

Diario de Sesiones de la Asamblea de Madrid



Número 776

18 de marzo de 2015

IX Legislatura

COMISIÓN DE SANIDAD

PRESIDENCIA

Ilma. Sra. D.^a Marta María Escudero Díaz-Tejeiro

Sesión celebrada el miércoles 18 de marzo de 2015

ORDEN DEL DÍA

1.- PCOC-221/2015 RGEF.799. Pregunta de respuesta oral en Comisión, a iniciativa del Ilmo. Sr. D. Enrique Normand de la Sotilla, diputado del Grupo Parlamentario Unión Progreso y Democracia en la Asamblea de Madrid, al Gobierno, sobre cómo valora el Gobierno de la Comunidad de Madrid la situación de la sanidad mortuoria en nuestra comunidad.

2.- PCOC-227/2015 RGEF.1009. Pregunta de respuesta oral en Comisión, a iniciativa del Ilmo. Sr. D. José Manuel Freire Campo, diputado del Grupo Parlamentario Socialista en la Asamblea de Madrid, al Gobierno, sobre valoración que hace el Gobierno del grado de cumplimiento, a fecha de hoy, 12 de febrero de 2015, del contrato para la gestión de los servicios de la Lavandería Central Hospitalaria.

3.- PCOC-228/2015 RGEF.1010. Pregunta de respuesta oral en Comisión, a iniciativa del Ilmo. Sr. D. José Manuel Freire Campo, diputado del Grupo Parlamentario Socialista en la Asamblea de Madrid, al Gobierno, sobre situación actual de la obra prevista para la UCI Pediátrica del Hospital Universitario La Paz.

4.- C-33/2015 RGEF.440. Comparecencia del Ilmo. Sr. Director General de Gestión Económica y de Compras de Productos Sanitarios y Farmacéuticos, a petición del Grupo Parlamentario Popular, al objeto de informar sobre plan Estratégico de Farmacia en la Comunidad de Madrid. (Por vía del artículo 210 del Reglamento de la Asamblea).

5.- C-1141/2014 RGEF.7918. Comparecencia del Excmo. Sr. Consejero de Sanidad, a petición del Grupo Parlamentario de Izquierda Unida-Los Verdes, al objeto de informar sobre aplicación del Decreto-Ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones en la Comunidad de Madrid. (Por vía del artículo 209 del Reglamento de la Asamblea).

6.- C-81/2015 RGEF.878. Comparecencia del Ilmo. Sr. Viceconsejero de Asistencia Sanitaria, a petición del Grupo Parlamentario Unión Progreso y Democracia, al objeto de informar sobre situación del concierto sanitario con Castilla La Mancha. (Por vía del artículo 210 del Reglamento de la Asamblea).

7.- Ruegos y Preguntas.

SUMARIO

	Página
- Se abre la sesión a las 9 horas y 49 minutos.	42411
— Modificación del orden del día: tramitación del punto quinto en cuarto lugar, C-33/2015 RGEF.440.	42411
— PCOC-221/2015 RGEF.799. Pregunta de respuesta oral en Comisión, a iniciativa del Ilmo. Sr. D. Enrique Normand de la Sotilla, diputado del Grupo Parlamentario Unión Progreso y Democracia en la Asamblea de Madrid, al Gobierno, sobre cómo valora el Gobierno de la Comunidad de Madrid la situación de la sanidad mortuoria en nuestra comunidad.	42411

- Interviene el Sr. Normand de la Sotilla, formulando la pregunta. 42411-42412
- Interviene el Sr. Director General de Ordenación e Inspección, respondiendo la pregunta. 42412-42413
- Intervienen el Sr. Normand de la Sotilla y el Sr. Director General, ampliando información..... 42413-42415
- PCOC-227/2015 RGEF.1009. Pregunta de respuesta oral en Comisión, a iniciativa del Ilmo. Sr. D. José Manuel Freire Campo, diputado del Grupo Parlamentario Socialista en la Asamblea de Madrid, al Gobierno, sobre valoración que hace el Gobierno del grado de cumplimiento, a fecha de hoy, 12 de febrero de 2015, del contrato para la gestión de los servicios de la Lavandería Central Hospitalaria. 42415**
- Interviene el Sr. Freire Campo, formulando la pregunta. 42415
- Interviene el Sr. Director General de Gestión Económica y de Compras de Productos Sanitarios y Farmacéuticos, respondiendo la pregunta. 42415-42416
- Intervienen el Sr. Freire Campo y el Sr. Director General, ampliando información. ... 42416-42418
- PCOC-228/2015 RGEF.1010. Pregunta de respuesta oral en Comisión, a iniciativa del Ilmo. Sr. D. José Manuel Freire Campo, diputado del Grupo Parlamentario Socialista en la Asamblea de Madrid, al Gobierno, sobre situación actual de la obra prevista para la UCI Pediátrica del Hospital Universitario La Paz. 42419**
- Interviene el Sr. Freire Campo, formulando la pregunta. 42419
- Interviene el Sr. Viceconsejero de Asistencia Sanitaria, respondiendo la pregunta. ... 42419-42420
- Intervienen el Sr. Freire Campo y el Sr. Viceconsejero, ampliando información..... 42420-42421
- C-33/2015 RGEF.440. Comparecencia del Ilmo. Sr. Director General de Gestión Económica y de Compras de Productos Sanitarios y Farmacéuticos, a petición del Grupo Parlamentario Popular, al objeto de informar sobre plan Estratégico de Farmacia en la Comunidad de Madrid. (Por vía del artículo 210 del Reglamento de la Asamblea). 42421**
- Interviene el Sr. Raboso García-Baquero, exponiendo los motivos de petición de la comparecencia..... 42422
- Exposición del Sr. Director General de Gestión Económica y de Compras de

Productos Sanitarios y Farmacéuticos.	42422-42428
- Intervienen, en turno de portavoces, el Sr. Normand de la Sotilla, el Sr. Bejarano Ferreras, el Sr. Freire Campo y el Sr. Raboso García-Baquero.....	42428-42435
- Interviene el Sr. Director General, dando respuesta a los señores portavoces.....	42436-42440
— C-1141/2014 RGEP.7918. Comparecencia del Excmo. Sr. Consejero de Sanidad, a petición del Grupo Parlamentario de Izquierda Unida-Los Verdes, al objeto de informar sobre aplicación del Decreto-Ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones en la Comunidad de Madrid. (Por vía del artículo 209 del Reglamento de la Asamblea).	42440
- Interviene el Sr. Bejarano Ferreras, exponiendo los motivos de petición de la comparecencia.....	42440-42441
- Exposición del Sr. Viceconsejero de Asistencia Sanitaria.	42441-42446
- Intervienen, en turno de portavoces, el Sr. Normand de la Sotilla, el Sr. Bejarano Ferreras, el Sr. Freire Campo y el Sr. Raboso García-Baquero.....	42446-42454
- Interviene el Sr. Viceconsejero, dando respuesta a los señores portavoces.	42454-42456
— C-81/2015 RGEP.878. Comparecencia del Ilmo. Sr. Viceconsejero de Asistencia Sanitaria, a petición del Grupo Parlamentario Unión Progreso y Democracia, al objeto de informar sobre situación del concierto sanitario con Castilla La Mancha. (Por vía del artículo 210 del Reglamento de la Asamblea).	42456
- Interviene el Sr. Normand de la Sotilla, exponiendo los motivos de petición de la comparecencia.....	42456-42458
- Exposición del Sr. Viceconsejero de Asistencia Sanitaria.	42458-42461
- Intervienen, en turno de portavoces, el Sr. Normand de la Sotilla, el Sr. Bejarano Ferreras, el Sr. Freire Campo y el Sr. Raboso García-Baquero.....	42461-42468
- Interviene el Sr. Viceconsejero, dando respuesta a los señores portavoces.	42468-42471
- Intervienen la Sra. Presidenta, el Sr. Normand de la Sotilla, el Sr. Freire Campo, el Sr. Bejarano Ferreras despidiendo los trabajos de la Comisión y agradeciendo su colaboración a los servicios de la Cámara.....	42471-42472

— Ruegos y Preguntas.	42472
- No hubo ruegos ni preguntas.	42472
- Se levanta la sesión a las 13 horas y 28 minutos.	42472

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

La Sra. **PRESIDENTA:** Buenos días, señorías. Se abre la sesión. Esta Presidencia, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 107.3 del Reglamento, propone una alteración del orden del día de la presente sesión, de acuerdo con la cual el quinto punto se sustanciará en cuarto lugar. ¿Están sus señorías de acuerdo con la propuesta? *(Asentimiento.)* En consecuencia, queda aprobada la alteración del orden del día por asentimiento. Comenzamos con el primer punto del orden del día.

PCOC-221/2015 RGEF.799. Pregunta de respuesta oral en Comisión, a iniciativa del Ilmo. Sr. D. Enrique Normand de la Sotilla, diputado del Grupo Parlamentario Unión Progreso y Democracia en la Asamblea de Madrid, al Gobierno, sobre cómo valora el Gobierno de la Comunidad de Madrid la situación de la sanidad mortuoria en nuestra comunidad.

Para su contestación, ruego al señor Director General de Ordenación e Inspección don Mariano Rigabert que ocupe su lugar en la Mesa. *(Pausa.)* Buenos días, señor Rigabert. Tiene la palabra el señor Normand.

El Sr. **NORMAND DE LA SOTILLA:** Muchas gracias, señora Presidenta. Buenos días, señorías. Agradezco la presencia en esta Comisión del Director General de Ordenación e Inspección, don Mariano Rigabert y le felicito por su nombramiento.

Como sus señorías saben, la sanidad mortuoria, por resumirlo de alguna manera, sería la parte del sistema sanitario que controla el destino final de cadáveres y restos humanos. En la Comunidad de Madrid la regulación de la sanidad mortuoria se realizó a través del Decreto 124/1997, de 9 de octubre, por el que se aprueba el Reglamento de Sanidad Mortuoria. Buscando en los diarios de sesiones de esta Asamblea a través de su página de internet no se encuentran iniciativas sobre sanidad mortuoria hasta esta Legislatura, en la que, por desgracia, la sanidad mortuoria se ha convertido en un problema tras conocerse en mayo de 2014 la nefasta situación y la utilización inadecuada de cadáveres y restos humanos en el departamento de Anatomía II de la Universidad Complutense de Madrid para docencia e investigación. Pese a lo que se ha dicho en los medios de comunicación por parte del Gobierno, la competencia de policía sanitaria mortuoria es inequívocamente del Gobierno de la Comunidad de Madrid. La normativa es clara y en este punto no hay competencias ni de la Administración General del Estado ni de los ayuntamientos.

En opinión de Unión Progreso y Democracia, la negligencia del Gobierno de la Comunidad de Madrid en este caso se concreta en dos aspectos: el primero, el incumplimiento de su función de vigilancia como policía de sanidad mortuoria y, el segundo, la insuficiencia de los recursos destinados por la Consejería de Sanidad y la Dirección General de Ordenación e Inspección a estas áreas. Por eso, desde mi Grupo, se realizaron varias peticiones de información hace casi un año, en mayo de 2014, en concreto la petición de información 2065/2014, que preguntaba por la fecha de la última

inspección de los servicios de sanidad mortuoria de la Consejería de Sanidad a las instalaciones de la Facultad de Medicina de la Universidad Complutense de Madrid, y me gustaría también, señor Director General que, aparte de a esta petición de información a la que todavía no han respondido, respondiera a la petición de información 2072/2014 que realizamos desde mi Grupo sobre los recursos humanos y materiales destinados específicamente y en exclusiva por la Consejería de Sanidad a realizar funciones de vigilancia y supervisión de sanidad mortuoria, con fecha 22 de mayo de 2014, que fue cuando se tramitaron las peticiones de información. Muchas gracias, señora Presidenta.

La Sra. **PRESIDENTA**: Muchas gracias, señor Normand. Tiene la palabra don Mariano Rigabert, a quien doy la enhorabuena por su nombramiento.

El Sr. **DIRECTOR GENERAL DE ORDENACIÓN E INSPECCIÓN** (Rigabert Antón): Muchas gracias, señora Presidenta. Gracias, señor Normand, por la oportunidad que me da de dirigirme a esta Comisión de Sanidad. Con respecto a la pregunta que me ha hecho usted, intentaré informarle lo mejor que pueda. Como sabe y como usted mismo ha comentado, las actividades y las instalaciones funerarias se encuentran reguladas en el Reglamento de Sanidad Mortuoria de la Comunidad de Madrid, aprobado por el decreto que usted ha mencionado, en el que se establecen los requisitos documentales higiénico sanitarios y estructurales con el objeto de garantizar que los operadores desarrollen su actividad con las debidas garantías y bajo el control de las autoridades sanitarias.

La Dirección General de Ordenación e Inspección de la Consejería de Sanidad ejerce la competencia, como usted también ha comentado, en materia de sanidad mortuoria de la Comunidad de Madrid, llevando a cabo el control de la actividad y garantizando que la permanencia, la manipulación y el traslado de cadáveres se realicen en condiciones adecuadas y sin generar riesgos para la salud pública. La labor de control que se lleva a cabo en el sector por esta Dirección General consiste en la creación de un censo de instalaciones y empresas funerarias, así como la realización del control documental de los servicios que llevan a cabo dichas empresas en relación a traslados de cadáveres, restos humanos, prácticas de exhumaciones o técnicas de conservación temporal. Esto se completa con las visitas de inspección que están programadas dentro del Plan Integral de Inspección de Sanidad 2013-2015, cuyo objeto es supervisar la actividad que desarrollan las empresas funerarias, así como las condiciones de las instalaciones y medios destinados a uso funerario.

En relación con el control de las instalaciones funerarias incluidas en las universidades, así como los cadáveres donados para la ciencia, la Ley Orgánica 6/2001, de 21 de diciembre, de Universidades, dispone que las universidades están dotadas de personalidad jurídica y desarrollan sus funciones en régimen de autonomía universitaria y de coordinación entre todas ellas. En su artículo 2.2 se incluye dentro de dicha autonomía la creación de estructuras específicas que actúen como soporte de la investigación y de la docencia. En virtud de dicho principio y de su concreción, las universidades pueden desarrollar actividades que presten soporte a las tareas de docencia o investigación que les son propias, como puede ser la conservación de los cadáveres destinados a la docencia –esto es importante-, sin perjuicio de cumplir la normativa específica que regule dichas

actividades. El funcionamiento de las estructuras específicas de soporte de actividades docentes debe regularse mediante protocolos de actuación internos dentro de la propia universidad, de modo que se garanticen la efectividad de dichas actividades y las condiciones de salubridad y protección de la salud pública exigibles.

Como usted apuntaba, el Reglamento de Sanidad Mortuoria de la Comunidad de Madrid considera que los cadáveres donados a la ciencia alcanzan su destino final –y creo que esto es lo importante y en lo que tenemos que fijarnos- en el momento en que son entregados a la institución docente o de investigación receptora, quedando bajo su custodia y responsabilizándose de su conservación y correcta manipulación dentro del principio de autonomía de gestión. Por lo tanto, las actuaciones de control desarrolladas por la Dirección General de Ordenación e Inspección con respecto a este asunto se limitan, por un lado, a realizar autorización sanitaria de la conducción de cadáveres a las facultades en el supuesto de haber transcurrido más de 48 horas desde el fallecimiento –antes no, porque no necesitan esa autorización- y, por otro lado, en el caso de que los familiares reclamen el cuerpo para su inhumación y hayan finalizado las labores docentes o de investigación para las que fue donado, están igualmente sometidos a autorización sanitaria los traslados de cadáveres completos si no han transcurrido más de cinco años desde el fallecimiento; en el caso de un periodo mayor de cinco años se consideran restos humanos y no es necesaria la autorización sanitaria para su transporte.

Los hechos objeto de denuncia en el mortuorio de la Facultad de Medicina de la Universidad Complutense de Madrid pueden suponer una infracción de la normativa de seguridad e higiene en el trabajo y me consta que hoy están siendo objeto de una investigación por el órgano al que compete el control de esta materia.

La Sra. **PRESIDENTA**: Señor Rigabert, le recuerdo que dispone de un segundo turno de intervención.

El Sr. **DIRECTOR GENERAL DE ORDENACIÓN E INSPECCIÓN** (Rigabert Antón): De acuerdo. Los recursos de los que disponemos en este momento en la Dirección General destinados al servicio de sanidad mortuoria están en la Ronda de Segovia, 52, en su planta baja, en el Centro de Especialidades Hermanos Miralles. Hasta la semana pasada, contábamos con un técnico de salud y cuatro administrativos, organizados de tal forma que garantizaban la apertura de esas oficinas los 365 días del año. Desde la semana pasada se cuenta con un nuevo técnico que, de alguna forma, viene a reforzar esa parte técnica y que confío que nos permita aumentar el número de inspecciones y controles que se puedan hacer en este aspecto.

La Sra. **PRESIDENTA**: Muchas gracias, Director General. Tiene la palabra el señor Normand.

El Sr. **NORMAND DE LA SOTILLA**: Muchas gracias, señora Presidenta. Muchas gracias, señor Rigabert, por su respuesta. La sanidad mortuoria -usted lo sabe perfectamente porque es inspector sanitario- va más allá de poner sellos, mantener censos y de alguna manera archivar y

supervisar los documentos que les lleven las empresas funerarias, tiene que haber una supervisión directa y presencial de las instalaciones para conocer la situación sobre el tratamiento que se está dando a cadáveres y restos humanos en las distintas instalaciones. ¿Cómo explica usted, señor Rigabert, que su Dirección General no tenga constancia –parece no tener constancia- de cuándo se han inspeccionado por última vez las instalaciones de la Universidad Complutense de Madrid por parte de los servicios de sanidad mortuoria? Reconózcame que esto es difícil de explicar. ¿Es posible que realmente no se hayan inspeccionado nunca? Tengo entendido, corríjame si me equivoco, que sin embargo su Dirección General y el servicio de sanidad mortuoria, antes de que usted fuera Director General, sí ha inspeccionado este tipo de instalaciones en alguna universidad privada. Por poner ejemplos que no tienen nada que ver específicamente con la sanidad mortuoria, en el brote de tuberculosis que hubo en la Universidad Complutense de Madrid intervino la Consejería de Sanidad de la Comunidad y a nadie se le ocurrió que no tuviera que intervenir. Y sobre los problemas que usted ha hablado de seguridad e higiene en el trabajo, pues, lógicamente, no se puede argumentar la autonomía universitaria, como usted ha venido a querer decir, para que el Gobierno de la Comunidad de Madrid no intervenga cuando considere que hay un problema de seguridad e higiene del trabajo. Yo creo que, independientemente de que formalmente se considere que la unidad de la Universidad Complutense es el destino final de esos restos humanos y de esos cadáveres, igual que debería pasar en empresas funerarias que también son el destino final de determinados cadáveres y restos humanos, lo lógico es que la Consejería supervise, insisto, las instalaciones más allá de la documentación.

Señor Director General, es evidente que las cosas no han funcionado bien, no tiene sentido debatirlo, aunque sea un problema que viene de lejos –eso también está claro-, desde mucho antes de que usted ocupara su cargo. No le pedimos que asuma una culpa que no tiene, porque es evidente que usted personalmente no la tiene, pero sí que asuma su responsabilidad para evitar que vuelva a ocurrir.

Respecto a los recursos destinados, tengo entendido -y usted más o menos lo ha venido a ratificar- que se limitan a un médico interino como técnico asignado al servicio, un enfermero como jefe de sección nombrado recientemente tras la renuncia del jefe de sección anterior al poco tiempo de ocupar el puesto -ese jefe de sección anterior fue nombrado también después de que se conocieran los sucesos de la Complutense- y cuatro administrativos. Todavía es pronto es para saber si con el nuevo nombramiento será suficiente o habrá que ampliar los recursos; entiendo que usted lo hará si lo considera oportuno.

Concluyo, señora Presidenta, pidiendo desde Unión Progreso y Democracia al Gobierno de la Comunidad de Madrid que potencie su función como policía sanitaria mortuoria para evitar que se vuelvan a producir sucesos como el de la Universidad Complutense de Madrid, reforzando aún más si es preciso los recursos disponibles para ello e inspeccionando de forma periódica todas las instalaciones de nuestra Comunidad en las que se utilizan cadáveres y restos humanos. Muchas gracias, señora Presidenta.

La Sra. **PRESIDENTA**: Muchas gracias, señoría. Tiene la palabra el señor Director General para terminar, por un tiempo máximo de dos o tres minutos.

El Sr. **DIRECTOR GENERAL DE ORDENACIÓN E INSPECCIÓN** (Rigabert Antón): Gracias, señora Presidenta. Tomo nota de todo lo que me ha comentado, señor Normand. Yo le agradezco mucho, además, todas estas apreciaciones que me ha hecho. Estoy convencido de que la nueva persona que tenemos aquí, con la que, de hecho, estamos aumentado un cien por cien el personal técnico, nos va a permitir –porque hasta este momento, por la falta de recursos humanos y no tanto por la falta sino porque estábamos haciendo un plan integral de inspección en el que nos ceñíamos a un número de inspecciones- que aumentemos la actividad, intentaremos que sea un cien por cien, y posiblemente en distintos aspectos que hasta ahora no hemos tocado empecemos a revisar todas esas situaciones y podamos aumentar ese número de inspecciones, de actividad y de control. Muchas gracias, señora Presidenta.

La Sra. **PRESIDENTA**: Muchas gracias, señor Director General, por comparecer por primera y última vez en esta Comisión en esta Legislatura. Pasamos al segundo punto del orden del día.

PCOC-227/2015 RGEF.1009. Pregunta de respuesta oral en Comisión, a iniciativa del Ilmo. Sr. D. José Manuel Freire Campo, diputado del Grupo Parlamentario Socialista en la Asamblea de Madrid, al Gobierno, sobre valoración que hace el Gobierno del grado de cumplimiento, a fecha de hoy, 12 de febrero de 2015, del contrato para la gestión de los servicios de la Lavandería Central Hospitalaria.

Para dar respuesta a la pregunta invito al señor Director General de Gestión Económica y de Compras de Productos Sanitarios y Farmacéuticos, don Jesús Vidart, a que ocupe su lugar en la mesa. Bienvenido a la Comisión. Por favor, les ruego que se ajusten a los tiempos. Voy a ser muy estricta con el tiempo, señor Freire y señor Vidart. Tiene la palabra el señor Freire.

El Sr. **FREIRE CAMPO**: Buenos días, señora Presidenta. La pregunta que hace mi Grupo hoy es clara: valoración que hace el Gobierno del grado de cumplimiento, a fecha de hoy -cuando se hizo la petición-, del contrato de gestión para los servicios de Lavandería Central Hospitalaria. Queremos saber: uno, si se está cumpliendo el contrato; dos, qué medidas se están llevando a cabo de comprobación del cumplimiento de ese contrato.

La Sra. **PRESIDENTA**: Muchas gracias, señoría. Tiene la palabra el señor Vidart.

El Sr. **DIRECTOR GENERAL DE GESTIÓN ECONÓMICA Y DE COMPRAS DE PRODUCTOS SANITARIOS Y FARMACÉUTICOS** (Vidart Anchia): Muchas gracias, señora Presidenta. Para ceñirnos al tiempo y ser breve: uno, sí se está cumpliendo el contrato; dos, se están llevando a cabo las medidas previstas en los pliegos. Concretamente –y no lo quiero llamar inspección porque quien realiza la actuación no son inspectores sino técnicos de mi Dirección General- se están

haciendo todas las visitas y todas las comprobaciones correspondientes; se están haciendo todos los seguimientos por parte de los directores de gestión y gerentes de los hospitales porque, pese a ser un contrato centralizado, son ellos los que deben llevar el control del mismo y certificarlo todo ello centralizado en nuestra Dirección General y, además, se está cumpliendo lo previsto en la cláusula 10 del pliego de prescripciones técnicas -seguro que su señoría conoce lo mejor que yo-, que establece que se licitará por parte del Servicio Madrileño de Salud una auditoría externa y objetiva de calidad a cargo de la empresa adjudicataria, lógicamente, de la lavandería, en este caso Flisa-Fundosa. Esta auditoría se está realizando, se realizará y se adoptarán las medidas que sean necesarias. Muchas gracias.

La Sra. **PRESIDENTA**: Muchas gracias, señor Director General. Tiene la palabra, señor Freire.

El Sr. **FREIRE CAMPO**: Como recordará, señor Director General, le pedimos su comparecencia en marzo de 2013 en relación con este tema porque entonces no veíamos en absoluto la necesidad de privatizar la lavandería. Les acusamos muy en concreto de malgestionarla para luego justificar su privatización y de organizar una privatización lesiva para los intereses públicos. En estos momentos tenemos información de que el contrato no está siendo cumplido y, sencillamente, creemos que el seguimiento que ustedes están haciendo no es el correcto, no es el adecuado; se les están escapando datos.

Información que nosotros tenemos en estos momentos sobre asuntos como, por ejemplo, kilos de lavado. Esta información ya la tiene usted, no necesita esperar. Parece ser que el objetivo era mantener un nivel productivo de al menos 10 millones de kilos de ropa; no obstante, producción y objetivo es de 16.700.000 kilos. Debe tener usted datos de que el año pasado fueron 8.061.810 kilos; es decir, un incumplimiento de ello. Igualmente se está incumpliendo que el adjudicatario no podrá realizar en las dependencias de la Lavandería Central trabajos ajenos a los estipulados en el contrato.

Cuando yo reviso los informes que hacen los profesionales del centro en relación a eso, a los análisis microbiológicos, a las rupturas de la barrera de entrada, al incumplimiento de la norma UNE-EN ISO 14.001:2004, a la gestión, da informatizada, al servicio, a las rutas, a las jaulas transportadoras, a la legalización de instalaciones, al buen estado, al mantenimiento, a la limpieza de equipos, tenemos denuncias muy concretas de que en todos esos aspectos hay incumplimientos. ¿Las tiene usted, señor Director General? ¿Le han llegado algunas? ¿Las tramita? ¿Las mueve? Les quiero recordar -ya insistí en ello, en su momento, con las privatizaciones- que los países que son más conscientes de estas cosas tienen normas, por ejemplo, Estados Unidos, que protegen, por contrato, las denuncias que puedan hacer los trabajadores de aquellos trabajos que son subcontratados por la Administración. Usted tiene la suerte de contar en la Lavandería -tenemos todos, porque no es de usted, es pública- con profesionales comprometidos y activos en su trabajo; han denunciado cosas y queremos saber qué han hecho ustedes con esas denuncias.

Usted menciona, por ejemplo, que son los directores de los centros quienes controlan la calidad del producto que reciben de Lavandería. Señor Director, ¿puede usted negar o confirmar el hecho de que han cambiado las normas de información, de tal manera que las observaciones o eventuales quejas que antes llegaban de los centros a las unidades de la lavandería por orden de ustedes o de la empresa ya no llegan a las unidades, no siendo los trabajadores de esas unidades los que conocen eventuales malas condiciones de servicio sino que llegan a servicios centrales o a la empresa, y tal cosa no se conoce y difunde? Esta es una acusación importante. Por tanto, si ustedes buscan eficiencia, si ustedes buscan transparencia, si ustedes buscan calidad, debieran estar muy atentos a estas cosas. Fiarlo todo a la auditoría que viene en el contrato no parece sensato porque el tiempo va pasando.

Le he comentado dos incumplimientos claros. Me comentan en la información que me dan que han despedido a la técnico química, al parecer una profesional competente e informada, que era la que llevaba controles de calidad. De controles de calidad hay clarísimos incumplimientos en un montón de cosas. ¿Tiene usted noción de ellos? Por ejemplo, ¿deficiencias en la limpieza? ¿Deficiencias en no respetar la barrera sanitaria? ¿En la modificación de los programas de lavado, de tal manera que, por ejemplo, se han alterado temperaturas o se ha rebajado el consumo de agua?

La Sra. **PRESIDENTA:** Señor Freire, vaya terminando, por favor.

El Sr. **FREIRE CAMPO:** En definitiva, le estamos planteando qué es control real, no nominal; qué están haciendo ustedes y qué respuesta dan a las denuncias que hacen los trabajadores de este centro. Le quiero asegurar que, con los datos que tenemos, un cambio de Gobierno nos llevaría a hacer una auditoría tanto del proceso de privatización como de la respuesta que se está dando al contrato.

Y, en segundo lugar, nos interesaría mucho saber si, a la vista de los incumplimientos - algunos son muy fácticos, muy de hechos, como es el de la cantidad de ropa-, piensan ustedes rescindir el contrato o no. Es algo que debieran ustedes pensar si todos los datos que nosotros tenemos son correctos, como me temo que lo son. Muchas gracias.

La Sra. **PRESIDENTA:** Muchas gracias, señoría. Tiene la palabra el señor Vidart; por favor, le ruego que se ajuste al tiempo.

El Sr. **DIRECTOR GENERAL DE GESTIÓN ECONÓMICA Y DE COMPRAS DE PRODUCTOS SANITARIOS Y FARMACÉUTICOS** (Vidart Anchia): Muchas gracias, señora Presidenta. Hablar de dos incumplimientos claros creo que dista mucho de la realidad, porque en realidad no ha señalado qué incumplimientos. Ha hablado de denuncias, pero no ha concretado. (El Sr. **FREIRE CAMPO:** *iRopa lavada!*).

La Sra. **PRESIDENTA:** Por favor, señor Freire.

El Sr. **DIRECTOR GENERAL DE GESTIÓN ECONÓMICA Y DE COMPRAS DE PRODUCTOS SANITARIOS Y FARMACÉUTICOS** (Vidart Anchia): No ha concretado los incumplimientos. ¡Claro que recuerdo aquella comparecencia de marzo de 2013! Usted mismo reconoció que los precios de la Lavandería Central estaban fuera de mercado, porque, como recordará, lavaban a 1,3 euros el kilo y se pasaba a lavar a 0,7 euros, que, por cierto, era un precio de referencia que se estaba prestando en el hospital Ramón y Cajal; hospital que tiene la lavandería externalizada o privatizada, como le gusta decir a su señoría, y que no ha habido ni una sola queja. ¿Sabe quién era la empresa que prestaba el servicio? Se lo voy a decir: Fundosa. La misma que está prestando sus servicios en la Lavandería Central.

Su señoría sabe mejor que yo que en la Lavandería Central ha habido un conflicto laboral y que sigue habiendo un conflicto; que hubo una huelga de más de 40 días y que se acumuló la producción. Esta conflictividad laboral se solucionó gracias a los acuerdos a los que llegó la empresa con los representantes sindicales. En los últimos meses ha habido una serie de circunstancias objetivas que han llevado a que se produzca un aumento de la conflictividad como la pérdida de dos sentencias en el Tribunal Superior de Justicia de Madrid, que nos reconoció la sucesión empresarial.

En segundo lugar, me dice que se ha despedido a una química. Vamos a ver, todos los despidos que se han producido en la lavandería han sido objetivos o disciplinarios, no ha habido ningún despido improcedente. Repito: despidos objetivos y despidos disciplinarios.

En tercer lugar –no sé si llegará al Gobierno o no-, le voy a ahorrar la auditoría porque ya la estamos haciendo nosotros. Usted no confía en las auditorías; bueno, bien. Nosotros estamos haciendo un seguimiento constante; prueba de ello es que en este año y medio hemos puesto una serie de sanciones a la empresa. Cuando no se ha producido el cumplimiento óptimo, la Comunidad de Madrid ha puesto sanciones a la empresa: 6.000, 4.000 y 5.000 euros concretamente, y seguiremos poniendo las sanciones que correspondan siempre y cuando el servicio no se preste de conformidad con los pliegos; por tanto, hablar de una sanción de 15.000 o 20.000 euros en el total demuestra que se están cumpliendo los pliegos.

Me habla usted de vaguedades, pero no me ha determinado ningún incumplimiento. Pues bien, decirle que en ningún caso, ¡en ningún caso!, en la Lavandería Central se está lavando para otros hospitales que no sean los propios de la Comunidad de Madrid. Me temo que, de nuevo, su señoría no conoce en profundidad el pliego y mezcla las cosas. ¿Por qué mezcla las cosas? Porque lo que dice el pliego –yo se lo recuerdo- es que el 80 por ciento de la producción se tiene que hacer, sí o sí, en Mejorada y que fuera de Mejorada se puede lavar el resto. No mezcle las cosas y no diga que en Mejorada se está lavando para otros hospitales porque es mentira, o no es cierto, como lo quiera decir. También quería decir que resulta sorprendente que hospitales como Gregorio Marañón y Ramón y Cajal, que están lavando fuera de la lavandería, como, por ejemplo, en la lavandería que tiene la empresa en Fuenlabrada, no hay ni una sola queja. ¡Ni una sola queja! Yo creo que eso debería hacerle reflexionar. Muchas gracias.

La Sra. **PRESIDENTA**: Muchas gracias, señor Vidart. Pasamos al tercer punto del orden del día.

PCOC-228/2015 RGEF.1010. Pregunta de respuesta oral en Comisión, a iniciativa del Ilmo. Sr. D. José Manuel Freire Campo, diputado del Grupo Parlamentario Socialista en la Asamblea de Madrid, al Gobierno, sobre situación actual de la obra prevista para la UCI Pediátrica del Hospital Universitario La Paz.

Para su contestación, ruego, por favor, que el viceconsejero de Asistencia Sanitaria don Manuel Molina ocupe su lugar en la mesa. *(Pausa.)* Buenos días, Viceconsejero. Para la formulación de la pregunta, tiene la palabra el señor Freire.

El Sr. **FREIRE CAMPO**: Muchas gracias, señora Presidenta. Buenos días, doctor Molina. Preguntamos sobre la situación actual de la obra prevista para la UCI pediátrica del hospital La Paz. No sé si estaba usted ya en el Gobierno; pero, en el debate presupuestario, el portavoz del Partido Popular en Sanidad señor Raboso hizo público que solicitaban del Gobierno un informe sobre la situación de la UCI, comprometieron la inversión, y ello se hizo tanto en Comisión como en Pleno. Como no hemos recibido el informe que hemos pedido, queremos asegurarnos de que este compromiso se está celebrando.

La UCI de este hospital tenía unas condiciones absolutamente intolerables; cuestionamos en aquel momento el hecho de que se hubiera construido una UCI pediátrica sin valoración alguna en el hospital Ramón y Cajal mientras que se mantenía en unas condiciones fuera de norma -insisto, fuera de norma-, la UCI de La Paz. Entonces, mi pregunta es: ¿han hecho ustedes algo o se ha quedado en meras promesas de un debate de presupuestos que no se concreta en dineros comprometidos, en proyecto y en calendario?

La Sra. **PRESIDENTA**: Muchas gracias, señoría. Tiene la palabra el señor Viceconsejero.

El Sr. **VICECONSEJERO DE ASISTENCIA SANITARIA** (Molina Muñoz): Muchas gracias, señora Presidenta. Señoría, sí se ha hecho; por supuesto que se ha hecho y lo que aquí transmitió nuestro portavoz, desde luego, se está llevando a cabo. Además me encanta que me hable del hospital universitario La Paz porque, como sabe –y no me voy a hartar de repetirlo, porque es un orgullo para todos los madrileños-, es el primer hospital elegido por los profesionales, no por encuestas o auditorías externas; el mejor hospital de España.

Esta unidad de pediatría tiene 250 camas, tiene la totalidad de las especialidades pediátricas, lo que le convierte en el hospital pediátrico más grande y completo del país. Su actividad en el área de pediatría, como corresponde a un centro de estas características, es ingente. Tiene más de 70.000 estancias totales, 130.000 consultas, más de 6.000 intervenciones quirúrgicas, y es cierto; esta intervención genera también mucha actividad en nuestra UCI pediátrica, que se traduce en una

media de 780 ingresos anuales, con un perfil de una muy elevada complejidad quirúrgica y médica. Les recuerdo, por ejemplo, en complejidad quirúrgica, que Madrid es la primera región española cuyos servicios hospitalarios están acreditados para realizar todos los tipos de trasplante de órganos infantiles y, en pediatría, en La Paz se realizan tanto trasplantes hepáticos como intestinales, cardiacos, de pulmón o de riñón. Queda claro, señoría, el alto nivel de trabajo y profesionalidad de la UCI pediátrica de La Paz; sin embargo, somos conscientes –y, porque somos conscientes, se plasmó y se transmitió aquí- de la necesidad de priorizar, y así lo hemos hecho. Dado que este servicio mantiene una estructura muy cercana a la original, hemos priorizado su reforma, y puedo decirle claramente que las obras se van a iniciar este año.

La Sra. **PRESIDENTA**: Muchas gracias, señor Viceconsejero. Tiene la palabra el señor Freire.

El Sr. **FREIRE CAMPO**: Señor Viceconsejero, su patriotismo hospitalario respecto a La Paz me conmueve, pero hay mucha gente en Madrid... Yo me formé en el Doce de Octubre, y estas comparaciones sobre cuál es el mejor hospital... Como usted sabe, los hospitales son buenos en una cosa y menos buenos en otra, y le recuerdo que usted es Director General de todos los hospitales de Madrid.

Dicho esto, no me ha respondido a lo que yo quería. ¿La obra se va a hacer este año? ¿Cuándo? ¿Cuánto dinero hay apartado? ¿De dónde viene? Recuerdo que en la propuesta del Grupo Parlamentario Socialista reservé 12 millones; de ellos, 7 millones para este año. Me gustaría tener datos: de qué partida presupuestaria, cuánto dinero hay comprometido, en qué fase está el proyecto, cuándo se licita... Esto es lo que yo he preguntado y, si usted hiciera caso a la señora Presidenta, seríamos muy breves; bastaría con que me dijera: el proyecto está encargado, lo lleva tal firma, se presentará en tal fecha, será licitado en tal otra, las instalaciones... ¡Esto es lo que yo quiero, señor Director General! ¡Es una pregunta concreta! Que podamos asegurarnos los profesionales de los hospitales, mi Grupo, y yo también, de que, efectivamente, ustedes van a cumplir la promesa que hicieron en el debate electoral; datos a ser posible. Gracias.

La Sra. **PRESIDENTA**: Muchas gracias, señoría. Tiene la palabra el señor Viceconsejero.

El Sr. **VICECONSEJERO DE ASISTENCIA SANITARIA** (Molina Muñoz): Muchas gracias, Presidenta. Perdona usted, señoría, que no había caído. Es que, dentro de los diez mejores hospitales de España elegidos por los profesionales, cinco son madrileños, y uno es el Doce de Octubre; a lo mejor así se queda más tranquilo.

Lo que sí quiero trasladarle –y voy a insistir- es que, dentro de las actuaciones de la Consejería priorizadas para el ejercicio 2015, se va a iniciar con carácter prioritario la renovación de la UCI pediátrica de La Paz; de hecho, para que vea usted el grado de importancia que le damos, quiero que sepa que, de las actuaciones que se han priorizado dentro de los 19 hospitales –y no tenemos presupuesto expansivo, ya sabe usted cómo estamos-, esta ha sido una de las primeras: la UCI pediátrica de La Paz. Ya se ha puesto en marcha el grupo de trabajo de expertos sanitarios, así como

la redacción del proyecto arquitectónico, que va a materializar las condiciones que marcan una actuación tan delicada y exigente, porque ya sabe usted que una UCI pediátrica tiene que tener unas características muy especiales.

Con esta reforma queremos dotar a la UCI pediátrica de las condiciones de última generación. Le voy a decir las líneas generales, no todo el informe, si bien se están cumpliendo todos los estándares actuales. Antes ha hablado del incumplimiento de algún estándar; tiene usted razón y está reflejado en el informe de los técnicos: hay estándares, no normas. Bueno, para eso está la autorización de los centros sanitarios; hay estándares y hay normas, y usted, como inspector, sabe perfectamente la diferencia entre una cosa y otra. Desde luego, se va a impulsar una UCI con carácter curativo, basado en luz natural, contacto visual con el medio natural, compañía permanente de los padres junto al niño –le voy a decir las básicas; quizá ya tenga usted el informe técnico, porque sé que consigue muchos documentos, y por eso no se lo voy a leer entero-, un sistema de trabajo diferente que interfiere lo mínimo posible con la habitación del niño sin menoscabo de su seguridad, la búsqueda de la intimidad del paciente sin perder la atención permanente del personal sanitario, así como materiales y equipamiento de muy alta calidad adaptados a las necesidades específicas del niño en condiciones críticas. En definitiva, como le estaba explicando, señoría, queremos dotar de un servicio que funcione de una manera extraordinaria –que está funcionando de una manera extraordinaria-, con profesionales entregados y muy bien formados, con unas infraestructuras que mejoren su capacidad y su seguridad en el trabajo, permitiendo un mayor bienestar a los pacientes y a los profesionales y la reducción de los tiempos de estancia, así como la racionalización de los costes asistenciales del paciente. Como le he dicho, señoría, esta obra se iniciará en el año 2015, con presupuesto del año 2015, porque el dinero lo marcan los proyectos técnicos, no lo marcamos los diputados ni los portavoces, ni los Viceconsejeros, y, desde luego, ese será el proyecto que se apruebe y no el usted diga. Nosotros velamos por que la vida siga avanzando en calidad, vanguardia y cercanía, sobre todo para los más pequeños y en las situaciones más críticas. Gracias, señoría.

La Sra. **PRESIDENTA**: Muchas gracias, señor Viceconsejero. Pasamos al cuarto punto del orden del día.

C-33/2015 RGEF.440. Comparecencia del Ilmo. Sr. Director General de Gestión Económica y de Compras de Productos Sanitarios y Farmacéuticos, a petición del Grupo Parlamentario Popular, al objeto de informar sobre plan Estratégico de Farmacia en la Comunidad de Madrid. (Por vía del artículo 210 del Reglamento de la Asamblea).

Ruego al señor Vidart que ocupe nuevamente su lugar en la mesa. (*Pausa.*) Bienvenido, señor Director General. Tiene la palabra el portavoz del Grupo Parlamentario Popular, señor Raboso. Por favor, les ruego que se ajusten a los tiempos.

El Sr. **RABOSO GARCÍA-BAQUERO**: Gracias, señora Presidenta. Gracias, señor Vidart, por su presencia. El motivo de la comparecencia es para que, por favor, nos informe usted acerca del Plan Estratégico de Farmacia en la Comunidad de Madrid. Muchas gracias.

La Sra. **PRESIDENTA**: Muchas gracias, señoría. Tiene la palabra el señor Vidart por tiempo máximo de quince minutos.

El Sr. **DIRECTOR GENERAL DE GESTIÓN ECONÓMICA Y DE COMPRAS DE PRODUCTOS SANITARIOS Y FARMACÉUTICOS** (Vidart Anchia): Gracias, señora Presidenta. Señorías, vengo a presentarles el Plan Estratégico de Farmacia. Si recuerdan, alguna de sus señorías ya hablamos en la Comisión de Presupuestos de una partida que hablaba del Plan Estratégico de Farmacia, y me pidieron que, por favor, viniese a comparecer ante esta Comisión, y así lo estoy haciendo.

Antes de nada, quería dar especialmente las gracias a todos los trabajadores de mi servicio de farmacia, de la Subdirección de Farmacia, porque creo que han hecho un trabajo brillante. Llevan mucho tiempo trabajando en este plan con los profesionales de los hospitales, de atención especializada, de atención primaria y con los servicios de farmacia tanto de primaria como de los hospitales. Desde aquí quiero transmitir mi profundo agradecimiento por un trabajo muy bueno, y ahora se lo voy a presentar apoyándome en unas imágenes que iré mostrándoles.

Lo que venimos detectando en los últimos años o en el último año es que se está produciendo un aumento del gasto en farmacia. Es verdad que, si vemos los últimos datos que se producen en 2012 y en 2013, había una disminución global, pero a nosotros nos preocupaba un elemento y era que se estaba produciendo un aumento del precio medio por receta. Si bien es cierto que la cuenta final era inferior, nos preocupaba que se estuviera produciendo una elevación del precio medio por receta. ¿Por qué nos preocupaba eso? Porque eso puede poner de manifiesto que se están produciendo desplazamientos o deslizamientos hacia otras moléculas, olvidando las moléculas que tienen un uso más tradicional o aquellas que en el mercado ya tengan un genérico que, como saben sus señorías, tiene ya de salida un precio inferior a un 40 por ciento. Entonces, ¿cuáles son las medidas que nosotros proponemos? Pues entendemos que las medidas que adoptamos pueden tener una elevada aceptación y una elevada capacidad de actuación, como la formación continua que se está dando desde mi Dirección General, con la colaboración de atención primaria y con los fondos que tenemos del uso racional del medicamento, conforme a la disposición adicional de la Ley del Medicamento del Estado, que nos produce una transferencia, y con esos fondos lo que hacemos es una formación continua de los profesionales, una información de los medicamentos y la incentivación en los distintos contratos programa y en aquella partida famosa del Plan Estratégico de Farmacia. También hacemos una coordinación entre niveles asistenciales, compromiso con los profesionales y una educación sanitaria que para nosotros, en el uso racional del medicamento, es imprescindible.

¿En qué consiste este Plan Estratégico de Farmacia? Es un plan estratégico que se planificó para dos años, en el que venimos trabajando desde finales del año 2013 y consta de 12 puntos clave

que vamos a ir desarrollando: uno, la gestión clínica de la farmacoterapia; dos, la coordinación entre niveles asistenciales, que la consideramos esencial; tres, la seguridad en los tratamientos farmacológicos, que, sin duda alguna, va a fomentar la adherencia a los mismos; cuarto, la formación e información, las tecnologías de la información; cinco, las actuaciones específicas en pacientes mayores; seis, los convenios que tenemos, por ejemplo, con el Servicio Regional de Bienestar Social en el que estamos trabando; siete, las actuaciones en productos sanitarios que, como saben sus señorías, por ejemplo, alguno de los absorbentes son con receta –digo alguno de ellos porque también estamos fomentando las compras centralizadas, como diré con posterioridad-; ocho, compromiso de los profesionales con la organización; nueve, los farmacéuticos como profesionales clave tanto en la atención primaria como en los hospitales; diez, la educación sanitaria de los pacientes; once, las relaciones con la industria farmacéutica y las negociaciones de precio y, por supuesto, la regulación de todos los visitadores que se puedan producir en los centros de salud, y doce, la responsabilidad social corporativa que estamos poniendo en marcha.

En primer lugar, en la gestión clínica de farmacoterapia, lo que vamos a hacer fundamentalmente es actuar sobre aquellos fármacos cuyo peso en el ámbito de las recetas es mayor. Entonces, nos centramos, por ejemplo, en los fármacos de uso de diabetes, que vemos que es el grupo más importante en los medicamentos para la EPOC y para el asma o los del colesterol o los famosos ARA II o los productos dietoterápicos, que, además, en su mayor medida están siendo utilizados en las residencias, y una adecuada protocolarización de los mismos sin duda va a redundar en un beneficio para los residentes. Así hacemos un estudio de los gastos, del gasto por envase. Insistimos mucho en el precio medio por receta, porque eso puede determinar, como sabemos, un deslizamiento de las moléculas; el ejemplo clásico del que siempre hablo es del omeprazol, rabeprazol o pantepazol, la diferencia entre una molécula u otra hace que se pueda hablar de más de un 70 u 80 por ciento de diferencia en los precios.

Les he puesto algunos ejemplos, aunque no me quiero detener mucho en ellos, pero, por ejemplo, vemos los antidiabéticos. De los antidiabéticos tenemos las distintas opciones del prescriptor. Dentro de la primera opción, tenemos la metformina, que actualmente es la que más se está usando en el Servicio Madrileño de Salud, pueden ver en el gráfico que es la línea verde, la que está arriba, y es la que nosotros estamos fomentando o las que consideramos de primera elección. Luego han aparecido otros fármacos, que son los fármacos antidiabéticos en asociación, y estos son los que nos preocupan y consideramos que tenemos que protocolizar bien. ¿Por qué nos preocupa? Pueden ver que es la línea amarilla –no sé se distinguen bien los colores-, la tercera línea. Esta tercera línea es en envases. Como pueden ver, la línea está muy baja, pero no nos puede llevar a un error, porque si pasamos a la siguiente diapositiva, donde vemos representado el gasto, la línea que estaba muy baja, fíjense dónde se sitúa en esta gráfica de gasto muy por encima, y, en cambio, la línea que estaba muy alta, que es la metformina, que eran las de primera elección, sin embargo, baja radicalmente. ¿Por qué? Porque los precios son mucho mejores los de la metformina, porque lleva más tiempo, y porque hay genéricos, que son los que entendemos que hay que fomentar, y siempre debe ser el de primera elección la metformina. ¿Qué hacemos con esto? Vamos a hacer cursos y jornadas de formación, cuando vengamos un “tic” es que ya lo hemos hecho y lo seguimos haciendo. Además,

estamos elaborando un documento de criterios de medicamentos antidiabéticos con primaria y especializada, porque obviamente la primera receta sale de hospitales, y, luego, la continuidad asistencial, que para nosotros es fundamental trabajar en la misma. Además diseñar indicadores de seguimiento en la prescripción de estos fármacos y homogeneizar los criterios de visado de estos medicamentos, que ya se ha realizado por Resolución 52/2014.

Tenemos también los del colesterol, los hipolipemiantes, que tenemos las distintas variaciones, pero no me voy a detener mucho más en estos. Nosotros ponemos todos los grupos terapéuticos, todas las moléculas de las mismas patologías y las comparamos entre sí; comparamos el gasto del envase, la variación del mismo y en los que entendemos que podemos actuar.

¿Qué es lo que hemos hecho con los hipolipemiantes? Hemos elaborado un documento que está, por supuesto, avalado por los profesionales que han participado en el mismo y por la biografía y la evidencia científica, y se ha editado este documento con criterios de utilización de fármacos hipolipemiantes antes para el tratamiento de control de la dislipemia como factor del riesgo cardiovascular. Esto ya está colgado en nuestra página y a disposición de todos los profesionales.

También los famosos ARA II. Nosotros, como saben sus señorías, ya tenemos un protocolo de ARA II. La utilización de los ARA II frente a los IECA, cuáles deben ser los de primera elección, cuándo se debe pasar a un ARA II; se habla de mujeres mayores que tuvieran determinados problemas. Pues eso es lo que estamos poniendo en marcha y estamos trabajando con los profesionales. Además, ¿qué es lo que nos preocupa? Pues si ven este gráfico, por ejemplo, dentro del grupo de los ARA II, los que tienen un mayor gasto, -y estaba elevándose el consumo de recetas- son los que precisamente no tienen genérico. Por eso, nuestra política de promoción del genérico es porque el deslizamiento de las moléculas puede suponer un aumento del gasto, y por eso nosotros fomentamos el uso de los ARA II en el ámbito de los genéricos, sin perjuicio de que la prescripción sea por principio activo, y evitaremos esos deslizamientos de moléculas, entendemos que sin ningún perjuicio a los pacientes, tal y como está recogido en los distintos documentos y en la evidencia científica.

¿Qué es lo que vamos a hacer? Como hemos visto que se ha producido un aumento en el año 2014, no nos conformamos con el documento de ARA II que tenemos y lo vamos a actualizar. Además, en los últimos tiempos, la Comisión Interministerial de Precios del Medicamento ha aprobado también determinadas moléculas. Además, seguimos solicitando las mejoras en los indicadores. La media en el NHS es del 28 por ciento y nosotros vemos como la media que teníamos de ARA II es del 40,28 por ciento; hemos bajado en diciembre de 2014 al 39,98 por ciento, una variación de 0,74 por ciento, y pretendemos seguir disminuyendo esa utilización y llegar, por ejemplo, a la media del NHS, que es del 28 por ciento, y en eso estamos trabajando.

Estamos trabajando en los antiepilépticos, y su señoría sabe mejor que yo que se están utilizando muchos antiepilépticos, fuera de indicación, para determinados dolores, se están utilizando como analgésicos; por ejemplo, la pregabalina se está utilizando mucho fuera de indicación para el

dolor lumbar, si bien es cierto que en el momento actual de la pregabalina ha salido un genérico no para el dolor neuropático, que mantiene la patente hasta el año 2017. Nos preocupa este uso de los antiepilépticos y por eso estamos creando un grupo de trabajo para analizar si realmente esos antiepilépticos se están utilizando como analgésico, como el ejemplo que les he puesto de la pregabalina, que más del 40 por ciento de las prescripciones que había habido de este medicamento eran para determinados dolores.

También estamos haciendo una gestión clínica de los analgésicos; por ejemplo, vemos el zolmitriptán o el almotriptán, que son moléculas que entendemos que podían ser lo que se llama equivalentes terapéuticos, pero sin embargo vemos cómo la diferencia del gasto por envase entre una u otra es brutal. Por ejemplo, va desde 8,73 a 15,24 o 29,39 euros, y por eso entendemos que debemos actuar aquí. Entonces, ¿qué es lo que vamos a hacer? Continuar impartiendo cursos que ya se están haciendo sobre el tratamiento y dolor agudo; elaborar una hoja informativa breve sobre el tratamiento de la migraña, que ya se está haciendo en APMadrid con un "flash" para todos los profesionales para que la conozcan, y además estamos elaborando un documento de criterios para el tratamiento de los estupefacientes conforme a las recomendaciones de la OMS.

También estamos actuando sobre las eparinas o sobre los anticoagulantes orales. Vemos, por ejemplo, cómo se están produciendo aumentos de rivaroxabán y demás, y es en lo que estamos trabajando.

¿Qué es lo que hemos hecho con los agentes antitrombóticos? La realización de jornadas formativas anuales, que ya les digo que seguimos haciendo y estamos haciendo, y además insistir en la correcta utilización de los anticoagulantes orales y saber cuándo deben ser utilizados.

Además, y ya concluyo en la gestión clínica para no extenderme más, en los dietoterápicos, estamos analizando todos los dietoterápicos que nosotros consideramos que es fundamental, porque la mayor parte de los dietoterápicos se están utilizando por personas mayores institucionalizadas y cualquier actuación en la misma sin duda va a redundar en el beneficio de nuestros mayores. ¿Qué es lo que estamos haciendo? Un plan de formación anual sobre el uso de los dietoterápicos. Además estamos recogiendo y elaborando un suministro directo de dietoterápicos a las residencias geriátricas, a nuestras residencias del Servicio Regional de Bienestar Social; por ejemplo, a la residencia Adolfo Suárez ya han ido dos farmacéuticos de mi Dirección General a trabajar con ellos, y se prevé –y ya se está haciendo– que nosotros compremos dietoterápicos, los suministremos y trabajemos con los prescriptores de las residencias. Y además estableceremos un seguimiento del soporte nutricional. El número de pacientes de seguimiento con este soporte nutricional en 2014, habiendo empezado ese año, es de 139, y ya les digo que nuestra intención es extenderlo a todas nuestras residencias de la Comunidad de Madrid.

Además, insistiremos en la prescripción de los genéricos, en la política de genéricos que llevamos, que en 2014 consideramos que ha ahorrado 60 millones de euros. ¿Por qué? Por lo que les he dicho antes, que no se produzcan desplazamientos de moléculas y que, entre lo que podemos

llamar equivalentes terapéuticos, se utilicen aquellas moléculas en las que exista genérico. Desde un punto de vista del precio, puede ser indiferente porque en la actualidad, con el sistema que hay, la marca y el genérico tienen el mismo precio, pero no es así si se produce un desplazamiento de molécula a un equivalente terapéutico en la que no exista el genérico.

También estamos trabajando la coordinación entre el segundo punto de la línea estratégica, la coordinación entre los niveles asistenciales; se están creando comisiones de coordinación asistencial en farmacoterapia, que se está liderando desde mi Dirección General. Además se están elaborando todos los documentos de uso de esto que les estoy diciendo, con profesionales de farmacia y sanitarios tanto de primaria como de especializada, así como en el diseño e implantación de indicadores comunes en las recetas tanto en atención primaria como en especializada.

Además estamos trabajando –esto no lo tenemos elaborado- con la Directora General Zaida Sampedro en crear un módulo único en atención primaria y atención especializada. Para nosotros este elemento es fundamental, porque en la receta que sale de especializada, que es un 20 por ciento, más o menos, de las recetas totales, es fundamental que haya una coordinación y una continuidad asistencial, y eso se va a lograr con el módulo único en el que estamos trabajando, y estamos ya muy avanzados, gracias, insisto, a la colaboración de la Directora General de Sistemas de Información.

También estamos trabajando en implantar estrategias de seguridad en el uso de los medicamentos. En nuestra página web, “farmaweb”, estamos metiendo determinadas alertas que estamos mandando a la Agencia Española del Medicamento, que son comunicadas a todos los profesionales y afectan a un total de 60.000 pacientes en el ámbito de nuestra Comunidad. Además estamos elaborando distintos documentos; por ejemplo, la estandarización de las distintas abreviaturas que están utilizando en los fármacos de hospitales. Para evitar errores y confusiones que puedan tener los profesionales y que puedan producir daño a los pacientes, hemos elaborado –ya está hecho- una estandarización de las abreviaturas y símbolos en las expresiones utilizadas en los fármacos, que ya ha sido publicado y comunicado. También se están llevando a cabo procedimientos para la mejora del uso y la formación a nuestros profesionales.

¿Qué estamos haciendo también en la seguridad de los profesionales y de los pacientes? Se ha creado un grupo especial de trabajo para el uso correcto de los guantes por parte del profesional sanitario, con análisis de los diferentes protocolos, un protocolo único y la compra centralizada, de tal forma que sean los profesionales de todos los hospitales los que nos digan, en base a la seguridad que se ha realizado, cuáles son los guantes que quieren comparar y así entrar nosotros y decir: conforme a las prescripciones técnicas que me da usted, ya nos encargamos nosotros de proceder a la negociación, la licitación para que todos los hospitales tengan los guantes solicitados por los profesionales de los distintos hospitales.

Además, trabajamos en la utilización racional de los antibióticos, que va a redundar en el beneficio de los pacientes. Se ha creado una comisión central que ya está funcionando desde hace bastantes meses y se está recogiendo también la participación de los grupos de trabajo en el plan

nacional. También se está fomentando la notificación de las reacciones adversas de los medicamentos: 41 recomendaciones a profesionales, 12 boletines mensuales y 26 boletines a las farmacias de red centinela; además se han enviado 22 notas a la Agencia del Medicamento...

La Sra. **PRESIDENTA**: Señor Vidart, le quedan un par de minutos, aunque ya han pasado los quince minutos.

El Sr. **DIRECTOR GENERAL DE GESTIÓN ECONÓMICA Y DE COMPRAS DE PRODUCTOS SANITARIOS Y FARMACÉUTICOS** (Vidart Anchia): Voy muy rápido. En cuanto a la formación e información de la farmacoterapia, 11.977 alumnos, 288 jornadas.

Las tecnologías al servicio del uso racional del medicamento: ya hablábamos del módulo de prescripción único en primaria y en especializada, además la receta electrónica, que todos ustedes conocen, así como la creación de dos páginas fundamentales, "farmaweb" y "consultaweb", que pueden consultar tanto especializada como primaria para ver los indicadores y compararse entre los distintos centros de salud, y también la implementación de ayudas a la historia electrónica.

En cuanto a los pacientes mayores y el uso racional del medicamento, para nosotros es fundamental. Ya saben sus señorías que estamos trabajando desde hace años en el paciente polimedcado, que es aquel que toma más de seis medicamentos, que se consigue ahorro y, sobre todo, hay una mejora porque se revisan constantemente los medicamentos que están tomando nuestros mayores. Además, hemos creado un manual de medicamentos potencialmente inapropiados para los mayores, que está en constante revisión. Asimismo, tenemos convenios con el Servicio Regional de Bienestar Social y ya estamos trabajando en su nueva residencia en San Blas, Adolfo Suárez.

También realizamos actuaciones sobre productos sanitarios: absorbentes, compra centralizada y la minoración de la sobreutilización que se produce de las tiras de glucemia y ya hemos realizado la compra centralizada de los apósitos. Por otra parte, actuamos para dar recomendaciones a los profesionales, diseñar fórmulas que permitan incentivar a los profesionales, fomentar la participación de los mismos y programar las visitas personalizadas de los profesionales.

La novena línea estratégica es el farmacéutico como elemento clave de nuestra organización, fomentando tanto a los farmacéuticos de centrales de primaria como a los de especializada, que hacen una labor espectacular y muchas veces nos olvidamos de ello. Por otra parte, el fomento de la participación del paciente, con la página web que hemos creado de información al paciente sobre medicamentos, que tiene 800 visitas al mes, en la que aparecen las redes de farmacias, los prospectos de medicamentos y cualquier información que sea útil para los pacientes, así como un teléfono de atención al paciente. En cuanto a la relación con la industria farmacéutica, actuamos para coordinar todas las actuaciones formativas que vayan a dar, que tienen que pasar antes por la Dirección General de Farmacia, informando de si es adecuada o no, o de si puede afectar porque están promocionando una molécula de su empresa o no lo hacen y son

totalmente transparente, y para minimizar la visita médica en el horario laboral y la eliminación en la formación continuada.

En cuanto a la responsabilidad corporativa –con esto acabo; perdónenme la extensión-, se ha participado en los siguientes proyectos, que estaban previstos en el plan: un proyecto eurosocial en Colombia, financiado por la Unión Europea; otro financiado por la Unión Europea, en Uruguay; otro que se ha realizado en Uruguay y en Madrid, y otro en Angola financiado por la OMS. Por mi parte, nada más. Muchísimas gracias.

La Sra. **PRESIDENTA**: Muchas gracias, Director General. Tiene la palabra el señor Normand, por el Grupo Parlamentario UPyD.

El Sr. **NORMAND DE LA SOTILLA**: Muchas gracias, Presidenta. Agradezco la presencia en esta Comisión del señor Director General de Gestión Económica y de Compras de Productos Sanitarios y Farmacéuticos, señor Vidart, y la solicitud de su comparecencia por parte del Grupo Parlamentario Popular. Efectivamente, como ha comentado el señor Vidart, mi Grupo, en el debate de presupuestos, cuando tuvo conocimiento de que existía una partida específica para el Plan Estratégico de Farmacia, preguntó por dicho plan y usted, señor Vidart, nos anticipó las doce líneas. Posteriormente, se respondió a una petición de información de mi Grupo, y de otros, pidiendo el conjunto del Plan Estratégico de Farmacia. Por tanto, usted ya nos anticipó las doce líneas, que hoy las ha tenido que resumir. Le pediría, señor Director General, que, aparte de transmitirlo a los Grupos y además de comparecer en esta Comisión, por una cuestión de transparencia y de información pública y no por ninguna otra razón, se publicase el Plan Estratégico de Farmacia en el portal de salud de la Comunidad de Madrid abierto al público y no exclusivamente en la intranet. Creo que esto es, en principio, información pública; parece que usted, por los gestos que me hace, no lo ve claro, pero entiendo que es algo que se debería hacer.

Siendo esta probablemente la última sesión de la Comisión de Sanidad de esta Legislatura tengo que hacerles una confesión: a veces me gustaría poder administrar a determinados comparecientes un suero de la verdad inocuo y que fuera positivo. (*Risas.*) Lo digo desde el máximo cariño al señor Vidart, no porque usted mienta o haya mentido a esta Comisión, en absoluto esto insinuando eso, sino por el hecho de decir la verdad, toda la verdad, y hago énfasis en “toda la verdad” y no insisto en “el nada más que la verdad” sino básicamente en “toda la verdad”. Es una sensación que a veces he tenido en sus comparecencias y en otras comparecencias de algún otro director general, que dado que no está aquí no tiene sentido ni oportunidad mencionarlo, pero, evidentemente, habría que modificar el Reglamento de la Asamblea, la Constitución Española, la Convención de Derechos Humanos, incluso quizá los tratados de La Haya y la Convención de Ginebra sobre los prisioneros de guerra. Fuera de bromas, a veces tengo un poco la sensación de que se nos quedan cositas que usted nos podría haber dicho y no nos ha terminado de decir, cosas importantes. Traigo esto a colación porque en el debate que hubo en la sesión de la Comisión de Presupuestos del día 19 de noviembre de 2014, al que usted ha hecho referencia, sobre el presupuesto de 2015, cuando desde mi Grupo se señaló algo que era evidente y que ahí nadie refutó acerca de que en el

presupuesto de 2015 de este año había un incremento de 84 millones de euros para aumentar la previsión del gasto en recetas en 2015, hasta un total de 1.033 millones de euros, ya entonces en aquella Comisión desde mi Grupo dijimos que estos 1.033 millones de euros, si se comparaban con los 1.046 millones de euros de gasto interanual que hubo en el periodo de octubre de 2013 a septiembre de 2014, que era el último dato entonces disponible, veíamos que la previsión no se sostenía. Efectivamente, el gasto en farmacia en 2014 ha sido de 1.057 millones de euros, lo cual supera sus previsiones de gasto para el año 2015. De hecho, hay un análisis –el análisis no lo he hecho yo, me estoy basando en un informe de Adefarma que se publicó del que creo que es importante resaltar algunos datos- que indica que el gasto farmacéutico en España en 2014 respecto a 2013 subió un 1,95 por ciento y en Madrid subió un 5,39 por ciento; es decir, en Madrid se ha producido un aumento significativo del gasto en farmacia de un año a otro y, aunque sigue siendo menor que –ya lo hablaremos después- el gasto que existía en 2011, antes del real decreto que recoge el copago farmacéutico por parte del usuario, aun así, en Madrid se produce ese aumento, insisto, en 2014, en un momento significativo del gasto farmacéutico, y que además es bastante mayor del que se produce en el resto de España.

Desglosando un poco por qué se ha producido este aumento del gasto, el número de recetas en España ha subido un 1,06 por ciento y en Madrid 1,94 por ciento, es decir, que hay un aumento también significativo del número de recetas. Y el gasto medio por recetas, al que usted ha hecho referencia y que efectivamente es una variable muy importante a la hora de analizarla, en España subió el 0,88 por ciento y en Madrid un 3,39 por ciento. En 2014 se ha roto la tendencia que estaba habiendo del gasto farmacéutico en oficinas de farmacia en toda España pero especialmente acusada en Madrid. Yo le pediría, señor Director General, si usted quiere y si tiene a bien, que nos hiciera una estimación actualizada del gasto farmacéutico que habrá en la Comunidad de Madrid en el año 2015, que yo creo que ya está claro que no van a ser los 1.033 millones de euros pero que nos gustaría que nos proporcionara información al respecto si dispone de ella.

Respecto al gasto que ha habido en 2014, yo creo que hay una variable importante que usted no ha entrado a analizar en su intervención, y es el tema de la implantación de la receta electrónica. Yo creo que está claro que la implantación de la receta electrónica ha aumentado el gasto farmacéutico en la Comunidad de Madrid y lo que me gustaría saber es en qué medida ha aumentado. Creo que usted nos lo podría aclarar porque usted tiene muchos más datos que nosotros y, por tanto, tiene mayor capacidad de analizarlo y para mi Grupo es importante conocer qué parte del aumento del gasto farmacéutico estima que se debe a la implantación de la receta electrónica. Esto ha ocurrido en otras comunidades autónomas, como Extremadura, no es algo imprevisible, pero es algo que se supone que en Madrid, dado que ha habido un retraso significativo respecto a otras comunidades autónomas a la hora de implantar la receta electrónica, hemos tenido la ocasión de aprender de los errores de otros. Entonces, ¿en qué medida vamos a aprender de los propios errores que se hayan podido cometer? Insisto, esos datos los tiene usted y los puede dar mucho mejor que yo.

Creo que ha habido datos muy interesantes que usted nos ha dado en su presentación, como es en qué ha aumentado el gasto farmacéutico en 2014 respecto al año 2013. Hay una petición,

que ya es reiterativa desde mi Grupo Parlamentario, y es que, a la hora de hacer los presupuestos, por una cuestión de transparencia, exista también una estimación en los distintos grupos de fármacos, según considere la Comunidad, de qué gastos se va a producir por cada grupo de fármacos para saber en qué se han desviados las estimaciones y las previsiones respecto a lo que se creía que iba a ocurrir. Usted dijo en Comisión que, al pagarse a una única entidad –que de alguna manera tiene lógica que la única entidad sea el Colegio de Farmacia de la Comunidad de Madrid-, tiene sentido que hubiera una única partida presupuestaria que recopilase todo el gasto en farmacia, lo que ocurre es que también convendrá usted conmigo que no tiene mucho sentido que en un presupuesto de 7.000 millones de euros haya una única partida que recopile un gasto de 1.000 millones de euros; es decir, a la hora de intentar hacer un análisis cuantitativo de ese presupuesto hay una variable muy importante en la que no se puede entrar. Como ya le he dicho alguna vez al anterior Director General cuando planteamos esto hace cuatro años, casi cinco, le pareció una idea que podía ser interesante y con el cambio del Director General esta idea ha caído.

La Sra. **PRESIDENTA**: Señoría, por favor, vaya terminando.

El Sr. **NORMAND DE LA SOTILLA**: Sí, señora Presidenta. De alguna manera, ese análisis que pedíamos lo ha realizado usted aquí, pero creemos que es importante que no haya que pedir una comparecencia del Director General, que lógicamente son limitadas, para poder tener conocimiento de esto. Nos gustaría –ya sé que su comparecencia es muy limitada- que nos diese alguna información, muy breve, sobre el nuevo concierto del Colegio de Farmacéuticos, sobre qué cree que aporta como novedoso, que es un concierto que se ha conocido, al menos yo, ayer y que parece que se firmó este fin de semana. Luego, me gustaría que me hablara de la situación de los fármacos de la hepatitis C, sin entrar en polémicas, simplemente que nos diga cuál es la situación actual de la administración de estos fármacos, que ya sabe usted que en Leganés ha habido pacientes que han protestado.

Por último, señora Presidenta, concluyendo, creo que hay una línea de actuación que quizá se podría haber incluido en el plan estratégico que a lo mejor se ha incluido pero no se ha interpretado bien, que es el hecho de incorporar iniciativas de los propios profesionales sanitarios. Hay una iniciativa que creo que es interesante que es la de “Pastillas las justas”, que tiene una página web parece que la conoce, donde hablan de siete reglas que creo que todos podremos compartir porque son reglas que tienen bastante sentido; simplemente voy a leer los titulares de “Siete reglas para un uso más seguro de los medicamentos”; conoce los medicamentos que tomas; una oportunidad a las opciones no farmacológicas; medicamentos los justos y necesarios; no hay medicamentos de por vida; los cambios poco a poco; no hay medicamentos libres de riesgos y lo nuevo no siempre es mejor. Creemos que hay actuaciones de los profesionales que son confluentes con lo que pretende la Consejería y lo que pretendemos todos los Grupos Parlamentarios y sería bueno aprovechar este tipo de iniciativas. Muchas gracias, señora Presidenta.

La Sra. **PRESIDENTA**: Muchas gracias, señoría. Tiene la palabra el señor Bejarano por el Grupo Parlamentario Izquierda Unida-Los Verdes.

El Sr. **BEJARANO FERRERAS**: Muchas gracias, señora Presidente. Voy a realizar una intervención breve en esta comparecencia importante y agradezco al señor Vidart que esté en la sesión de la Comisión de Sanidad de hoy. Digo que es un debate importante porque siempre que hablemos de gasto farmacéutico es un debate o un asunto relacionado con la sostenibilidad del sistema sanitario en todos los foros y todos los debates. Como saben sus señorías, en cualquier jornada de análisis de la situación del modelo sanitario público, lógicamente, el debate sobre el gasto farmacéutico se da. Nosotros desde el Grupo Parlamentario Izquierda Unida –y lo hemos dicho siempre en esta Legislatura que concluye, en los trabajos de esta Comisión de Sanidad y también en los debates que hemos realizado en el Pleno de la Cámara- hemos estado a favor del Gobierno regional en aquellas medidas que iban encaminadas al uso racional del medicamento, la apuesta clara por genéricos, etcétera, y también medidas e iniciativas como la central de compras que, en definitiva, es lo que tiene que hacer la Administración ante una situación compleja y difícil, porque este tema, insisto, afectar a todas las Administraciones y todas las Comunidades Autónomas, todas las Consejerías, tienen la difícil tarea seguir ahondando en ello. Sin embargo, nosotros hemos criticado siempre al Partido Popular, a los Gobiernos del Partido Popular en la Comunidad de Madrid y en el Ministerio de Sanidad, cuando, mientras hacía este trabajo de apostar claramente por medidas del uso racional del medicamento, de ahorro, etcétera, introducía medidas de copago farmacéutico e incluso de aumento de esos copagos que nosotros sencillamente llamamos los repagos, porque, además, luego vamos a hablar de otra iniciativa que plantea este Grupo en la sesión en la Comisión de hoy sobre la evolución y la aplicación del Decreto 16/2012, en el que tenía también su parte de repago. Todas estas medidas nunca les hemos entendido, porque tampoco han cumplido su objetivo de disuadir a los enfermos y el ahorro de los repagos tampoco ha tenido un impacto para nosotros en las arcas públicas, en los presupuestos de las distintas Consejerías de Sanidad y del Ministerio de Sanidad. Nosotros siempre lo hemos planteado como una medida que penaliza claramente al enfermo, que bastante tiene con padecer una enfermedad crónica.

Dicho eso, agradecemos el análisis de este Plan Estratégico de Farmacia y, por supuesto, como decía el señor Normand, vamos a pedirle que lo traslade a todos los Grupos Parlamentarios. En los medios de comunicación hemos visto recientemente los datos a nivel general del gasto farmacéutico y cómo ha aumentado en el año 2014 –aludía a ello el señor Normand en su intervención- en 179 millones respecto al año anterior si analizamos la parte que paga la Administración por la subvención de lo que se dispensa en la farmacia, porque si hacemos un debate sobre el total de la factura, todavía es mucho más abultado. Y, si hablamos de los datos de Madrid, como bien decía el señor Normand, todavía es mayor el gasto farmacéutico.

Por lo tanto, señor Vidart, aparte de esa exposición, que, repito, agradecemos, sobre el Plan Estratégico de Farmacia hasta el año 2016, nos gustaría que hiciera un análisis ya como representante del Gobierno, en esta comparecencia porque, evidentemente, el año pasado se superaron las previsiones de gasto farmacéutico, como casi siempre sucede en los últimos años. Ha habido un aumento de gasto farmacéutico en la Comunidad de Madrid y nos gustaría preguntarle, de modo global, si considera que este plan estratégico de farmacia que nos ha presentado, es suficiente para intentar paliar ese indicador, que es bastante preocupante, como estoy convencido de que también

considera el señor Director General. Por lo tanto, nos gustaría que nos hiciera una valoración ya no tanto técnica como política sobre si con esto va a ser suficiente.

Me gustaría terminar, señor Vidart, haciendo también una alusión importante a un tema que es de máxima actualidad, como usted sabe, que es el tema de los afectados de hepatitis C. Recientemente el ministro Alonso hizo una intervención en sede parlamentaria, en el Congreso de los Diputados, al hilo de presentar ese plan sobre el que está trabajando el Ministerio de Sanidad e hizo una alusión directa a las distintas Consejerías, haciendo hincapié en que son esas estructuras administrativas las que tienen la mayoría de las competencias en materia sanitaria y también en gasto farmacéutico. El señor Alonso decía que en el año 2014 había 300 millones de ahorro en las arcas regionales, sin especificar en cada una de ellas, en sentido global, para afrontar el gasto farmacéutico que conlleva prestar esos medicamentos o esos tratamientos a los enfermos de hepatitis C. Entonces, la pregunta que plantea el Grupo Izquierda Unida es: de esos 300 millones que han ahorrado las arcas regionales, ¿qué parte es la que tiene la Comunidad de Madrid? Y como me consta y estamos convencidos de que usted está también pilotando ese plan regional, que también ha anunciado recientemente el consejero Javier Maldonado, nos gustaría aprovechar esta segunda intervención en esta comparecencia para que nos informara a todos los Grupos Parlamentarios de cómo se están desarrollando los trabajos de este plan estrictamente regional, qué fecha tope tiene de conclusión y, sobre todo, si antes de que acabe esta Legislatura van a presentar este plan regional y si la Comunidad de Madrid va tener la capacidad económica suficiente para prestar el servicio a todos los enfermos de hepatitis C, con independencia de la fase en que se encuentren. Gracias, señora Presidenta.

La Sra. **PRESIDENTA:** Muchas gracias, señoría. Tiene la palabra el portavoz del Grupo Parlamentario Socialista señor Freire.

El Sr. **FREIRE CAMPO:** Muchas gracias, señora Presidenta. Por una vez y sin que sirva de precedente, mi Grupo agradece al portavoz del Partido Popular de Sanidad que traiga este tema a la Asamblea.

La Sra. **PRESIDENTA:** ¡Es la última sesión de la Comisión y tiene que haber muy buen ambiente!

El Sr. **FREIRE CAMPO:** Bien es verdad que el portavoz del Partido Popular, cuando trae estos temas a Comisión, lo hace como ejercicio de autoelogio del Gobierno en las áreas en las que puede sacar pecho, pero aquí no estoy tan seguro de que sea el caso.

Yo pedí este plan estratégico el 6 de noviembre de 2014 en cuanto tuve conocimiento de su existencia. Señor Director General, este plan me llegó a mí con tres meses de retraso: el 5 de febrero. Quiero dejar constancia, una vez más, de que el Gobierno no tiene el respeto que debe a la oposición, al Parlamento y a la ciudadanía. Por lo demás, este plan es de agosto de 2014; esta Legislatura -creo recordar- comenzó en junio de 2011. En fin, hacer planes cuando están a punto de irse es un poco insensato. En cualquier caso, este plan que me han dado a mí -lo pidió también el portavoz de UPyD-

es el Plan Estratégico de Farmacia en la Comunidad de Madrid en el ámbito de la receta médica – luego, he visto que en una de las diapositivas que ha presentado, señor Director General, en la última, viene, efectivamente, como parte primera, receta médica 2014-2016-. Y es que, efectivamente, el gasto en farmacia consta de dos grandes capítulos: uno es receta médica, que, si recuerdo bien, está en 1.032 millones este año, y otro es farmacia hospitalaria, que tiene una cuantía cuasi similar; entre ambas, señor Director General, suman un 28 por ciento del presupuesto sanitario en la Comunidad Autónoma. Este es un tema estratégico, y a ustedes, señores del Gobierno, no se les ocurre hacer un plan estratégico para una materia estratégica nada menos –fechado está- que el 28 de agosto. ¡Esto es para nota! Luego, hay cosas –una de ellas me la ha susurrado al oído mi compañera diputada- como, por ejemplo, que, llevando veinte años en el Gobierno, ahora se planteen cómo comprar bien guantes quirúrgicos. ¡Es para nota y es llamativo!

Agradezco al señor Director General que haya tenido la deferencia de traer una presentación, pero déjeme que le comente que nos ha hecho una presentación detallada de aquella parte en la que el señor Director General, por varias razones, es menos experto: la parte primera del plan que me han dado a mí consta de 12 líneas estratégicas, y ha desarrollado con cierto detalle la gestión clínica de la farmacoterapia, aunque prestado menos atención en otros puntos; pero, ciertamente, la política farmacéutica abarca múltiples dimensiones, no solamente los IECA o los ARA, sobre los que el Gobierno seguro que puede traer aquí a gente que pueda hablar de ello con más conocimiento de causa y me gustaría plantearle algunas cuestiones que forman parte del Plan Estratégico de Farmacia en la Comunidad de Madrid. Ayer tuvimos noticias, no porque el Gobierno nos lo haya dicho a los diputados sino porque ha sido publicado en un medio de información, sobre el hecho de que se firma el concierto de farmacia entre la Consejería y el Colegio de Farmacia; me gustaría que nos dijera, si puede, en un paréntesis, en qué mejora esto los intereses de los ciudadanos de Madrid, por ejemplo en relación a las residencias de ancianos y algunas otras cosas. ¡Esto sería muy importante! Igualmente hay una innovación disruptiva que ya hemos traído aquí en varias ocasiones –lo ha mencionado el portavoz de Izquierda Unida-: la hepatitis C; es un tema también estratégico que, sin duda, afecta a la política del medicamento. Tengo noticias de algunas reuniones en las que tocan a rebato para ver cómo hacen esto; sería bueno que nos informaran de ello.

Por último, pero no en último lugar, señor Director General, la Cámara de Cuentas aprobó un informe de fiscalización del gasto farmacéutico de los hospitales Clínico-San Carlos, Ramón y Cajal, Princesa y Gregorio Marañón, referido al lejano ejercicio 2011. Dicho informe hace una serie de recomendaciones, ninguna de las cuales figura en el plan estratégico que nos ha entregado; sin embargo, son –repito- estratégicas. Así, por ejemplo, recomiendan que establezca mecanismos de control en los hospitales para garantizar disponibilidad de créditos en relación con el gasto previsto; recomiendan un seguimiento presupuestario más eficaz del gasto farmacéutico en los hospitales –me gustaría saber que hacen a ese respecto-; recomiendan cumplimiento del ordenamiento contractual de los hospitales; recomiendan compras centralizadas de farmacia; recomiendan coordinación entre las comisiones de farmacia en los hospitales, de tal manera que los pacientes no tengan que mantener tanta información para ver qué medicamentos dan en un sitio y qué medicamentos dan en

otro; recomiendan algo -que en su momento, creo recordar, citó aquí mi Grupo Parlamentario- sobre la creación de una comisión de farmacia a nivel de la Comunidad Autónoma de Madrid. Me gustaría que nos informara de todo esto.

También me gustaría que informara de un pequeño detalle oculto en la memoria; exactamente en qué página está de esta memoria tardía que nos han entregado pero que es un pozo de datos fascinante. Exactamente en la página 163 de la memoria vienen a decir ustedes que han hecho 916.496 pagos de reintegro de gasto de farmacia en aplicación del Real Decreto 16/2012; el importe de este casi millón de devoluciones que han hecho alcanza la fascinante cifra de 2.241.401 euros. Cuando uno hace una rápida división, resulta que han hecho ustedes casi un millón de pagos de una media de 2,44 euros; me gustaría preguntarle, señor Director General, cuáles son los costes administrativos que les ha infligido una normativa tan insensata y tan criticada como la de los copagos de los pensionistas.

Por último, y ciertamente no en último lugar, si ustedes hicieran un plan estratégico de farmacia pensando en los ciudadanos y en los pacientes, sin duda alguna debieran preguntarse qué pasa con aquellos pacientes que tienen problemas para acceder a los medicamentos por los copagos implantados por el Gobierno del PP a nivel central; qué porcentaje de ciudadanos dejan de recoger medicamentos. Fíjese usted, recientemente el informe del Sistema Nacional de Salud de 2013, publicado por el Ministerio de Sanidad, lanza una cifra de qué porcentaje, a nivel de España, no retira los medicamentos por barrera económica.

La Sra. **PRESIDENTA**: Señor Freire, por favor, le ruego que vaya terminando.

El Sr. **FREIRE CAMPO**: Termino, señora Presidenta; un segundo. ¿Sabe, señor Director General, cuál es esta cifra en Madrid? ¿Se preocupan de ello? ¿Sabe que otras comunidades autónomas, tal y como propusimos nosotros en el debate presupuestario, plantean créditos para que esta barrera deje de existir y no haya ciudadanos que no puedan acceder a los medicamentos por barrera económica? Esto formaría parte de un buen plan estratégico, que no se limitaría a recetas y que, por supuesto, debería ser entregado a la oposición y hecho público sin dilación. Así lo haremos nosotros si los ciudadanos nos dan su confianza pasado el 24 de mayo. Muchas gracias.

La Sra. **PRESIDENTA**: Muchas gracias, señoría. Tiene la palabra el portavoz del Grupo Parlamentario Popular señor Raboso.

El Sr. **RABOSO GARCÍA-BAQUERO**: Muchas gracias, señora Presidenta. Señor Vidart, gracias por su comparecencia acerca del Plan Estratégico de Farmacia. Tengo que agradecerle también el hecho de que acabe usted de hacer profundamente feliz al señor Freire, que es un gran aficionado a los planes estratégicos en general.

También tengo que comentar al señor Freire que traer aquí al Gobierno de la Comunidad, a la Consejería de Sanidad en concreto, a hablar de la acción de gobierno no es autoelogio. Evidentemente, cuando las cosas se hacen bien, puede parecer que es un autoelogio; pero, cuando

las cosas se hacen bien merecen un elogio. En este sentido, cabe resaltar que el gasto farmacéutico, que es una parte capital del gasto sanitario, tiene que estar sujeto, por necesidad, a un control riguroso para que sea eficiente porque, al fin y al cabo, el gasto farmacéutico lo pagan los ciudadanos con sus impuestos y, por tanto, estamos obligados a responder ante ellos mostrando una gran eficiencia.

El plan que acaba de presentar usted me parece excelente por varios motivos. En primer lugar, porque no es un plan dirigido a restringir la prescripción o a presionar a los profesionales para dirigir la prescripción; y el respeto a la libertad de prescripción me parece muy importante como profesional. Yo creo que el gasto farmacéutico requiere ser optimizado fundamentalmente sobre la evidencia científica porque, cuando el gasto farmacéutico se orienta sobre la evidencia científica, es muy fácil transferirla mediante formación, y la experiencia dice que al profesional se le llega mejor intentando convencerle que intentando obligarle; por tanto, toda la construcción de una racionalización en el gasto farmacéutico sobre bases científicas, aceptadas por todos, tiene un futuro de éxito. Me parece muy interesante además que la acción del plan se extienda a productos sanitarios no farmacéuticos como absorbentes, dietoterápicos, etcétera, ya que suponen un gasto presupuestario muy sustancial y en ocasiones hay evidencia de que su uso podría ser mucho más optimizado y, en el caso de los dietoterápicos, sujeto a unos parámetros más racionales.

Las estrategias de seguridad, como decía, me han parecido francamente oportunas y muy interesantes, así como una garantía para los profesionales, y el hecho de que en un Plan Estratégico de Farmacia vengán introducidas garantías de seguridad para los profesionales me parece una evidencia incontrovertible de la amplitud y de la cobertura tan importante que ofrece este plan estratégico.

Hay otros aspectos que también me han parecido interesantes y ha sido una pena que la falta de tiempo usted haya hecho que haya tenido que pasar por encima de ellos; me hubiera gustado una descripción un poco más detalla. Por ejemplo, el módulo de prescripción única me parece muy interesante. También "farmaweb"; me parece que brindar a los profesionales la oportunidad de compararse con otros profesionales y a los centros la oportunidad de compararse con otros centros en cuestiones de gasto, eficiencia, etcétera, yo creo que ese es un acicate muy interesante para introducir eficiencia en el sistema. El programa para el anciano polimedocado también me ha parecido francamente interesante por las peculiaridades de ese grupo de población.

En fin, la verdad es que me ha gustado mucho el plan; me hubiera gustado que usted hubiera tenido más tiempo para implementarlo, y espero que al cabo de esos dos años de implantación del plan usted nos cuente los resultados para ver qué ha significado para la población y para las finanzas de la Consejería. Muchísimas gracias. Nada más, señora Presidenta.

La Sra. **PRESIDENTA**: Muchas gracias, señoría. Para cerrar el debate, tiene la palabra el señor Vidart por tiempo máximo de diez minutos.

El Sr. **DIRECTOR GENERAL DE GESTIÓN ECONÓMICA Y DE COMPRAS DE PRODUCTOS SANITARIOS Y FARMACÉUTICOS** (Vidart Anchia): Muchas gracias, señora Presidenta. Siendo la última vez que compareceré en esta Legislatura, me voy a ceñir al tiempo, aunque yo creo que realmente ha sido un fiel reflejo de lo que ha sido la Comisión de Sanidad.

Al representante de UPyD yo le daría el suero de la tergiversación, porque de repente habla de que diga la verdad, toda la verdad y nada más que la verdad. Le traigo un "power point" de 53 diapositivas, y me habla del presupuesto de farmacia! ¡Si su señoría quiere, hacemos una comparecencia del presupuesto de farmacia! ¡No tengo ninguna pega en venir aquí a hablar del presupuesto de farmacia! ¡Me habla de la verdad y nada más que la verdad! Pues, perdóneme, yo no creo que le haya engañado en nada de lo que le he dicho; le he dicho absolutamente todo. Le he presentado aquí un "power point" en el que le he metido todos los datos, y usted me dice que no diga más que la verdad, toda la verdad... Como siempre, tergiversando, que es lo que hemos estado haciendo durante todas las sesiones de la Comisión Sanidad; por tanto, me sorprendería que en esta última sesión su señoría hiciera otra cosa.

En toda su comparecencia no ha dicho ni una sola palabra del plan estratégico; no le importa. Ha hablado del presupuesto de farmacia, que le recuerdo -siempre se lo he dicho- que la farmacia son créditos ampliables; que nosotros tenemos que ser ambiciosos en el crédito presupuestario de farmacia porque eso nos obliga a ser ambiciosos, a trabajar, a seguir trabajando y a no relajarnos. Son créditos ampliables, como le he dicho a su señoría. Yo le rogaría que, cuando diga que faltamos a la verdad, pusiera algún ejemplo porque así nos ayudará a mejorar.

En cuanto a los medicamentos libres de riesgo, lo que ha comentado sobre que hay un grupo de médicos... Una de las líneas -es verdad que he pasado muy rápido- habla precisamente de la colaboración con los profesionales. Este plan no lo ha hecho Jesús Vidart, porque, como bien dice el señor Freire, yo no soy un experto en estas materias -cosa que no me preocupa reconocerlo-, sino los profesionales del Servicio Madrileño de Salud y, por supuesto, todas estas cosas, medicamentos potencialmente inadecuados para los mayores, el polimedicado, va enfocado en esa misma línea. Y, por supuesto, cuando yo hablaba -a lo mejor no me he expresado con la suficiente claridad- de que se producían deslizamientos de moléculas era precisamente eso: que lo nuevo no siempre es mejor, y la innovación no siempre tiene que ser más cara. ¡Hablemos de la innovación a la inversa! ¿Por qué mi "iPhone" que es mucho más innovador que el de hace diez años, es mucho más barato que el de hace diez años? Pues en los medicamentos tenemos que fomentar que sea así. No toda innovación de un medicamento del que estamos hablando mucho en los últimos años, que es un medicamento químico cuya producción cuesta 3 euros, tiene por qué ser necesariamente más caro. Por eso hablábamos precisamente de que no se produzcan esos desplazamientos de las moléculas. Estoy totalmente de acuerdo en que lo nuevo no siempre es mejor ni debe ser más caro.

En cuanto al concierto de farmacia hago un paréntesis con permiso de la Presidenta.

En relación con el representante de Izquierda Unida, ¡qué quiere que le diga! Yo tengo que agradecer todos los debates que he tenido con su señoría -por supuesto se lo agradezco a todos los miembros- porque, dentro de la discrepancia, ha habido puntos en los que se puede trabajar en común. Nosotros exponemos un plan, ¡y a él ha importado el plan! ¡Me ha hablado del plan! Me ha dicho: estamos de acuerdo en esto, esto; y no estamos de acuerdo en esto, esto y esto. Por tanto, yo tengo que agradecerse. Ha habido discrepancias, hemos peleado las discrepancias... Ya sabe que para mí no es un repago ni un copago sino una actualización en función de la capacidad económica de cada uno de los pacientes, que creo que debería defender porque es una redistribución no en función de la edad sino por la capacidad económica, pero entiendo que discrepen y que aquí lo debatamos. En cambio, en las cosas que usted está de acuerdo y considera que se han hecho bien, o que se ha trabajado bien también lo pone de manifiesto, lo cual le agradezco profundamente en mi nombre y en nombre del Gobierno. Luego también le haré alusión a la hepatitis con un paréntesis que me deje la Presidenta.

En cuanto al señor Freire. Ya sabemos también lo que ha hecho en todas las sesiones de la Comisión de Sanidad en la que yo he estado presente: criticar por criticar absolutamente. Nadie duda de su capacidad, pero él siempre duda de la capacidad del resto. ¡Otro suero de la tergiversación, lógicamente! Me dice: ha pasado por las líneas que más conoce y más domina, y por las otras ha pasado de puntillas. A la línea que más me he dedicado es ha sido la gestión a clínica en farmacoterapia, y yo soy abogado. ¡Toma ya! A esa es a la que más tiempo le he dedicado, en la que he hablado de las moléculas, y resulta que esa no; en cambio, por las otras, que es la relación con la industria farmacéutica y la responsabilidad social corporativa porque no tenía tiempo, he pasado de puntillas porque soy menos experto. ¡Yo creo que el suero de la tergiversación se lo puede dejar su compañero de UPyD en cuanto lo tenga! Luego, como es experto absolutamente en todo, también en presupuestos, ¡me dice que el gasto de farmacia hospitalaria y el de receta es casi idéntico! ¡Casi idéntico! ¡Con su "expertis" en presupuestos que nos ha demostrado... Pues bien, yo le voy a decir que el gasto de receta en la Comunidad de Madrid ha estado en 1.114 millones y el de hospitales en 750 millones. ¡Casi idéntico! ¡Dios ampare a los madrileños si alguna vez llega usted a gestionar la sanidad madrileña cuando considera que es casi idéntico!

En cuanto a las devoluciones automáticas, esto está muy bien. Criticamos que los pacientes no tengan acceso a los medicamentos por capacidad económica y criticamos al Gobierno de la Comunidad de Madrid porque está haciendo las devoluciones. ¿Por qué las devoluciones son pequeñas? Porque la Comunidad de Madrid es de las pocas autonomías que establece un tope máximo y, cuando el paciente llega a ese tope, no tiene que pagar más y estar obligado a que la Administración se lo devuelva y meterle más burocratización sino que automáticamente el paciente no tiene que pagar más. Eso a su señoría no le importa, porque con eso no puede sacar ningún rédito político; entonces, critica una cosa y la contraria, en fin...

Respecto a lo de la Cámara de Cuentas, como bien ha dicho su señoría, es un estudio que ha hecho en el año 2011. Yo he venido a esta Comisión de Sanidad -seguramente no me he expresado bien o no le ha quedado claro a su señoría- y he hablado de las compras centralizadas en

farmacia, y le he explicado por activa y por pasiva que las compras centralizadas no se hacen desde el Servicio Madrileño de Salud en medicamentos porque el 80 por ciento de las moléculas son exclusivas y hacer que hacer un procedimiento negociado con la industria y, si lo hacemos desde centralizados, tardamos mucho más. ¿Qué hemos hecho? Hacer un Observatorio de Precios. Nosotros marcamos el precio, nosotros negociamos con la empresa y, luego, cada uno de los hospitales compra, cumpliendo estrictamente lo que dice la Cámara de Cuentas. ¿Cuál es el seguimiento que hacemos? Como también sus señorías desconocen, en el año 2013 se publicó un decreto por el Consejero de Economía y Hacienda de la Comunidad de Madrid con el Consejero de Sanidad y aprobado por el Gobierno en el que se establecía un seguimiento mensual por parte de la Intervención General y se habían creado comisiones especiales, que son las que se están haciendo y su señoría desconoce.

Y para rematar, ya sabemos cuál es el decálogo de buen Gobierno del señor Freire, que si alguna vez los madrileños le dan su confianza –que esperemos por su bien que no se la den-, a un año de las elecciones el señor Freire va a dejar de trabajar, porque le parece alarmante que en agosto de 2014, ante el aumento que se estaba produciendo del gasto, el Gobierno Popular hiciera un plan de farmacia, porque como era agosto de 2014 teníamos que cerrar y dejar de trabajar. Ya sabemos que la Legislatura para el señor Freire es de tres años. *(El señor Freire Campo pronuncia palabras que no se perciben.)* No, para nosotros es de cuatro años y seguiremos trabajando.

La Sra. **PRESIDENTA:** Señor Freire, por favor, le ruego un respeto.

El Sr. **DIRECTOR GENERAL DE GESTIÓN ECONÓMICA Y DE COMPRAS DE PRODUCTOS SANITARIOS Y FARMACÉUTICOS** (Vidart Anchia): Señor Freire, yo soy funcionario y estoy muy orgulloso de serlo. *(El señor Freire Campo pronuncia palabras que no se perciben.)*

La Sra. **PRESIDENTA:** Por favor, señor Freire, le ruego que no interpele. El señor Director General está contestando a lo que usted ha preguntado. *(Protestas en los escaños del Grupo Parlamentario Socialista.)* Por favor, silencio, señorías. Dejen intervenir al compareciente.

El Sr. **DIRECTOR GENERAL DE GESTIÓN ECONÓMICA Y DE COMPRAS DE PRODUCTOS SANITARIOS Y FARMACÉUTICOS** (Vidart Anchia): Este es un debate parlamentario y yo le estoy contestando porque usted me ha criticado. (El Sr. **FREIRE CAMPO:** *No es un debate, es una comparecencia.*).

La Sra. **PRESIDENTA:** Por favor, señor Freire, le ruego silencio.

El Sr. **DIRECTOR GENERAL DE GESTIÓN ECONÓMICA Y DE COMPRAS DE PRODUCTOS SANITARIOS Y FARMACÉUTICOS** (Vidart Anchia): Usted me ha criticado que nosotros, en ejercicio de la responsabilidad de mi Dirección General y de todos sus trabajadores, en agosto de 2014 saquemos un plan porque en mayo de 2015 hay elecciones. Lo que le estoy poniendo de manifiesto es simplemente lo que su señoría ha dicho.

La Sra. **PRESIDENTA:** Señor Vidart, le ruego que vaya concluyendo.

El Sr. **DIRECTOR GENERAL DE GESTIÓN ECONÓMICA Y DE COMPRAS DE PRODUCTOS SANITARIOS Y FARMACÉUTICOS** (Vidart Anchia): Quiero agradecer la comparecencia, que ha sido a petición de todos los Grupos, como bien ha dicho el representante de UPyD, y señalar que, evidentemente, es un plan basado en la evidencia científica y en ningún caso trata de presionar a ningún prescriptor sino trabajar con ellos y actuar en la evidencia científica.

Quisiera hacer dos apuntes para concluir en cuanto al Colegio de Farmacia. Tal y como venía en el concierto de farmacia, el Colegio de Farmacia denunció el convenio y, por lo tanto, nosotros nos sentamos a trabajar con ellos. Desde el Gobierno regional valoramos positivamente el concierto, porque es una continuidad de lo que se estaba haciendo, actualizándolo con la nueva normativa, por ejemplo, en receta electrónica.

Respecto a las residencias que ha mencionado el portavoz del Partido Socialista, como bien sabe su señoría, se preveía un descuento de un 10 por ciento en los suministros de fármacos a las residencias, pero lo que hemos hecho es cambiar ese 10 por ciento por servicios adicionales que el farmacéutico pueda prestar en las residencias, de tal manera que en un plazo de seis meses, junto con el Colegio Oficial de Farmacia, en la comisión de seguimiento, se establecerá cuáles son aquellas actuaciones del farmacéutico que, como profesional sanitario creo que son muchas y muy buenas, pueda realizar a nuestros mayores institucionalizados. Por tanto, nosotros estamos muy contentos con el Colegio de Farmacia. He de decir que ni mucho menos se ha firmado; lo que pasa es que el Colegio de Farmacia, conforme a sus estatutos, debe publicarlo en su página web y debe dar un plazo de 15 días de alegaciones y aprobarlo en la junta general, que puede que no estén de acuerdo, y nosotros, también, por supuesto, tenemos que aprobarlo en el Consejo de Gobierno; por tanto, no está firmado el concierto.

En cuanto a la hepatitis C, he de decir al representante de Izquierda Unida que la verdad es que yo no conocía lo que había dicho el Ministro de los 300 millones, pero sí le puedo decir que en la Comunidad de Madrid no va a haber techo de gasto para los fármacos de hepatitis C; le puedo asegurar que no. Ya lo dijo el consejero Maldonado hace meses, cuando no sabíamos que iba a haber un plan nacional. Le puedo asegurar que no va a haber techo de gasto y que nosotros vamos a seguir trabajando con nuestros profesionales, hepatólogos, internistas y todos los profesionales que nos puedan ayudar, que no es, como dice el señor Freire, tocar a rebato, sino trabajar juntos en la resolución de esta gran reto sanitario que se nos ha puesto encima de la mesa y trabajar con los profesionales; no trabajar el señor Vidart, sino trabajar con los profesionales. No es tocar a rebato, es colaboración con todos ellos.

Respecto al plan regional, como anunciamos creo que el 18 de diciembre, nosotros no hemos desechado, ni mucho menos, nuestro plan regional, porque entendemos que necesitamos un plan regional. Dije que iba a estar el primer trimestre y estará a finales de marzo; ya tenemos un borrador que hemos pasado a los profesionales que forman parte del comité para mejorarlo, porque entendemos que es una enfermedad que tiene la suficiente entidad en Madrid como para proceder a elaborar ese plan, porque en F2, F3 y F4 tenemos 10.340 pacientes que requieren la atención de

todos los responsables de la Administración y de todos los responsables políticos. Es por ello por lo que estamos elaborando el plan, en el que fomentaremos mucho la prevención, el tratamiento farmacológico y las priorizaciones. Por supuesto, nos adherimos a lo del Ministerio; por tanto, ya no será esa parte la parte central, sino que será una parte de prevención, una parte de los pacientes, una parte de los profesionales y una parte fundamental con las asociaciones de pacientes, y también con la industria, porque entendemos que en este problema también tiene que colaborar la industria con las distintas negociaciones de precios, con un riesgo real compartido, que en aquellos casos en los que los pacientes no se curan no vamos a pagar los medicamentos, y en aquellos casos en los que pacientes vayan a 24 semanas y no a 12 semanas, como dicen que es el estándar del tratamiento, no pagaremos más allá de 12 semanas; negociaremos con ellos y aparecerá en el plan de forma transparente.

Para concluir, les agradezco estos años que he venido a debatir con sus señorías, que de cada uno de ustedes he aprendido mucho y espero verles en el futuro. Muchas gracias.

La Sra. **PRESIDENTA**: Muchas gracias, señor Director General. Desde esta Presidencia también queremos agradecerle que haya venido a comparecer muchas veces a esta Comisión. Pasamos al siguiente punto del orden del día.

C-1141/2014 RGEP.7918. Comparecencia del Excmo. Sr. Consejero de Sanidad, a petición del Grupo Parlamentario de Izquierda Unida-Los Verdes, al objeto de informar sobre aplicación del Decreto-Ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones en la Comunidad de Madrid. (Por vía del artículo 209 del Reglamento de la Asamblea).

Esta Presidencia hace constar que se ha recibido en el registro de la Asamblea, de acuerdo con el artículo 209.4 del Reglamento de la Asamblea, escrito de delegación del Consejero en don Manuel Molina, Viceconsejero de Asistencia Sanitaria, para dicha comparecencia. Tiene la palabra el representante del Grupo Parlamentario Izquierda Unida-Los Verdes por tiempo máximo de cinco minutos.

El Sr. **BEJARANO FERRERAS**: Por supuesto, agradecemos al señor Molina que esté en la Comisión de Sanidad; nos hubiera gustado que estuviera el señor consejero, porque entendemos desde el Grupo Parlamentario Izquierda Unida-Los Verdes que es una iniciativa muy importante.

Hoy estamos celebrando la última sesión de la Comisión de Sanidad de esta Legislatura; posiblemente también esta tarde se celebre el último pleno de esta Legislatura, y nuestro Grupo Parlamentario ha creído conveniente, tanto en esta Comisión como esta tarde en el Pleno, traer una iniciativa que está relacionada con un real decreto que para nosotros es una auténtica contrarreforma

sanitaria, que, como saben sus señorías, estamos intentando combatirlo desde el punto de vista institucional en el Congreso de los Diputados y en todos los parlamentos autonómicos.

No es la primera vez que el Grupo Izquierda Unida trae este asunto a la Asamblea de Madrid, porque consideramos que es de una máxima gravedad. Decía la exministra Ana Mato -y lo titulaban- que este era un decreto de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones. Sinceramente, nosotros creemos que es un eufemismo más, que no consigue ese objetivo y que es un ataque claro a la sanidad pública. Estamos hablando de un real decreto que hace referencia a la exclusión sanitaria. Creemos que hablar de este decreto es reducir el derecho a la salud de muchas personas, de muchos ciudadanos y ciudadanas de la Comunidad de Madrid, y que con este real decreto estamos hablando de una prestación vinculada a la condición administrativa del asegurado.

Como decía al principio, lo hemos traído en otros momentos. El año pasado, por supuesto, también solicitamos su comparecencia para que el Gobierno nos hiciera una valoración sobre cómo se estaba aplicando este decreto ley, y esto es lo que le pedimos al representante del Gobierno cuando se cumplen casi tres años de la aprobación de este decreto, conocer en detalle cómo se está aplicando en todas sus vertientes; como decimos desde Izquierda Unida, señor Molina, la vertiente del repago y sus consecuencias y también la vertiente de la exclusión, en la que más vamos a incidir desde Izquierda Unida porque pulveriza el concepto de universalidad, y de hecho esta misma tarde traemos al Pleno una proposición de ley en ese sentido. Gracias, Presidenta.

La Sra. **PRESIDENTA**: Muchas gracias, señoría. Tiene la palabra, por tiempo máximo de quince minutos, el señor Viceconsejero.

El Sr. **VICONSEJERO DE ASISTENCIA SANITARIA** (Molina Muñoz): Muchas gracias, señora Presidenta. Gracias, señor Bejarano por presentar esta comparecencia. Ha empezado usted haciendo referencia a un hecho concreto que, desde luego, tiene mucho sentido. Comparezco hoy para informar sobre la aplicación en nuestra región del Real Decreto Ley 16/2002, en un entorno que no creo que haga que sea una de las decisiones más adecuadas de las tomadas en democracia. Lo digo porque esta comparecencia la voy a realizar cuando todos los partidos de la oposición representados en esta Comisión han firmado esta misma semana una declaración institucional por la que se han comprometido, y leo textualmente, "a restituir el carácter universal de la sanidad española y a derogar el Real Decreto con el que el Partido Popular inició su reforma sanitaria". ¿Sabe usted cómo se llama esto en política, en democracia? Ustedes lo llaman cordón sanitario, y en España este cordón solo se aplica al Partido Popular, es un cordón exclusivamente en contra del Partido Popular, cuando ha sido el Partido que los ciudadanos han elegido por mayoría absoluta; quizá esa mayoría absoluta fuese incluso provocada por la gran gestión de la izquierda, pero, desde luego, lo han elegido para arreglar los desaguisados que ustedes han hecho contra nuestro país, contra nuestra economía y nuestros ciudadanos, que es lo que ha hecho la izquierda siempre que ha tenido responsabilidades de Gobierno en este país. Todavía resuenan, desde luego, los ecos del año 2003, cuando firmaron el Pacto de Tinell, en Cataluña. Yo creo que los ciudadanos de Cataluña se lo han hecho pagar; me

parece que estos pactos son a veces contra natura. Se ha reeditado en 2007 el apoyo de algunas organizaciones sociales... (La Sra. **OLIVA GARCÍA**: *Señora Presidenta, dígame que se atenga a la cuestión.*).

La Sra. **PRESIDENTA**: Por favor, le ruego silencio.

El Sr. **VICECONSEJERO DE ASISTENCIA SANITARIA** (Molina Muñoz): O sea, lo democrático para ustedes es firmar antes de unas elecciones... (*La señora Oliva García pronuncia palabras que no se perciben.*) Me parece muy bien, me parece muy bien.

La Sra. **PRESIDENTA**: Señora Oliva, le ruego silencio, por favor. (La Sra. **OLIVA GARCÍA**: *Y yo le ruego que se atenga a la cuestión.*) Se está ateniendo; está haciendo su planteamiento. Le ruego silencio.

El Sr. **VICECONSEJERO DE ASISTENCIA SANITARIA** (Molina Muñoz): El planteamiento, señorías. Creo que para adoptar unas medidas hay que hacer un planteamiento. ¿Por qué se adoptan unas medidas? ¿Ustedes se creen que al Gobierno le gusta tomar medidas de racionalización? Pues claro que no nos gusta. Nos gusta lo que dicen ustedes: las urnas no nos representan, dinero para todos, efecto llamada... Eso es lo que nos gustaría a todos si tuviéramos dinero para hacerlo. Pero, mire, le estoy haciendo el planteamiento de inicio, porque la situación de 16.000 millones de euros de deuda que nos dejaron en 2011 no nos permitió hacer muchas otras cosas. Yo creo que 5 millones de parados... (*Protestas por parte de la señora Oliva García.- Protestas en los escaños del Grupo Parlamentario Socialista.*)

La Sra. **PRESIDENTA**: Señora Oliva, le ruego silencio. Por favor, un respeto. (La Sra. **OLIVA GARCÍA**: *Señora Presidenta, si hablamos de todo, hablamos de todo.*) Está haciendo el planteamiento al objeto de la comparecencia. Por favor, les ruego silencio.

El Sr. **VICECONSEJERO DE ASISTENCIA SANITARIA** (Molina Muñoz): Voy a ser más claro, señorías. Todos los gestores, independientemente de su ideología -y lo quiero dejar claro-, cuando llegamos en ese momento y en esa situación, todos los gestores que tenían responsabilidad sanitaria de Gobierno, aprobaron que había que adoptar medidas para el sostenimiento. Y eso lo adoptaron en dos Consejos interterritoriales que se celebraron en tiempo récord, en menos de dos meses. Por eso, señorías, creo que deberían de estar de acuerdo por lo menos en el planteamiento.

No quiero dejar de recordarles el informe que aprobó el Tribunal General de Cuentas sobre la gestión de la etapa socialista. Tampoco quieren que se lo diga. Pues el hecho es que había tres cosas muy importantes, como eran: el descontrol en el acceso a la tarjeta sanitaria, con la correspondiente bolsa de fraude; la desastrosa gestión económica que llevó a cabo en el ámbito de la sanidad y la necesidad de crear una base de datos con información fiable y coherente sobre los titulares de las tarjetas. En total, estamos hablando de una estimación de más de 1.000 millones de euros al año que los españoles podríamos haber dejado de gastar si el Gobierno de aquella época hubiese cumplido sus obligaciones. Desde luego, son obligaciones que no se aprueban

posteriormente; son obligaciones que ya figuraban en la normativa estatal vigente, pero que no se aplicaban.

No solo el Tribunal de Cuentas puso de manifiesto semejante desastre. El cruce de los 45 millones de tarjetas sanitarias que hizo el Gobierno nada más entrar -que era algo muy fácil informáticamente cruzar 45 millones de tarjetas- puso de manifiesto 800.000 usuarios, que eran beneficiarios de otras personas y estaban además en activo. Ese era un tema que administrativamente se solucionó. Además, había alrededor de 552.000 tarjetas sanitarias emitidas para personas sin recursos, que figuraban personas sin recursos, y no el 40 o el 50, sino el 96 por ciento de los casos que se comprobó tenían más allá de los recursos manifestados y por los cuales se les había dado esa tarjeta sanitaria para personas sin recursos. (La Sra. **MORENO SANFRUTOS**: *Por capricho*.- El Sr. **RABOSO GARCÍA-BAQUERO**: *Ya está bien*.) No, por falta de aplicar la normativa...

La Sra. **PRESIDENTA**: Por favor, no entren en debate. Les ruego silencio.

El Sr. **VICECONSEJERO DE ASISTENCIA SANITARIA** (Molina Muñoz): Desde luego, supuso un auténtico descontrol, agravado por una concatenación de malas decisiones que no podían continuar en las mismas condiciones. Entonces, yo creo que aquí el Partido Popular no tuvo otro remedio. Ya le he dicho que no fue agradable tomar medidas, y lo diré donde tenga que decirlo; mandato que le dieron los españoles para intentar que esto no se fuera a pique. (La Sra. **OLIVA GARCÍA**: *Estamos en la Comunidad de Madrid, no estamos...*) (La señora Moreno Sanfrutos pronuncia palabras que no se perciben.) Por supuesto. Les recuerdo que el Real Decreto... (El Sr. **RABOSO GARCÍA-BAQUERO**: *Pero deje de hacer comentarios*.- La Sra. **MORENO SANFRUTOS**: *Usted comenta todo lo que le da la gana*.- El Sr. **RABOSO GARCÍA-BAQUERO**: *Yo no comento nada*.)

La Sra. **PRESIDENTA**: Pero, ¡por Dios!, ¿se quiere callar, señora Moreno? ¿Por qué tiene que estar interrumpiendo constantemente al compareciente? Un respeto; luego hay un segundo turno para su Grupo. Continúe, por favor, señor Viceconsejero.

El Sr. **VICECONSEJERO DE ASISTENCIA SANITARIA** (Molina Muñoz): Señoría, solamente quiero recordarle que el Real Decreto 16 se aprobó tras dos reuniones... (*Rumores*).

La Sra. **PRESIDENTA**: Por favor, les ruego silencio. Silencio, por favor. Continúe, por favor, señor Viceconsejero.

El Sr. **VICECONSEJERO DE ASISTENCIA SANITARIA** (Molina Muñoz): Solo para acabar expondré este planteamiento. Quiero decirle y recordarle que este Real Decreto se aprobó tras dos reuniones del pleno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud porque la situación de extrema gravedad obligó, en el seno de dicho Consejo, a que todos los responsables de la gestión sanitaria acordasen medidas urgentes y complejas para salvaguardar la sanidad pública. Por lo tanto, señorías, este Decreto supuso un ejercicio de responsabilidad -le quitamos la "i", que era lo que pasaba antes, y ahora lo dejamos en responsabilidad- y nos obligó a aplicar reformas para no recortar

la asistencia sanitaria, para no ir a pique, para no ir a algunas cosas que estamos viendo por otros sitios.

El Real Decreto, tal como su nombre indica, es de medidas urgentes, de una coyuntura determinada, en un momento determinado, para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de las prestaciones. Y eso se traduce en que hoy el sistema sanitario sea verdaderamente sostenible -o sea, esa preocupación creo que se nos está pasando a todos los gestores- y los españoles, con independencia de su lugar de residencia, tengan acceso a una cobertura gratuita y de máxima calidad. Es más, señorías, aunque muchas voces se alzaron diciendo que íbamos a cobrar por la asistencia, que es otra cosa que hacen reiteradamente cada vez que abrimos un centro, dicen: ¡van a cobrar; la tarjeta de crédito! Eso nunca ha sido así, aunque han querido engañar a la ciudadanía insistiendo en que la sanidad española no era universal. Como decía, a pesar de eso, no se ha dejado a nadie sin atención, porque su condición de universal no quiere decir que sea abierta y que hagamos efecto llamada, y lo dice la propia Ley General de Sanidad, pero es que, claro, como no queremos leer la normativa en vigor, decimos esas cosas. Mientras ustedes concedían cobertura sanitaria total a todos los extranjeros por el hecho de empadronarse en nuestro país sin ningún tipo de requisito, esto no sucedía ni sucede en ningún país de Europa. También podemos hacer como Grecia y pedir la exclusión, el corralito...Nosotros aseguramos la cobertura sanitaria a todos los ciudadanos extranjeros residentes en España, cómo dice la Ley General de Sanidad. Léase la Ley General de Sanidad, por favor. Esto tiene tres años, la Ley General de Sanidad tiene treinta.

En cuanto a los inmigrantes en situación irregular, cuentan con una de las asistencias sanitarias más completas de Europa, y lo puede usted comprobar; lo puede comprobar. *(La señora Moreno Sanfrutos pronuncia palabras que no se perciben).*

La Sra. **PRESIDENTA**: Señora Moreno, por favor, le ruego silencio.

El Sr. **VICECONSEJERO DE ASISTENCIA SANITARIA** (Molina Muñoz): En eso los ciudadanos no se han dejado engañar. La sanidad española sigue manteniendo su calidad y excelencia. Por lo tanto, señorías, dejen de mentir, de confundir, porque el Gobierno, a diferencia de lo que ocurría anteriormente, no ha excluido a ninguna persona.

Además, las reformas contempladas en el Real Decreto 16/2012 no han tenido un carácter recaudatorio, sino de ahorro y eficiencia en el uso de las prestaciones sanitarias y farmacéuticas, así como de concienciación de los usuarios del propio sistema sanitario. El copago... Usted está diciendo repago. ¡Pero si es que ustedes están rabiosos porque esta medida es de izquierdas! Es el reparto en función de la riqueza. Creo que era de Marx; yo no he leído a Marx, pero por ahí debe estar escrito. Desde luego, este sistema de repartir el gasto farmacéutico y que pague más el que más tiene -creo que están furiosos porque no se le ha ocurrido a ustedes- se hace en función de la renta y no de la edad. Yo prefiero que pague un 50 o un 60 por ciento el señor de Inditex a que lo pague un padre con tres hijos y que está en el paro, y lo voy a defender donde tenga que defenderlo.

Hemos seguido protegiendo a los más vulnerables, ya que los parados de larga duración, las rentas de integración social y los perceptores de pensiones no contributivas no han tenido que pagar por los medicamentos. En un sistema en el que el gasto global representa en torno al 30 por ciento del gasto sanitario, pienso que es una excelente noticia que los ahorros obtenidos desde la puesta en marcha del Real Decreto Ley 16/2012 hayan sido de 1.415 millones de euros, tal y como señaló el Ministro de Sanidad a principios de este mes.

En el caso concreto de nuestra región, motivo por el cual comparezco en esta Comisión, puedo decirle que en el segundo semestre de 2012, que fue la primera fase de aplicación del decreto, la aportación realizada por pensionistas, que sí tienen capacidad para contribuir al sistema, fue de 24,2 millones de euros. En cuanto a la devolución en concepto de excesos, sabiendo que aquí tenemos topado ese cobro, sobre el tope de aportación, fue de 4 millones. Por lo tanto, el ahorro neto en un solo semestre fue de 20,1 millones de euros. A esto hay que añadir que los pacientes activos generaron por su parte un ahorro de 3,2 millones de euros, con lo que en el primer semestre de aplicación –o sea, el segundo semestre del año 2012- el ahorro final general fue de 23,3 millones de euros. Pero esto se duplicó, y ya en el año 2013 fueron 44,3 millones, más los 7 millones de pacientes activos, lo que hace un total de 51,4 millones de euros. Y en este último año, en 2014, la cantidad total ha sido de 53,6 millones. De verdad, señorías, ¿creen ustedes, desde la oposición, que debemos derogar esta norma? Una norma que nos ha permitido ahorrar 130 millones de euros en dos años, manteniendo la excelente calidad de la sanidad madrileña y de la prestación farmacéutica. Es una de las grandes críticas que en su momento se hicieron a este real decreto y, desde luego, creo que es de lo que debemos estar más orgullosos.

Concretamente, con respecto a la atención de inmigrantes irregulares, ignorando todas las críticas que se hacen a esta regulación, que nos coloca con respecto a la atención sanitaria en la misma línea que el resto de países europeos, hay que decir que este decreto establece que los inmigrantes irregulares tienen acceso a la asistencia en los casos de urgencia, en los casos de embarazo, en todos los casos para los menores de 18 años, en las mismas condiciones que los españoles. Además, reciben también los de protección internacional. No creo que sea necesario leerlo todo, pero le digo que también están incluidas las víctimas de trata. Además de estas situaciones, la Comunidad de Madrid lo amplía, sobre lo ya recogido en el propio texto ministerial, a todos los supuestos que tengan cualquier relación en el ámbito de la salud pública, incluyendo también por supuesto la salud mental y en todos aquellos procesos crónicos que viniesen siendo tratados con anterioridad al 31 de agosto de 2012, fecha de entrada en vigor de esta norma.

Como dijo el Consejero de Sanidad en el Pleno del pasado 12 de marzo, la atención sanitaria a los inmigrantes sin permiso de residencia en nuestra región es de las más generosas que se prestan en toda España ya que, aunque el real decreto solo reconoce el derecho de atención a determinados procesos, en Madrid, tanto a las víctimas de trata como a los solicitantes de asilo, si se les ha facilitado, se les da también la prestación farmacéutica. Como ustedes ya conocen, señorías, hasta final del pasado año la población extranjera no asegurada que ha sido atendida en el Servicio Madrileño de Salud es de 68.075 personas, de las cuales casi 30.000 son extranjeros sin permiso de

residencia, 35.500 menores sin permiso de residencia, 2.321 embarazadas, 543 víctimas de trata de seres humanos y otras serie de grupos que, quizá, por ser menores... Pero le puedo decir que es la mayor garantía de toda la línea del resto de países europeos. Estas cifras demuestran que la sanidad madrileña responde a las personas cuando más lo necesitan, pero está siendo regulado por una norma, ya que nos acerca a los criterios que tienen todos nuestros socios europeos. ¿Quizá piensan que Alemania, Francia, Inglaterra o los países nórdicos están vulnerando los derechos humanos, como nos acusan? Le digo que nosotros estamos haciendo mucho más que todos estos países.

En mi opinión, señoría, un análisis serio de lo que debe ser un sistema sanitario sostenible y generoso no debe soportar frases como las que dijo su compañero de UPyD Toni Cantó –no fue usted-, que dijo que hay gente que aquí quiere que mueran personas a las puertas del hospital; o las de Gaspar Llamazares, cuando dijo que los excluidos de la sanidad son más de un millón debido a las exigencias del mercado frente al derecho a la vida. Son frases que me gustaría que fuesen al Parlamento Europeo, que las plasmasen allí, a ver con esta conciencia, qué les respondían los socios europeos. Sin duda, toda Europa está equivocada. En España los partidos de la oposición tienen fórmulas mágicas para hacer sostenible el Sistema Nacional de Salud, el problema es que o no las quieren aplicar o no las conozco. De momento, solo he asistido a la convocatoria de un cordón sanitario contra un partido que gobierna con mayoría absoluta y a la petición de derogación del Real Decreto 16/2012, que ha demostrado que fomenta el uso más responsable del sistema e impulsa ahorros que generan desde la compra centralizada, el uso de genéricos, el uso racional de medicamentos y ofrecen una amplia cobertura manteniendo la calidad asistencial. Muchas gracias.

La Sra. **PRESIDENTA**: Muchas gracias, señor Viceconsejero. Tiene la palabra el señor Normand por un tiempo máximo de diez minutos.

El Sr. **NORMAND DE LA SOTILLA**: Muchas gracias, no agotaré el tiempo porque tenemos todavía otra comparecencia y sé que los Grupos mayoritarios de esta Cámara tienen reunión de sus Grupos Parlamentarios y no me gustaría retrasarles.

En primer lugar, agradezco al Grupo Parlamentario Izquierda Unida la presentación de esta iniciativa. Agradezco la presencia en esta Comisión del Viceconsejero. Creo que últimamente está haciendo unas intervenciones que son más de otros ámbitos -se lo dije en su intervención anterior-, más de campaña política que una intervención institucional, pero, bueno, usted es libre de hacer lo que considere oportuno.

No quiero extenderme sobre un aspecto clave de este Real Decreto-ley 16/2012, que es la exclusión sanitaria a inmigrantes en situación irregular porque, como ha comentado el portavoz de Izquierda Unida señor Bejarano, en el debate de esta tarde en el Pleno entraremos en ello a raíz de una proposición no de ley presentada por el Grupo Parlamentario Izquierda Unida y ahí me extenderé más. Sus señorías conocen perfectamente que UPyD está a favor de la sanidad universal y que estamos, por tanto, en contra de la exclusión sanitaria a inmigrantes en situación irregular; pero sí creo que es conveniente hacer dos matizaciones respecto a lo que ha dicho el señor Viceconsejero. La

primera es que en el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud no se vota; es decir, los asuntos van ahí, los lleva el Ministerios, pasan por allí y ya está. Ni asentimiento ni unanimidad ni nada, pasan por allí. No es un órgano ejecutivo y, por tanto, no hay ningún afiliado a UPyD en el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud con una representación política, pero creo que es importante que quede claro que el hecho de que otros Grupos Parlamentarios –básicamente el Partido Socialista- tengan allí personas o sostengan consejeros que están allí no implica que estén de acuerdo con todo lo que ocurre en el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, y el ejemplo más patente es la vacuna de la varicela. Si quiere usted, preguntamos quién gobierna en Navarra, si ustedes están apoyando o no al Gobierno de Navarra y lo que ocurre en Navarra con la vacuna de la varicela, pero, bueno, por no entrar en el “y tú más”, al menos que quede claro esto: en el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud no se vota.

Que quede también claro que el propio Partido Popular, en Legislaturas anteriores, cuando gobernaba el señor Aznar, amplió la cobertura sanitaria a inmigrantes en situación irregular, y que el propio Partido Popular, en otras comunidades autónomas en las que gobierna actualmente, está dando una cobertura sanitaria más amplia, por no decir prácticamente integral, a inmigrantes en situación irregular. Es decir, que el Partido Popular en Madrid ha hecho su cordón sanitario respecto a los Grupos de la oposición. Un muro lo pueden levantar dos, pero, en este muro que ha establecido en política sanitaria el Grupo Parlamentario Popular respecto a los Grupos de la oposición, el que ha puesto los ladrillos, el cemento, el hormigón y todos los materiales que le han hecho falta ha sido evidentemente el Grupo Parlamentario Popular. Creo que no tiene mucho sentido hablar aquí como si el resto estuviéramos en una confabulación o en una conspiración.

Sobre la exclusión sanitaria a inmigrantes, el señor Viceconsejero nos ha dado el dato de personas atendidas sin estar aseguradas. Nos gustaría que nos diera también el dato de tarjetas retiradas. En aplicación del Real Decreto-ley 16/2012 se retiraron tarjetas sanitarias en la Comunidad de Madrid a personas que anteriormente tenían una tarjeta sanitaria ordinaria. Tengo el dato de hace dos años, que obtuve a través de una petición de información al Gobierno de la Comunidad de Madrid, que respondió que eran 40.000 tarjetas, pero supongo que esa cifra ha aumentado. Si fuera posible, le agradecería que nos diera ese dato. Respecto al Real Decreto-ley 16/2012 –no quiero extenderme, Presidenta-, quiero hacer énfasis en otros dos aspectos que nos parecen muy importantes. En cuanto al aumento del copago farmacéutico en recetas en oficinas de farmacia, es evidente que este real decreto-ley produce un aumento global en la aportación del usuario; también es cierto que ha conseguido una reducción en el gasto en oficinas de farmacia, que todavía se mantiene; es decir, todavía en 2015 el gasto sanitario público en oficinas de farmacia es menor de lo que era en 2011. Por tanto, ese objetivo que claramente pretendía el real decreto-ley se consiguió. Como también sus señorías conocen de sobra, en UPyD pensamos que el criterio de la renta es razonable a la hora de clasificar la aportación del usuario, pero creemos que en los tramos en los que se ha establecido no hay suficiente discriminación entre distintos colectivos. De hecho, en algún momento la anterior Ministra planteó que esto se podía revisar, pero no ha ocurrido.

Por último, sobre este punto, quiero hacer énfasis en algo que ha dicho también el portavoz del Grupo Parlamentario Socialista en la comparecencia anterior del Director General de Farmacia, y es en la necesidad de que se mida el impacto que ha tenido este real decreto-ley a la hora de restringir –porque ciertamente lo restringe de alguna manera- el acceso a medicamentos. No va a tener impacto globalmente para el conjunto de la población, pero va a haber colectivos vulnerables que sí se pueden ver afectados, y entendemos que sería necesario medir este impacto, lo que por desgracia no se ha hecho ni en Madrid ni en otras comunidades autónomas.

Por último, sobre este Real Decreto-ley 16/2012, quiero recordar una vez más que en buena medida ha fracasado, ha sido un “default”. Así ha ocurrido con el tema del copago en farmacia hospitalaria para pacientes no ingresados, que es algo que se llegó a hacer en el territorio que todavía gestiona el Ministerio de Sanidad en Ceuta y Melilla; estuvo a punto de hacerse en algunas comunidades autónomas –quizá en alguna podría haberse hecho en algunos casos, no tengo la información detallada-, pero el hecho es que, aunque está en la ley, finalmente no se ha hecho; por suerte, porque nosotros no estamos de acuerdo con esta medida. Y también fracasó el intento de establecer un copago para el transporte sanitario. Muchas gracias, Presidenta.

La Sra. **PRESIDENTA**: Muchas gracias, señoría. Tiene la palabra el portavoz del Grupo Parlamentario Izquierda Unida-Los Verdes, señor Bejarano.

El Sr. **BEJARANO FERRERAS**: Gracias, de nuevo, señora Presidenta. En primer lugar, quiero agradecer las explicaciones del señor Molina. A Izquierda Unida nos alegra que el señor Molina perciba que nuestro sistema sanitario se pueda considerar sostenible con este decreto, pero, teniendo en cuenta lo que ha aplicado el Partido Popular en la Comunidad de Madrid, el partido que va a dejar el Gobierno de la Comunidad después de veinte años y el partido que también va a dejar de gobernar en 2015 el Gobierno del Estado, con toda esa escalada de privatizaciones y recortes, creemos que, junto a este decreto de la exclusión, que cambia el modelo y que es una auténtica contrarreforma, ha convertido nuestro modelo sanitario, que siempre ha sido la seña de identidad del modelo sanitario desde el punto de vista internacional, en un modelo absolutamente insostenible. Así es como lo van a dejar ustedes; se van a ir del Gobierno dejando el modelo sanitario insostenible.

Nosotros planteábamos esta comparecencia porque, como bien sabe, a partir del pasado 1 de enero se actualizaron los límites máximos que deben pagar los pensionistas y sus beneficiarios por los medicamentos. Nos gustaría que nos hiciera una valoración sobre esta parte del decreto, la que hace referencia a los repagos, porque ha sido también denunciada. Distintas organizaciones de consumidores lo vienen denunciado casi a diario públicamente porque es una medida muy injusta; porque es una medida que penaliza; porque no es una medida que cumpla su objetivo de disuadir, como nos decía la exministra Mato, la peor Ministra de Sanidad de la democracia, cuando decía que iba a tener un efecto disuasorio para que los ciudadanos no coleccionaran demasiadas cajas de medicamentos en sus casas.

Desde el punto de vista económico, nosotros tenemos muchas dudas, muchísimas dudas, porque no sé si es consciente el señor Viceconsejero de que hay una situación dramática en la sociedad; una situación de crisis económica devastadora para la mayoría de trabajadores y trabajadoras, ya que muchas personas sin recursos económicos que tienen la desgracia de padecer una enfermedad crónica no se están medicando porque ni siquiera pueden pagar esos productos farmacéuticos. Le recuerdo, señor Viceconsejero, que con esta contrarreforma excluyeron de la financiación a más de 400 fármacos.

Usted decía que se sentía orgulloso. Nosotros le decimos que no encontramos ninguna justificación para sentirse orgulloso de esta norma; una norma que, sin duda, nuestra organización política va a hacer todo para derogarla. Una de las propuestas estrella del programa electoral de Izquierda Unida para las elecciones generales es la de derogar esta contrarreforma sanitaria. Si tenemos alguna posibilidad de condicionar las políticas en la próxima legislatura, será una de las prioridades; vamos a insistir al Gobierno de turno para que, lo antes posible, trabaje por derogarla.

Señor Molina, hay muchos ciudadanos de nuestra región que padecen directamente esta contrarreforma, sobre todo desde el punto de vista de la exclusión. Repito, nosotros vamos a instar al Grupo Parlamentario Popular esta tarde a que acabemos la Legislatura defendiendo un modelo sanitario público y universal, y garanticemos, como era la seña de identidad de nuestro Sistema Nacional de Salud, la asistencia sanitaria a todos y a todas con independencia de su origen, con independencia de su situación administrativa, simplemente por el solo hecho de estar residiendo en nuestra Comunidad Autónoma.

Según cifras del propio Gobierno de Mariano Rajoy, tras la aplicación de este Real Decreto, al menos 873.000 personas en España han perdido el derecho a la asistencia sanitaria. Podemos decir -y hemos hablado con muchas organizaciones que cada día trabajan con muchos ciudadanos que están excluidos- que aproximadamente hay 150.000 personas en la Comunidad de Madrid que han perdido el derecho a la asistencia sanitaria.

Claro, con esta normativa y con la disparidad de criterios en la aplicación de la normativa... Porque nosotros somos defensores de este modelo de descentralización en materia sanitaria que han tenido las comunidades autónomas, pero siempre existiendo órganos de cohesión, de armonización y de coordinación de todas esas políticas, pero, encima, los distintos Gobiernos del Partido Popular en las distintas comunidades autónomas han tenido diferentes criterios a la hora de aplicar las normativas en los distintos centros de salud y centros hospitalarios de la Comunidad de Madrid. Incluso en aquellos supuestos en los que el real decreto reconoce el derecho a la atención, como pueden ser las mujeres embarazadas menores o la atención en los servicios de urgencias hospitalarias, no sé si es consciente, señor Molina, señor Viceconsejero, de que se han originado numerosos casos de desatención y desde el Grupo de Izquierda Unida no solo aludimos a ello por las denuncias que han aparecido en los medios de comunicación sino que directamente desde nuestro le podemos presentar como prueba que se han originado esos casos de desatención; sin ir más lejos, ayer por la tarde, nos trasladaron a nuestro Grupo un caso que se producía en el hospital de

Valdemoro. Por lo tanto, ustedes mismos, con sus directrices y órdenes administrativas de la Comunidad de Madrid, de la Consejería de Sanidad, han incumplido y han agravado más el problema de exclusión en la propia Comunidad de Madrid: se producen desplazamientos de atención en las urgencias, se generan retrasos en el diagnóstico y se agravan algunos casos de patologías.

Señor Viceconsejero, en la Comunidad de Madrid se exige, se ha exigido, en algunos hospitales, la firma de compromisos de pagos, produciéndose la facturación indebida a la atención en urgencias y otros impedimentos en el acceso al sistema sanitario que han generado un efecto disuasorio y una ruptura de la continuidad asistencial. La citada normativa sienta las bases para que se produzca un retroceso en los programas de prevención y en los programas de vigilancia y control de enfermedades, tanto de transmisibles como no transmisibles.

La Sra. **PRESIDENTA**: Señor Bejarano, por favor. Le ruego que vaya terminado.

El Sr. **BEJARANO FERRERAS**: Voy acabando, señora Presidenta. Señor Viceconsejero, la supuesta sostenibilidad del sistema sanitario, sobre la que en un momento teoriza el Partido Popular y que aplica directamente donde tiene amplias mayorías absolutas en los Gobiernos, no pasaba precisamente por traernos esta contrarreforma, pasaba por descartar claramente las privatizaciones, apostar por un modelo público, parar la escalada de recortes y apostar por presupuestos de partidas de gestión directa. Y, señor Molina -respeto, por supuesto, todas las intervenciones del Gobierno siempre que vienen a la Cámara, pero no puedo estar de acuerdo-, usted ha dicho textualmente que está orgulloso de esta normativa; yo creo que no es para estar orgulloso y, sin ningún género de duda, nosotros consideramos que pulveriza el concepto de universalidad que siempre ha tenido nuestro Sistema Nacional de Salud, que ha sido respetado por todos y por todas, y sin duda tiene que ser una prioridad para el próximo Gobierno eliminarla. Gracias, señora Presidenta.

La Sra. **PRESIDENTA**: Muchas gracias, señor Bejarano. Tiene la palabra el señor Freire, del Grupo Parlamentario Socialista.

El Sr. **FREIRE CAMPO**: Muchas gracias, señora Presidenta. Agradezco al portavoz de Izquierda Unida y a su Grupo Parlamentario que hayan traído de nuevo este tema aquí, un tema que está muy en el corazón de mi Grupo y que creemos que es uno de los temas que marcan la Legislatura. Hemos repetido tantas veces nuestra oposición a este decreto que no vale mucho la pena insistir en ello.

Antes el portavoz de UPyD recomendaba el suero de la verdad a los miembros del Gobierno que comparecen. La verdad, señor Molina, me ha despistado usted en los primeros minutos de su intervención –un suero de ubicación- ya que no estaba usted en el Ayuntamiento de Fuenlabrada ejerciendo de portavoz del Partido Popular, porque a usted que es una persona sensata, médico inspector de la Seguridad Social, ¡santo cielo!, le han hecho una pregunta muy concreta de cuál es la situación de la aplicación del real decreto en la Comunidad, ¡no se vaya a hacer usted un mitin andaluz! Bien es verdad que es usted de por allá.

En términos prácticos, quiero decir un par de cosas que ya tuve ocasión de comentar en el Pleno pasado y que, sin duda alguna, comentaremos en el Pleno de hoy cuando discutamos la toma en consideración de la proposición de ley que ha planteado Izquierda Unida.

El Real Decreto 16/2012 tiene un nombre que es tan falso como inadecuadas son las medidas que plantea. Hablaba de medidas urgentes, ino hay ninguna medida que sea urgente!; hablaba de garantizar sostenibilidad, no estaba amenazada; de mejorar calidad y seguridad en las prestaciones, pues sencillamente ha acabado con ellas. Entonces, estamos ante un decreto que lo que ha planteado es sencillamente exclusión; el resultado final es la exclusión de 800.000 personas, el resultado final es incremento de copagos, lo que ya hemos criticado aquí, es una puesta en marcha de copagos que es técnicamente impresentable. ¡Somos el único país de Europa con copagos que no tiene topes, señor Raboso! Insisto, el único país de Europa con copagos cuyos copagos no tienen tope. Esto quiere decir que estamos en manos de un Gobierno que no solo es irresponsable e insensible a las necesidades de la gente sino también incompetente, subrayo esto, incompetente. Claro, la insensibilidad lleva a no analizar qué está pasando. Por lo tanto, señor Consejero, usted no nos ha podido decir qué está pasando y, cuando lo dicen, hablan con lengua de madera de políticos mendaces, como lo que dijo el señor Consejero en el Pleno pasado cuando me aseguraba con esa rotundidad que él tiene cuando habla que -abro comillas- "ningún ciudadano sin cobertura reconocida que haya necesitado atención sanitaria se ha quedado sin asistencia y atención en la sanidad madrileña" -cierro comillas-. Eso es rotundo y radicalmente falso, y si tienen alguna duda todo lo que tienen que hacer es ir a consultar la página de internet de "Yo sí, sanidad universal", de Médicos del Mundo, de Médicos sin Fronteras, de la Cruz Roja y de Cáritas.

Cuando en el Observatorio Regional de la Exclusión Sanitaria en España se hace un análisis, Madrid aparece con el 85 por ciento de los casos. Son ustedes los talibanes del Partido Popular en la aplicación de esta norma, y cuando digo ustedes me refiero al Gobierno de Madrid, porque el Gobierno del Partido Popular de otras Comunidades Autónomas ha tenido más sensibilidad humana y más sensibilidad sanitaria. Entonces, reiterar esto es muy ocioso porque ustedes no se han preocupado de saber qué está pasando, cómo están siendo atendidos y cuál es el impacto de la exclusión sanitaria. Y lo grave es que encima usted, señor Molina, nos venga a decir que está orgulloso de esto. ¡Hombre, quítese el traje de portavoz del Partido Popular en el Ayuntamiento de Fuenlabrada y póngase el de un profesional sanitario que está al frente de la organización más importante que tiene esta Comunidad Autónoma! De verdad espero que esto haya sido un lapsus; insisto, espero que haya sido un lapsus.

Una vez dicho esto, sería bueno que nos dieran datos, y no solamente de los excluidos emigrantes, también del impacto del copago al que me he referido antes. ¿Cuánta gente no puede retirar medicamento por el impacto del copago? Esta es una cosa que nos gustaría saber. ¿Por qué los niños y otros colectivos que tienen derecho están experimentando problemas en la atención, como denuncia el Observatorio al que he hecho referencia antes? En fin, esto es lo que queremos saber. Y, luego, un poco de rigor, tanto usted como el señor Consejero, porque no puede decir que esta norma es la que ha permitido tener cobertura para los desempleados que habían agotado las prestaciones.

Los desempleados que habían agotado las prestaciones tienen cobertura asegurada desde el 1 de enero de 2012 -demasiado tarde, si usted me lo pregunta; demasiado tarde-, mucho antes de este real decreto, por la disposición adicional VI de la Ley 33, de Salud Pública.

En definitiva, espero que aproveche la intervención que tiene para darnos datos y, sobre todo, para plantear hacer un seguimiento de cuál es el impacto real de la exclusión que ha traído este real decreto, tanto de la exclusión de personas como de los copagos. Por lo demás, no se le ocultará a usted que es una de las cosas de las que deberían estar ustedes menos orgullosos. Todavía recuerdo cuando el señor Lasquetty comentaba asustado cómo iban saliendo páginas de corrección de errores, porque es un real decreto que ha tenido cinco páginas de corrección de errores; eso es una vergüenza, no un motivo de orgullo. Espero que tome nota y sobre todo espero que a partir de ahora monitorice los efectos de este real decreto injusto y técnicamente malo. Gracias.

La Sra. **PRESIDENTA**: Muchas gracias, señoría. Tiene la palabra el portavoz del Grupo Parlamentario Popular, señor Raboso.

El Sr. **RABOSO GARCÍA-BAQUERO**: Muchas gracias, señora Presidenta. No sé, pero, por lo que ha quedado definido por la oposición, debo ser una persona muy rara pero también estoy orgulloso del real decreto, señor Molina. Mire, estoy convencido de que llegará un momento en el que la historia describirá el Real Decreto 16/2012 como una medida de emergencia para salvar la sanidad pública de la catástrofe económica en la que el Gobierno de Zapatero había dejado inmersa a esta nación. Por tanto, cada vez que oigo a la oposición en general, pero sobre todo al Partido Socialista, quejarse de medidas como esta y otras, tengo la sensación, como creo que ya he comentado alguna vez, de estar escuchando a un pirómano quejarse de la factura del agua de los bomberos. Creo que era un real decreto francamente necesario.

Además, en lo referente a la inmigración irregular, no soy abogado pero, después de haber leído los textos a los que voy a hacer referencia, creo que dicho real decreto es redundante, ya que la cobertura sanitaria pública en este país queda perfectamente definida en el artículo 2 de la Ley General de Sanidad, un artículo extraordinariamente escueto y claro. Vamos, sinceramente, no sé cómo tiene la vergüenza de decir nada, porque tengo que recordar que la Ley General de Sanidad, si no recuerdo mal, la aprobó un Gobierno socialista, y ese artículo 2, que es el que se refiere a la cobertura sanitaria pública en este país, no hace la menor referencia a los inmigrantes irregulares ni a qué tipo de cobertura tienen que tener, no hace la menor referencia. Por tanto, me parece una falta total de vergüenza venir aquí a decir que nosotros hemos dejado sin sanidad a 800.000 personas, etcétera, cuando una Ley General de Sanidad, interpretada "sensu stricto", promulgada por el Gobierno socialista, dejaba de facto y de expresión sin cobertura a dichas personas. Por lo tanto, vaya de base que cuestiono por completo la legitimidad, fundamentalmente del Partido Socialista, para discutir ni lo más mínimo en lo referente del real decreto que se ha sacado a colación.

No quisiera hablar mucho más de esto porque creo que se va a debatir esta cuestión -por lo menos parcialmente- en el Pleno de esta tarde, pero quiero decir algo respecto a los famosos copagos

farmacéuticos establecidos por dicho real decreto. Acaba de afirmar el señor Freire que en este país no hay tope a los copagos y quiero decir que es mentira, quiero que conste en acta que es mentira, o sea, que no es verdad. En este país hay tope a lo que las personas pagan por los fármacos. (El Sr. **FREIRE CAMPO**: No a los activos.) Bueno, a los activos o a lo que usted quiera; hay tope para lo que pagan, y ya está. (El Sr. **FREIRE CAMPO**: *No a los activos.*) Bueno, eso es lo que...

La Sra. **PRESIDENTA**: Por favor, silencio. Les ruego silencio.

El Sr. **RABOSO GARCÍA-BAQUERO**: Señora Presidenta, yo le rogaría que revisara usted la copia del Reglamento que tiene el señor Freire porque creo que alguien ha quitado las páginas referentes al uso de la palabra en Comisión y le ha puesto el reglamento del Corral de la Pachecca, ¿sabe? Me gustaría que alguien, aunque solamente sea testimonialmente, para lo que queda de Legislatura, tomara la responsabilidad de revisarlo. Por lo demás, insisto, hay topes al pago farmacéutico que realizan las personas.

Pero también quiero decir que aquí, durante muchos años, durante decenios, ha habido una terrible injusticia que se puede expresar de una forma muy sencilla: jubilados multimillonarios no pagaban nada por sus medicinas y trabajadores en paro con hijos a su cargo pagaban el máximo que se tenía que pagar por dichas medicinas. (El Sr. **VICECONSEJERO DE ASISTENCIA SANITARIA**: *Y sin topes.*) Y sin topes. Pasaron dos largos Gobiernos socialistas, que por supuesto arruinaron consecutivamente este país, y mucho Gobierno progresista, muchas medidas, muchas cosas y mucho buenismo, pero nadie corrigió eso. Había un verdadero clamor social en contra de esa flagrante injusticia y nadie hizo nada, y tuvo que ser un Gobierno del Partido Popular el que tomó las medidas pertinentes para que eso dejara de ser así y para que, como dice el señor Bejarano, hubiera personas que, en situación económica catastrófica, tuvieran derecho a una medicación. ¡Pero es que ha sido el único Gobierno que ha hecho algo para resolver esa situación! Y, por lo tanto, no me puedo creer que el señor Bejarano diga que es que van a derogar ese real decreto, si ellos llegan al poder, de inmediato, etcétera. ¿Y qué? ¿Vamos a volver otra vez a lo mismo de antes? Es decir, a que los jubilados multimillonarios no pagarían nada y que la gente parada pagara todo, aunque tenga hijos a cargo, etcétera. Mire, de verdad, en la Edad Media había un día en Francia, que era el día del mundo al revés, y yo creo que a veces la oposición vive inmersa en el año del todo al revés, porque no entiendo bajo ningún concepto que dentro del encuadre ideológico que ellos se arrogan pueda haber semejante disparate. Yo creo que la ley de sostenibilidad tuvo el fin claro de proteger la estructura sanitaria pública de este país, corrigiendo determinadas situaciones muy complejas que estaban suponiendo gastos muy sustanciales para las arcas del Estado y para la sanidad pública, y yo considero que además se aprovechó para corregir injusticias sociales profundas, como la que acabo de mencionar; por lo tanto, yo creo que es un real decreto del cual el Gobierno del Partido Popular debe de estar profundamente orgulloso, y lo creo sinceramente así.

Respecto a otros detalles, como, por ejemplo, la cobertura de a la inmigración irregular, espero que se debata esta tarde un poco más en profundidad y, por lo tanto, no quiero expresar nada

más ahora. Muchísimas gracias, señor Molina, por su comparecencia, y es usted siempre bienvenido aquí, ya lo sabe. Gracias.

La Sra. **PRESIDENTA**: Muchas gracias, señoría. Para cerrar el debate, tiene la palabra el señor Viceconsejero por un tiempo máximo de diez minutos.

El Sr. **VICECONSEJERO DE ASISTENCIA SANITARIA** (Molina Muñoz): Muchas gracias, señora Presidenta. Muchas gracias, señor Raboso; además, me ha ayudado bastante porque creo que ha contestado a muchas de las medias verdades que aquí se han manifestado y se lo quiero agradecer personalmente.

Empezaron diciendo que si campaña política en mi intervención inicial o que falta ubicación, señor Freire. Yo creo que el señor Freire no quiere que nos ubiquemos, no quiere mirar atrás, que no quiere recordar cómo nos dejó en 2011 el señor Zapatero, ni que nos venga a la mente aquella magnífica gestión que el propio Zapatero reconoció, porque tomó varias medidas para realmente intentar la sostenibilidad... *(La señora Oliva García pronuncia palabras que no se perciben)*.

La Sra. **PRESIDENTA**: Señora Oliva, le ruego silencio, por favor.

El Sr. **VICECONSEJERO DE ASISTENCIA SANITARIA** (Molina Muñoz): Si no, pregúnteselo usted a los funcionarios, que ha sido la única vez que les han bajado, no congelado, sino bajado, y a los pensionistas también les puede preguntar; o sea que reconoció que había algo mal y que iba a la deriva. Por eso, como le he dicho, no tienen la mayoría absoluta.

Tengo que recordarle que el momento de la aprobación de este decreto era el que era, y por eso fue muy introducción, no tenía otro sentido, y no había otra solución que reformar y ahorrar para preservar lo esencial. Y desde luego que estoy orgulloso; estoy orgulloso de pertenecer a un Gobierno que agarra los problemas y les hace frente, y que no dice: vamos a ver si pasamos y así no perdemos votos. No, no, sabemos que perdemos votos; de hecho, no gobernamos en Andalucía porque desde el primer día dijo: hay que tomar medidas. Y eso lo saben ustedes, señorías. Por lo tanto, estoy orgulloso de la responsabilidad frente a electoralismo; de eso es de lo que estoy muy orgulloso. Cuando tomamos estas medidas, sus argumentos eran que la izquierda tenía la superioridad moral sobre la derecha, las conquistas sociales, que nos lo íbamos a cargar; bueno, pues eso mismo está diciendo Syriza -no sé si lo pronuncio bien-, ese partido que dice: "No nos representan"; ahora ya parece que sí, pero su lema era: "No nos representan". Y dice que va a tomar unas medidas dándole de todo; espero que les salga bien, porque yo no veo la cuadratura.

Es cierto que no se votan los temas, señor Normand, pero sí se asumen una serie de cosas, y se asumen normalmente en los Consejos Interterritoriales. Y, como he dicho muy claro antes, todos los responsables de la gestión sanitaria que allí se sentaban eran del Partido Socialista, Convergència i Unió, PNV, el partido de Canarias y el Partido Popular, y asumieron que era necesario adoptar medidas para hacer frente a la sostenibilidad del sistema.

Respecto a farmacia, me han planteado, tanto el señor Bejarano como el señor Normand, qué efecto ha tenido la aportación en función de las rentas. Aparte del efecto, del que ya le di todos los datos en mi primera intervención, de 130 millones de euros, también le voy a dar un dato de carácter indirecto, pero que ya les he invitado en esta misma Comisión a que lo vieran. El dato de carácter indirecto es que vengan a ver la recaudación-entre comillas-, qué medicamentos están depositando los ciudadanos en el sistema Sigre -en estos botecitos verdes de la farmacia- y que vengan a Galicia, donde está la central en la que se quemaban toneladas, toneladas y toneladas de medicamentos y en la que personalmente, como inspector, he comprobado que había productos sin el cupón precinto y con todos los blísteres, sin sacar ni un comprimido, porque la gente; como venía en la receta. Como me lo daban, pues yo lo cogía y luego me daba cuenta de que, ¡ah!, no lo necesitaba, y se tiraban completos. Es un factor indirecto de impacto y de disuasión, y me parece que es un factor que da clara idea de que ha jugado un papel positivo para disuadir y para retirar medicamentos no necesarios; no disuadir para retirar los que realmente sean necesarios y que, desde luego, hemos mantenido en todos los casos.

Creo que lo que ha dicho el señor Normand es posible y también, quizás, el tema de los tramos del pago en receta, porque entiendo que hay mucha diferencia entre los tramos y es algo que se puede someter a debate. Creo que estaría bien. Es cierto que hay algunos temas que se han propuesto en el Decreto, luego se ha analizado y se ha descartado; por ejemplo, el pago de productos farmacéuticos. El principio básico de la renta es el mismo que para retirar un medicamento de la farmacia: si tienes rentas pagas algo, si no tienes rentas no pagas nada; el mismo principio y, por supuesto, con el mismo techo. El problema es que, una vez analizado en todas las comunidades autónomas -efectivamente salvo Ingesa, en Ceuta y Melilla- la viabilidad para poner en marcha todo esto, lo transmitimos al Ministerio y este, con toda la responsabilidad y diciendo pues efectivamente tienen ustedes razón, lo retira y punto. Creo que la responsabilidad se demuestra hacia adelante y hacia atrás, no solamente en encabezonarse con algunas cosas. Desde luego, creo que, como ha dicho el portavoz, en cuanto al techo de endeudamiento, el PSOE fue el que incrementó los porcentajes del 10 al 30 o 40 por ciento y sin techo, ¿o es que había techo en el copago? Pero no había techo tampoco para los parados con cuatro hijos a cargo; ahora sí, para Onassis era gratis, pero para parados, para gente sin rentas o con el salario mínimo, para esa gente, tampoco había techo y se subió al 40 por ciento. Creo que eso también es muy importante.

Han comentado, y además hicieron mucho ruido, el tema de la regularización de los recién nacidos. Espero que hayan hablado con los profesionales porque fueron los que pidieron a la Consejería que hiciera esta modificación, y con unos objetivos muy claros: en primer lugar, que estén adscritos a sus cupos, máxime cuando están realizando todas las revisiones habituales y porque esto les facilita desarrollar todos los programas del niño sano. En segundo lugar, para proteger también al menor, pues este documento garantiza -la asistencia sanitaria la tiene garantizada desde el primer momento, desde el momento del nacimiento- la asistencia no solo en nuestra región sino por cualquier sitio que vaya sin tener que hacer ningún papel; con esta tarjeta se garantiza en el resto de España y en la Unión Europea. Y, por otra parte, saben ustedes que cuando tienen la identificación inicial no tienen para hacerle una prescripción, por tanto, esta situación -que también quiero recordar,

porque parecía que era solo en el caso de recién nacidos de inmigrantes y se trata de regularización de recién nacidos en general; de hecho, en la página que mostramos eran 6.000 recién nacidos menores de tres meses y resulta que de estos, alrededor de 4.800 eran de padres españoles y los restantes de inmigrantes, que quizá tengan más dificultad para solucionar los papeles. Le puedo decir que, desde luego, lo que hacíamos era acelerarlo para que, en lugar de esperar un año completo, a partir de los tres meses tuvieran derecho a la prestación farmacéutica, estando eximidos del copago farmacéutico.

Creo que la medida ha sido efectiva; la medida se toma en un momento de una crisis determinada y hay temas como, por ejemplo, el copago en función de la renta que creo que ha sido un éxito; ha sido un éxito en cuanto a disuadir al gasto excesivo, como lo demuestran tanto los ingresos como la no existencia de depósitos o de tirar los medicamentos y tirarlos con lo caros que son muchas veces. Por lo tanto, estoy orgulloso de que un Gobierno, cuando hay una situación de crisis, cuando hay una situación que necesita una sostenibilidad, adopte las medidas que ha adoptado. Muchas gracias.

La Sra. **PRESIDENTA**: Muchas gracias, señor Viceconsejero. Le ruego que no se vaya porque la siguiente comparecencia le toca también. (*Pausa.*) Pasamos al sexto punto del orden del día.

C-81/2015 RGEF.878. Comparecencia del Ilmo. Sr. Viceconsejero de Asistencia Sanitaria, a petición del Grupo Parlamentario Unión Progreso y Democracia, al objeto de informar sobre situación del concierto sanitario con Castilla La Mancha. (Por vía del artículo 210 del Reglamento de la Asamblea).

Tiene la palabra el señor Normand para sustanciar la petición de comparecencia.

El Sr. **NORMAND DE LA SOTILLA**: Muchas gracias, Presidenta. Por desgracia, tengo que empezar mi intervención lamentando y criticando el retraso en la comparecencia del señor Viceconsejero de Asistencia Sanitaria en esta Comisión a petición de mi Grupo Parlamentario. Como sus señorías saben, esta comparecencia estaba solicitada por UPyD hace dos semanas y, lamento decirlo así, señor Viceconsejero, intento decirlo sin acritud, pero realmente es mi diagnóstico de lo que ha ocurrido; se ha comportado usted como un niño que le pide a su padre un justificante para no ir al colegio porque no está listo para hacer un examen. Me parece que no es de recibo que cuando desde UPyD le vamos a criticar, y usted lo sabía, el retraso en el acuerdo en el concierto sanitario sobre Castilla-La Mancha, usted decida no venir a una Comisión y esperar a tener el convenio listo para venir aquí a presentarnos dicho acuerdo.

Creo que sus señorías convendrán conmigo en que en esta Cámara, igual que en otros parlamentos autonómicos y otros parlamentos que funcionan de una forma –digamos– adecuada es el

poder Legislativo el que controla al Ejecutivo y no al revés; por lo tanto, creemos que lo que ha ocurrido respecto a esta comparecencia no es bueno, no es razonable y no debería volver a ocurrir.

Reconozco también que últimamente tengo cierta sensación de gobierno en la sombra. Hace dos Comisiones de Sanidad, nosotros habíamos elaborado una pregunta para el Director General de Hospitales respecto a los problemas que había en los conciertos para la atención a niños, a menores de 16 años con un daño cerebral sobrevenido y el Director General vino a la Comisión justo cuando iba a responder a nuestra pregunta y nos dijo que unos días antes había habido una Memoria del Servicio Madrileño de Salud en la que habían dado respuesta a este tema que estábamos criticando desde UPyD, de lo cual nos alegramos, y de nuevo, cuando desde UPyD le vamos a interpelar a usted por el tema del concierto, viene usted y dos semanas antes ha hecho ya los deberes, esta vez haciendo un poco de trampa, pero bueno.

Entrando ya en el aspecto del concierto, es evidente que se ha hecho con prisa, que hay contradicciones y que hay aspectos que reflejan –insisto– que se ha hecho a final de Legislatura y a última hora para poder demostrar que se había hecho. Pero hay un punto que sería crucial a la hora de analizar este concierto, que es por qué el concierto anterior con Castilla-La Mancha no ha funcionado, señor Viceconsejero, porque usted sabe que había acuerdos previos con Castilla-La Mancha pero llegó un momento en que Castilla-La Mancha dejó de derivar pacientes a Madrid, como se hacían anteriormente. Entonces, para entender si este nuevo convenio va a ser positivo, habría que analizar por qué el concierto anterior con Castilla-La Mancha no ha funcionado.

En segundo lugar, hay otros aspectos del convenio que creemos que también son críticos. Señor Viceconsejero, ¿por qué el convenio establece que hay dos tipos de pacientes procedentes de Castilla-La Mancha, por un lado, los procedentes de Guadalajara y, por otro, los procedentes de la provincia de Toledo? En Unión Progreso y Democracia estamos en contra de las barreras autonómicas que limitan el movimiento de pacientes y en contra de la discriminación en función de la residencia de los pacientes, y este convenio es evidente que discrimina a los pacientes en función de la residencia, y es evidente también que limita la movilidad, porque los pacientes de Guadalajara no pueden elegir hospital en Madrid sino que son derivados a unos hospitales concretos y los pacientes de Toledo a los que también podría afectar este convenio en función de su residencia y, si ellos aceptan, por supuesto, van a ser derivados a un hospital concreto de Madrid y no a otro.

Respecto al tema de la movilidad, hay también contradicciones y paradojas; por ejemplo, a un paciente de Valmojado o de Mérida, ¿por qué se le da solo la posibilidad de elegir el hospital Infanta Cristina en Parla y no el hospital general de Móstoles, que lo tiene más cerca? Los pacientes del noroeste de Toledo o de Tarancón –que ya es Cuenca, pero sigue siendo Castilla-La Mancha– a lo mejor desearían ser atendidos en el hospital del Sureste, en Arganda del Rey, y tampoco se incluye.

La Sra. **PRESIDENTA**: Señor Normand, por favor, le ruego vaya concluyendo.

El Sr. **NORMAND DE LA SOTILLA**: O un paciente de Azuqueca de Henares, también en Guadalajara, podría querer elegir el hospital de Alcalá de Henares para ser atendido de forma

rutinaria. Luego, también nos parece muy relevante que este convenio no sea recíproco; es decir, puede haber pacientes de Madrid que quieran ser atendidos en Guadalajara, y esto tampoco se contempla.

Este convenio, en nuestra opinión, es un parche que genera un problema –ya termino, Presidenta; tendría que haber hecho énfasis en otros aspectos, pero bueno-. Es un parche que genera un problema, señor Viceconsejero, porque los pacientes de Toledo que decidan utilizar habitualmente un hospital madrileño, ¿podrán votar para elegir al Gobierno que lo gestiona? No, ¿verdad que no? Y, como usted sabe perfectamente, cuando uno vota en unas elecciones autonómicas está votando a un Gobierno que gestiona en un 40 o 45 por ciento un presupuesto dedicado a la sanidad. Nosotros creemos que esto refleja que el convenio es, en parte, un parche, que se debería resolver con la recuperación de competencias por parte del Ministerio de Sanidad.

Nos gustaría que nos explicara –y ya termino, Presidenta- el tema de cómo se han calculado las cápitras, por qué tiene que haber dos tarjetas sanitarias para los pacientes que deciden ser atendidos en la Comunidad de Madrid y las implicaciones que tendrían para el personal tanto en Madrid como en Castilla-La Mancha. Creo que hay una contradicción respecto a las derivaciones de los pacientes de Toledo, en la que entraré después. Muchas gracias.

La Sra. **PRESIDENTA**: Muchas gracias, señoría. Tiene la palabra el señor Viceconsejero por tiempo máximo de quince minutos.

El Sr. **VICECONSEJERO DE ASISTENCIA SANITARIA** (Molina Muñoz): Muchas gracias, señora Vicepresidenta. Muchas gracias, señor Normand. Comparezco en esta última sesión de la Comisión con el objeto de informar sobre la situación del concierto sanitario entre las Comunidades Autónomas de Castilla-La Mancha y Madrid para la prestación de atención sanitaria especializada en determinadas zonas limítrofes de ambas comunidades autónomas. Primero, para aclarar lo de antes, quiero decirle que, como médico, podía haberme hecho un justificante, pero preferí hablar con usted por la noche y exponerle el motivo; usted me dijo que le parecía adecuado. Luego, sé que, a las tres de la tarde, dijo: podía haberle pillado, porque todavía no... Pero bueno, ya había perdido la vez.

Este convenio de cooperación entre ambas regiones fue aprobado por el Consejo de Gobierno el 5 de marzo; usted había pedido la comparecencia el 4 de marzo. Me dice usted que nos va adelantando, pero lo que yo creo es que tiene usted alguien en el Sermas y, cuando vamos a hacer alguna cosa, se dicen: irápido y así lo pillamos a contrapié! Pues no, no nos pilla a contrapié sino que ya estaba, y este no es un convenio que se haga en un día o en dos. Se aprobó por el Consejo de Gobierno el 5 de marzo y, mediante este convenio, lo que hemos hecho es dar respuesta a una de las principales reivindicaciones de nuestros ciudadanos: que el sistema sanitario sea más flexible y que cubra las necesidades sanitarias de la población, anteponiendo las personas a los elementos políticos, a los elementos administrativos y a las fronteras territoriales.

Como ustedes saben, señorías, para este Gobierno regional cualquier servicio público debe ser de calidad, respetando siempre la equidad, especialmente cuando se trata de un servicio tan

importante como la sanidad. En este sentido, quiero destacar que la sociedad y la sanidad madrileña son las más generosas, porque en Madrid –es cierto- siempre se ha atendido a los españoles que han necesitado la especialización y el trabajo de los médicos madrileños. Prueba de ello es que Madrid tiene acreditada la mayor cantidad de unidades de referencia en España -63 Cesur- puestas a disposición de todos, poniendo a disposición de todos las excelencias de estos servicios de referencia nacional.

A esta apertura responde también el convenio que hemos estado negociando con la región de Castilla-La Mancha para la atención especializada en los hospitales madrileños, a los que acuden muchos castellanomanchegos. Eso no es un capricho ni una medida arbitraria sino que responde a una realidad, y es que los pacientes, cuando tienen un problema de salud, especialmente si se trata de una urgencia, acuden a los centros más cercanos. Si traducimos esto a distancias, puedo indicarles que Toledo está a unos 60 kilómetros de Ocaña, un municipio que tiene el hospital de Aranjuez a solo 15 kilómetros. Lo mismo sucede con Seseña, que está a 52 kilómetros de Toledo, una distancia muy larga comparada con los 7 kilómetros que le separan del hospital del Tajo. O Illescas, que puede presumir de estar a menos de 40 kilómetros por autovía de la capital, pero tiene más cerca el hospital de Parla, a tan solo 14 kilómetros. Por lo tanto, no es de extrañar que muchos castellanomanchegos estén accediendo hoy a estos hospitales.

En este sentido, señorías, desde hace varios años estamos trabajando en un convenio de colaboración para regularizar dicha situación; un convenio que facilite la asistencia a los ciudadanos y que establezca una compensación económica que permita que esta atención se produzca cumpliendo las responsabilidades de la Administración encargada de gestionar la financiación de la sanidad de cada región. En definitiva, señoría, un convenio en el que primen las personas y mediante el cual, por así decirlo, se rompan las fronteras, algo que ustedes están pidiendo también; con lo cual, estoy seguro de que van a apoyar este convenio y van a ser partidarios del mismo, porque los españoles deben recibir la atención sanitaria cuando la necesiten sin preocuparse de los trámites administrativos, ya que la organización y compensación por la asistencia son responsabilidad de los Gobiernos, que tenemos la obligación de trabajar coordinadamente.

Por todo lo expuesto, señoría, a principios de este mes, hemos materializado un convenio de cooperación con la Comunidad Autónoma para la prestación de la atención sanitaria especializada en determinadas zonas limítrofes de ambas comunidades, cuya duración será de cuatro años prorrogables por el mismo periodo de tiempo por acuerdo expreso de las partes; convenio cuyo objetivo principal es establecer mecanismos de cooperación entre ambos servicios de salud, convirtiéndose en un elemento fundamental de cohesión sanitaria e interterritorial.

De este modo, señorías, se garantiza que los ciudadanos que residen en Guadalajara y en el norte de la provincia de Toledo y zonas geográficas limítrofes de ambas regiones, reciban la atención especializada más adecuada, siguiendo los principios de solidaridad, universalidad y equidad que inspiran nuestro Sistema Nacional de Salud.

Es más, señorías, gracia a este convenio, alrededor de 125.000 ciudadanos de pueblos del norte de Toledo podrán elegir con carácter voluntario ser atendidos por los especialistas de los hospitales Infanta Cristina, de Parla, o el Tajo, en Aranjuez. De igual forma los ciudadanos de la provincia de Guadalajara podrán a recibir atención en los hospitales Ramón y Cajal, La Paz, la Puerta de Hierro-Majadahonda en aquellos servicios en los que no pueda prestar esta asistencia el hospital universitario de Guadalajara en las especialidades de neurocirugía, cirugía cardíaca, cirugía pediátrica, pediatría y sus especialidades, neonatología, medicina nuclear y cirugía torácica.

Igualmente, señorías, creemos que este convenio debe aplicarse de forma ordenada, con la suficiente planificación y de tal manera que no menoscabe la asistencia prestada a los ciudadanos de la Comunidad de Madrid. Por ello, hemos convenido que la población castellanomanchega de esta zona se vaya incorporando al sistema público madrileño de forma progresiva en función de la capacidad de los hospitales del Servicio Madrileño de Salud. Este es el motivo, señoría, por el que se ha decidido que el convenio se ejecute en tres fases distintas, lo que permitirá al Servicio Madrileño de Salud poder adecuar su sistema administrativo, así como dotar a los hospitales madrileños de los recursos materiales y personales necesarios para atender a la población asignada según este convenio.

En una primera fase se incluirán todos los pacientes de la provincia de Guadalajara, en las siete especialidades y en los hospitales que acabo que mencionar, mientras que, de forma paralela, la autoridad sanitaria de Castilla La Mancha se comprometen a recabar el número de pacientes del norte de Toledo que, voluntariamente -quiero llamar de nuevo la atención sobre el carácter voluntario de esta iniciativa-, quieren ser atendidos en el hospital Infanta Cristina y en el hospital del Tajo.

En una segunda fase, siempre que se haya cumplido lo estipulado respecto a la cláusula séptima y se nos haya remitido la relación nominativa de los castellano-manchegos de la provincia de Toledo que podrán ser atendidos, el Servicio Madrileño de Salud emitirá a estos ciudadanos un documento acreditativo individual que garantizará su correcta identificación para poder acceder a la atención sanitaria; de esta manera, en esta segunda fase podrán incorporarse un máximo de 20.000 habitantes para ser atendidos en el hospital del Tajo y un máximo de 45.000 ciudadanos a los servicios que brinda el hospital Infanta Cristina. Finalmente, señoría, ha quedado establecido que, en el plazo máximo de un año desde el inicio de la primera fase, se iniciará la ejecución de la tercera fase, en la que el resto de habitantes de la provincia de Toledo podrán ser atendidos en los hospitales del Tajo e Infanta Cristina siempre y cuando se hayan cumplido las obligaciones económicas previstas en el convenio. El convenio recoge además, la creación de una comisión de coordinación y seguimiento con el fin de realizar la supervisión y seguimiento del mismo, formada por ambas Consejerías y titulares de sus centros directivos; la presidencia de la comisión se ejercerá de manera alternativa cada seis meses por parte del titular del centro directivo del que dependa el Servicio de Salud de Castilla-La Mancha y el titular del centro directivo del que dependa el Sermas o personas en quien radique.

Señorías, paso a referirme al sistema de compensación económica que hemos acordado entre ambas comunidades. Como ya he mencionado, Madrid siempre se ha caracterizado por ser una región abierta y solidaria, pero tenemos que ser también serios y firmes respecto a la financiación de la sanidad madrileña. Nuestra sanidad, como ya conocen ustedes, tiene un altísimo nivel asistencial y a ella destinamos el 45 por ciento de todo el presupuesto regional; con un coste significativo que se sustenta por el esfuerzo de todos los madrileños. Por tanto, señorías, cuando nuestros hospitales públicos presten sus servicios, con la mayor diligencia y calidad que les caracteriza, a cualquier ciudadano que paga sus impuestos y tiene derecho a la asistencia sanitaria en España, los centros tienen el derecho de recibir una compensación económica justa que cubra el coste de estos servicios y les permita seguir brindando una atención de excelencia; bajo esta premisa se ha determinado que por los pacientes que acudan a los hospitales Infanta Cristina, de Parla o del Tajo se abonará mensualmente el 95 por ciento del valor de la cápita media asistencial de dichos hospitales, realizándose una liquidación en el año siguiente que deberá contemplar el pago del 5 por ciento restante de esta cápita y cualquier otro coste que haya sido asumido por la Comunidad de Madrid y no esté contabilizado en la cápita. Por otra parte, la forma de pago de la atención de pacientes en Guadalajara tendrá una periodicidad trimestral y se fijará por actividad, estableciéndose como precio de referencia las tarifas reguladas en el sistema de cohesión, mientras que para los procesos no recogidos en la misma se establecerá un precio que será acordado por ambas Administraciones. Del mismo modo, señorías, también se prevé en el acuerdo que los fármacos de dispensación hospitalaria prescritos por los médicos madrileños serán dispensados en los hospitales de Castilla-La Mancha y que el transporte de los pacientes se realizará conforme a la normativa vigente en la materia en ambas comunidades autónomas.

Estos son, a grandes rasgos, señorías, los principales aspectos contemplados en el convenio que hemos firmado con el Gobierno de Castilla-La Mancha; un acuerdo que se hace con el espíritu de asegurar una rápida asistencia hospitalaria, por encima de fronteras autonómicas, y que espero que apoyen porque, además de responder a una realidad, es una muestra de un sistema sanitario coordinado, eficiente, y que piensa más en resolver los problemas de las personas que en los diseños administrativos con los que configuramos nuestra Autonomía. Muchas gracias.

La Sra. **PRESIDENTA:** Muchas gracias, Viceconsejero. Tiene la palabra el señor Normand por tiempo máximo de diez minutos.

El Sr. **NORMAND DE LA SOTILLA:** Gracias, señora Presidenta. Muchas gracias, señor Viceconsejero. Comentaba usted que UPyD tenía un topo en la Consejería de Sanidad. Vamos a ver, no hace falta tener un topo en la Consejería de Sanidad para criticarles a ustedes, señor Viceconsejero. ¡Basta vivir en contacto con la realidad! Yo entiendo que la Consejería de Sanidad ha sido una consejería convulsa en esta Legislatura, que no han podido trabajar en asuntos del día a día sino que han tenido que hacer cosas deprisa y corriendo; pero lo del concierto sanitario con Castilla-La Mancha basta con leer algunos periódicos para saber el retraso que lleva. Y, respecto a los menores con daño cerebral sobrevenido basta tener contacto con asociaciones de pacientes; no hace falta ningún topo.

Fíjese en lo que estamos hablando, y quiero insistir en la idea del parche. Primero, fragmentamos nuestro sistema sanitario en 17 y, luego, empezamos a buscar medidas para resolver los problemas ocasionados por esta fragmentación; porque Castilla-La Mancha va a tener ahora un convenio sanitario con Madrid, pero lo tiene también con Aragón, con Valencia... Esto es como si de repente cada comunidad autónoma se hubiera convertido en un mini Estado; es decir como los convenios sanitarios que tiene España con Alemania, con Francia, o con otros países de la Unión Europea. Esto no es atajar el problema de fondo, que es la fragmentación de nuestro sistema sanitario.

Insisto también en la idea del documento acreditativo específico. ¿A usted le parece razonable que en el siglo XXI, que existen ordenadores, que existe internet, en fin, una tecnología bastante avanzada –lógicamente, avanzará mucho más-, dos comunidades autónomas no puedan compartir la base de datos? ¿No se pueden unificar los sistemas de información? Es decir, el SIP-Cibeles; usted sabe perfectamente de lo que estoy hablando. ¿Es necesario que un paciente de Castilla-La Mancha tenga que tener una tarjeta específica para poder venir a la Comunidad de Madrid? ¿A usted le parece razonable? Digo de Castilla-La Mancha o de cualquier otra comunidad, pero en este caso estamos hablando de Castilla-La Mancha.

Insisto, señor Viceconsejero, en el tema de la memoria económica y de cómo han calculado las cápitas; el coste por habitante y año que pagará la Comunidad Autónoma de Castilla-La Mancha a la Comunidad de Madrid por los pacientes de Toledo, solo de Toledo, que decidan ser atendidos en un hospital de la Comunidad de Madrid y solo en un hospital de la Comunidad de Madrid. Si uno compara las cápitas que se están barajando ahora con las que se calcularon con la privatización de la gestión de seis hospitales, no cuadran y, por otro lado, es evidente que no cuesta lo mismo la cápita del hospital del Tajo que la cápita del hospital Infanta Cristina, en Parla; sin embargo, ustedes han decidido unificar las cápitas.

También conviene aclarar, para que quede constancia, que la Comunidad Autónoma de Castilla-La Mancha pagará la cápita independientemente de que el paciente utilice el hospital o no; esto es como las cápitas que se pagan a los hospitales privados en la Comunidad de Madrid. Si un paciente de Ocaña de repente decide ser atendido en el hospital del Tajo para una consulta o prueba diagnóstica concreta y eso no cambia, durante años subsiguientes la Comunidad Autónoma de Castilla-La Mancha va pagando esa disponibilidad; con lo cual, desde un punto de vista de la racionalidad en la asignación de recursos, ese eslogan suyo de "el dinero sigue al paciente" en realidad no es verdad, es más una ficción, algo que no termina de ser real.

En el cálculo de la cápita, han decidido ustedes excluir el gasto no asistencial; es decir, Castilla-La Mancha va a pagar por la atención sanitaria pero no va a pagar por el coste de las infraestructuras y los servicios no sanitarios porque han decidido excluirlo. Esto suena, francamente, señor Viceconsejero, a regateo entre las Viceconsejerías: dame un precio, te doy este; bueno no, te doy otro y te quito la cápita asistencial... Lógica, no tiene mucha, señor Viceconsejero. Porque lo que está claro es que con este convenio, tal como está configurado nuestro Sistema Nacional de Salud,

hay una Administración que pierde; no sé si es la de Castilla-La Mancha o la de Madrid, porque no se está pagando por gasto real de la asistencia sanitaria y tampoco hay una racionalización o una planificación en la asignación de recursos sanitarios sino que simplemente se delega un poco en el paciente o se piensa que el paciente decida; pero, como digo, de una forma bastante poco lógica. A propósito -corríjame si me equivoco-, esto da a entender que en la Comunidad de Madrid nos sobran hospitales; si podemos atender pacientes de otras comunidades autónomas y las cifras son de 20.000 pacientes, que son cifras importantes, parece que algún exceso de capacidad hospitalaria existe en la Comunidad de Madrid. A propósito también: cuando se hicieron estos hospitales, no se hicieron previendo lo que luego se ha hecho. Que conste en acta, aunque sea algo evidente.

Le decía, señor Viceconsejero, que había una contradicción en el convenio, tal como yo lo interpreto. Respecto a las derivaciones de pacientes de Toledo, en la página 6 del convenio, párrafo 2 -refiriéndose, insisto, no a los pacientes de Guadalajara sino a los de Toledo-, se dice textualmente: "En los supuestos de especialidades no contempladas en la cartera de servicios de los hospitales universitarios Infanta Cristina y del Tajo, los pacientes deberán ser derivados por el Servicio Madrileño de Salud al hospital de referencia de su comunidad autónoma de origen" Entiendo que, según lo que dice este párrafo, si un paciente de Toledo es atendido en Parla y este necesita determinados servicios que no están en su cartera, es remitido al complejo hospitalario de Toledo. Sin embargo, en la página 11, párrafo 3, en concreto en el punto 2, que habla del ajuste económico -también refiriéndose a los pacientes de la provincia de Toledo, se dice: "Cualquier otro coste no incluido en la cápita que haya sido asumido por la Comunidad de Madrid, como las autorizaciones de derivación a otros hospitales del Servicio Madrileño de Salud... Es decir, lo incluyen en el coste económico; con lo cual, primero dicen que no va a haber esas derivaciones y luego dicen: si las hay, las pagarán. Entonces, ¿va a haberlas? ¿No va a haberlas? ¿Cómo nos explica esto?"

Respecto al tema del personal, en el convenio se habla también de unas cláusulas en las que existe la posibilidad de que se contrate personal en hospitales de Madrid como consecuencia del aumento de la demanda, y se supone que ese personal que se contrataría en los hospitales de Madrid estaría vinculado a los pagos que se hicieran con este convenio. Por eso, Viceconsejero, le pregunto: ¿se prevé que haya una reducción de personal sanitario en los hospitales de Castilla-La Mancha, en este caso en el de Toledo, que estaría afectado? ¿Están planteando que haya traslados de personal? ¿Cuál es la idea? Porque han dejado un campo abierto y no está muy clara su intención al respecto. Insisto, señor Viceconsejero, en que este convenio crea pacientes de primera y de segunda categoría. Hay pacientes que podrán elegir un hospital de Madrid para ser atendidos -no otros, solo hay uno en función de su territorio- y otros que solo podrán ser derivados. Aquí hay un agravio comparativo evidente.

No voy a fijar la posición de mi Grupo respecto a este convenio porque lo vamos a votar en el Pleno y entiendo que es ahí cuando es oportuno hacerlo, pero, si bien es cierto que es necesario que haya una cooperación sanitaria entre la Comunidad de Madrid y Castilla-La Mancha, creemos que esta cooperación sanitaria parte de una recuperación de competencias por parte del Ministerio y de una unificación de los sistemas de información a la que antes he hecho referencia. Como digo, si bien

esta cooperación es positiva y es necesaria -y mi Grupo ya votó a favor cuando se planteó este tipo de cooperación entre la Comunidad de Madrid y la Comunidad Autónoma de Canarias para atender pacientes pediátricos con patologías cardíacas-, entendemos que este convenio tiene problemas, tiene errores, y se ha tramitado de repente, de un día para otro; usted no vino hace dos semanas, viene ahora y nos presenta el convenio... En definitiva, nos parece que dista mucho de ser el convenio que hubiera planteado Unión Progreso y Democracia. Muchas gracias, Presidenta.

La Sra. **PRESIDENTA**: Muchas gracias, señoría. Tiene la palabra el señor Bejarano.

El Sr. **BEJARANO FERRERAS**: Gracias, señora Presidenta. Seré muy breve en la intervención porque lo que le hubiera gustado a mi Grupo Parlamentario es que el señor Viceconsejero nos hubiera explicado la situación anterior a este convenio ya que teníamos dudas. Conocemos el convenio, hemos escuchado las explicaciones del señor Molina, y más o menos lo tenemos claro; pero nos gustaría que nos explicara cuál era la situación anterior porque tanto el Ejecutivo regional de Madrid como el de Castilla-La Mancha presentaron este acuerdo a bombo y platillo y decían que venía a legalizar la situación que se estaba dando desde hacía años. Insisto, nos gustaría que nos lo hubiera explicado, y le instamos en esta intervención a que nos dé más detalles sobre la situación que había con anterioridad al convenio, que ahora se ha legalizado.

Nosotros no enmarcamos las dudas que podamos tener respecto a este convenio en esa fragmentación de la que hablaba el señor Normand; no estamos de acuerdo. Estamos de acuerdo en la descentralización de la gestión sanitaria de las comunidades autónomas y, además, en que las comunidades autónomas tengan convenios de colaboración; eso no lo ponemos en duda. Lo que nos preocupa es que esos convenios de colaboración se hagan de una forma distinta. Nosotros creemos que, si se hacen entre distintas comunidades autónomas, se debería garantizar que se produjeran en las mismas condiciones. Por ello, el Grupo Izquierda Unida insiste en que tiene que haber órganos estatales de coordinación, de armonización y de control, para que no haya desigualdades; por ejemplo, podría serlo el Consejo Interterritorial de Salud, pero nos tememos que esto no se producirá y por eso tenemos alguna duda razonable acerca de este convenio.

Tampoco sabemos por qué la diferenciación de las poblaciones del norte de la provincia de Toledo por ese gasto que se va a realizar per cápita y por qué en las poblaciones de la provincia de Guadalajara por actividad. Nosotros creemos -y además coincidimos con nuestros compañeros de Izquierda Unida de Castilla-La Mancha- que este convenio se ha hecho de forma individualizada y al margen del Fondo de Cohesión del Sistema Nacional de Salud. Repito, no estamos en contra de que haya convenios de colaboración entre distintas comunidades autónomas pero sí que se puedan producir en unas condiciones distintas; no entendemos por qué se produce este convenio de una forma distinta a otros.

En definitiva, son las dudas que tenemos. Nos gustaría que el Viceconsejero nos explicase si se ha producido de la misma forma que en otras comunidades autónomas este tipo de convenio, si el coste va a ser el mismo, y sobre todo vamos a estar muy atentos a cómo se produce la asistencia

sanitaria a estas personas de la Comunidad Autónoma de Castilla-La Mancha, si se va a realizar al final en los centros hospitalarios que marca el convenio, o al final -mucho nos tememos; ojalá que no van a tener un protagonismo especial las clínicas privadas a la hora de hacer alguna prueba diagnóstica u operación quirúrgica por mucho que le haga gracia al señor Raboso. Desde Izquierda Unida vamos a estar muy vigilantes porque mucho nos tememos que en este tipo de convenios va a entrar en juego algo que no sale en los medios de comunicación, algo que no nos comenta el responsable del Gobierno presente hoy en la Comisión, pero que el Partido Popular está acostumbrado a hacer y es dar un protagonismo especial a las clínicas privadas. Nada más. Gracias, señora Presidenta.

La Sra. **PRESIDENTA**: Muchas gracias, señor Bejarano. Tiene la palabra el señor Freire por el Grupo Parlamentario Socialista.

El Sr. **FREIRE CAMPO**: Muchas gracias, señora Presidenta. En primer lugar, un tema de procedimientos, formas y maneras. Quiero reiterar que me sumo a lo que ha comentado el portavoz de UPyD en relación a la no comparecencia anterior. Luego, hay otro asunto: yo pedí una comparecencia sobre este asunto -información hace muy poco- y me dijo la Mesa -dominada por ustedes, por el Partido Popular- que este convenio no existía; lo tengo por escrito, y la señora Vicepresidenta es testigo. Es decir, hay una opacidad, una falta de respeto a los ciudadanos y a sus representantes que quiero dejar constancia de ello. Este convenio me ha llegado, nos ha llegado a todos, ayer, y hoy pasa a ratificación, y hace varias semanas que queríamos haberlo tratado en esta Comisión.

Señor Viceconsejero, estas son responsabilidades políticas, esto es cultura democrática...

La Sra. **PRESIDENTA**: Usted se refiere a la Mesa de la Asamblea, ¿verdad? No a esta Mesa.

El Sr. **FREIRE CAMPO**: Yo me refiero a la Mesa de la Asamblea. Gracias, señora Presidenta. Me refiero a esa, porque las peticiones que hacemos los diputados pasan por la Mesa de la Asamblea. Y, entonces, con una interpretación literal, obviamente tergiversadora, dicen que el convenio no existía. Un convenio no existe hasta que lo firman, evidentemente, pero existe el convenio y existen borradores; y, como les voy a demostrar, este borrador es bastante más antiguo de un año -bastante más antiguo-, posiblemente es de hace año y medio.

Dicho esto, sobre la filosofía. Mi Grupo está totalmente a favor de la circulación de pacientes en este país, de igual manera que hay circulación de pacientes en la Unión Europea. Y va a ser muy difícil sostener que los pacientes españoles estén en corralitos autonómicos cuando, a nivel europeo, los estados dejan caer sus fronteras aunque con más restricciones de las que se quieren mencionar. Una vez dicho eso, quiero pasar al convenio. El convenio contempla dos situaciones diferentes y son dos situaciones distintas en relación a la atención sanitaria, asumiendo los límites comunitarios. La situación de Guadalajara es diferente en el sentido de que su población tiene acceso a un hospital general que no tiene servicios terciarios. En ese sentido, el acuerdo -y es razonable- oferta servicios terciarios en los hospitales de Madrid a los pacientes de Guadalajara -razonable y, a mi entender,

justificado- y, si entiendo bien el convenio, eso está pagado por actividad, de igual manera que el Sermas paga por actividad lo que trabaja la UTE fundación Jiménez Díaz para los pacientes de su área. No sé si es con la misma tarifa o no; me gustaría que me respondiera, señor Viceconsejero. ¿Aplicamos la misma tarifa o no?

Segundo asunto. Los pacientes que vienen de la zona norte de Toledo. Ahí el acuerdo es de atención especializada sustitutoria, insisto, sustitutoria, y es razonable lo que plantea el convenio de que esos pacientes tengan como hospitales de referencia para atención especializada en los hospitales de la Comunidad de Madrid que le quedan más próximas. Vale, hasta ahí todo es correcto, pero ahora, señor Viceconsejero, va a tener usted que hacer unos ejercicios fabulosos de imaginación para explicar por qué en este acuerdo, cuando uno coge las áreas de donde vienen los pacientes, se fuerza a los pacientes de la zona norte de Toledo de todos estos municipios a tener únicamente dos hospitales de referencia en la Comunidad de Madrid: el hospital de Aranjuez, Tajo-Aranjuez, y el hospital de Parla, y por qué, por ejemplo, los hospitales de Móstoles, que le quedan mucho más cerca –y tenemos uno público y otro de gestión privada- no están al alcance de estos pacientes. Esta es una explicación que seguro que hay mucha gente rabiosamente interesada en escuchar.

Y nos va a dar otra explicación también muy interesante. Compensar la Comunidad de Castilla-La Mancha a la Comunidad de Madrid por la atención a estos pacientes es perfectamente razonable y lógico puesto que en el esquema institucional que tenemos en España las comunidades autónomas gestionan, por así decirlo, el aseguramiento sanitario de la población de su territorio, es decir, tienen ingresos fiscales por eso; con lo cual, si un paciente de una comunidad autónoma cuyo dinero sanitario está en una comunidad autónoma y va a otra Comunidad, es lógico que la Comunidad que tiene el gasto reciba su correspondiente coste. Ahora bien, ustedes, en primer lugar, limitan la elección únicamente a estos dos hospitales, al de Aranjuez y al de Parla. ¿Qué característica común tienen estos dos hospitales, señor Viceconsejero? Tienen la común característica de que estaban en el mismo lote de la privatización, estos iban a HIMA San Pablo. Déjeme que le diga que esto tiene muchas derivadas, y el señor Raboso, que no estuvo aquí en la época en la que peleamos argumentalmente contra la privatización, quizá no tenga todo el "armamentarium" para este tema. Y plantean ustedes una cápita media asistencial, excluido el canon de concesión, y esta cápita media asistencial la fijan en 402,89 céntimos. Le recuerdo que la cápita licitada era de 493,37 céntimos, pero la cápita ofertada fue de 493 euros, 37 céntimos menos.

Y la pregunta que se hace uno, hilando cabos, juntando los puntos, simplemente juntando los puntos, es por qué en este acuerdo entre dos Gobiernos que en principio estaban –los dos- muy en la línea de privatizar la gestión –después Castilla-La Mancha, viendo que se quemaban los dedos en Madrid, se echaron para atrás-, ofrecen a los castellanomanchegos del norte de Toledo únicamente dos hospitales, que además no son los más cercanos, algunos de la población de Toledo; les tiene más a cuenta ir a Toledo capital que ir a algunos de esos hospitales. ¿Por qué excluyen Móstoles? Todo pareciera de nuevo, juntando los puntitos, que este acuerdo fue cocinado allá por 2013, en plena efervescencia privatizadora en ambas comunidades, y que quisieron ustedes dar "business" a dos hospitales que entraban en el lote privatizador de HIMA. Y, por lo tanto, les ofertaron toda la

terminología empleada en los pliegos: capital licitado, excluyendo canon de concesión...Lamentablemente, como no nos han dado los papeles, no he podido ver los metadatos de los documentos para saber exactamente cuándo fueron creados, por quién, etcétera. Pero todo hace pensar que los actuales gestores, ustedes y los de Castilla-La Mancha, no han revisado los papeles y han puesto uno encima de otro rápidamente en época electoral un convenio... ¡Manda narices! En el último Pleno de la Legislatura, el Gobierno Popular de Castilla-La Mancha y el de Madrid se ponen de acuerdo para atender a la población limítrofe. Esto también es de querer trabajar y tener acuerdo.

Estos son sencillamente algunos de mis comentarios a este tema, y se los resumo: en primer lugar, les reprocho la falta de transparencia, de cultura democrática, el ocultismo; en segundo lugar, les reprocho que no se hayan preocupado de esto excepto cuando las elecciones son inminentes, y en tercer lugar, les reprocho que este convenio esté mal hecho, que sea lesivo para los ciudadanos del norte de Toledo y que, básicamente, implique un apaño entre dos comunidades autónomas que tienen la perspectiva de aquella privatización que, afortunadamente, hicimos fracasar los ciudadanos de Madrid y los representantes de la oposición. Muchas gracias.

La Sra. **PRESIDENTA**: Muchas gracias, señoría. Tiene la palabra el portavoz del Grupo Parlamentario Popular señor Raboso.

El Sr. **RABOSO GARCÍA-BAQUERO**: Muchas gracias, señora Presidenta. Quiero aprovechar mi intervención, señor Viceconsejero, para felicitarle por la consecución de este convenio. Me parece que es un convenio que viene dictado por la racionalidad y por la lógica establecida por las necesidades asistenciales de una parte sustancial de la ciudadanía de las provincias de Toledo y de Guadalajara, que ven cómo tienen al alcance de la mano unos recursos sanitarios que, si bien están disponibles en su Comunidad, en ocasiones están disponibles a cientos de kilómetros. Por lo tanto, creo que nosotros podemos ser madrileños y ellos pueden ser castellanomanchegos, pero somos todos españoles, así que doy la bienvenida a este acuerdo y le felicito por el hecho de que ahora mismo haya un grupo importante de toledanos y de ciudadanos de Guadalajara que puedan utilizar nuestras instalaciones en su beneficio y en el beneficio de su salud.

Dicho esto, creo recordar que esta Comisión empezó con la sugerencia por parte de alguien de que aquí había que utilizar un suero de la verdad, etcétera. Creo que no es exacto. Me parece que aquí hay que venir premedicado con algún tipo de sedante, porque para cualquier observador imparcial... Fíjense ustedes: en esta Comisión se ha planteado algo así como una especie de barra libre para inmigrantes irregulares y para que tengan una sanidad pública financiada por los impuestos de todos los españoles al cien por cien, sin que le haya importado ni lo más mínimo a la oposición ni hayan hecho el menor comentario acerca de las necesidades económicas que supondría esa asistencia -que yo he cifrado así, a bote pronto, en unos 15.000 millones de euros para toda España-, ni la reglamentación que eso debería tener, ni las capacidades hospitalarias, ni qué especialidades deberían estar recogidas en unos centros o en otros, o si deberían ir para acá o deberían ir para allá, o si les viene cerca este centro sanitario o este otro, o cómo deberían estar las tarjetas o... No les importaba lo más mínimo; sin embargo, cuando se ha empezado a hablar aquí de la salud de los toledanos, se

ha empezado a preguntar qué pasa con el gasto, qué pasa con las tarjetas, qué pasa si les queda más cerca este hospital, que si tienen que ir a otro... Que esto, claro, tiene relación con lo de la externalización de los hospitales... Bueno, ¡y con la extinción de los brontosaurios también! El señor Bejarano incluso ha dicho que teme que acaben siendo atendidos en clínicas privadas, que ya me parece una cosa absolutamente inenarrable; vamos, quiero decir que es una cuestión que escapa a cualquier racionalidad. Así que, para los inmigrantes irregulares, todo lo que haga falta; pero cuidadín, cuidadín, a ver qué les vamos a dar aquí a los castellanomanchegos. Me parece absolutamente impresentable y de una irracionalidad que creo que está en la base de muchos de los reproches que la ciudadanía hace hoy a las instituciones políticas de este país.

Nada más. Insisto: me parece que el acuerdo era necesario. Creo que van a ser muchas las personas que se benefician de él; me parece fenomenal, y quiero felicitarle por el acuerdo al que se ha llegado con la Comunidad de Castilla-La Mancha y por la forma en que se ha llegado al mismo.

Si me lo permite, señora Presidenta, quisiera acabar esta intervención, que probablemente es la última -por lo que yo sé- de este período legislativo en el seno de la Comisión de Sanidad, para, en nombre del Partido Popular, dar las gracias a todas las personas que han prestado sus servicios en esta Comisión, muy especialmente, por supuesto, a los ujieres, a las taquígrafas, a los miembros de la Mesa y también a todos los representantes políticos que han pasado por esta Comisión, y muy en especial a aquellos que han respetado el Reglamento. Muchas gracias. Nada más.

La Sra. **PRESIDENTA**: Muchas gracias, señoría. Tiene la palabra el señor Viceconsejero de Asistencia Sanitaria por un tiempo máximo de diez minutos.

El Sr. **VICECONSEJERO DE ASISTENCIA SANITARIA** (Molina Muñoz): Muchas gracias, señora Presidenta. Como he dicho en mi primera intervención, este convenio que hemos firmado responde a una coordinación entre Administraciones para mejorar; tiene su base, desde luego, en una normativa estatal, y es en base a la Ley 16/2003, de Cohesión. Como decía el señor Bejarano, hay una regulación también para estos convenios, y en base a ello se firman y nos da la capacidad de firmarlos.

Yo creo que ha sido muy acertada la intervención respecto a que aquí estamos viendo todos los tiquismiquis para atender a nuestros vecinos castellanomanchegos que a lo mejor no se ha planteado en ningún momento, ni yo tampoco pienso plantearlo en cualquier otra situación de irregularidad. Yo creo que las personas no entienden de fronteras, reclaman unos servicios públicos eficientes, y, además, no entienden de fronteras, y no las respetan; o sea, lo que estamos diciendo es una realidad. No sé quién de los portavoces me ha dicho: pero, bueno, y eso... Pues sí.

Para darle una dimensión de lo que esto significa, le daré datos de los últimos años sobre población castellanomanchega que era atendida en el Servicio Madrileño de Salud, del coste que ello significó, aproximado, al no tener una regulación o un convenio, es muy difícil, pero sí tenemos unos datos básicos de qué está pasando. Al año, se realizan en torno a 6.000 hospitalizaciones, que suponen un coste superior a los 40 millones de euros. Se atienden más de 4.100 procesos en nuestros

hospitales de día, que también se están produciendo; más de 1.000 cirugías ambulatorias; unas 70.000 consultas, con un coste de unos 2,6 millones de euros, alrededor de 22.000 técnicas diagnósticas o terapéuticas, con unos 800.000 euros de media. Le estoy dando unos datos aproximados. Saben que los sistemas informáticos nos dan la tarjeta sanitaria de origen. También quería comentar por qué documento acreditativo. Porque no todos los que tienen tarjeta hay que meterlos en la cápita, ni todos los que están en la cápita tendrían que... Es exclusivamente a efectos de cápita; por eso es por lo que se da ese argumento. Pero la tarjeta sanitaria es de carácter nacional, que, por supuesto, se seguirá dando.

Lo que sí tenemos más claro, porque eso sí está muy contabilizado, son las urgencias. Señor Bejarano, de Leganés, yo de Fuenlabrada, sabemos que muchos de nuestros vecinos los jóvenes, por motivos económicos, se han ido, pero mantienen la tarjeta porque prefieren seguir siendo atendidos. Yo creo que eso es una realidad, y por eso digo que lo que estamos plasmando aquí es una realidad y también una demanda; una demanda de nuestros vecinos castellanomanchegos, del norte de Toledo, que demandan ser atendidos. Por eso no hay disparidad. Los de Guadalajara lo que quieren es su hospital, ellos están contentos con Guadalajara, pero quieren que ese nivel terciario, en lugar de tener que ir a lo mejor a Albacete, a Ciudad Real o a Toledo, para determinadas especialidades de nivel terciario, por las comunicaciones, por las vías, les viene mejor, y por eso se plasma también en este convenio esa doble distinción que ha descrito perfectamente el señor Freire, que son dos temas distintos: la atención especializada de tercer nivel, porque no existen esas especialidades en el Hospital General de Guadalajara, y los ciudadanos del norte de Toledo que prefieren ser atendidos en los hospitales que les son más próximos, como son el del Tajo y el hospital de Parla.

Desde luego, lo que le digo es que en un convenio nosotros vemos los puntos de acuerdo, pero la planificación la tiene que hacer cada comunidad. Por eso no voy a responder, porque no sé qué criterios se tienen a la hora de decir si es Móstoles, si es Parla... Sí es cierto que la planificación que ellos nos presentan, nos la plasman y nos la trasladan en ese sentido.

Se realizan más de 100.000 actos médicos y sanitarios cada año, con un coste que supera los 50 millones de euros. Yo creo que es mejor, de verdad, y por eso le pido el apoyo a este convenio, y se lo pido expresamente, ordenar y coordinar la prestación del servicio público sanitario por parte de las dos Administraciones. Desde luego, conociendo la realidad, es mucho mejor habilitar mecanismos que nos faciliten la asistencia sanitaria especializada y regularice de manera más eficiente la compensación económica, que a lo mejor se está también perdiendo, entre los gestores sanitarios. Además, creo que todos conocemos esta realidad. Hay muchos más procesos que no están contabilizados, y por eso le decía que son datos aproximados, porque se articulan con procedimientos que escapan a nuestro control, como es la tarjeta de desplazado, tener en el domicilio a los padres... Bueno, son temas reales y todo el mundo ve lógico que, si yo estoy trabajando en Getafe y tengo la posibilidad, mantengo la tarjeta y así me atienden en el hospital de Parla porque me viene bastante mejor.

Con este convenio queremos evitar que los ciudadanos tengan que acudir a estas vías para ser tratados en los centros más cercanos y bien dotados, como son los hospitales madrileños. Nosotros creemos que es mejor ofrecer soluciones a nuestros ciudadanos que les permitan tener una asistencia de calidad y cercana, y que seamos las administraciones las que nos encarguemos de gestionar, planificar y habilitar estas vías sin que signifique un menoscabo para la atención ni tampoco para la financiación de la sanidad.

No sé si lo de Toledo y Guadalajara le ha quedado ya claro, señor Bejarano. Son dos temas distintos; uno es terciario, el otro... Hay que decir que lo de votar tiene siempre carácter voluntario; cuando se trata de votar, votan donde viven, pero en este caso es que voluntariamente puede venir, pero eso no significa que tengas que cambiarle el voto también. Creo que eso no venía muy a cuento.

El señor Freire se ha ido a la prehistoria; yo no estaba de Viceconsejero, pero sí de Director General cuando fui a la primera reunión, no hace mucho, y además fuimos a una exposición de El Greco y es cuando empezamos. O sea que esto realmente ha tenido poco contacto con la externalización; le puedo asegurar que no ha tenido ningún contacto.

Los precios por los que usted preguntaba, señor Freire... (*Rumores en los escaños del Grupo Parlamentario Socialista.*) Bueno, luego lo ve en el acta si no me quiere escuchar. Los precios se fijan por la tarifa Sifco, que es la que se aplica para toda la coordinación, es el sistema de cohesión que estamos utilizando para todos los intercambios que se producen.

Había otro tema que le chocaba, y es que, efectivamente, nosotros garantizamos la atención hospitalaria a todos estos ciudadanos que eligen voluntariamente estar con nosotros y, si requieren una atención de segundo o tercer nivel, van a su hospital de referencia de Toledo, pero hay determinados procedimientos, incluso en Toledo actualmente, que son remitidos a la Comunidad de Madrid; esos son casos excepcionales que tienen que ser aprobados por la comunidad remitente y aceptados por la receptora y que se pagan aparte de esa cápita. ¿Por qué? Porque no están contemplados en ese coste medio sanitario que estamos estableciendo.

Me dice 403. Yo se lo he leído; estoy seguro de que no se ha enterado usted y por eso se lo voy a repetir: quizá esté más bajo de los 493 porque no existe ninguna inclusión en el gasto de farmacia hospitalaria, que, como ustedes han dicho antes, es un gasto importante, ni tampoco la facturación intercentros. Aquí no juega tampoco la facturación intercentros.

También hay otros casos que están contemplados, pero no se cuantifican porque no cuantificamos algo que es irreal. O sea, nosotros cuantificaremos los gastos que nos supongan un incremento del canon a las concesionarias de servicios no sanitarios, y cuando eso se produce, lo cuantificamos. Y por eso se pone ahí expresamente que será igualmente cuantificado en la liquidación. Creo que usted se ha ido muy atrás, ha querido enlazar esto con la externalización, pero realmente le puedo decir que he trabajado bastantes borradores -el último borrador ha sido el del día 3 o 4 de marzo- y en ninguno venía eso. Ya hablé en mi primera intervención de los otros sistemas de

colaboración que le decía que existían, tanto de Sifco como CSUR, que se mantienen activos no solamente con Castilla-La Mancha sino con cualquier otra comunidad.

Para terminar, quiero agradecerles, desde luego, la atención que me han prestado todos los portavoces, el apoyo que nos han dado a pesar de las discrepancias y me gustaría que volviéramos a vernos por aquí o en cualquier otro sitio. Muchísimas gracias a todos, también a la Mesa y a los trabajadores.

La Sra. **PRESIDENTA**: Muchas gracias, señor Viceconsejero. La Mesa también le reitera las gracias por las veces que ha comparecido en esta Comisión. Antes de pasar al último punto del orden del día, al ser la última Comisión de esta Legislatura, quiero dar las gracias a los servicios técnicos, a las taquígrafas, a los ujieres, al letrado, a todos los miembros de la Comisión, a los miembros de la Mesa y, ¡cómo no!, a los portavoces de esta Comisión que, a pesar de todas las discrepancias que hemos tenido –quiero hacer una mención especial también al anterior portavoz don Javier Rodríguez-, es verdad que he contado con ellos muchas veces cuando hemos necesitado modificar cosas y siempre han estado apoyando a la Mesa. Quiero dar las gracias a todos. *(El señor Normand de la Sotilla pide la palabra.)* Sí, señor Normand.

El Sr. **NORMAND DE LA SOTILLA**: Muchas gracias, Presidenta. Simplemente quiero agradecer de parte del Grupo Parlamentario Unión Progreso y Democracia a todas las personas que han hecho posible los trabajos de esta Comisión durante esta Legislatura y el esfuerzo realizado, en primer lugar, a la Presidenta y a los miembros de la Mesa de esta Comisión; también, obviamente, a los portavoces del resto de los Grupos Parlamentarios y a todos los diputados; al letrado, a las taquígrafas, a los ujieres y a los demás servicios de la Cámara; a los Consejeros y a los altos cargos de la Consejería de Sanidad en esta Legislatura. Como he dicho, muchas gracias a todos.

La Sra. **PRESIDENTA**: Gracias, señoría. *(El señor Freire Campo pide la palabra.)* Sí, señor Freire.

El Sr. **FREIRE CAMPO**: En nombre de mi Grupo Parlamentario y en el mío propio, quiero también agradecer los servicios y el trabajo de todos los miembros de la Cámara, taquígrafas, letrado, ujieres... Quiero agradecer a la Mesa, sobre todo a su Presidenta, la paciencia que ha tenido. *(Risas.)* Espero que en la próxima Legislatura nuevas mayorías permitan una Comisión más dinámica, una Comisión en la que sean posibles intercambios y, sobre todo, en la que el Grupo mayoritario ofrezca información en abierto, con generosidad y con espíritu democrático. Saludos a todos. Ha sido un placer.

La Sra. **PRESIDENTA**: Muchas gracias. *(El señor Bejarano Ferreras pide la palabra.)* Tiene la palabra, señor Bejarano.

El Sr. **BEJARANO FERRERAS**: Presidenta, como no puede ser de otra forma, en nombre del Grupo Parlamentario Izquierda Unida, quiero dar un saludo especial a todos los diputados y diputadas; por supuesto, a los trabajadores y trabajadoras de la Asamblea de Madrid: taquígrafas,

ujieres, letrado..., que nos han aguantado también en todas las sesiones. Ha sido un auténtico placer y un honor ser el portavoz de Sanidad de mi Grupo en esta importantísima Comisión. Gracias.

La Sra. **PRESIDENTA**: Muchas gracias, señor Bejarano. Es verdad que se me ha olvidado mencionar a los altos cargos y a los tres Consejeros que hemos tenido en esta Legislatura; esta Presidencia quiere darles nuestro agradecimiento. Pasamos al séptimo punto del orden del día.

———— **RUEGOS Y PREGUNTAS.** ————

¿Algún diputado desea hacer algún ruego o alguna pregunta? (*Denegaciones.*) No habiendo ruegos ni preguntas, se levanta la sesión.

(Eran las trece horas y veintiocho minutos).

SECRETARÍA GENERAL DIRECCIÓN DE GESTIÓN PARLAMENTARIA

SERVICIO DE PUBLICACIONES

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

Web: www.asambleamadrid.es

e-mail: publicaciones@asambleamadrid.es

TARIFAS VIGENTES

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



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

Asamblea de Madrid