobrefinanciación de más de 3.500 millones de euros, sino que, además, está generando ya graves problemas de gestión debido a la interacción de las empresas proveedoras en servicios no sanitarios tan importantes como los del personal celador y administrativo, entre otros. En la actualidad, que nosotros conocemos, no existe ninguna evaluación de los servicios externalizados, algo absolutamente imprescindible para garantizar la calidad asistencial que reciben los ciudadanos madrileños. En nuestra opinión, los nuevos modelos que pretende implantar el Gobierno de la Comunidad de Madrid, que está implantando para los hospitales y centros de especialidades, no aportan absolutamente ninguna ventaja respecto del modelo tradicional, pero sí bastantes inconvenientes: selección adversa de pacientes, ausencia de transparencia en la gestión, difícil coordinación con el resto de centros públicos y malas condiciones laborales de sus trabajadores, entre otras cuestiones.

Respecto a la pregunta de si es apropiado que el hospital y, por ende, la asistencia sanitaria de una o varias poblaciones de la Comunidad dependa exclusivamente de empresas privadas, en las que razonablemente priman los intereses económicos, tenemos que señalar que, para nuestra organización, la gestión y la prestación sanitarias deben financiarla y proveerla la Administración Pública como única

garantía de una prestación sanitaria de calidad para la ciudadanía. No obstante, entendemos que la iniciativa privada puede tener un espacio complementario donde lo público no pueda llegar.

¿Qué controles cree que existen y deben existir para garantizar la privacidad sobre la información confidencial de todo tipo en manos de empresas concesionarias? Creemos que la confidencialidad de los datos y de la información de los usuarios de los hospitales públicos o concertados está protegida por la Ley de Protección de Datos, siendo la Consejería de Sanidad quien debe garantizar su cumplimiento. Creo que en este sentido podemos estar relativamente tranquilos.

¿Considera que se deben buscar mecanismos de cooperación entre centros o cree necesario introducir la competencia entre hospitales? En términos de salud, en nuestra opinión, no puede existir la competencia entre hospitales y sí una necesaria cooperación de todos los dispositivos sanitarios de los servicios de salud. No obstante, creemos que es necesario que los centros que trabajen mejor y obtengan mejores resultados en términos de salud vean reconocida su labor, pero esto debe hacerse desde la transparencia y la participación de los profesionales y de las organizaciones sindicales, en la fijación de objetivos, en su seguimiento y en su evaluación final.

¿Qué consecuencias podrían derivarse por las dificultades financieras en las empresas que forman las concesionarias? ¿Cómo podrían abordarse? ¿Qué efectos emanarían en este caso para los pacientes? Evidentemente, no soy experto en financiación empresarial, no obstante, los centros sanitarios concertados son financiados por los Presupuestos Generales de la Comunidad de Madrid, lo que debe garantizar la continuidad de la prestación sanitaria y, por lo tanto, los pacientes no deberían sufrir ninguna consecuencia en caso de que una determinada empresa tuviera dificultades económicas.

Voy terminando. ¿Cómo valora la introducción del copago como factor financiador complementario para la asistencia sanitaria especializada y primaria? Estamos totalmente en contra del copago como elemento cofinanciador de la sanidad, ya que en realidad este elemento tiene un elemento disuasor para la utilización de los servicios

sanitarios, lo que en muchos casos puede incluso poner en riesgo la salud de los ciudadanos. Muchas gracias.

La Sra. **PRESIDENTA**: Muchas gracias. A continuación, voy a dar la palabra a los representantes de los Grupos Parlamentarios. En primer lugar, tiene la palabra la señora Sabanés.

La Sra. **SABANÉS NADAL**: Gracias, señora Presidenta. En primer lugar, quiero dar la bienvenida, y agradecer la comparecencia en esta Comisión, al representante de Comisión Obreras y repetir, como hemos dicho antes en la comparecencia del representante de la Federación Regional de Asociaciones de Vecinos, que nos interesan especialmente estas comparecencias por cuanto sus respectivas organizaciones cumplen una función realmente importante no sólo en la defensa de los derechos sanitarios y del derecho a la salud del conjunto de la población, sino también en aquello que está implicado en el funcionamiento normal de todo nuestro sistema sanitario, como la política de personal. Por tanto, todo lo que es importante a la hora de recibir finalmente la atención sanitaria todos los madrileños y madrileñas.

Nosotros queríamos centrarnos en su intervención y en las respuestas que acaba de dar, compartiendo una parte importantísima, por no decir la totalidad, de lo que se ha expuesto en su primera intervención, y que nos hiciera una valoración de lo que está suponiendo todo un encadenamiento de reformas en la Comunidad de Madrid -también en otras Comunidades, pero me voy a centrar en la de Madrid- que tienen su base y partida en las reformas del año 1997, pero que están complementadas también con las actuaciones, acciones, decisiones y marcos legales de la propia Comunidad Autónoma. Esa combinación nos ha llevado, en primer lugar, a reformas a través de las leyes de acompañamiento de los presupuestos; a la decisión de la construcción de seis hospitales con forma de empresa pública con pago de un canon y con un nivel amplio de privatización de servicios, como planteaba en su intervención; a la privatización con modelo de concesión administrativa, como ha sido el caso del hospital de Valdemoro. También tenemos la información -no la constancia cierta- de que se podrían construir cuatro nuevos hospitales de

acuerdo con el mismo régimen de concesión administrativa del hospital de Valdemoro.

Se ha ido produciendo también secuencialmente, a raíz de unos marcos normativos, por decisiones políticas -que es lo que estamos analizando aquí- de la propia Comunidad, la cesión de la atención especializada de un área completa, en este caso de su centro de especialidades de Pontones, a la Fundación Jiménez Díaz.

También se están produciendo, aunque solamente tenemos una información inicial, previsiones de reformas en la atención primaria, como ya se planteó aquí en alguna de las intervenciones, en lo que se refiere al nuevo sistema que planteaba en su intervención la Directora General que sería similares a las de otras Comunidades y que, desde luego, nosotros no compartimos.

Estamos también conociendo -aunque esto lo pongo entre comillas- una posible nueva reforma, que sería una tendencia al área única, que, combinada con todas estas reformas de las que estamos hablando, supondría una ruptura de la planificación con un modelo de área única. En todo caso, tengo que decir que esto, en nuestro criterio, contraviene no sólo la Ley General de Sanidad sino también los criterios de planificación de la LOSCAM, debido a la tendencia de lo que sería una configuración de área única y que entiendo que introduce criterios de competencia frente a criterios de planificación, todo ello en nombre de la libertad, pero la resultante final de todos estos elementos sumados, desde luego, no produce mejoras en la atención ni en los niveles de equidad y tampoco garantiza el desarrollo universal del sistema sanitario en la Comunidad de Madrid.

Cada decisión vista por separado puede tener una valoración, por tanto, quisiera que valorara conjuntamente las reformas llevadas a cabo y que nos dijera si usted está de acuerdo en que no hay improvisación sino que, seguramente, quien está impulsando estas reformas persigue algún objetivo que nos convendría a todos conocer puesto que afecta al sistema sanitario en su conjunto.

Quisiera que desde Comisiones Obreras nos valorara también si este conjunto de reformas -también se lo hemos preguntado a la Federación-, que ahora estamos viendo con carácter más encadenado, más asociado y viendo los resultados que tendrían en el

conjunto del sistema sanitario, ha contado con algún elemento de participación, de diálogo y de control democrático desde las distintas organizaciones sindicales.

En segundo lugar, aunque creo que lo ha explicado bastante bien en su primera intervención, me gustaría que hiciera una valoración más precisa de la situación de equilibrio o desequilibrio presupuestario de la atención primaria respecto a la atención especializada; por tanto, sobre las dificultades de la atención primaria y de las ya claras demoras o listas de espera que en ella se producen.

En tercer lugar, me gustaría que valorase las dificultades de personal que han supuesto para los antiguos hospitales la apertura de los nuevos y la política de reasignación personal, tanto en primaria como en centros hospitalarios. También nos gustaría saber la valoración que hace del nivel de financiación de la Comunidad de Madrid en su conjunto desde el momento en el que se produjeron las transferencias. Nosotros mantenemos que esas transferencias se hicieron con déficit importante que se ha venido arrastrando -estoy terminando- y que ha afectado a la sanidad madrileña. Esto se une a las reformas realizadas, a nuestro criterio, con falta de transparencia y de control y sin una valoración global de su repercusión en el sistema sanitario. Asimismo, las reformas que están sobre la mesa, muy importantes y relevantes, afectarían a la planificación, a la puesta en marcha de sistemas de gestión de nuevos hospitales y a la atención primaria, que son tres elementos vitales y muy importantes del sistema. Quiero preguntar, tanto a las organizaciones sociales como a las organizaciones sindicales, si no creen que, a partir de esta Comisión, sería tiempo y momento de abordar una reflexión participada, una reflexión del conjunto de nuestro sistema que, compartiéndolo o no -yo entiendo que las mayorías están para establecer las políticas que han presentado en las elecciones, pero entiendo también que el sistema sanitario es un sistema común y universal y que de las decisiones de hoy depende su futuro de mañana-, condujera a abrir un proceso de pacto informado, consensuado, trabajado -repito, compartiendo o no la conclusión final- y que permitiera que todos los colectivos, los afectados, los usuarios y los ciudadanos estuvieran bien informados de cómo está el estado actual de la sanidad, cuáles son las reformas que se pretenden y en qué les afectan, sean usuarios del sistema sanitario o sean

trabajadores de las distintas categorías y organizaciones dentro del sistema sanitario. Nada más y muchas gracias.

La Sra. **PRESIDENTA**: Muchas gracias, señora Sabanés. En representación del Grupo Parlamentario Socialista, tiene la palabra don Lucas Fernández.

El Sr. **FERNÁNDEZ MARTÍN**: Muchas gracias, señora Presidenta. Muchas gracias, señor Rodríguez. Bienvenido a esta Comisión, que tiene voluntad de acuerdo y, naturalmente, de analizar las cosas que están sucediendo en la sanidad madrileña, desde el estudio de fórmulas de gestión, como es lógico, hasta todo lo que repercute sobre la calidad, etcétera.

Antes de nada, es usted un subcontratado nuestro -según dicen Esperanza Aguirre y el consejero Güemes- que se encarga de hacer el trabajo sucio al Partido Socialista; nosotros se lo agradecemos profundamente y espero que esté usted de acuerdo con nuestra subcontrata y, por lo tanto, con la nómina que le tenemos puesta a usted, porque supongo que esa subcontrata lleva nómina. Como esto es una tontería que se repite de una manera literal de vez en cuando en el Pleno, en nombre de tan ilustres parlamentarios me gustaría que aclarara usted el nivel de subcontrata y de delegación de funciones que tiene usted por parte del Partido Socialista.

Ha pasado usted revista prácticamente a todos los temas generales de la Comunidad de Madrid. Hay algunos que a mí me parece especialmente importantes, como lo que ha dicho usted de que las fórmulas de gestión están desfragmentando el sistema; ésa es, probablemente, la mayor queja que nosotros tenemos. El Partido Socialista tiene en esto cuatro pilares básicos de funcionamiento: creemos en un sistema público, financiación pública, que preste la asistencia con equidad, con calidad, con universalidad y con una gestión eficiente, transparente, participativa y planificada, y lo demás nos da igual.

Dudamos profundamente de que la fórmula de gestión elegida, como la ha elegido el Partido Popular además, cumpla alguno de estos requisitos; dos los cumplen seguro: aseguramiento público y

financiación pública, pero creemos que ninguno de los otros dos. Nosotros tenemos problemas; ojalá nos podamos aproximar en la resolución porque pensamos que este diseño introduce factores muy importantes que afectan a la equidad, a la transparencia de la gestión, a la planificación, muy importantes. Se están formando anillos excéntricos asistenciales que nos parecen tremendamente perjudiciales para un proyecto sanitario con mínimo rigor. Es verdad que yo no conozco el sistema sanitario del Partido Popular, ¡y mira que llevo años aquí!, pero éste no lo conozco. Conocí uno, el de la LOSCAM; no me terminó de gustar y me opuse a él, pero lo conocí; no he vuelto a conocer ningún otro sistema porque cambia literalmente.

En atención primaria se ha extendido usted, y me parece que es muy importante. Vino aquí el representante de la plataforma "Diez minutos", el doctor Medel, y nos dijo algo que a mí me hizo mucha gracia: que el planteamiento del Partido Popular es tirar el agua con el niño dentro. Eso es muy significativo porque hay un plan de mejora de atención primaria firmado por diez sociedades científicas, por todas las sociedades científicas que se mueven en el ámbito de primaria, desde Medicina, pasando por la Femyts hasta Semergen, hasta todas. Hay nueve sociedades científicas que han hecho un informe afirmando con seguridad que el Plan de Mejora de Atención Primaria está totalmente paralizado, que es totalmente ineficiente, que es totalmente ineficaz y, como consecuencia, afecta a la calidad dentro del sistema sanitario. Me parece rarísimo que queramos cambiar las reglas del juego cuando tenemos un plan que está en pleno vigor pero absolutamente paralizado sin que nadie sepa por qué.

Tenemos un criterio de planificación en este momento que es el del año 98, después hubo ese intento de otro plan que presentó el Consejero Lamela con mucho ruido y sonido, nos vimos allí y por tanto, lo conocemos: quince áreas sanitarias, con un decreto pendiente. Un poquito después, pero muy poquito después, estamos hablando de un cambio estructural de gestión espectacular, vamos a pasar de quince áreas posibles a una gerencia única, cosa que conculca directamente la Ley General de Sanidad que habla de áreas sanitarias con un máximo de población desde el año 86, pero de lo que no habla es de una gerencia de seis millones y pico de habitantes; me refiero a la gerencia de área

sanitaria. No entiendo el criterio de gerencia única, porque me parece la crónica de un jaleo anunciado. Por otra parte, como tampoco sé si es verdad, porque Ana Sánchez dijo otra cosa en el Ritz, y Burgueño otra diferente aquí, tampoco sé lo que va a pasar, como no lo sabe nadie; éste es el último rumor que se le dice a Femyts porque estaban quejándose, pero no sabemos qué les dirán a ustedes cuando vayan a quejarse. Por favor, no sea usted subcontratado nuestro, ese día actúe usted con independencia.

En primaria, es evidente que el plan de mejora no es que haya fracasado, es que no se ha desarrollado de ninguna manera y sigue teniendo los mismos problemas. Hace unos días estuve yo en mi equipo de primaria y una médica había atendido a 97 pacientes en una consulta, ¡97!, porque se enlazaba con faltas absolutas de planificación en la proyección vacacional -¡pero era este martes!, o sea, que ya las vacaciones habían pasado, ¡los moscosos ya no estaban!- y la ausencia completa de suplentes. Yo ahí le contradigo un poco porque es verdad que la resolución del señor Resinos se ha cumplido poco y mal, afortunadamente, pero es verdad que en primaria sí está pasando. Hay pocos suplentes y acumulación de consultas de una forma espectacular. Un médico de primaria de determinados centros de Madrid puede pasar dos, tres o cuatro consultas, dependiendo de las cosas que suceden; es decir, que su cupo de 1.600 pacientes se puede multiplicar por cuatro para un día, dos días, tres días o cuatro días, y cuatro por 1.600 son unos pocos, son 5.400 pacientes, y eso, me parece a mí, que es bastante gente. Yo, que soy médico y llevo bastantes años trabajando en primaria, le aseguro que es bastante gente.

Habla usted de dos temas que a nosotros nos parecen muy importantes. Uno de los problemas fundamentales que ha tenido el desarrollo sanitario en la Comunidad de Madrid, sin duda, ha sido la apertura de los nuevos hospitales. Se eligió un modelo de construcción, el modelo PFI, como se da en llamar -yo le llamo el IPF pero, como no me entiende nadie, pues PFI-. Este modelo -lo hemos repetido muchísimas veces- se diseñó con Major en 1992; el viceministro de salud que lo diseñó, Sackville, dio una conferencia de prensa aquí en unas jornadas que convocó Adeslas y renunció a ese modelo, dijo que ese modelo era objetivamente malo tal y como estaba porque tenía muchos problemas de

desarrollo. Después, en efecto, en el año 1998, Tony Blair recoge lo que estaba pasando y hace lo que llamamos el relanzamiento y, en efecto, hay muchos de estos proyectos en funcionamiento o en proyección.

El Reino Unido hace algo que ojalá hiciéramos en España; lo que ellos hacen no es más que plantear una cosa que llaman "business case", caso de negocios; es decir, comparan alternativamente, durante al menos dos años que dura la licitación de proyecto, ¡dos años!, y estudian distintas alternativas posibles para ese hospital, desde la planificación que hace falta por características demográficas, de morbilidad, hasta alternativas en cuanto al costo, el precio y al mantenimiento, por ejemplo. También es verdad que hay países que lo están haciendo, como Canadá -Estados Unidos, no-; en México hay un caso; en Brasil, ninguno; en Chile, uno. En Europa, pues en Suecia, dos; en Italia, uno o dos; en Portugal, dos o tres; en Alemania ninguno; en Holanda tampoco. En fin, es un método de financiación que está ahí, que se hizo como consecuencia del deterioro imparable de la sanidad británica durante los años gloriosos de Margaret Thatcher, desde el año 1982 al 1991, que fue espectacularmente tremendo, desde los transportes, que fueron privatizados, y hay que ver cómo funcionan los transportes en Inglaterra; el tren, por ejemplo, es algo impresionante de cómo funcionaba a cómo funciona. Y es verdad que la sanidad fue ampliamente deteriorada con una historia prolongada en el tiempo. Se eligió una forma de financiación, que yo no la critico en cuanto a fórmula de financiación, no la critico en sí misma como filosofía, la critico concretamente porque no estoy seguro en absoluto, sino todo lo contrario por la experiencia que tenemos, por los estudios que hemos ido viendo, por las elaboraciones que vemos, por los resultados que van apareciendo, que no van a favor de la equidad, que no facilitan la calidad y que la asistencia sanitaria se resiente porque inevitablemente hay disparidad de objetivos. El objetivo de la UTE concesionaria es un objetivo ¿Que trabaja supeditada a la seguridad sanitaria? ¡Faltaría más! Claro, pero fíjese lo que está pasando en el hospital de Majadahonda y la parte sanitaria es gestión directa, pero además la UTE es objetivamente un desastre, es que ni siquiera son compatibles el sistema de información farmacológica con el sistema de información de los médicos. Es que en los sistemas informáticos están diferenciados. Es

que el sistema Seline no está de acuerdo con el resto.

Hay otros modelos alternativos, como, por ejemplo, el hospital de Valdemoro. El hospital de Valdemoro es una especie de "revival" del hospital de Alzira I; claro, lo diseñó el mismo, el doctor Burgueño. El Alzira I salió muy mal, tan mal salió que hubo que renegociar un segundo contrato del que unos dicen que salió bien económicamente y otros decimos que regular, porque es verdad que el canon que Adeslas pagó por la explotación para quince años en lugar de diez subió a 72 millones de euros y la Consejería pagó 63. Ahí estaban, como era natural, los cuatro años de evolución en los que la Consejería estuvo pagando dinero, sin duda alguna y, además, favoreciendo que el hospital de Alzira sobreviviera con un trato prioritario y magnífico en cuanto a facturación con el hospital de la Fe, etcétera y con una carretera de servicios que obligaba a que todos los hospitales de alrededor confluyeran en el hospital de Alzira, y eso se pagaba aparte, como era lógico. Se pagaban cosas tan interesantes como, por ejemplo, una anestesia epidural o una cesárea, en el orden de -voy a hablar en pesetas- 400.000 ó 430.000 pesetas. Si Adeslas pagara eso a sus ginecólogos privados, ¡por Dios, estarían dando brincos de alegría de aquí a la luna!, frente a las 20.000 pesetas que les pagan por cesárea cuando ejercen privadamente.

Y Valdemoro es como Alzira I, que se ha demostrado que es un fracaso. La licitación fue temeraria: 332 euros de licitación, muy a la baja, y con una compañía que no tenía ninguna experiencia en estas lides. Capiro tiene experiencia en explotación de hospitales, pero no tiene experiencia en explotación de área, porque lo que explota en las concesiones que tiene en Suecia son básicamente hospitales. Para mí, el problema de Valdemoro es que es un hospital que va a generar, con toda seguridad, un incremento de gasto espectacular. Mire, están pagando 384 euros; es decir, 50 euros más que la licitación en un año, y ya tienen pérdidas. Leímos todos en la prensa que el desfase económico era de 700.000 euros en poco tiempo. Ese hospital se hizo -yo leí las declaraciones del gerente- con economía a escala, de tal manera que los pacientes fueran atendidos en la Fundación Jiménez Díaz porque son del mismo. Pero la gente dice que la Fundación Jiménez Díaz les pilla como a unos 20 kilómetros y que teniendo el Doce de Octubre al

lado... Por tanto, todo aquello que el hospital de Valdemoro no sea capaz de atender, repercutirá obligatoriamente en la sanidad pública. ¿Que habrá facturación? Seguramente, por eso querían que fuera a la Fundación Jiménez Díaz, porque no habría facturación.

La Sra. **PRESIDENTA**: Vaya terminando, señoría.

El Sr. **FERNÁNDEZ MARTÍN**: ¡Madre mía! Me queda casi todo en el bolsillo. Mire usted, sobre el tema del PFI, el señor Rodríguez nos comenta lo de la conferencia de Cataluña. Yo estuve en una conferencia en la Fundación Bamber, en la que el Consejero Rambla puso al revés el sistema PFI. Se quejó profundamente del sistema y explicó por qué no se construye ni un solo hospital PFI en la Comunidad Valenciana. Todo depende de cómo lo mires. Es como cuando el señor Rodríguez dice que nosotros hemos cerrado millones de camas; te vas a los datos y ves que de acuerdo con el Instituto de Estadística de la Consejería de Sanidad, en el año 1980, en el que gobernábamos los socialistas, teníamos 14.855 camas públicas, y te vas a "catálogo de hospitales.sanidadmadrid.org" y dice que en el año 2007 teníamos 12.228 camas. En fin, alguna vez tendría que tener límite la demagogia, y esto lo repiten una y otra vez. Es como cuando dice que se encontraron 12.000 millones de pesetas de facturas sin pagar en los cajones; claro, y cuando el Partido Popular perdió y nosotros gobernábamos nos encontramos con un billón de pesetas en Televisión Española en ocho años. Estas cosas suceden y no deben de suceder.

Creemos, por tanto, que la gestión de estos hospitales debe ser más pública. El único decreto que existe hasta ahora de libertad de elección es del año 1993, y tiene que ver con la atención primaria; fue un decreto de una ministra socialista. No hay otro. La LOSCAM habla de la doble opinión, y habla de la libertad de elección, pero ésa es una de las cosas que dice la LOSCAM que no se ha cumplido. Intente usted una doble opinión, verá qué cosa más interesante. Tengo amigos y pacientes que lo han intentado, y es emocionante. Sobre la doble opinión habrá oído usted hablar muy a menudo, y sobre la libertad de elección. Estoy totalmente de acuerdo con usted en que en un sistema público de Sanidad los

criterios que deben funcionar son los de colaboración, coordinación y acuerdo. Los criterios competenciales me parecen peligrosos en términos sanitarios. No son comparables, de ninguna manera, los gastos y, por tanto, la repercusión en la calidad del hospital de Arganda con el hospital de La Paz, imposible. Por tanto, no existen datos homogéneos; esto no es comparar peras con manzanas, es comparar piñar con piedras, que es más complicado, así que no es posible. Creo en la colaboración y en la coordinación; creo en la planificación de los servicios públicos y creo naturalmente que el ciudadano debe ser libre en su atención.

Es verdad lo que decía el señor Rodríguez de que entre un 15 y un 20 por ciento va a otros hospitales. Me parece muy bien, pero de ahí a una gerencia única donde todo el mundo vaya a los hospitales que le parezca, incluso a los servicios que quiera del mismo hospital... No hay nada más difícil ni imposible. Si una misma persona va al servicio de cardiología del Ramón y Cajal, al servicio de neurología del Príncipe de Asturias y al servicio de hemodinámica de La Paz, ¿la historia clínica se va traspasando? ¿Dónde está la unidad funcional de ese paciente? Los seres humanos -yo soy internista- somos un todo común, no estamos formados de trocitos y, por tanto, es necesario una vinculación determinada que ejerce el derecho a la igualdad, que ejerce el derecho a la equidad y el derecho a una calidad sanitaria. Lo que tiene que hacer el administrador sanitario es hacer eso posible, no inventarse cosas que lo único que hacen es evitar esos tres factores. Muchas gracias, señor Rodríguez.

La Sra. **PRESIDENTA**: Muchas gracias, señoría. Tiene la palabra el señor Rodríguez en representación del Grupo Parlamentario Popular.

El Sr. **RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ**: Muchas gracias, señora Presidenta. Muchas gracias, señor Rodríguez, por su comparecencia a esta Comisión. Sabe usted que cuenta con mi aprecio no sólo en lo personal sino también en la valía profesional como sindicalista. Me va a permitir que haga un inciso para contestar al señor Fernández, y luego entraré en lo que ha dicho usted, que me parece muy interesante y más importante de debatir.

El artículo 57 de la Ley General de Sanidad dice que las áreas de salud contarán con un Consejo de participación ciudadana, un Consejo de Dirección de área y un Gerente de dirección única. Por lo tanto, no tiene que haber gerente; no se sabe ni las leyes que hacen. Esto es solamente para poner algún ejemplo de cómo funcionan algunos diputados.

Es verdad que usted ha definido los distintos modelos de titularidad pública. Le quiero decir una cosa para que quede claro en el discurso que subyace sobre la privatización: nosotros defendemos el aseguramiento público y el obligatorio, por lo tanto, mientras el aseguramiento sea público y obligatorio, la sanidad será pública. Y en cuanto a que se dice que se estaba privatizando, para aquellos que lo dicen, les diré que si vinieran todos los días a la Comisión hubieran escuchado ayer al Presidente de la Asociación de Clínicas Privadas decir que ya empiezan a notar en el número de pólizas y en su funcionamiento la apertura de los nuevos hospitales. Por lo tanto, no parece ser que los nuevos hospitales hayan beneficiado a los privados, sino que los que tienen clínicas privadas empiezan a quejarse de que haya más hospitales en la Comunidad de Madrid.

Dicho esto, por otro lado, se hace referencia a algunos modelos que han podido fracasar en alguna parte. Mire usted, el fracaso no depende del modelo, depende de quien lo gestiona.

Gestión directa. Desde el año 1985 al año 1995, que hubo gestión directa en los hospitales de la Comunidad de Madrid, se consiguió el cierre de más de 2.500 camas, casi 3.000. Se cerraron hospitales públicos, y se redujo el personal aplicando la Ley de Incompatibilidades, que no fueron sustituidos por otros; había empleo precario, más del 50 por ciento de los trabajadores eran interinos y, por lo tanto, no cobraban beneficios; había un 20 por ciento menos de inversión en gasto sanitario; las listas de espera -reconocidas públicamente- para intervenciones quirúrgicas estaban en 282 días y había insatisfacción entre los profesionales. Ésa era la realidad. ¿Quiere decir esto que había fracasado el sistema de gestión directa? Con el mismo sistema de gestión directa, sin hacer ningún cambio, cuando nos transfirieron las competencias a la Comunidad de Madrid la lista de espera se había reducido a 58 días, reconocido en el documento que firmaron todas y cada una de las Comunidades Autónomas; por lo tanto, eso es un hecho real. Si en un sitio haya

fracasado, habrá que ver cuáles son las causas de ese fracaso y no quiere decir que inhabilite el poder hacerlo en otro sitio cuando se estudia y se dice si es bueno o es malo.

Yo no voy a entrar a discutir si el sistema que se ha utilizado aquí en la Comunidad de Madrid para hacer nuevos hospitales es bueno o es malo. No lo sé. Yo no lo he evaluado, no lo sé. Habrá que ver cuándo funciona. Pero yo le voy a decir que, efectivamente, el 3 de diciembre de 2008, en Cataluña, donde hay un Gobierno de signo un poco dudoso, tienen previsto de aquí a 2012 invertir 4.500 millones de euros para hacer 254 centros de salud nuevos, 19 hospitales nuevos, 9 hospitales de proximidad o ligeros, 23 dispositivos sociosanitarios nuevos y, 20 centros de salud mental nuevos. ¿Y sabe cómo se va a financiar la mayoría? Con el sistema PFI, que yo no sé si es bueno o malo, pero son 4.500 millones de euros de inversión y, por tanto, algo ocurrirá. ¿Que va a ser un fracaso? Pues no lo sé; a lo mejor se han fijado en Madrid, donde creen que da buen resultado, y por eso se han decidido. Si nosotros nos estrellamos, pues también se estrellarán ellos. Eso es una realidad.

Usted ha dicho algunas cosas sobre las que me surgen dudas y que, como buen sindicalista que es, quisiera que me las aclarara. Una de las cosas que ha alegado es que el nuevo sistema crea islas dentro del sistema sanitario y que eso origina fragmentación de la negociación colectiva. Efectivamente, eso es así, y yo no lo discuto. Pero también propone que se pague por objetivos. ¿Cómo puede hacer un pago por objetivos si no fragmenta la negociación colectiva? Porque en cada sitio los objetivos eran diferentes. Eso exige una modificación.

También ha dicho que no cree que tenga que haber competencia entre estos hospitales sino cooperación, y además dice que habrá que beneficiar a aquellos que tengan mejor resultados. Bueno, si se beneficia a los que tienen mejores resultados, habrá competencia. Por tanto, yo creo que hay algunas incongruencias.

Se ha manifestado usted en contra del copago, y nosotros también. Hasta ahora, que yo sepa, en estas comparencias que ha habido aquí solamente ha habido una persona que haya hablado del copago, y que no tiene nada que ver con la Administración sanitaria, que es don Juan Iranzo; es

el único que ha dicho que cree que debería existir un copago como forma de regular, y luego solamente se lo he oído a un político, a Marina Geli, Consejera de Sanidad en Cataluña. Nadie más ha hablado del copago. Por lo tanto, lo que sea o tenga que ser, yo no lo sé.

En atención primaria, que curiosamente es la única cuya Administración no se ha cambiado, sigue funcionando el mismo modelo, y parece que es lo que funciona peor, es decir, con más recursos y con más profesionales. Dice: no hay más profesionales. Cuando se resolvió el primer concurso para consolidar a los que se llamaban mestos, aquí en la Comunidad de Madrid casi 600 se quedaron sin plaza porque las obtuvo gente de otras Comunidades Autónomas, y a esos 600 también se les adjudicaron plaza. Por lo tanto, de momento, aumentaron 600 médicos más. Ahora hay resuelto un concurso, que aunque dicen que es para consolidar plazas, a mí la convocatoria no me dice eso. Yo conozco gente de otras Comunidades Autónomas que han firmado ese concurso; cuando se resuelva, veremos si los que se quedan sin plaza siguen estando aquí y se les sigue contratando o si, por el contrario, salen del puesto de trabajo que están utilizando.

Aquí ha comparecido uno de los máximos dirigentes y pionero de las EBA en la Comunidad de Cataluña, que es donde únicamente están operativas, y ha dado su opinión; dijo que el resultado era muy beneficioso, que había buenos resultados, y las encuestas de satisfacción que nos pasó eran beneficiosas. Nosotros no nos hemos manifestado a favor ni en contra de lo que dice él; por lo tanto, sería su palabra contra la nuestra. No hemos ido a observarlo directamente, pero parece ser que los ciudadanos no protestan. ¿Que es mejor que otros? No lo sé y, por lo tanto, no nos podemos manifestar.

Tengo que hacer algunas puntualizaciones respecto al hospital de Alzira, en Valencia, porque sobre esto sí que han comparecido los dos actores. El Consejero de Valencia ha comparecido aquí y ha mostrado su grado de satisfacción por todos los resultados de encuestas que realizó, y también ha comparecido el Presidente de Adeslas, que es quien gestiona eso, y también ha dicho que tiene los mismos resultados. Yo no sé si nos han engañado o no, pero a nosotros lo que nos manda es lo que dicen los ciudadanos porque estamos a su servicio, no estamos para hacer lo que nosotros queramos y lo

que nos interese ideológicamente sino para aquello que valoran los ciudadanos. Ésa es nuestra postura.

Yo quisiera saber si usted está de acuerdo con esto que le voy a leer: "El debate sobre iniciativa de financiación privada es un debate que no afecta a la esencia de la protección sanitaria. Lo que importa no es quién gestione los servicios sanitarios sino cómo se mantiene la mejor protección sanitaria universal. El debate sobre con qué fórmula, pública o privada, se gestionan mejor los hospitales parece un aspecto periférico, de poco interés, si en todos los casos se mantienen la financiación pública y se asegura la sostenibilidad financiera del sistema sanitario". Esto lo dice doña María José Allende, Secretaria de la Federación de Sanidad de Comisiones Obreras, y me gustaría saber si eso, que se dijo en marzo de 2007, se mantiene o si, por el contrario, han cambiado su posición. Nada más y muchas gracias.

La Sra. **PRESIDENTA**: Muchas gracias, señoría. Para terminar, voy a dar la palabra a don Manuel Rodríguez. Tiene usted la palabra por tiempo de diez minutos.

El Sr. **SECRETARIO GENERAL DE LA FEDERACIÓN DE SANIDAD DE COMISIONES OBRERAS** (Rodríguez Núñez): Gracias, señora Presidenta. Espero que sea benevolente con el tiempo o, por lo menos, un poco flexible, si puede ser. Me gustaría contestar algunas cuestiones y luego hacer un pequeño resumen. Respecto a algunas cuestiones que planteaba la señora Sabanés, también planteadas por el señor Fernández, en cuanto a que al área única, según se rumorea, es hacia donde tiende la Comunidad de Madrid, nosotros todavía no tenemos ninguna información, pero tengo que decir, en honor a la verdad, que se ha puesto en contacto con nosotros la Consejería de Sanidad para convocarnos a una reunión para informarnos de ese posible proyecto que se va a poner en marcha; ahora mismo no podemos posicionarnos porque no lo conocemos en profundidad. Tengo que decir que nos parece complicado porque hay un cambio radical de las propuestas de la anterior Consejería a las de ésta y, sobre todo, un cambio radical del actual modelo organizativo de las áreas sanitarias en la Comunidad

de Madrid. Por lo tanto, cuando conozcamos el proyecto, daremos nuestra opinión al respecto.

Me hubiera gustado que se nos hubieran hecho algunas de estas preguntas interesantes sobre el tema de presupuestos, por ejemplo, de la atención primaria y especializada para haberlo preparado un poquito más. He de decir que, evidentemente, hay una descompensación importante entre el presupuesto de atención primaria y atención especializada, pero también hay que decir que el gasto que genera la atención especializada en su conjunto no es comparable a lo que gasta la atención primaria, pero creemos que la atención primaria, para acometer las reformas que antes planteaba, necesita un incremento presupuestario, tema al que luego me referiré más ampliamente.

Evidentemente, las dificultades del personal existen, ya lo dije también. Las ofertas públicas de empleo que se están poniendo en marcha -en esto quiero hacer hincapié, también lo decía el señor Rodríguez- no son creación de empleo; no tienen por qué ser tampoco consolidación de empleo, simplemente son transformación de empleo temporal en empleo fijo, pero no suponen en sí mismas un incremento de la plantilla. Por lo tanto, hay déficit de personal, y lo hay en categorías profesionales de forma clamorosa. También es verdad que no son responsabilidad, en algún caso, del Gobierno regional y de la Consejería, como es el caso de la pediatría, por ejemplo.

De modo general, tengo que decir, lógicamente, que en el ámbito de la sanidad pública madrileña hay un déficit de participación muy importante en todas las estructuras. Una cosa es la participación y otra es la negociación. Hemos tenido en el ámbito de la Comunidad de Madrid, con el Gobierno del Partido Popular, años en los que la negociación colectiva sí ha funcionado; hemos pasado un tiempo en el que esta negociación se estancó de manera importante, y ahora parece que se están haciendo esfuerzos por recomponer esa negociación. Pero en el ámbito de la participación sindical y ciudadana -quiero insistir en esto- hay un déficit clamoroso en la Comunidad de Madrid y no se cumplen muchos de los preceptos que incluso recoge la propia Ley de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid, como los famosos consejos de salud de área, que funcionan muy poco, o el Consejo de Salud de la Comunidad de Madrid, que

no se ha llegado a reunir ni una sola vez. Creemos que esto es necesario, que es imprescindible, sobre todo, la participación ciudadana en el control y conocimiento del funcionamiento de la sanidad pública en el ámbito de la Comunidad de Madrid.

Quizá debería haber empezado por el tema de la subcontratación que comentaba don Lucas Fernández. Es verdad que esto es un reproche que nosotros tenemos que hacer a algunas personas del Gobierno regional porque en algún caso llegan a ser ofensivas. Nuestra organización y los sindicalistas de Comisiones Obreras sí somos subcontratados, pero sólo de nuestros afiliados y de los trabajadores que nos eligen para representarlos, evidentemente.

Quiero volver a insistir en el modelo PFI. Yo no he dicho en ningún caso que los modelos de gestión hayan fracasado; he dicho -y así creo que ha quedado reflejado- que nosotros no tenemos constancia de que hayan producido mejoras sustanciales respecto a la gestión tradicional, y lo que sí se puede constatar fácilmente es que el modelo PFI tiene unas cargas de financiación tremendas que hipotecan o pueden hipotecar el futuro de la sanidad pública en la Comunidad de Madrid, incluso el futuro de los propios presupuestos de la Comunidad de Madrid.

¡Claro que estamos de acuerdo con la segunda opinión médica! Es fundamental, pero nunca se ha desarrollado. Realmente es complicado, es casi imposible poder llegar a conseguir una segunda opinión médica. Para la gente que trabajamos en el sistema es relativamente sencillo, pero no así para los ciudadanos; por lo tanto, yo creo que sí hay que incidir en esto.

También podemos estar de acuerdo en la libre elección de médico. Decía el señor Fernández que el único decreto que hay es el de la libre elección en atención primaria. Es verdad; es verdad que existe el decreto, pero no es verdad que exista la libre elección de médico de familia porque cuando lo vas a elegir resulta que el cupo está lleno y, por lo tanto, ya no hay ninguna posibilidad. Entonces, no sólo es necesario hacer decretos que posibiliten en este caso la libre elección de especialista, sino que hay que poner los mecanismos para que pueda ser efectivo ese derecho de los ciudadanos. Ahí es en donde nosotros tenemos dudas porque no conocemos todavía ese proyecto.

Nosotros defendemos la financiación, la gestión y la provisión públicas; así de claro. Ya dije también que conocemos, valoramos y entendemos que es necesaria la colaboración de la iniciativa privada allí donde la sanidad pública no puede llegar, pero sólo como elemento complementario a la sanidad pública. Ésta es la posición de la organización de Comisiones Obreras.

Comentaba el señor Rodríguez que los representantes de las patronales privadas se quejaban de que había menos pólizas; a lo mejor esto tiene más que ver con la crisis que con la puesta en marcha de los nuevos hospitales. Seguramente será más bien esta segunda cuestión. En cualquier caso, y a pesar de que nosotros estamos en contra de este modelo -y luego lo explicaré un poco más-, sí tenemos claro que el hospital de Valdemoro presta asistencia a los ciudadanos de esa área sanitaria. Por lo tanto, entendemos que tendrá una incidencia en esa área que no tiene por qué repercutir, en absoluto, en la propia dinámica de actividad de la sanidad privada, que en ningún caso puede competir con la sanidad pública; ni compite ni puede competir, es imposible. La clientela, entre comillas, de la sanidad privada es otra, no es la de la sanidad pública.

Yo creo que no es una contradicción la colaboración entre hospitales con el hecho de que aquellos hospitales que tienen un buen funcionamiento propio, en base a unos objetivos previamente delimitados y negociados, vean compensado ese buen funcionamiento. Eso no quiere decir que estén compitiendo con el hospital de al lado. Por ejemplo, La Paz puede haber cumplido al cien por cien sus objetivos y sus profesionales tener una recompensa por ese trabajo y el Ramón y el Cajal también puede haber cumplido sus objetivos al cien por cien y tener también una recompensa sus profesionales por haber realizado bien y cumplido esos objetivos que previamente se les asignaron. Eso no quiere decir que La Paz y el Ramón y Cajal estén compitiendo, simplemente que hacen bien su trabajo. Nosotros nos posicionamos absoluta, radical y totalmente en contra de las EBA, insisto, totalmente en contra, porque es un elemento más de privatización.

Para ir terminando, me gustaría tratar algunas cuestiones más que han sido mencionadas por los señores diputados. En primer lugar, tengo que

decir que la Comunidad de Madrid, y también se ha dicho aquí, sigue sufriendo todavía hoy los efectos de unas transferencias sanitarias deficitarias en su financiación, lo que ha provocado que los esfuerzos presupuestarios, que yo no voy a negar aquí, del Gobierno de la Comunidad de Madrid, que se han realizado con dinero público, sólo hayan servido para poner el contador a cero, prácticamente sólo han servido para eso. Desde nuestra organización echamos de menos un modelo sanitario para la Comunidad de Madrid. Así, hoy, en el Servicio Madrileño de Salud conviven hospitales de gestión tradicional, empresas públicas, fundaciones, hospitales construidos bajo el modelo PFI y hospitales concertados.

Desde Comisiones Obreras queremos hacer constar nuestra discrepancia y frontal oposición con la privatización de la sanidad que el Gobierno regional está llevando a cabo. Madrid recibió una sanidad con un único hospital concertado, que es la Fundación Jiménez Díaz. A día de hoy ya tenemos privatizado el hospital de Valdemoro, se han cedido los centros de especialidades de Pontones y Argüelles; a la explotación de la empresa Capio; se han privatizado los laboratorios de los nuevos hospitales, se ha privatizado el personal no sanitario de estos nuevos hospitales y, para rematar, ya se ha anunciado la construcción de cuatro nuevos hospitales privados: Móstoles, Villalba, Torrejón y Carabanchel.

Es necesario además que la Consejería de Sanidad ponga en marcha de forma urgente un nuevo plan de salud mental que garantice una financiación suficiente, así como su integración y coordinación con los demás dispositivos asistenciales del Servicio Madrileño de Salud. Creemos también que es necesario que la Consejería de Sanidad tome y redefina la organización y la dirección de la salud pública de la Comunidad de Madrid para garantizar la protección de la salud de todos los madrileños, donde, como decía, la salud pública juega un papel fundamental.

En Comisiones Obreras pensamos que este Gobierno ha desperdiciado una magnífica oportunidad para haber dotado a la sanidad pública madrileña de los recursos necesarios para garantizar una prestación sanitaria de calidad para los próximos años. Se ha construido mucho, es verdad, pero apenas sí se han aumentado los recursos sanitarios

de la Comunidad de Madrid, y éste es un dato absolutamente objetivo. El esfuerzo que los madrileños vamos a realizar a través de los presupuestos generales, en nuestra opinión, no va a tener una contraprestación en la mejora de la calidad asistencial que van a percibir los ciudadanos. La construcción, como decía, de los nuevos centros hospitalarios no va a suponer un incremento del número de camas ni de profesionales, tan sólo va a suponer una redistribución de unas y de otras a lo largo y ancho de la Comunidad de Madrid.

Para finalizar, señorías, agradecer su invitación a esta Comisión, cuyas conclusiones deberían ser la base para alcanzar un amplio consenso en materia sanitaria que permita blindar a la sanidad pública de la disputa política diaria, lo que a buen seguro redundará en una mayor legitimación de la sanidad pública por parte de la sociedad madrileña. Muchas gracias.

La Sra. **PRESIDENTA**: Muchas gracias, don Manuel. También nosotros le reiteramos nuestro agradecimiento por haber comparecido en esta Comisión y damos así por terminada su comparecencia. Gracias. Hacemos unos minutos de receso para seguir, a continuación, con el punto tercero del orden del día.

(Se suspende la sesión a las doce horas y cuarenta y dos minutos)

(Se reanuda la sesión a las trece horas y cinco minutos)

La Sra. **PRESIDENTA**: Continuamos con la sesión, y vamos a pasar al punto tercero del orden del día.

C 521/08 RGEP. 8644, Comparecencia de la Sra. D.ª Elena Moral Pavo, Secretaria del Sector de Sanidad de CSIT Unión Profesional, a petición del Grupo Parlamentario Socialista, al objeto de informar sobre el funcionamiento de los diferentes sistemas de gestión de servicios sanitarios públicos. (Por vía del artículo 211 del Reglamento de la Asamblea.)

Para comenzar la comparecencia, voy a dar la palabra a doña Elena por tiempo de quince minutos. Tiene usted la palabra.

La Sra. **SECRETARIA DEL SECTOR DE SANIDAD DE CSIT UNIÓN PROFESIONAL** (Moral Pavo): Muchas gracias, señora Presidenta. Buenos días, señoría. En primer lugar, quisiera manifestar la intención de CSIT-Unión Profesional de contestar en tan breve espacio de tiempo la totalidad de las preguntas que ha planteado el Grupo Parlamentario Socialista dada la profundidad y el calado de las mismas. CSIT-Unión Profesional, como ustedes saben, es un sindicato de implantación en el sector público de la Comunidad de Madrid; defendemos la financiación y la previsión de servicios públicos como gestión de servicios sanitarios y la cooperación y coordinación entre dichos servicios con una planificación estratégica de los recursos materiales y humanos.

Para poder abordar con cierta lógica un análisis sobre las mejoras y cambios del sistema sanitario madrileño sería necesario saber cuál es el modelo sanitario de nuestra región, aspecto que desconocemos. Desde el traspaso de las competencias en materia sanitaria a la Comunidad de Madrid nos hemos encontrado con distintos planteamientos y acuerdos sobre las fórmulas de gestión y planificación de los recursos humanos que en mayor o menor medida no se han terminado de ejecutar.

En el caso de la atención primaria, me gustaría apostillar y pedir el reconocimiento hacia los profesionales de atención primaria sobre todo con el traspaso de los 200.000 usuarios por la supresión de las entidades colaboradoras. Al problema que están viviendo los profesionales se añade lo que más adelante voy a detallar y pienso que debería de haber una sensibilización al respecto sobre este asunto. Repito, en el caso de atención primaria, con el proyecto AP-21 se creó un marco estratégico para que las Comunidades Autónomas desarrollaran las medidas en el ejercicio de sus competencias, y plasmó, a su vez, en la Comunidad de Madrid, un plan de mejora de atención primaria para los años 2006-2009 que a fecha de hoy presenta numerosos incumplimientos.

Estando de acuerdo CSIT con este plan, consideramos necesario el desarrollo de medidas

contempladas en el proyecto AP-21. Como paso previo es necesario incrementar los recursos financieros a la atención primaria hasta el 20 por ciento del gasto sanitario total, una vez excluida la farmacia y las infraestructuras, todo ello en el marco de una estrategia orientada a conseguir el equilibrio financiero de los servicios de salud. Además, se deberían establecer medidas para, primero, mejorar la gestión y la organización de las áreas de salud mediante la profesionalización de los cargos directivos, mantener la estructura de una gerencia de atención primaria, garantizar la oferta de servicios homogénea para todos los ciudadanos, impulsar la participación de los profesionales y ciudadanos en los órganos de gobierno de las áreas de salud, mantener la libre elección de médico de familia y pediatra en la zona básica de salud, establecer agendas asistenciales con un máximo de pacientes al día que no supere los 25 ó 30 y cupos ponderados en función de las demandas de salud y características poblacionales y clínicas.

En segundo lugar, medidas organizativas y de gestión para los centros de salud orientadas a que los nuevos modelos organizativos supongan una mejora de la gestión y la organización actual de los equipos, siempre y cuando estén enmarcados en el sistema sanitario público de forma que sea factible su aplicación a todos los centros de salud de la Comunidad de Madrid. Que se garantice un modelo organizativo donde prime la autonomía y la descentralización de la toma de decisión de los profesionales, asumiendo la dirección de la oferta de servicios, la coordinación de los recursos sanitarios y sociales y la organización del trabajo. Y aquí, quiero apostillar que, desde nuestro punto de vista, el modelo de entidades de base asociativa, las EBA, propuesto por la Comunidad de Madrid, no reúne en principio estas condiciones. Hay que definir las responsabilidades y funciones de los profesionales sanitarios, hay que establecer la figura del director del centro con responsabilidades y funciones directivas, hay que eliminar las cargas burocráticas y hay que potenciar la organización de las unidades de admisión, fomentando el desarrollo de las habilidades mediante la formación de nuevas tecnologías.

En tercer lugar, proponemos medidas orientadas a la oferta de servicios de atención primaria donde se debería planificar una oferta de servicio basada en necesidades de salud con la

participación de los profesionales y de los ciudadanos e impulsar la gestión clínica por procesos.

En cuarto lugar, y por último, estarían las medidas destinadas a mejorar las condiciones de trabajo de los profesionales de la atención primaria, desarrollando una carrera profesional con reconocimiento de los méritos profesionales; desarrollar programas permanentes de formación continuada incentivada; estímulos a la investigación, al desarrollo comunitario, etcétera; promover un sistema retributivo incentivador y motivador cuyo componente variable esté ligado a objetivos logrados; implantar políticas destinadas a la mejora de canales de comunicación de los trabajadores y la dirección y es imprescindible, por supuesto, establecer medidas que concilien la vida familiar, personal y laboral; también es necesaria la planificación de las necesidades de los recursos humanos de la atención primaria; hay que impulsar una política de salud laboral, sobre todo en lo relativo a la presión a la que están sometidos últimamente nuestros profesionales, que vaya encaminada a la reducción de los riesgos psicosociales, y, por último, decir que la ejecución de las ofertas de empleo público tienen que ser constantes, tienen que ser acordes con el año y tienen que ser cubiertas en la forma prevista por la ley.

En cuanto a la relación entre la atención primaria y la atención especializada, quiero decir que, aunque se han realizado verdaderos esfuerzos para llegar a este tipo de coordinación entre la atención primaria y la especializada, no se han dado los resultados deseados. Para ello, nosotros propondríamos impulsar el desarrollo de sistema de información comunes y compartidos creando una red interconectada entre atención especializada y atención primaria que facilite la transferencia de conocimientos clínicos y administrativos y que evite las duplicidades e ineficiencias administrativas y reduzca costes a través de la implantación de elementos como la historia clínica digital, la receta electrónica, el registro de pruebas complementarias, etcétera. También deben ponerse en marcha sistemas de información que al mismo tiempo fomentaría la gestión clínica conjunta de los procesos, una implantación y seguimiento de guías y protocolos de actuación compartidos, la evaluación del desempeño, la colaboración entre los niveles y una mayor integración de la asistencia que reciben los pacientes. Por último, habría que potenciar la

cooperación y la colaboración de los profesionales de atención primaria y de atención especializada en materia de formación e investigación, así como la posibilidad de compartir experiencias transferibles y la eficiencia en la toma de decisiones diagnósticas, terapéuticas y de gestión de recursos. Para que todo esto sea posible no sólo es necesario realizar inversiones en tecnología y recursos humanos, sino que también hay que promover medidas que faciliten la coordinación en la elaboración de protocolos de actuación y derivación, guías de actuación clínica, investigación conjunta e interconsultas directas, entre otras. A su vez, la instauración de incentivos compartidos en torno a resultados en la salud de la población estimularía la transparencia y la solución de responsabilidades.

Respecto a la atención especializada, al igual que en atención primaria, como organización sindical no tenemos por menos que decir que se debe impulsar el diálogo social. Habría que planificar una cartera de servicios integrada integral; habría que elaborar un plan de necesidades, de infraestructuras, de ordenación de recursos humanos que permita la adecuación de medios a la demanda real y que optimice la atención sanitaria tanto en términos de calidad como en tiempos de espera en el marco del consenso social. Homogeneización de las relaciones jurídicas de los profesionales y trabajadores en general -tenemos multitud de relaciones jurídicas y de vinculaciones jurídicas de los trabajadores en nuestro sistema- y, por supuesto, no externalizar servicios prestados por empleados públicos, servicios que ya se venían prestando por empleados públicos.

Entendemos que con estas medidas desaparecería el desconcierto, la confusión y la desmotivación de la parte más importante del sistema que son nuestros recursos humanos. Esta situación es clara por el aumento de las demandas judiciales y el abandono por parte de los profesionales de muchos hospitales de nueva creación, hasta el punto de no poder funcionar algunos servicios, derivándose las patologías de mayor complejidad a hospitales de gestión directa, como todos ustedes conocen. Además, estas políticas no dan respuesta al cambio de demanda; el envejecimiento, la cronicidad y la pluripatología desaconsejan la fragmentación de dispositivos y la facturación por proceso prestado. Si a todo esto añadimos los datos publicados recientemente -somos la Comunidad Autónoma con

el segundo menor gasto por habitante del Sistema Nacional de Salud, por detrás de Comunidad Valenciana, en el caso de Madrid con 1.135,66 euros por habitante y en el País Vasco con 1.598,29 euros, pueden llegar a darse diferencias de más de 400 euros por habitante-, se rompen los modelos de la equidad de la asistencia sanitaria.

En cuanto a la incidencia de la resolución de 31 de julio, por supuesto la tenemos que valorar como negativa. Como consecuencia de la apertura de los nuevos hospitales y la reordenación de efectivos, se produjo un vacío de profesionales de los hospitales tradicionales que han tenido que soportar la misma presión asistencial, puesto que éstos no respondían a la demanda de los usuarios, y, por tanto, tuvieron que contratar o nombrar personal eventual para poder seguir prestando los servicios. Además, con la reorganización no se consiguió el objetivo esperado de trasladar de forma voluntaria a los profesionales sanitarios, optimizando así las plantillas que sólo la Consejería conocía y había determinado, y el anuncio de los programas funcionales de hospitales como el Gregorio Marañón, Ramón y Cajal, hospital Clínico, La Paz, el hospital de Móstoles, implicaba la externalización de los servicios residenciales, entre otros, puesto que pasaban al modelo de concesión. La resolución de 31 de julio de la Dirección General de Recursos Humanos del Servicio Madrileño de Salud alentó el cese masivo del personal eventual, eso sí, de forma selectiva, y sirvió de nuevo para reordenar, a través del personal eventual, las plantillas, tanto de los hospitales tradicionales como de los nuevos. Por supuesto, la resolución provocó la alarma entre los afectados al ver peligrar sus contratos.

¿Qué opinamos de la reorganización? Nosotros, antes de hablar de la reorganización, queremos decir que CSIT-Unión Profesional, se ha visto obligado a recurrir todas las órdenes de reordenación por la ausencia previa de la negociación colectiva contemplada en la legislación vigente; no se negociaron las órdenes de reordenación de efectivos. La aprobación del acuerdo marco sobre el acuerdo de ordenación y participación en la negociación colectiva para los años 2004-2007, contemplaba entre sus pilares, la elaboración de un plan de recursos humanos. Este plan debería haber estado concluido en junio de 2005, que es el límite que ponía el acuerdo. Esta organización sindical hizo multitud de peticiones para poner en marcha este

plan de elaboración, y lo único que nos encontramos fue la promulgación, en septiembre de 2007, de las órdenes de reordenación de los nuevos hospitales. Finalmente, entendemos que la reordenación de efectivos es una medida que de ser necesaria, sólo puede adoptarse como consecuencia de esa planificación previa, fruto del consenso y de la evaluación global de la distribución de nuestros recursos sanitarios en relación con las necesidades detectadas.

En cuanto a los modelos mixtos, el PFI de eficacia y eficiencia, hemos de decir que con relación a los modelos de gestión indirecta que ha introducido la Consejería carecemos de datos oficiales -porque así es-, que permitan realizar un análisis práctico de los niveles de eficiencia; ni existen, al menos que conozcamos, estudios comparativos de calidad y eficiencia entre los hospitales madrileños de modelo tradicional y los gestionados bajo modelos mixtos de empresa pública PFI; ni tampoco respecto al hospital Infanta Elena cuya gestión es de concesión administrativa por pago capitativo. A priori, sin embargo, como organización sindical, sí vamos a hacer las siguientes afirmaciones: por su propia naturaleza, la intervención de la iniciativa privada introduce un elemento inexistente en la prestación de los servicios públicos, tal cual es la rentabilidad económica de la inversión realizada, tanto respecto de los servicios residenciales como de la propia asistencia sanitaria, con carácter determinante en la calidad, que queda cuanto menos condicionada a la rentabilidad empresarial.

El estudio comparado de distintos sistemas sanitarios europeos, avalados por múltiples análisis e informes, niega el ahorro real de costes que pretende justificar la utilización de modelos PFI; más bien, al contrario, se difieren costes a largo plazo, aumentado notablemente nuestro nivel de endeudamiento e hipotecando nuestra sanidad futura. Sin negar que el crecimiento vegetativo de la población, su envejecimiento, los movimientos migratorios y, en definitiva, todos los factores que han incidido en el crecimiento significativo de la banda asistencial hacían necesarias nuevas inversiones en infraestructuras que dieran respuesta a ese crecimiento, entendemos que ello no justifica en sí mismo el cambio de modelo de gestión. Así, mediante la fórmula de concesión se privatiza la provisión, y se paga a una empresa un canon per cápita de un territorio. Estamos obligando a dicha

población a que acuda al proveedor asignado, lo que no es fácilmente conciliable con la libre elección de médico y hospital, salvo que se ensaye un costosísimo procedimiento de facturación interna.

Por otra parte, los modelos de libre elección tenderían a primar el pago por acto, que generaría un aumento en la intensidad asistencial; es decir, un uso inapropiado de servicios. Es el efecto llamado “demanda inducida por la oferta”. Por tanto, y por todo lo expuesto, ese cambio de modelo parece responder más que a razones de eficiencia, de eficacia y de flexibilidad, a la imposibilidad legal de superar el endeudamiento que la Unión Europea ha marcado, y que ha obligado a ejecutar maniobras de ingeniería financiera que permitan salvar ese obstáculo con cómputos de gasto corriente con lo que anteriormente se computaba sencillamente como inversión en infraestructura. La consecuencia más grave de todo ello es que el coste diferido a largo plazo supone un coste global muy superior al de construcción y mantenimiento bajo el modelo tradicional, y una deuda futura para nuestras generaciones venideras. Si a ello añadimos que la transferencia de riesgos a la empresa concesionaria es tan solo relativa, parece que los grandes beneficiarios del cambio de modelo de gestión son únicamente las referidas empresas, y no los ciudadanos. Por experiencia en otros países se ha demostrado que el carácter público del financiador sanitario limita severamente la capacidad de influir en los hospitales concesionarios de modelo PFI, lo que avala nuestra tesis de hipoteca presupuestaria para el futuro, sin margen de maniobra para rectificar errores cometidos. La mejor accesibilidad y mejores servicios residenciales no comportan necesariamente mayor calidad asistencial. Sin olvidar que ambos son aspectos importantes, lo es, sin duda, mucho más, la prestación sanitaria de forma óptima y equitativa cuando el número de profesionales es insuficiente, como ocurre en los nuevos hospitales, y las carteras de servicios difieren significativamente entre ellos, los niveles de calidad asistencial necesariamente disminuyen, lo que ni como organización ni como profesionales podemos admitir.

Si la fórmula mixta de gestión de empresa pública PFI no ha sido bien justificada ni nos gusta como se ha diseñado en la práctica, la fórmula de concesión administrativa no nos resulta aceptable en ningún caso. La provisión de servicios sanitarios ya no es desempeñada por empleados públicos ni

gestionada desde el ámbito público que sólo asume el papel de controlador externo de la prestación. Un servicio público básico y esencial, como la sanidad, no debe quedar en manos de la gestión privada porque sólo los poderes públicos pueden garantizar la calidad y la equidad más allá de la autosuficiencia y de la rentabilidad. Nosotros entendemos que el modelo tradicional puede ser mejorado, y hay herramientas para mejorar el modelo tradicional, en vez de aplicar estos nuevos modelos.

Respecto a la información clínica, el mejor control que debe existir y exigirse es la transparencia vía autorización expresa de cada usuario del sistema para que esa información sea tratada por la empresa concesionaria que, en cada caso, custodie su información. Obviamente, cualquier acceso o uso no autorizado habrá de conllevar la responsabilidad subsidiaria de la Comunidad de Madrid como garante y depositario último de la prestación y la documentación clínica que se derive de la misma.

Respecto a la competencia y a la cooperación, si las carteras de servicios, los parques tecnológicos, las plantillas y la población asistida son de características similares, podríamos hablar de la competencia científico-técnica, pero no existe tal situación actualmente. Al igual que el establecimiento de mecanismos de cooperación ante determinadas contingencias de carácter coyuntural, como pueden ser las listas de espera, las diferentes carteras de servicios, las situaciones de emergencias o estructurales como la docencia, la investigación, la aplicación de nuevas técnicas, etcétera, las consecuencias financieras de estos modelos...

La Sra. **PRESIDENTA**: Se le ha agotado su tiempo.

La Sra. **SECRETARIA DEL SECTOR DE SANIDAD DE CSIT UNIÓN PROFESIONAL** (Moral Pavo): Concluyo en cinco minutos, señora Presidenta. De lo que sabemos hasta ahora, los pliegos de contratación permiten el “stepping”, esto es, como ustedes muy bien saben, el desembolso parcial y los anticipos por parte de la Administración ante eventuales dificultades o necesidades coyunturales de las sociedades concesionarias. Legalmente, no existe ningún obstáculo para que la Administración adopte medidas excepcionales,

incluso que acuda al rescate o secuestro del servicio prestado si las deficiencias son significativas o la eficiencia económica del modelo peligre. Siendo así, entendemos que los pacientes seguirían recibiendo la atención sanitaria de la misma forma que venían percibiéndola, si bien parece obvio que el coste de asumir el rescate multiplicaría la inversión pública prevista, como ya ocurrió en otros países.

Por último, respecto al copago, siempre que pelagra la sostenibilidad del sistema sanitario se abre el debate del copago. Consideramos el copago como una medida sólo coadyuvante de financiación adicional y no la solución estructural que se requiere. Actualmente, existen otras alternativas de financiación cuya aplicación unida a una adecuada gestión de recursos podría implantar la medida del copago; es decir, nosotros no somos partidarios del copago. Muchas gracias.

La Sra. **PRESIDENTA**: Muchas gracias, señora Moral. En primer lugar, por el Grupo Parlamentario Izquierda Unida, tiene la palabra doña Inés Sabanés.

La Sra. **SABANÉS NADAL**: Muchas gracias, señora Presidenta. En primer lugar, quiero dar la bienvenida a esta Comisión a doña Elena Moral en representación del CSIT y quisiera agradecerle no sólo su presencia sino la claridad y posición que ha expuesto en su intervención en lo que afecta al objeto de esta Comisión.

Nosotros partimos del criterio, en todo el desarrollo de esta Comisión y también en la defensa de las distintas iniciativas sobre la sanidad y sobre la política sanitaria en la Comunidad de Madrid, de un derecho fundamental, por tanto, de un mandato constitucional perfectamente preservado y además bastante blindado en su determinación y que cualquier reforma de entidad -y, en ese caso, estamos hablando de una serie de reformas que sumadas tienen mucha entidad- se tiene que ajustar a los marcos legales en vigor -que han generado no pocas incertidumbres, como, por ejemplo, la Ley del 97-, preservando como objetivo fundamental la equidad como parte de un derecho fundamental.

Se ha referido usted a la dificultad de conocer el modelo. Evidentemente, la suma de las diferentes reformas no compone, en sí misma, un

nuevo modelo ni deja percibir -que sería lo peor- hacia qué modelo apunta la transformación de la situación de partida; tampoco deja percibir -lo cual sería más grave- el impacto que puede tener en el futuro un sistema -y vuelvo por dónde empecé- que está blindado, o debe estarlo, como derecho fundamental en nuestro marco constitucional; por tanto, todos los marcos legales, las reformas, las experiencias y los experimentos tienen que contar con unas garantías mínimas y, a veces, la precipitación en las reformas apunta más, como trataré de demostrar, a una mutación del modelo que a un verdadero proceso de reformas conocido y con las garantías que marca el sistema público y el derecho a la salud.

Además, le agradezco especialmente que haya hecho una intervención en la que ha resaltado la importancia de la política de los recursos humanos y de todo lo que, en ese tránsito, en este camino de reformas y de importantes niveles de conflictividad en nuestra Comunidad, ha supuesto tener en cuenta que la base del sistema tiene mucho que ver con los recursos humanos y tiene que ver con todos y cada uno de los profesionales que concurren en los distintos ámbitos del sistema sanitario. Me parece que es un elemento muy importante que hay que tener en cuenta.

Yo planteaba que, en distintos momentos y en distintas fechas, a partir de la LOSCAM y a partir de los criterios de la Ley del 97, aquí se han ido abordando distintas reformas a través de la Ley de Acompañamiento y de la incorporación del modelo de gestión de empresas públicas en los seis hospitales -que usted ha analizado-, con canon, con niveles altos de privatización, con su elemento distinto y diferente, con las concesiones administrativas y, por tanto, los sistemas de privatización introducidos en Valdemoro, y que, de confirmarse los rumores, tendrían continuidad en los previsibles cuatro nuevos hospitales de la Comunidad de Madrid.

También se ha producido la cesión de todo un área de atención especializada, en este caso con los centros de especialidades de Pontones y de Quintana; se ha producido la privatización de los laboratorios, con todo lo que suponen en este marco de reformas, y es verdad que la orden del 31 de junio y las diferentes intervenciones que se han realizado han supuesto un verdadero conflicto en lo que finalmente sólo ha sido una reasignación de personal,

creando altos niveles de incertidumbre en cuanto a las condiciones de la cobertura de los recursos humanos y su preservación, que es una parte importante de la sanidad.

Tenemos sobre la mesa la propuesta, ya explicitada, no en todos sus términos pero sí avanzada, por lo menos en esta Comisión y en otros ámbitos, sobre la reforma de la atención primaria y, por tanto, la introducción de criterios similares u homologables a lo que son entidades bases asociativas o cualquier elemento de reforma. Como planteábamos en la anterior intervención, se apunta también a reformas muy serias en los procesos de planificación a través del área única, marcando una distancia muy importante de los proyectos que quedaron sin desarrollar en la anterior Legislatura; en todo caso lo que ahora se plantea es un elemento muy distinto de lo que venía siendo una política de planificación.

El representante del Partido Popular planteaba todo ello en base a la libertad o con un criterio de planificación combinado con la libertad. Nuestro criterio está más basado en la competencia que en la libertad, ya que ésta tiene enormes dificultades para introducir y valorar cada una de estas reformas de forma parcial. Asimismo, ¿cómo componen finalmente un nuevo proceso de planificación, una política de recursos humanos distinta y diferente? ¿Cómo componen la libre elección de médico? ¿Cómo se mezcla todo esto con procesos que establecen en sí mismos -se quiera ver como se quiera- elementos de competencia? Se hablaba de que, salvo que se introdujeran criterios muy complejos de facturación interna, la realidad es que se establece otro modelo. En definitiva, nosotros llegamos a la conclusión de que por la vía de los hechos, con carácter unilateral y no suficientemente explicado, lo que se está produciendo es una mutación bastante descontrolada del sistema sanitario de la Comunidad de Madrid. Por tanto, si esta Comisión tiene algún objetivo para Izquierda Unida precisamente es éste: analizar, evaluar el camino recorrido, ver el impacto de todas y cada una de las reformas en el conjunto del sistema, en la financiación, en la política de recursos humanos y en el resultado final de equidad, que es nuestro compromiso básico. En base a ese análisis que, desde luego, nosotros no conocemos, deberían establecerse las estrategias de futuro con un carácter de mayor participación, de mayor control, de mayor

información, de mayor claridad y con menos política de hechos consumados. Creo que éste debería ser un objetivo básico de esta Comisión.

En este contexto y sentido, quería que profundizara, y por tanto evaluara, todas estas reformas y efectos que ha mencionado en su intervención inicial y qué resultante han tenido. Yo creo que será uno de los elementos a corregir radicalmente en la participación, en el control democrático y en la información tanto a los colectivos y al personal afectado como a la ciudadanía, que es la receptora final de los servicios, intentando romper esta vía de hechos consumados. Por tanto, me gustaría que hiciera la evaluación de la participación y control democrático, su posición -que creo que ha quedado bastante clara- con criterios a futuro de planificación que tendrían que ver con las nuevas fórmulas introducidas de gestión.

Yo comparto una parte importante de lo que ha desarrollado en su intervención -ya lo he dicho en alguna de mis intervenciones-, pero no sólo está lo que se dice desde la parte política, desde la parte sindical, desde la parte ciudadana o desde la visión de los distintos profesionales. Lo que se plantea en distintos estudios -y cito el de Menéndez Rexach, de la Universidad Autónoma- es que la generalización -en este caso estamos hablando de una posible generalización de los sistemas de concesión administrativa- no encajaría dentro de los objetivos ni de los mandatos, legales, incluso constitucionales, del sistema sanitario. No va más allá, pero habla de un proceso demasiado generalizado de estos sistemas que, en cualquier caso -nuestra posición, desde luego, es absolutamente contraria a estos sistemas-, deberían estar justificado caso por caso, nunca generalizados en su incorporación a la política sanitaria en la Comunidad Autónoma. Lo decisivo -y lo dice el propio informe-, como se dejaba entrever en su propia intervención, es que la esencia de la prestación sanitaria no está en su contenido económico sino -y ésta es la gran diferencia- en la realización efectiva de un derecho fundamental que, en otro orden de cosas, está garantizado por financiación pública asegurada en el marco del sistema de la Seguridad Social, ahora en el marco de la financiación autonómica. Ése es el esquema y creo que una Comunidad Autónoma, con su competencia y capacidad, no debería ir más allá.

Evidentemente, el empresario privado, se diga como se diga y se cuente como se cuente, no puede actuar con sus esquemas habituales dirigidos, obviamente, a la obtención de beneficios, ya que esto nos situaría a todos en una encrucijada que ya se vio con el modelo de Alzira y se verá con otros modelos de concesión administrativa que se están incorporando. Por tanto, bien desarrolla correctamente su función, aunque cumpla con pérdidas y se incorpore dentro de sistemas complejos de administración que las compense o primaría la obtención del beneficio, lo cual, desde luego, deterioraría la calidad de la asistencia sanitaria.

Nosotros, además de evaluar el procedimiento, creo que estamos ante una poco conocida estrategia de reformas muy serias que requieren una reflexión muy profunda, que requieren evaluar cuál ha sido el control democrático y la participación; requieren romper la vía de hechos consumados; requieren una moratoria de todas las reformas que están sobre la mesa referidas a nuevas fórmulas, en este caso de la atención primaria, del área, de los nuevos hospitales. También los cambios en los antiguos hospitales, que se paralizaron en parte, a través de la remodelación o los planes directores de nuevos hospitales que también introducían cambios en las fórmulas de gestión. Todo eso para plantearnos también una evaluación y unas conclusiones muy serias desde esta Comisión para definir unas estrategias no dispersas y no desconocidas. Dicho esto en cuanto a la evaluación de esos criterios: participación, control, paralización de una serie de reformas que apuntan y profundizan en esa dirección, creo que debemos trabajar por unas conclusiones y un pacto que pudiera preservar el sistema sanitario de futuro.

Me gustaría, aunque creo que ya lo ha hecho, que profundizara algo más en los temas de la financiación del conjunto del sistema. Ya hemos planteado la necesidad de mejorar y sustentar bien el sistema de financiación sanitaria, las necesidades de desarrollo en atención primaria y algunas otras cuestiones que han planteado en cuanto al tema de la política de recursos humanos, así como algunas alternativas que nos pudieran servir también de base y de criterio para introducir en las conclusiones de esta Comisión, que ya está muy avanzada. Por tanto, requiere no sólo una evaluación sino también ir planteando alternativas que nos acerquen a esa paralización de reformas unilaterales para ir a un

proceso de acercamiento de criterios que nos llevaran a unas estrategias que, aunque no pudieran ser de acuerdo común, porque obviamente cada fuerza política tiene una posición absolutamente clara en cuanto al tema de la gestión de los servicios, pero sí significaran un recorrido entendible, informado, evaluado y que permita preservar en todo caso un sistema sanitario de futuro.

La Sra. **PRESIDENTA**: Muchas gracias, señoría. Tiene la palabra el señor Fernández en representación del Grupo Parlamentario Socialista.

El Sr. **FERNÁNDEZ MARTÍN**: Muchas gracias, señora Presidenta. Doña Elena, bienvenida a esta Comisión. Ha hecho usted una magnífica exposición de la problemática sanitaria madrileña desde su punto de vista, que coincide, además, con mi punto de vista, por lo que es más fácil comentarlo de esta manera que cuando no coinciden nuestros puntos de vista.

Empezaría diciéndole cuáles son nuestros puntos de vista, es decir, cuáles son nuestros principios, cuáles son nuestros valores, porque cualquier acuerdo sanitario tiene que pasar por esos valores, que estoy seguro usted comparte: aseguramiento único, financiación pública -los repito en todas las comisiones para que no haya duda-, asistencia sanitaria con equidad, con calidad, con universalidad y, además, no más importante pero tampoco menos, una gestión eficiente, transparente, participativa y planificada. Lo demás nos es indiferente, lo que queremos es esto. ¿Por qué dudamos del modelo? Por llamarlo de alguna manera, porque me parece que lo que está haciendo Madrid es un antimodelo, es otra cosa. Pues, dudamos porque no coincide con estos aspectos y, por tanto, nos parece que puede afectar a la equidad, está afectando de hecho; que puede afectar a la calidad, está afectando de hecho; que la gestión no es transparente, está afectando de hecho. Yo no tengo ninguna información del hospital de Valdemoro ni de ningún otro hospital. He hecho exactamente quince peticiones de información en los tres últimos meses y he tenido el honor de que me contesten a una sola, que se refería a los planes funcionales, y me dijeron exactamente, le repito de memoria: los planes funcionales hospitalarios siguen su curso correcto y se terminarán en el momento oportuno.

Eso es lo que me contestaron a mí. Decía antes el señor Rodríguez que los diputados faltamos a nuestro trabajo por no tener información, y eso es lo que de vez en cuando contesta la Consejería. Por otra parte, le he pedido a esta Mesa bastante información y no he recibido una sola línea. Por tanto, el nivel informativo de la Consejería no es con nosotros, los diputados, mucho más intenso que con ustedes, al revés, yo creo que incluso menos.

En cuanto a atención primaria, sólo puedo estar de acuerdo con usted. Me parece que lo que se intenta en Madrid es cambiar las reglas a mitad del partido. Tenemos un plan de mejora; plan de mejora que está absolutamente paralizado y que se firmó con el acuerdo de toda la sociedad científica y de las fuerzas sociales, con un consenso absoluto de las organizaciones políticas de esta Asamblea, con una proposición no de ley presentada por el Grupo Parlamentario Socialista, apoyada por los demás y transaccionada. En fin, todo lo hicimos bien, menos la Consejería, que de pronto ha parado absolutamente todo lo que tenía que ver con el desarrollo. Tenemos un esquema mayor, que es el AP-21, que tampoco es tan complicado, es funcional, y el plan de mejora también. Es cuestión de sumarlos que no es tan complicado, y de ahí sale como una cascada todo lo que he ido diciendo. Incluso mucho antes de soñar con EBAs y con no EBAs, desarrollemos el modelo, evaluemos el modelo y después veremos si es verdad que hay que introducir otros temas. En Cataluña las EBA funcionan, atienden al 3 por ciento de la población desde hace 10 años, quiero decir, por tanto, que el éxito en cuanto a extensión ha sido un poco limitada. Hablando de encuestas, por ejemplo, el 86,7 por ciento de la población, según el último barómetro CIS, quiere que la sanidad sea gestionada de forma pública, y el 4,5 por ciento, de una forma privada. Como hablamos mucho de encuestas, de lo contentos que están por aquí y por allá, por lo que me parece que este baremo, que tiene que ver con una nación llamada España, tiene su interés.

La coordinación entre primaria y especialidades es básica, absolutamente básica; yo creo que forma parte de la falta de proyecto del Partido Popular. El Partido Popular tuvo un proyecto, no hace muchos años en la Consejería Echániz, desde las transferencias, que, como yo digo, paró el golpe, elaboró una ley que fue muy criticada porque no estuvo bien elaborada, no tuvo capacidad de

acuerdo y pacto, y tenía una filosofía por la que no quería más infraestructuras hospitalarias porque tenía otras ideas; no quería ninguna otra cama hospitalaria. En el plazo de un mes aproximadamente se presentó en Coslada un plan radicalmente diferente de mucha construcción de hospitales, que a nosotros nos pareció bien porque coincidía con lo que nosotros andábamos pidiendo; no queríamos esos hospitales, queríamos otros hospitales, pero sabíamos lo que queríamos. Lo aceptamos y les dijimos: bienvenidos al club, eso nos interesa. Los hospitales se hicieron en construcción exprés, como decía ayer un compareciente, con todos los problemas que hay, fundamentalmente que no se ha evaluado la forma; es decir, no se ha hecho a la británica, se ha hecho a la madrileña, que no es lo mismo: aceleradamente, sin planificación previa; en fin, de una forma caótica, sin estudios de escalonamiento, sin un mapa sanitario que los aloje, sin que existan organismos intermedios que recojan realmente presión para quitársela a los hospitales, etcétera.

Ahora tenemos lo que usted también ha dicho que los hospitales que están funcionando con el sistema PFI tienen defectos de calidad graves. A mí me parece grave que no haya ecografías por la tarde en algunos hospitales; me parece, por ejemplo, grave que la mayoría de estos hospitales, al menos en cuatro, no sean hospitales más que de baja complejidad. A mí eso me parece serio y me parece que tiene que ver con la equidad. Y me parece muy serio que todo un servicio entero de ginecología -y no ha pasado nunca en la historia de la humanidad- haya dimitido a la vez. Para mi desdicha, llevo 41 años de médico y 30 siendo político sanitario, que son una barbaridad, pero yo no tengo la culpa, es que nació pronto, pero realmente eso no lo he visto nunca, en ningún momento: ni en la época de Franco, ni en la del post franco, ni, como dice el señor Rodríguez en la época premonárquica, que es como él define al período anterior a la democracia, la premonárquica, que enlazaría con el hombre de Neardental, porque España es monárquica desde no se sabe cuándo. Eso es un chiste. Eso nos preocupa mucho, porque rompe la equidad y rompe la calidad.

En Madrid tenemos aproximadamente un 33 por ciento de pacientes que no utilizan la sanidad pública, pero no es verdad porque hay una parte que utiliza la sanidad pública y la sanidad privada; utilizan muchos temas de primaria, básicamente recetas, y

utilizan la especializada, que son las pólizas privadas. Madrid tiene un 28 por ciento de pólizas privadas, según nos ha dicho aquí el otro día Javier Murillo, Consejero Delegado de Adeslas, o Antonio Bartolomé, Presidente la Federación Española de las Clínicas Privadas; el resto de España tiene un 13,27 por ciento de media. Algo está pasando.

Yo digo siempre que la asistencia privada en aseguradoras es la competidora natural de la asistencia pública, y ese incremento algo significa; significa que usted no está cumpliendo con su obligación. Las pólizas de aseguradoras han tenido una fluctuación importante en la evolución de la historia; por ejemplo, después de la Ley General de Sanidad, bajó espectacularmente entre los años 87, 90 y 91; volvió a mantenerse bajo durante un límite que fue el tiempo de la crisis económica del 91, y volvió a repuntar a partir del año 95, casualmente; y ha ido creciendo, casualmente, hasta llegar a un 28 por ciento, y descuento de ahí el 5 por ciento, aproximadamente, de las pólizas de Muface. Por lo tanto, ahí se roza un principio importante de no igualdad de oportunidades ante la asistencia sanitaria, para dar un rodeo y no llamarle falta de equidad; es la libertad de un ciudadano que no quiere ser atendido en la sanidad pública porque lo que le ofrece es demasiado retraso, menos calidad y problemas, y que va a primaria fundamentalmente para la utilización de recetas, sobre todo cuando se es pensionista.

Disminuyen las pólizas de aseguradoras mucho a partir de los 65 años, naturalmente, porque les triplican el valor de la póliza. Por lo tanto, las empresas privadas, que no son ONGs, hacen una selección del riesgo importante que no se trasmite. Por supuesto -y no quiero que se me busque ninguna vuelta- no estoy diciendo, ni de lejos, que eso pase en la pública. Estoy diciendo que las aseguradoras tienen la lógica empresarial, que es fría de corazón cuando tiene que valorar estas cosas. Yo no me creo que una sociedad que es tan fría de corazón en la administración de sus pacientes, y que a todo ciudadano mayor de 65 años le triplica la póliza porque aumenta la frecuentación, se convierta bruscamente en benefactor del género humano cuando les dan un hospital público. No me lo creo, ¡qué le voy a hacer! Es que son los mismos, y el doctor Burgueño, que diseñó el hospital Alzira 1, mal, porque luego hubo que modificarlo, que es el que ha diseñado el hospital de Valdemoro, peor, sea un

hombre que, teniendo en cuenta la lógica de su pensamiento, esté preocupado por ser un benefactor del género humano porque no lo ha hecho nunca. Es natural que su lógica del planteamiento sanitario obedezca a determinados parámetros. Si ha sido un alto cargo de una sociedad aseguradora muy importante que triplica la póliza cuando cumple 65 años o sube la póliza a las mujeres entre los 20 y los 40 años, que parece que coincide con la edad fértil, no parece lógico que estos ciudadanos sean capaces de llevar normalmente una sanidad generosa como debe de ser naturalmente la sanidad pública.

El otro día compareció aquí Eduardo Arrojo, que es el responsable de la actividad hospitalaria de Sacyr. Yo tengo dudas ahora mismo con Sacyr. Es un hospital de titularidad pública pero en el Registro de la Propiedad viene a nombre de Sacyr, o sea que el propietario del activo es Sacyr. Pero yo ya no sé si es Sacyr, porque ahora Sacyr es Itínere, pero Itínere lo ha comprado Citigroup y Citigroup es norteamericano, que a su vez ha sido intervenido por el Gobierno norteamericano, yo ya no sé a quién pertenece ese hospital, porque pertenece a una entidad extraña que se llama en estos momentos Citigroup pero que está intervenido por el Gobierno norteamericano. Al final, y cuadrando el círculo, resulta que el hospital de Coslada seguramente Obama lo llevará bien pero realmente poco tiene que ver con esta historia. Y son los dueños del activo. De acuerdo que es de titularidad pública vinculada, pero si Sacyr tiene problemas determinados, Sacyr venderá porque ha pasado lo mismo con la "Jiménez Díaz". La "Jiménez Díaz" es pura especulación financiera y está repercutiendo sobre el hospital de "La Concha" en cuanto a calidad. Aquí comparecerá Víctor Madera -y tengo muchísimas ganas de que comparezca-, Consejero Delegado de Capiro, antes Consejero Delegado de IDC, el que compró, porque esto es comprar; es una fundación pero el patronato está gobernado por la UTE, o sea que de hecho es un consejo de administración, dos tercios del consejo de administración pertenecen a la empresa concesionaria, uno a la fundación y se vota por mayoría y siempre ganan los que ganan como es lógico.

La orientación sanitaria de la Concepción se está haciendo con los criterios que Capiro está introduciendo. Han hecho una negociación absolutamente opaca ampliando el tema a 440.000 personas, absolutamente opaca. Yo -contestando al

señor Rodríguez- pedí la información en el mes de febrero y me la mandaron en el mes de julio. Como tenemos tres meses máximos, tuve que pedir amparo a la mesa -de hecho, en toda información que solicito pido tres amparos a la mesa porque la información viene tardando entre cuatro y cinco meses- y cuando me llegó la información, ya había salido en la prensa; alguien llegó antes que yo que sigo los cauces reglamentarios, como es natural, porque yo soy muy respetuoso con las normas. En fin, los periodistas tienen más capacidad de maniobra y se enteraron antes, mientras que nosotros nos enteramos en julio de este año, y eso se firmó en diciembre de 2006. ¿Por qué? Porque ampliaba de una forma ilegítima, que no estaba prevista en el convenio, una revisión de convenio, en la que se pusieron de acuerdo la Consejería, que amplió la concesión, y la UTE. Pues, vale. ¿Por qué? El problema es que quiero que me digan por qué. ¿Qué datos había en el ambulatorio de Pontones o de Quintana? Que me digan algo, que me contesten cuáles son las razones sanitarias, cualitativas y cuantitativas que justifican esta ampliación del convenio. Quiero que me lo digan, a ver si así consigo enterarme y en ese caso compartiré su criterio, pero es que no lo sé. No sé cuál es la razón -sí la sé porque viene en el convenio-, porque el año pasado la Fundación Jiménez Díaz tuvo un incremento del 23 por ciento en el presupuesto, y este año un 8 por ciento, mientras que los hospitales tradicionales crecen entre un 1,5 y 2 por ciento de media. Pero es que los hospitales PFI van a incrementar el presupuesto este año de acuerdo al IPC previsto cuando se elaboraron los presupuestos. Crecen el 4,8 por ciento y el IPC está en 1,5 por ciento. Entonces, ¿qué va a hacer la concesionaria? ¿Va a devolver el dinero hasta el 4,8 por ciento? Es mucho dinero. Pues se está rompiendo el acuerdo; se crece de acuerdo con el IPC previsto, que es el 4,8 por ciento, y en una época como en la que estamos puede haber deflación, y, si hay deflación, ¿qué va a pasar con estas compañías? Son compañías que dependen de sus accionistas, no son compañías que dependan del dedo divino; por tanto, tienen que actuar de acuerdo con sus accionistas. La introducción del mercado en el mundo sanitario es peligrosa y funciona de una forma peligrosa.

Voy terminando. Sólo quería hacer un esbozo laboral. Lo ha dicho usted todo. A mí me parece que la ordenación de efectivos fue una de las

medidas más "amateur" que he visto en mi vida; fue hecha por un aficionado que además es un profesional, que ya es el colmo, aunque Resino es un profesional de esto; con ustedes y con los demás sindicatos firmaron 34 acuerdos en la anterior Legislatura, me parece, y creo que ha incumplido los 34, pero los firmó; tiene capacidad seductora y eso está bien, pero este año a este hombre, le han hecho esto. Por eso el señor Lamela se fue, entre otras cosas porque había que abrir los hospitales. Y en estos momentos tenemos que las plantillas están incompletas, lo que repercute sobre la calidad, se nos están yendo a otros hospitales, hay que hacer planes funcionales, y se tarda más de un fin de semana en hacerlos. Y, por tanto, tenemos una temporada por delante y no tenemos ni idea de la evaluación del funcionamiento de estos hospitales.

Yo espero que de esta Comisión salga un cierto acuerdo. Además, nosotros vamos a ser poco exigentes siempre que se respeten los principios fundamentales que resumen nuestro pensamiento y que les he leído antes. También espero que el Partido Popular no renuncie a ninguno de los suyos, otra cosa es que razonemos formalidades. Es imprescindible que Madrid tenga un organismo de control, un organismo de observación, un organismo de análisis, porque la Consejería no lo está haciendo, y además debe de depender de esta Asamblea, en la que, además, el Grupo Parlamentario Popular es mayoritario; si nosotros no queremos ganar nada que los electores no nos den, pero necesitamos obligatoriamente que haya una participación social y que haya una participación con experiencia, con expertos que analicen, evalúen y, por tanto, orienten la sanidad madrileña. En este momento la sanidad madrileña es un caos. Usted es sindicalista y tiene una visión más cercana que yo; desde la política vemos todo un poco más lejano, pero usted está ahí. Eso es lo que tenía que decirle comentando sus palabras. Muchas gracias.

La Sra. **PRESIDENTA**: Muchas gracias, señoría. Tiene la palabra el señor Rodríguez en representación del Grupo Parlamentario Popular.

El Sr. **RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ**: Muchas gracias, señora Presidenta. Muchas gracias, doña Elena, por la información que nos ha dado durante su comparecencia. Le agradezco sinceramente la

amabilidad que ha tenido al venir a comparecer ante esta Comisión. Ha hecho usted una intervención, como buena sindicalista, en la que lo que ha predominado son los problemas referentes a los recursos humanos. De todas las cosas que ha dicho, sí hay una cosa que me llama mucho la atención y que, además, es muy importante, ya lo hemos hablado aquí alguna vez, que es la de tomar medidas para conciliar la vida familiar y laboral. Ese es un problema que no a muy largo plazo va a tener la sanidad española, no sólo la madrileña, porque es un sector que, por las circunstancias que sean, está cambiando de manos; la mayor parte va a ser atendido por mujeres. Ahora mismo, en las escuelas de medicina, en la Facultad de Medicina, aproximadamente el 80 por ciento de los estudiantes son mujeres, lo que eso implicará que el 80 por ciento de los médicos serán mujeres. Esto planteará un problema pues hay que conciliar la vida familiar y laboral, lo que implicará tener que disponer de más profesionales, pues si el mismo puesto de trabajo hay que desarrollarlo con dos profesionales, implica más médicos. Habrá que estudiarlo, pues si hay mujeres que piden reducción de jornada o mujeres que están de baja por maternidad, ese período hay que suplirlo; con los hombres esto no ocurre, pero a mí me parece bien porque yo no estoy en contra de que el sector esté en manos de las mujeres, eso lo ha decidido así la sociedad puesto que la entrada a la universidad es libre y entran aquellos que tienen más capacidad para formarse. Habrá que tomar medidas porque esto originará alguna distorsión.

Ha dicho alguna cosa que yo no puedo compartir. En cuanto a que en atención primaria tiene que haber guías y protocolos, léase usted a Martín Zurro, Catedrático de Asistencia Primaria de la Universidad de Barcelona, y verá lo que le dice sobre las guías y los protocolos. Él analiza perfectamente los pros y los contras. Si eso fuera tan sencillo, bastaría con que un funcionario leyera un cuestionario, lo metiera en un ordenador, éste haría el diagnóstico y pondría un tratamiento. Por tanto, eso de las guías y los protocolos es bastante más complicado. Está bien que haya guías, pero actuar bajo protocolos plantea muchos problemas. Insisto, léase a Martín Zurro, Catedrático de Asistencia Primaria en la universidad de Barcelona, el único que hay en toda España.

Ha hecho usted una crítica diciendo que la iniciativa privada lo que mide es la rentabilidad

económica y que eso va en detrimento de la calidad. Por esa razón me gustaría saber cuál es su posición sobre las entidades colaboradoras; las entidades colaboradoras eran un servicio financiado, un servicio sanitario público, que se prestaba única y exclusivamente por la iniciativa privada. Por tanto, dígame si los ciudadanos que habían acudido a las colaboradoras entendían que habían sido atendidos con una calidad inferior a la del sector público y si ahora, una vez que las han suprimido, los ciudadanos que se han visto afectados están más contentos o más descontentos que antes. Me gustaría saber cuál es su posición en cuanto a las colaboradoras.

Ha dicho otra cosa que es incierta. Dice que cuando a una población se le asigna un hospital, se la obliga a éste, y ponía el ejemplo del hospital de Valdemoro. Eso no es verdad; el ciudadano que tiene que ser atendido en el hospital de Valdemoro, si no quiere ir a ese hospital, va a otro y, además, hay una salvaguarda. Es decir, si un ciudadano perteneciente a un área distinta a la de Valdemoro va al hospital de Valdemoro, nosotros tendremos que pagar el 80 por ciento del coste de ese proceso patológico, pero si un ciudadano que es atendido en Valdemoro va a que le atiendan en el Doce de Octubre, el hospital de Valdemoro va a pagar el cien por cien de lo que cueste el proceso. Por lo tanto, el ciudadano elige y la calidad se garantiza porque es el propio ciudadano el que elige. En consecuencia, si los ciudadanos no quieren ir a ese hospital, lógicamente, no va a poder tener ingresos y va a tener que pagar. Esto es lo que quiero que usted me cuente.

Se han dicho aquí algunas cosas que a mí me cuesta trabajo creer. No quiero ser agresivo ni corrosivo, pero mire usted, abrir los nuevos hospitales en el año 2008, lo que quiere decir que no han funcionado todo el año, porque muchos se han abierto en junio, ha puesto de manifiesto que, con el mismo personal, como ha dicho usted, porque lo que se ha hecho ha sido utilizar el mismo personal, no se han creado puestos nuevos -bueno, alguno se habrá creado-, que antes se estaba gestionando mal, y le voy a decir por qué. Ha habido 40.691 ingresos más, 768.000 consultas más, 31.886 intervenciones quirúrgicas más, 370.000 urgencias y 6.526 partos; eso se ha hecho de más. Eso no ha supuesto mayor aporte de recursos, lo único es que hay, según los datos que tengo, 2.000 camas más, 75 quirófanos más, 248 puestos de día más, 749 puestos de consulta, 10 resonancias magnéticas, 11 TAC y 10

mamógrafos. Me dirán que eso es mentira, pero se puede ir y comprobarlo. Por lo tanto, son recursos que están al servicio de los ciudadanos, del recurso público. Y cuando uno mira la actividad, ve que en los hospitales tradicionales su actividad ha bajado tanto en consultas como en intervenciones quirúrgicas y en ingresos, y cuando uno suma la atención especializada realizada en el mismo área, insisto, en el mismo área, entre el hospital tradicional más los hospitales que hay ahora, su actividad ha aumentado, lo cual quiere decir que, si no se ha aumentado el personal, con el mismo personal se están obteniendo mejores rendimientos. Eso se llama mejorar la eficiencia. Si no es así, ustedes me demuestran lo contrario y podemos discutir sobre ello, porque yo estoy abierto a la discusión.

También se han dicho otras cosas aquí, que no ha dicho usted, que son mentira. Se ha hecho referencia al señor Arrojo. El señor Arrojo ha comparecido aquí y ha dicho claramente -está en los diarios de sesiones, lo vamos a poder ver, y, si es mentira, que me lo demuestren- que los hospitales son de la Comunidad de Madrid y que la empresa concesionaria no los puede vender salvo que haya un proceso de desafectación al patrimonio de la Comunidad de Madrid que le autorice a que lo pueda hacer. Por lo tanto, que no quede duda de quién es el hospital, aunque figure en su activo como ingreso a la hora de hacer las cuentas.

Dicen: es que los accionistas cambian. Mire usted, el hospital sigue siendo el mismo, y es del mismo. Le voy a decir una cosa: es difícil que cambien los accionistas porque cuando se constituyen esas empresas, aunque Sacyr sea un socio, o lo sea otro, es una empresa que se crea. Por ejemplo, el hospital público de Arganda, S.A., que es una empresa que se llama sociedad pública hospital de Arganda, S.A., tiene unos accionistas, pero esos accionistas solamente tienen un cliente, que es la Comunidad de Madrid; por tanto, esa empresa solamente podría quebrar o cerrar si la Comunidad de Madrid no pagara. No pueden vender; podrán cambiar los accionistas, pero la titularidad del hospital sigue siendo de la Comunidad de Madrid. Eso también lo ha dicho el señor Arrojo cuando ha comparecido aquí. Y cuando le han preguntado que si se compra, si se vende... Mire usted, es verdad que el IPC ha subido un 1,5 por ciento, y eso es lo que cobra, pero si a ese hospital se le ha pedido que cree otra infraestructura más que antes no estaba,

que no estaba prevista, tiene derecho a cargar; por eso ha cargado su presupuesto, porque le han pedido que haga algo más. Por tanto, le pagan el 1,5 del IPC, que es lo que le están pagando, y si hubiera deflación también han dicho que van a cobrar menos. Lo han dicho, y les pueden penalizar. Algún representante de las empresas concesionarias ha comparecido ya y ha dicho que en algún momento ha sido penalizado; dijo: para vergüenza mía, en algún momento hemos sido penalizados.

Esto quiere decir que el gerente de ese centro, que es gerente único, que es un funcionario y trabajador público -si no, hubiera comparecido de otra forma a la que ha sido citado en esta Cámara-, es el que controla y garantiza que eso se tenga que hacer así. Por lo tanto, todo lo demás es intentar liar y mentir, y yo estoy dispuesto a aclarárselo. Podemos revisar los contratos para ver cómo se hacen las concesiones porque eso es público y, por tanto, veremos que lo que le estoy diciendo es verdad. Otros lo que intentan es manipular, tergiversar, como han hecho siempre.

Es verdad, nosotros copiamos los modelos socialistas, lo único que pasa es que, cuando esos modelos los tienen los socialistas, pierden las elecciones, y cuando nosotros los copiamos las ganamos. Una de dos, aquí hay algo que no funciona. A lo mejor son una máquina de ideas pero son malos ejecutores. ¡Hombre!, señor Fernández, venga usted con otro discurso porque eso no se sostiene; no se sostiene. Señor Fernández, no me cuente que les copiamos las ideas porque, si es así, es que ustedes... No le quiero poner calificativos porque aquí deciden los ciudadanos.

Mire usted, se ha dado aquí un dato que no me lo puedo creer: que el 33 por ciento de los ciudadanos madrileños no utilizan la sanidad pública. ¡Es que no es posible! ¡No es posible! Si el 33 por ciento de los ciudadanos utilizaran otros servicios distintos de la sanidad pública, la sanidad pública tendría que cerrar hospitales en este momento. Calcule usted la ratio por mil habitantes, quite el 33 por ciento de Madrid, es decir, 2 millones de habitantes, y verá cómo se nos van las camas. ¡Es que es mentira! ¡Eso es mentira! Por tanto, aquí algunos se inventan datos o los mantienen. Claro, si me dicen que en la zona de Las Rozas hay más pólizas que en Villalba, pues sí; indudablemente, cuando la gente tiene más recursos económicos se

puede asegurar y reasegurar. Si preguntáramos dónde hay más planes de pensiones, entre los ciudadanos que viven en Usera o entre los ciudadanos que viven en La Moraleja, probablemente los ciudadanos de La Moraleja tengan mayor porcentaje de planes de pensiones, también de pólizas, y a la mejor por mayor cuantía, pero la vida es así. No sé si es justo o no, pero la vida es así. Pero, claro, querer comparar eso y decir que rompe la equidad del sistema es mentira, es mentira.

Estoy de acuerdo en que haya una evaluación del sistema. El representante del Grupo Socialista y la representante del Grupo Izquierda Unida ya han repetido varias veces que quieren que haya acuerdos. Nosotros también queremos que haya acuerdos, pero tienen que entender que los acuerdos tienen que hacerse también con arreglo a lo que representa cada fuerza política; es decir, el acuerdo no tiene que consistir en yo me tenga que tragar lo que quiere Izquierda Unida y que Izquierda Unida no tenga que tragar nada de lo que yo quiera. Claro, yo estoy en una fuerza política bastante más representativa que la suya y, por lo tanto, ella tendrá que ceder más que yo. Algunas cosas habrá que aceptarlas, pero, desde luego, si quiere llevar su programa al cien por cien y el mío al 50, ya le digo que no es posible que haya acuerdo; no es posible porque eso no es así. Lo mismo le digo al representante del Grupo Socialista. El acuerdo se basa en que todos tienen que ceder, pero cada uno tiene que ceder en función de lo que representa; el que representa mucho, lógicamente, impone ciertas reglas del juego y los demás pueden jugar o no jugar, es su libertad. El ideal es que jueguen.

Ha hecho un planteamiento respecto a que le gustaría que hubiera un órgano controlador y evaluador de los sistemas sanitarios. Yo creo que no sería malo, y dice: no tendrán que tener miedo porque ahora gobiernan ustedes. Mire usted, si se crea un órgano que vota la Asamblea, lo hará quien gobierne. A mí es que me da igual. Yo le voy a decir el objetivo que tengo en política y cómo intento hacer las cosas. Yo, cuando tengo que hacer una ley, una proposición u otra iniciativa parlamentaria, intento que funcione como me gustaría que funcionara si yo estuviera en la oposición. Cuando yo esté en la oposición quiero que observatorio funcione exactamente igual, por lo tanto, intentaré hacerlo, y tengo experiencia en estar en la oposición. Lo único que pasa es que como empecé en la oposición, no sé

lo que se siente cuando uno está en el Gobierno y pasa a la oposición. El caso del señor Fernández es al contrario y a lo mejor es que se siente mal. A lo mejor de todo esto que estoy diciendo ahora, dentro de unos años, tengo que decir lo contrario porque, por lógica, algún día el Gobierno tiene que cambiar. Dios quiera que sea dentro de mucho tiempo; en cualquier caso, será cuando quieran los ciudadanos que para eso tienen el poder soberano. Nada más y muchas gracias, una vez más, doña Elena por su comparecencia en esta Comisión.

La Sra. **PRESIDENTA**: Muchas gracias, señorita. Para terminar la comparecencia, tiene la palabra doña Elena por tiempo de diez minutos.

La Sra. **SECRETARIA DEL SECTOR DE SANIDAD DE CSIT UNIÓN PROFESIONAL** (Moral Pavo): Muchas gracias, señora Presidenta. La verdad es que es un debate interesante. Empiezo contestando a doña Inés Sabanés. En cuanto a cómo evaluamos la participación democrática, hay una realidad: ha presumido el Gobierno regional, por lo menos en lo que nos compete a la parte social, de negociar, negociar, negociar y firmar, firmar y firmar. Sobre todo en el mandato del Consejero Lamela se negoció, se negoció, se negoció y se firmó muchísimo. Esta organización sindical no está de acuerdo con algunos pactos y no los firmó; evidentemente, no teníamos la mayoría suficiente como para imponer el criterio de esta organización sindical, pero sí se ha demostrado a la larga que ciertos acuerdos no se han llevado a la práctica porque provocaban serios problemas, como, por ejemplo, la "estatutorización".

Curiosamente, en la siguiente Legislatura o en el cambio de un Consejero a otro, la experiencia de las organizaciones sindicales en materia de negociación colectiva ha sido nula, por lo menos en lo que se refiere a las organizaciones sindicales que representamos la mayoría social en el ámbito negociador de la mesa sectorial, porque no ha sido así con aquellas que no representan la mayoría social, y donde -no lo he dicho antes, pero lo digo ahora- se adoptan acuerdos que esta organización sindical ha tenido que judicializar por obviar la representación mayoritaria de las organizaciones sindicales. Es decir, a nosotros no nos votan los ciudadanos, nos votan los trabajadores,

representamos a los trabajadores, y las mayorías sociales tienen su peso en las mesas de negociación. Además, las reglas del juego no las imponemos nosotros, las impone el reciente Estatuto Básico del Empleado Público pendiente de aplicar. Con lo cual, nosotros, como no podía ser de otra manera, hemos solicitado el consenso y tendemos la mano en el sentido de llegar al consenso y al diálogo porque la sanidad nos preocupa; es que es para preocuparse. Yo he dicho al principio de mi intervención que no hay modelo; desconocemos el modelo, y entendemos que tiene que haber una planificación de recursos, de infraestructuras, una detección de necesidades y unos estudios poblacionales que tengan como consecuencia un buen plan. No sería el primero ni el último plan de calidad que se estableciese en la Comunidad de Madrid. Esto es lo que pedimos. Es decir, hay que buscar el consenso, la participación y cuando se creen órganos de participación ciudadana o sindical, hay que someterse a las reglas del respeto y del diálogo. Entendemos que con esa disciplina que todos tendríamos que llevar a cabo, con la honestidad y el respeto institucional a las organizaciones sindicales y también a las instituciones democráticas, todo eso conjugado daría lugar a algo bueno, a algún plan, a algún acuerdo que nos siguiera situando en la mejor sanidad pública; en la mejor.

Consideramos que con el modelo tradicional existente, el que hemos tenido y en el cual hemos insistido antes que es posible mejorar, tenemos la mejor sanidad no solamente de España sino de fuera, y eso hay que mantenerlo. No es un regalo, es un bien muy preciado que tenemos que mantener y que tenemos que cuidar. No obstante, también deberíamos tener mucho cuidado y poner mucho interés en cómo se sienten los profesionales y en qué pasa con ellos, porque, al fin y al cabo, no nos engañemos, la sanidad se presta, pero quienes la prestan son los profesionales, y si los profesionales no están bien, no se sienten representados o entienden que se vulnera su representación, se sienten incómodos y desincentivados, y cuando se pierde la motivación es malo porque la calidad puede bajar. Eso es algo que tenemos que meditar.

En cuanto a cómo está la situación, yo tampoco quiero ser incisiva. No es porque sea mujer, pero, ¡hombre!, cuando hablamos de planes de conciliación de la vida familiar, personal y laboral, no sé si es un bien, un acierto, una gracia o una

desgracia que la mujer se incorpore al mercado laboral. Yo creo entender que no. No sé si es una cuestión de inteligencia que nos situemos en los mejores puestos o que tengamos la capacidad de situarnos en buenos puestos dentro de las Administraciones y las empresas. Tampoco hemos creado nosotros la sociedad ni hemos sido los que han determinado que sea la mujer la que tenga que cuidar hijos. El caso es que hay una realidad, que es que la mujer se incorpora al mercado laboral, pero esa participación se le da también al hombre. Entiendo que hay leyes, las leyes de igualdad -con las cuales esta organización sindical se siente totalmente respetuosa-, contempladas en el Estatuto Básico del Empleado Público que se deberían llevar a efecto, que se deberían aplicar. Entendemos que la conciliación no pasa por la ausencia total del puesto de trabajo ni por una duplicidad de gasto; es decir, hay medidas flexibles para conciliar la vida familiar y laboral: otro tipo de turnos de trabajo, otro tipo de actuaciones en las que entendemos que se puede conciliar la vida familiar. De todas formas, creo que en ningún caso debemos echar la culpa a que la incorporación de las mujeres al mercado laboral incremente el coste de recursos. Si no se ha expresado así, perdóneme, pero me ha sonado a algo parecido.

Me ha parecido bien lo que ha dicho en cuanto a que los nuevos hospitales se han abierto con los mismos profesionales que había y que por eso tendríamos que estar satisfechos de la calidad que se presta. ¡Hombre!, eso, dicho por usted, está bien, porque el Consejero de Sanidad dijo que había creado la mayor oferta de empleo público en la sanidad madrileña, algo así como 4.500 profesionales. No se crearon 4.500 puestos de trabajo; se vaciaron los hospitales tradicionales sin una planificación previa. Yo no digo que ahora los nuevos hospitales estén funcionando mejor, yo no digo eso; yo he dicho que en ese momento se oferta la reordenación para cubrir las plazas de los nuevos hospitales sin tener una planificación previa, sin tener asignada la población y sin saber nadie a dónde tenía que ir. El Gregorio Marañón, hospital por todos conocido y muy querido por nosotros, tuvo dos hospitales abiertos dentro de la misma área. Todos sabemos -yo desde el punto de vista sindical, sin que me remitan información, pero sí la conseguimos por otras vías- y hemos visto cómo el Hospital General Universitario Gregorio Marañón, después de reducir,

no la cartera de servicios sino el número de profesionales de algunos servicios que han sido evacuados a Arganda, Vallecas o cualquiera de los nuevos hospitales, ha tenido que activar ciertos servicios porque no se han podido prestar en otro sitio. Esto no lo digo yo, es un dato muy, muy objetivo, y no voy a hacer prensa sensacionalista con esto porque, desde luego, mi organización sindical tiene claro que cuando uno se mete con la sanidad, se mete con los profesionales, y mi misión fundamental es defender a los profesionales y al sistema público.

Sí ha habido una realidad y es que, sin una previsión previa ante la apertura de los nuevos hospitales, ha habido un vaciado de profesionales, no se han creado puestos de trabajo. Sí ha habido contrataciones de cajón, que ni las ha hecho la Administración ni eran personal propio, sino que han sido contrataciones hechas por las empresas concesionarias, incluso de personal sanitario.

Tenemos unos regímenes jurídicos que no hay quien los entienda; tenemos conviviendo en un hospital tradicional uno o dos modelos de relación jurídica, laboral, estatutaria, pero en los nuevos hospitales tenemos una amalgama de personal que no hay quien lo conciba. Con la Ley de Medidas Fiscales de la Comunidad de Madrid de los años 2006, 2007, etcétera, se han creado nuevas fórmulas jurídicas no solamente en la provisión de los servicios, en cuanto a empresas públicas, sino que también se han creado relaciones jurídicas nuevas que no existen en ningún sitio ni están pactadas convencional ni sectorialmente. Hemos visto cómo los nuevos hospitales tienen cuatro o cinco tipos de relaciones jurídicas para los trabajadores, que no tienen igualdad en sus retribuciones, en sus derechos ni en su jornada y que trabajan codo con codo, lo que produce distorsiones dentro de la prestación del servicio en esos hospitales. Esto, a nosotros, como organización sindical, nos preocupa muchísimo porque no nos gusta lo que ha pasado; no ha habido una planificación previa, insisto, no se ha buscado el consenso ni el diálogo social. Se han hecho las cosas mal. Dentro de poco van a empezar a salir los juicios; yo no sé si nos darán la razón o no, pero se anuncian ya.

En cuanto a la posición de mi organización sobre las entidades colaboradoras, les diré que las

entidades colaboradoras existen desde la Diputación y nacieron como consecuencia de que la Comunidad de Madrid no tenía competencias en gestión de materia sanitaria. En cuanto a su supresión o no, más pendientes que nosotros está el propio Gobierno regional que, al final, no sabe qué va a hacer con ellas. Nosotros siempre hemos entendido las entidades de colaboración con la Seguridad Social como un sistema complementario, una especie de prestación social que han tenido los trabajadores de la Comunidad de Madrid. Siempre se ha considerado un sistema complementario. De hecho, hay que indicar que entre los trabajadores que estaban afectados por el régimen de colaboración todos los que viven en la periferia son atendidos por la atención primaria de periferia y solamente acceden al catálogo de médicos especialistas. Ahora va a haber un problema más grave, porque los empleados de la Comunidad de Madrid que se salen del sistema -la Comunidad de Madrid los estimó más o menos en unos 200.000 usuarios entre titulares y beneficiarios- van a provocar un grave problema. Ya lo están provocando; hay imposibilidad de asignar médicos de primaria, tanto de familia como pediatras, a los usuarios porque están superados de cupo y porque no ha habido una previsión de lo que iba a pasar ante esta situación. Estamos hablando también de Altadis, de Televisión Española, es decir, no estamos hablando solamente de la Comunidad de Madrid. Poco más puedo decir. Muchas gracias.

La Sra. **PRESIDENTA**: Muchísimas gracias, doña Elena. Muchas gracias por haber venido a comparecer ante esta Comisión. Doy así por terminada esta comparecencia. Pasamos al cuarto punto del orden del día.

———— RUEGOS Y PREGUNTAS ————

¿Hay algún ruego o pregunta por parte de los señores diputados? (*Denegaciones*) En ese caso, no habiendo ruegos ni preguntas, se levanta la sesión.

(*Eran las catorce horas y veintinueve minutos*)



**SECRETARÍA GENERAL
DIRECCIÓN DE GESTIÓN PARLAMENTARIA
SERVICIO DE PUBLICACIONES**

Plaza de la Asamblea de Madrid, 1 - 28018-MADRID Teléfono 91.779.95.00 - Fax 91.779.95.08

Web: www.asambleamadrid.es

e-mail: publicaciones@asambleamadrid.es

TARIFAS VIGENTES

B.O.A.M. Suscripción anual:	54,09 € .	Número suelto:	0,84 € .
D.S.A.M. Suscripción anual:	78,13 € .	Número suelto:	0,84 € .
CD-ROM Suscripción anual	12,00 € .	CD-ROM semestral	6,00 € .
SUSCRIPCIÓN ANUAL CONJUNTA B.O.A.M. - D.S.A.M.	112,39 € .		
SUSCRIPCIÓN ANUAL CONJUNTA B.O.A.M. - D.S.A.M. EN CD-ROM	16,00 € .		

- IVA incluido -

FORMA DE PAGO

El abono de las tarifas se realizará mediante:

- Talón nominativo a nombre de la Asamblea de Madrid.
- Giro postal.
- Transferencia bancaria a la cuenta núm. 2038 0603 28 6006392382, de Caja Madrid, Pza. Celenque, 2.

SUSCRIPCIONES (CONDICIONES GENERALES)

1. La suscripción será anual. El período de suscripciones finalizará el 31 de diciembre de cada año. Las altas que se produzcan durante el año, a efectos de cobro se contarán desde la primera semana de cada trimestre natural, sea cual fuere la fecha de suscripción dentro del trimestre.
2. El envío de los Boletines comenzará una vez se hayan recibido el importe correspondiente y la tarjeta de suscripción debidamente cumplimentada.
3. El suscriptor que no renovase la suscripción antes del 31 de diciembre será dado de baja.
4. La Administración del Boletín podrá modificar en cualquier momento el precio de la suscripción. El incremento o disminución comenzará a aplicarse a los abonados dados de alta a partir de la siguiente renovación de la suscripción.



TARJETA DE SUSCRIPCIÓN O RENOVACIÓN:

Nombre o razón social:	CIF/NIF:
Domicilio:	Núm.:
Distrito Postal:	Localidad:
Teléfono:	Fax:

DESEO SUSCRIBIRME AL B.O.A.M. D.S.A.M. Conjunta B.O.A.M. y D.S.A.M.
De acuerdo con las condiciones establecidas a partir de y hasta el 31 de diciembre de 200_,
a cuyo efecto les remito la cantidad de Euros.

Mediante: Giro postal Talón nominativo Transferencia bancaria a la c/c citada.

En, a de de 2009.